GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.

TOME QUATORZIÈME.

PARIS.

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE CHANOINESSE, 12.



. — Imprimé par E. Thunot et Cᵉ, , rue Racine.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : LA GÉNÉRATION SPONTANÉE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'OÏDIUM DU MUGUET. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : NATURE DE LA COXALGIE.

La question si obscure et cependant si importante de la génération spontanée vient d'être remise à l'ordre du jour par un physiologiste bien capable d'y jeter de nouvelles lumières. M. le professeur Pouchet (de Rouen), si connu par ses belles recherches sur l'ovulation chez la femme, a communiqué à l'Académie des sciences d'intéressantes expériences relatives à la production spontanée de certains organismes végétaux et animaux. Si ces expériences ne sont pas la solution du problème, on ne saurait contester du moins qu'elles y conduisent.

Voyons d'abord où en était la question.

La science est, depuis plus de trois mille ans, divisée en deux camps au sujet de la génération spontanée. Les uns admettent la possibilité et même la réalité de cette génération ; les autres nient cette réalité et même cette possibilité. Parmi les premiers ont figuré les plus grands esprits. Il suffit de citer, chez les anciens, Démocrite, Aristote et Galien ; et chez les modernes, Harvey, Buffon et Geoffroy Saint-Hilaire. Parmi les seconds figurent, il est vrai, les plus grands critiques, les esprits les plus sévères et les plus élevés : Bayle, Haller et Cuvier sont de ce nombre. La question n'est donc résolue jusqu'ici ni dans un sens ni dans un autre. Voilà les hommes, voilà les opinions. Mais il est curieux de savoir sur quoi se fondent les uns pour croire et les autres pour nier.

Ceux qui croient à la génération spontanée partent de cette idée qu'à l'origine tous les animaux ont dû naître spontanément, c'est-à-dire n'être pas engendrés par l'accouplement sexuel ; de plus ils allèguent que, dans une foule de circonstances, la génération spontanée est attestée par des faits qui n'ont aucune autre raison d'être plus plausible : tels seraient les végétaux et les animaux qui se manifestent dans un grand nombre d'affections parasitaires : la gale, par exemple, et le muguet. Cette opinion se base sur un fait ... in 1857, la GAZETTE ...
continuation on répétition du même fait, ...eau fait de dégénérescence
obscures, à la vérité, mais non moins poss... Il s'agit d'une femme morte
bles. ...on trouva une dégénérescence

Les adversaires de la doctrine de la gén... ns les reins, c'étaient les petites
au contraire, l'existence certaine d'un n... hi la dégénérescence amyloïde ;
constate et se vérifie tous les jours, sans ... sseaux des acini du foie. Les
pour des faits moins évidents, à un mode ... rois de l'intestin lui parurent
de raison d'être, puisque la génération sex... atière amyloïde.
pèce et à expliquer tous les faits qui s'y ra... même genre d'altération, les
il y a donc faits et induction : les premie... ées de substance amyloïde ; on
pour nier. Certes s'il était possible de tran... e. Toute la masse charnue du
rience, tout raisonnement et toute apprécia...
raient superflus. Mais nous n'en sommes pas...
les expériences de M. Pouchet soient un achem... le les nerfs olfactifs, acous-
il n'est pas inutile, pour accroître leur autorit...
discuter à fond la valeur de la négation qu'on op...

Nous avons dit que les adversaires de cette doctrine se prévalent d'un fait et d'une induction. Que vaut ce fait, que vaut cette induction ? On a dit : la reproduction des animaux se répète à chaque instant sous nos yeux par génération sexuelle. Cela est certain ; mais en réalité cela implique-t-il l'impossibilité d'un autre mode de génération ? La nature ne procède pas ordinairement par deux voies, une lui suffit. Mais, qu'on le remarque bien, il n'y a pas là double emploi, mais deux faits différents, qui font suite l'un à l'autre, comme cela a eu lieu incontestablement à une certaine époque. Or, pour la nature, il n'y a ni temps ni espace ; la génération spontanée et la génération sexuelle ne s'excluent donc pas nécessairement, puisqu'elles ont existé toutes les deux ; et ce serait interdire à la nature le droit et la faculté de continuer ce qu'elle a fait, que de nier la possibilité de la génération spontanée, par l'unique raison que les yeux constatent l'un des deux procédés et pas l'autre. Le fait de la génération sexuelle, quelque évident qu'il soit, ne prouve donc rien contre le fait de la génération spontanée moins évident, et, si l'on veut, complétement caché.

Mais les adversaires de la génération spontanée ne se bornent pas à opposer le fait clair au fait obscur, et à exclure l'un à la faveur de l'autre. Ils font un autre raisonnement ; ils disent : puisque la reproduction s'opère par l'accouplement dans les cas que nous voyons, nous en concluons qu'elle s'opère de la même façon dans ceux que nous ne voyons pas ; cette induction n'a réellement pas besoin d'être discutée. Puis ils ajoutent : dans les cas de la seconde catégorie, là où il n'y a eu aucune apparence d'accouplement, c'est l'air qui se charge de transporter et de fournir à la reproduction de l'être, les germes, les ovules, les sporules dont il procède. Mais quels sont les micrographes, les lynx qui ont constaté jusqu'ici la présence dans l'air de ces ovules, de ces sporules, etc. ? Aucun, que nous sachions. Cela veut dire, ce nous semble, que les adversaires de la génération spontanée opposent à cette doctrine la supposition d'un double fait qu'ils n'ont nullement constate, c'est-à-dire une double hypothèse qui ne repose sur rien, et qui n'a d'autre mérite que de venir au secours d'une induction sans valeur. Voilà donc à quoi se réduit la logique des partisans de la génération sexuelle exclusive ; ils concluent absolument de l'existence du fait qu'ils voient à l'impossibilité
...qu'ils ne peuvent pas voir ; et ce, sans autre raison, que parce
du tégu... vent pas le voir. Enfin, pour légitimer une telle induction,
tuation pro... double hypothèse de la présence dans l'air d'ovules
venir du dehors. ...n'ont jamais vus, et le dépôt de ces ovules et
Ainsi nous voyons d'après ... les affections parasitaires.
auteurs qui ont écrit sur ce sujet s'accordent à dire ...
contré les corpuscules amyloïdes dans presque tous les tissus his...
giques. Pour Virchow, cette substance serait une dégéné... que
état pathologique ; pour Carter, ce serait, au contraire ... ainsi pour
normale, liée à l'exercice régulier des phénomèn... contraire.
... Il y a pour eux
Le but de ce travail est d'essayer de pro... révèle la vérité, même
1° Le tégument cutané est doué, à l'... autres, et qui leur fait voir
gique, comme tous les autres tiss... se voir encore par les yeux du
de produire des corpuscules ... intuition que les croyances se sou-
dans certains cas d'... se perpétue ; et c'est par elle que les initiés
...à trouver ce qu'ils sont appelés à faire voir aux autres ;

...es, les règles
...évulsion.

FEUILLETON.

DES BIENFAITEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER (1).

En 1734, Barthez naissait à Montpellier, d'une famille originaire de Narbonne. Ce professeur a longtemps personnifié l'École. Il a été du moins celui qui a imprimé la plus forte trace sur le sol médical de notre ville, à laquelle il se rattache encore par le souvenir qu'il lui a légué, et qui nous permet de faire paraître dans la galerie des bienfaiteurs de l'École son nom si souvent célébré et à des titres si divers. Reçu docteur à 19 ans, après de fortes études littéraires et scientifiques, Barthez se rendit à Paris, où la nature de son talent le fit bientôt remarquer. Son premier succès fut un succès littéraire. Il fut couronné par l'Académie des inscriptions et belles-lettres, dans un concours où le sujet de la question se rapportait à d'anciens problèmes historiques. Mais les lettres ne purent l'arracher à la médecine, et dès qu'il exerça celle-ci ce fut en observateur et en maître. Envoyé en Normandie pour étudier l'épidémie du Cotentin, il en fit une description que n'eût pas désavouée Baillou. L'année suivante, ayant accompagné l'armée dans la campagne de Westphalie, il étonna le célèbre médecin Werlhoff, qu'il avait eu l'occasion de connaître, par la précocité de sa valeur médicale. Revenu à Paris, et déjà apprécié comme il le méritait, il collabora au JOURNAL DES SAVANTS et à l'ENCYCLOPÉDIE, et forma d'illustres amitiés, qui suffiraient pour faire juger ses aptitudes. D'Alembert, Malesherbes et Falconnet furent surtout les hommes dont il sut mériter et conserver l'attachement. On voulait le retenir dans la capitale ; mais Barthez avait conservé sa prédilection pour le premier théâtre de ses études, où l'appelait peut-être le pressentiment de sa future célébrité. Il vint concourir à Montpellier pour la chaire d'Imbert, subit ses épreuves avec une incontestable supériorité, et prit ainsi possession d'une tribune pour ses idées. Quelques oppositions, suscitées par son caractère, ne pouvaient atteindre son ardeur : bientôt il ne connut plus de rival.

Chargé d'enseigner la médecine dans un lieu déjà si profondément médical, Barthez sentait en lui la puissance de sonder les grands problèmes de la science et de la faire reposer sur des bases plus fortes. Son moyen de réforme fut l'introduction de la philosophie inductive dans la médecine. Hippocrate l'avait déjà appliquée, on sait avec quelle autorité, aux faits médicaux de son temps. Cette méthode, rajeunie par Bacon, qui en avait fait un nouvel instrument de progrès, un *novum organum* comme il s'exprime lui-même, et qui, sous l'impulsion de Newton, avait communiqué à la physique et à l'astronomie un essor si nouveau, parut à Barthez le meilleur moyen de tirer la

(1) Vœu pour l'érection de statues de Lapeyronie et de Barthez. — Discours prononcé à la séance solennelle de rentrée des Facultés le 15 novembre 1858, par M. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine.

car il est bon de le remarquer : ceux qui trouvent ne sont pas ceux qui ne croient pas et qui nient, mais ceux qui croyent, affirment et cherchent. C'est à cette dernière catégorie d'esprits qu'appartient M. Pouchet. S'il eût cru que la génération sexuelle impliquât l'impossibilité de la génération spontanée ; s'il se fût laissé persuader que l'air est le véhicule des sporules et des ovules d'où naissent les affections parasitaires, il est plus que douteux qu'il eût cherché à produire des êtres contre l'autorité de cette hypothèse. Or voici comment le physiologiste de Rouen a procédé.

Après avoir répété toutes les expériences tentées dans le but de prouver que l'air n'est pas le véhicule des germes organiques d'où procèdent les prétendues générations spontanées, il en est arrivé à celles de Schultz et Schwann, que tous les adversaires de l'hétérogénie ont considérées comme décisives. Or, en procédant exactement comme ces auteurs, en se plaçant absolument dans les mêmes conditions, M. Pouchet a obtenu et constaté des résultats opposés ; c'est-à-dire que là où Schultz et Schwann n'avaient rien vu, sans doute parce qu'ils étaient dans une disposition d'esprit à ne pas voir, M. Pouchet a vu et très-bien vu, c'est-à-dire qu'il a constaté la présence de cryptogames et d'animalcules développés dans un liquide contenant du foin et de l'air, l'un et l'autre purgés de tout germe organique à la faveur d'une température de 100 degrés. Quoique ses expériences prouvent jusqu'à l'évidence que l'air atmosphérique n'est pas et ne peut pas être le véhicule des germes des proto-organismes qu'il a vu se développer, il en a couronné heureusement la série en substituant de l'air artificiel à celui de l'atmosphère, et même en substituant de l'oxygène pur à l'air atmosphérique. Or dans ces diverses expériences, M. Pouchet a vu se développer les différents organismes qu'il a décrits. L'un est un champignon qu'il a soumis à la détermination de notre savant confrère M. Montagne, lequel lui a donné le nom de *Aspergillus Pouchetii*.

Nous serons heureux de tenir nos lecteurs au courant de la suite des expériences de M. Pouchet.

— Des recherches qui précèdent au muguet, il n'y a qu'un pas. Le muguet, on le sait, grâce aux travaux de quelques contemporains, et en particulier de M. Gubler, est caractérisé par le développement d'une espèce de champignon : l'*oïdium albicans*. Ce champignon est-il cause ou effet de la maladie? Telle est la question que naguère l'Académie a déjà discutée. Cette question n'est sûrement pas ois-
se résout directement en une question pratique ; il n'est
différent d'adopter l'une ou l'autre des deux opi-
l'autre a ses partisans. Cependant, si l'on
hommes les plus com-

parition
un grand e
la doctrine que
praticiens éminents
l'Académie. Aujourd'hui,
pement de l'oïdium n'est que
constitue une affection d'un ordre
les preuves et les développements, au
Mais ce que ne dira pas le compte rendu,

cette production parasitaire à l'endroit de la question de la génération spontanée. Si, comme tout semble l'indiquer, il ne répugne plus à l'esprit de personne d'admettre que l'*oïdium* du muguet naît de toutes pièces au milieu des liquides altérés de la bouche, on se demande pourquoi les mêmes esprits répugnent à admettre la génération spontanée dans sa généralité. L'un n'est-il pas le cas particulier de l'autre?

— Il y a déjà quelque temps que nous aurions dû relever plusieurs erreurs commises à l'endroit de nos idées sur la coxalgie, dans la discussion dont cette question a été l'objet à la Société de chirurgie.

La publication toute récente du travail de notre regretté confrère M. Bonnet sur ce sujet, nous force à présenter quelques rectifications. En répondant aux différentes critiques dont sa communication a été l'objet, M. Bonnet écrit ce qui suit : « Suivant M. Jules Guérin, la » coxalgie n'est pas une maladie de l'articulation de la hanche, mais » une *difformité* produite par divers états des muscles, qu'il distingue » sous le nom de *spasme*, de *contracture*, de *rétraction*. » Il nous est impossible de ne pas relever cette méprise, déjà commise par un autre auteur. M. Robert, dans une argumentation produite devant la Société de chirurgie, nous avait déjà prêté une opinion non moins contraire à celle que nous professons depuis bien longtemps sur cette maladie. En parlant de la coxalgie hystérique, notre honorable confrère s'est exprimé comme il suit : « Les faits de cette nature font comprendre » ce qu'il y a de vrai dans la théorie générale que M. Jules Guérin » donne de la coxalgie, qui, selon lui, est toujours primitivement une » maladie du système musculaire. Cette remarque n'est pas destinée » à la défense de cette théorie, qui nous semble, au contraire, n'être » vraie qu'exceptionnellement. »

Si, du vivant des auteurs, alors qu'on les voit, qu'on les entend et qu'on peut les lire tous les jours, on altère ainsi leurs idées, que sera-ce après leur mort? Or nous protestons formellement contre la doctrine ou plutôt contre le non-sens que nous ont prêté MM. Robert et Bonnet. La coxalgie n'est pour nous ni une difformité, ni un produit de la rétraction des muscles : « L'arthralgie, établissions-nous dès 1843, est » une affection du système nerveux ganglionnaire qui, dynamique » d'abord, se matérialise ensuite dans les muscles qu'elle paralyse ou » contracture ; dans les ligaments, les membranes dont elle vicie les » sécrétions
cartilages qu'elle ulcère ; dans les os qu'elle
nières ; dans la peau qu'elle atonifie à diffé-
paralysie ; dans tout le membre dont elle
et arrête le développement : telle est l'ar-
té. » (GAZ. MED. du 11 septembre 1858,

MM. Bonnet et Robert est celle-ci : ces ho-
rent pas l'idée de coxalgie de l'idée d'une
ticulation. Nous prétendons, nous, que la
et que son théâtre est plus étendu ; nous
ie du système nerveux ; chemin faisant,
branes, les ligaments, les muscles, le tissu
au ; tantôt elle comprend tous ces éléments
-uns seulement ; tantôt elle ne les envahit
d'où des coxalgies osseuses, ligamenteuses,
laires, ou générales : d'où enfin des difformi-
squelles les os, les muscles, les ligaments même

---

médecine du joug des théories où elle se débattait et de la remettre dans le courant naturel des progrès dont les sciences physiques et naturelles donnaient l'exemple. Mais n'est-ce pas une entreprise périlleuse pour celui d'entre vous qui, par son application habituelle à l'étude des faits concrets, a le moins de droit pour aborder la métaphysique médicale devant des collègues à qui elle est si familière, de réduire aux proportions d'un simple énoncé la doctrine abstraite du vitalisme? Cependant, comment parler de Barthez sans rappeler son titre principal de gloire? Le grand maître osa donc déclarer l'inanité des systèmes en vogue : les théories mécaniques de Boerhaave, dernier débris du cartésianisme physiologique, l'animisme stahlien, dont l'importation réduisait le domaine des faits médicaux et annulait la thérapentique ; les vues étroites de Cullen sur le solidisme, l'humorisme galénique vainement rajeuni par la chimie, alors impuissante, ne pouvaient satisfaire l'esprit exigeant de Barthez. Il voyait avec peine l'École de Montpellier elle-même, malgré sa fidélité aux traditions hippocratiques, envahie et divisée par les opinions régnantes. Lui seul eut la force de traîner le char de la science sur ce terrain inégal et de le ramener dans une direction plus sûre et plus féconde. Empruntant à la philosophie naturelle le principe d'après lequel des phénomènes radicalement différents doivent relever de forces différentes, il établit nettement que la vie est distincte de la matière et de l'âme, qu'en conséquence l'agrégat vivant est soumis à l'empire d'une force spéciale. Cette force ou principe de vie domine les faits d'une science placée, pour ainsi dire, entre la psychologie et l'anatomie. La physiologie ou science de la vie fut ainsi ramenée dans ses véritables limites ; Barthez lui avait appli-
qué l'éu
le coercendo intrà fines imperio. L'homme devint le su-
jet de trois s
incipales : celle qui fait connaître sa structure ; celle qui recherche et explique les faits qui tiennent à la vie ; celle, enfin, qui dévoile les facultés et les opérations de l'âme.

A Barthez revient le mérite d'avoir vu l'homme complet, non pas seulement en naturaliste, en psychologue, ni même exclusivement en physiologiste, mais de l'avoir envisagé sous toutes ses faces, d'avoir fait pour lui ce que M. de Humboldt, l'auteur du COSMOS, fait aujourd'hui pour le monde entier, de manière à montrer la riche harmonie de ses forces, le rôle isolé et la concordance du dynamisme multiple de l'être humain, et d'avoir caractérisé ainsi le génie complexe de la science dont il est le sujet. Hemsterhuys élevant, par une comparaison hardie, sa conception de la nature, disait : « Ce n'est pas une machine, c'est un poëme. » Tel est aussi l'homme de Barthez, c'est-à-dire une action ayant une marche et un but déterminés, sous la conduite de divinités secrètes qui sont l'intelligence et la vie.

Une formule à la fois si simple et si hardie, et qu'on dégage sans peine de tous les écrits de Barthez, depuis l'ORATIO DE PRINCIPIO VITALI HOMINIS jusqu'aux NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE LA SCIENCE DE L'HOMME n'était pas seulement une conquête du domaine théorique ; nulle doctrine médicale n'est descendue plus profondément dans les détails de l'application et n'a porté plus de lumière et de services dans la médecine pratique. Barthez ne l'a pas seulement prouvé par ses succès personnels dans l'art de guérir, mais par les écrits où il aborde les questions de thérapeutique. Sa distinction des méthodes analytiques, naturelle et empirique, n'est-elle pas un fil conducteur pour le prati-

ont chacun leur part, mais dans lesquelles aucun ne joue un rôle absolu. La coxalgie est, à nos yeux, comme le rachitisme, une maladie très-distincte des difformités qu'elle engendre. Celles-ci, en tant que produits d'une maladie spéciale, portent avec elles des caractères spéciaux, que nous sommes habitué à ne pas confondre avec d'autres difformités. La coxalgie ne doit donc pas être confondue avec les difformités qu'elle engendre, et celles-ci ne sont donc pas et ne peuvent pas être de simples difformités par rétraction musculaire. La conséquence de cette distinction en thérapeutique est très-importante : c'est que nous nous conduisons tout autrement quand nous avons affaire à une difformité coxalgique que quand il ne s'agit que d'une difformité articulaire produite par la rétraction des muscles. Finalement, la coxalgie n'est donc à nos yeux ni une difformité ni une maladie produite par la rétraction musculaire.

Jules Guérin.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Mémoire sur les corpuscules amyloïdes, comme production normales a la surface de la peau (lu et présenté à la Société de biologie); par M. Jules Luys, ancien interne, lauréat des hôpitaux, de la Faculté et de l'Académie de médecine.

En octobre 1853, Virchow signala à l'Académie des sciences de Paris l'existence dans le corps humain d'une matière particulière donnant lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale ; dans le mois de novembre de la même année, il compléta sa découverte en annonçant qu'il avait rencontré cette substance dans le cerveau et la moelle épinière (1), et, de plus, à l'état pathologique dans certaines espèces d'altérations de la rate, connues sous le nom de dégénérescence cireuse avec aspect colloïde, et que cette substance était décelée par la réaction de l'iode et de l'acide sulfurique.

L'illustre professeur de Wurzbourg ne s'en tint pas à ces premières communications ; il poursuivit ses recherches sur un ordre de faits aussi intéressants qu'inattendus, et, en juin 1857, la Gazette hebdomadaire publiait sous son nom un nouveau fait de dégénérescence amylacée de plusieurs organes à la fois. Il s'agit d'une femme morte d'une maladie de Bright. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence des deux reins, de la rate et du foie. Dans les reins, c'étaient les petites artères et les glomérules qui avaient subi la dégénérescence amyloïde ; il en était de même pour les petits vaisseaux des acini du foie. Les vaisseaux des villosités et ceux des parois de l'intestin lui parurent remplis par places, pareillement, de matière amyloïde.

Le parenchyme utérin avait subi le même genre d'altération, les fibres musculaires lisses étaient infiltrées de substance amyloïde ; on n'en trouvait pas dans le tissu cellulaire. Toute la masse charnue du cœur présentait la même dégénérescence ; il en trouva enfin dans les nerfs, sous forme de petits dépôts, et dans les petits vaisseaux et le canevas aréolaire du poumon.

L'élan une fois donné dans cette direction, les recherches se multiplièrent, et tandis que les mémoires de Carter (Edinburg, Medical Journal, 1855 et mars 1858) démontraient la diffusion de cette substance dans presque tous les tissus du corps humain, les travaux de M. Cl. Bernard sur la matière glycogène firent entrevoir un trait de ressemblance de plus entre les phénomènes qui se passent dans l'organisme animal et ceux qui se passent dans l'organisme végétal. Dès lors les végétaux ne parurent plus doués du privilége exclusif de la fabrication des matières sucrées et amylacées : les tissus du règne animal participèrent à cette propriété générale, avec cette différence cependant que dans les premiers, ce sont les hydrates de carbone qui sont en excès, tandis que ce sont au contraire les principes quaternaires qui prédominent dans les seconds.

Carter ayant rencontré les corpuscules amyloïdes dans les organes les plus divers, chez des individus qui avaient succombé à des genres de mort variés, et chez les animaux à l'état sain, est porté à les ranger, contrairement à l'opinion de Virchow, parmi les produits normaux de l'organisme. Pour lui, la présence de l'amidon dans l'économie animale est une condition de santé et peut-être une des nécessités de la vie.

Les réactifs dont il recommande l'emploi sont les mêmes que ceux indiqués par Virchow, l'iode et l'acide sulfurique, ou bien seulement une solution iodo-iodurée. C'est grâce à eux qu'il a pu déceler la présence des corpuscules amyloïdes dans le tissu des reins, du pancréas, du foie, de la rate, des poumons, dans le stroma de l'ovaire, entre les fibres musculaires de la vie animale, dans l'épaisseur de la substance blanche et grise du cerveau et de la moelle, dans le cervelet, la rétine, le mésentère, les capsules surrénales, et le tissu cellulaire sous-cutané. Il a signalé encore leur présence dans le mucus des bronches et de la vessie, dans l'urine et dans certaines exsudations et tumeurs, telles que le cancer et les dépôts tuberculeux. L'examen des divers organes du chien, du chat, du cochon, du mouton, du lièvre, du lapin, de quelques oiseaux, reptiles, poissons et mollusques, lui donne les mêmes résultats. Enfin, relativement à l'espèce humaine, il mentionne la présence des corpuscules au milieu des couches profondes du derme dans certains cas d'icthyose, considérant leur présence dans l'épaisseur du tégument cutané comme un fait pathologique. Il regarde leur situation profonde comme étant contraire à l'opinion qui les ferait venir du dehors.

Ainsi nous voyons d'après ce résumé rapide que les deux principaux auteurs qui ont écrit sur ce sujet s'accordent à dire qu'ils ont rencontré les corpuscules amyloïdes dans presque tous les tissus histologiques. Pour Virchow, cette substance serait une dégénérescence, un état pathologique ; pour Carter, ce serait, au contraire, une production normale, liée à l'exercice régulier des phénomènes physiologiques.

Le but de ce travail est d'essayer de prouver que :

1° Le tégument cutané est doué, à l'état physiologique et pathologique, comme tous les autres tissus de l'organisme, de la propriété de produire des corpuscules amyloïdes. Carter ne les a signalés que dans certains cas d'ichthyose, dans les couches profondes du derme ; il

(1) Dans le cylindre pendymique de la moelle les nerfs olfactifs, acoustiques et optiques.

---

cien ? Ses vues sur les forces radicales et agissantes, les règles du traitement des fluxions, les lois de la dérivation et de la révulsion, la part qu'il faut faire aux dispositions générales de l'organisme et leur influence sur les maladies locales, le jeu des sympathies et des synergies mis en rapport avec les phénomènes des maladies, forment un ensemble toujours présent à l'esprit du véritable praticien ; et plus la médecine s'éclaire par de nouveaux faits, plus on s'assure que ces acquisitions scientifiques rentrent dans le domaine du vitalisme large et tolérant de Montpellier.

Exposée dans les ouvrages de Barthez dans un style vigoureux et expressif, sacrifiant la grâce à la concision, répandue avec plus d'abondance dans des leçons qui faisaient de tous ses élèves autant d'admirateurs et de propagateurs de ses idées, la doctrine de l'éminent professeur eut un succès mérité. Elle ne tarda pas à se répandre dans toute l'Europe savante. Metzger et Blumenbach l'enseignaient en Allemagne ; Hufeland en Prusse; Hunter, sans rendre justice à Barthez, la répandit en Angleterre et l'importa dans la chirurgie, en l'enrichissant des données de la physiologie expérimentale. Elle eut de nouveaux adeptes en Italie et en Espagne ; elle acquit, surtout en France, une vogue immense, et Barthez se vit bientôt environné de gloire et d'autorité.

Plus de trois quarts de siècle se sont écoulés depuis la première formule donnée par Barthez à sa doctrine. A quel faux système a-t-il été permis de régner ainsi sur les esprits, et n'est-ce pas déjà une preuve de vérité que ce culte durable qui lui est réservé à travers les nouveaux progrès de la science? Plusieurs fois attaqué au nom des espérances données par la physique et la chimie, le vitalisme fait aujourd'hui d'honorables et significatives recrues parmi les hommes qui cultivent les sciences. Ses adversaires les plus passionnés, les adeptes de l'école de Broussais, après avoir soutenu pendant près de trente ans, contre Montpellier, une guerre sans trêve, n'ont-ils pas eux-mêmes désarmé en présence de la persévérance de la moderne Cos? et ne faudrait-il pas manquer de clairvoyance pour méconnaître les progrès tacites ou éclatants que les idées de Montpellier font aujourd'hui à Paris? L'esprit médical de notre Ecole reparaît à côté des richesses de l'observation contemporaine, et les conquêtes partielles qui font tant d'honneur à notre grande rivale ne sont que plus solides en se laissant pénétrer par le dogme vivifiant de Montpellier.

Il paraîtrait peut-être hors de notre sujet de ranger Barthez au nombre des bienfaiteurs de l'Ecole pour lui avoir donné, au lieu d'une richesse matérielle, une doctrine, un legs intellectuel. Mais cette doctrine n'est-elle pas devenue la propriété patrimoniale de l'Ecole? Il faut du moins reconnaître qu'elle a attiré des élèves pour recueillir ses enseignements, qu'elle a appelé dans nos murs de nombreux malades réclamant des conseils éclairés par sa sage influence. Elle a groupé pour sa défense et sa propagation des apôtres fervents, alliés par l'esprit, formant école, faisant irradier son action salutaire. Elle a excité des talents qu'un stimulus moins puissant eût peut-être laissés improductifs. Elle a occupé enfin l'existence scientifique tout entière d'un maître qui est une de nos plus chères illustrations. Chacun a nommé M. Lordat, le vénérable patriarche de notre école, l'héritier, le fils adoptif de Barthez, qui, pendant un demi-siècle, n'a eu d'autre occupation que d'af-

considère, par conséquent, leur présence dans ce cas comme liée à un état morbide.

2° Que ces corpuscules présentent les réactions des matières amylacées :

I. Quand on racle avec le dos d'un scalpel la surface de la peau légèrement humectée, on est tout étonné de trouver au milieu de la matière sébacée que l'on enlève ainsi, une quantité considérable de corpuscules d'aspect semblable aux corpuscules de l'amidon, et réagissant comme eux sous l'action de l'iode. Quand on racle un peu plus profondément, on en retrouve encore autant. Toute la surface du tégument cutané est douée de cette remarquable propriété. Les régions où la production amylacée est au maximum m'ont paru toujours être à la muqueuse, au cuir chevelu. Les lamelles épithéliales que le peigne ou la brosse entraînent sont littéralement recouvertes d'une grande quantité de ces mêmes corpuscules.

PREMIÈRE OBJECTION. — Mais, dit-on, ces corpuscules viennent ou bien des poussières qui se trouvent en suspension dans l'atmosphère, et avec lesquelles nous sommes en contact permanent : certaines poussières, en effet, contiennent des corpuscules amyloïdes ; ou bien des linges amidonnés que nous portons sur le corps.

Je répondrai d'abord que si quelques poussières contiennent des corpuscules amyloïdes, je me suis assuré que le fait est loin d'être général : la proportion des corpuscules que l'on rencontre dans ces cas est ordinairement minime, et complètement dans l'impossibilité d'expliquer l'énorme quantité de ces corpuscules que l'on trouve répandus à la surface de l'épiderme et dans la profondeur même de cet épiderme.

Quant à l'amidon provenant des linges de corps, il ne peut avoir cette origine que quand ces linges sont empesés, tels sont les cols, les devants de chemise, dans les mailles filandreuses desquels on retrouve encore quelques corpuscules d'amidon ; mais dans ces cas ils diffèrent notablement de ceux qu'on rencontre à la surface de la peau : ils sont pâles, presque décolorés, la plupart même tombent en désagrégation partielle. Je me suis assuré pareillement que les étoffes qui recouvrent la tête, les objets de literie en toile, ne renfermaient pas de ces corpuscules.

Quoique vraisemblables, ces réponses me parurent insuffisantes ; je fis donc l'expérience suivante : après avoir convenablement lavé une partie de la peau de mon bras avec une solution alcaline, et ensuite avec de l'alcool, j'y appliquai un verre de montre aussi exactement que possible, et le laissai en place environ douze à quinze heures. Au bout de ce temps, en raclant légèrement la surface de la peau, j'en retirai sur le dos d'un scalpel une certaine proportion de matière sébacée, pure alors, blanche comme du cérat blanc, et j'y trouvai pareillement des corpuscules amyloïdes. La même expérience fut répétée sur la peau de l'autre bras, sur celle de la région épigastrique, toujours avec les mêmes résultats.

DEUXIÈME OBJECTION. — Mais, dit-on encore, ne serait-il pas possible que quelques-uns de ces corpuscules, voisins des bords du verre de montre, eussent pu passer par-dessous, et venir ainsi entacher les résultats d'erreur?

L'objection me parut inquiétante. Je résolus d'y répondre de la manière suivante, c'est-à-dire de prendre de la matière sébacée de la peau d'un fœtus au moment même où il franchissait la vulve. Je *pus moi-même*, dans ces conditions, recueillir sur la peau d'un fœtus une certaine quantité de matière sébacée et la soumettre à l'analyse. Ce ne fut pas alors sans une certaine satisfaction que j'y constatai la présence de corpuscules amyloïdes, moins abondants, il est vrai, que chez l'adulte, mais en assez grande quantité cependant pour pouvoir donner à l'analyse chimique des réactions caractéristiques.

J'indique enfin l'expérience suivante que tout le monde peut répéter : que l'on dissèque un fragment de peau en l'isolant des couches profondes, puis que l'on fasse des coupes intéressant toute son épaisseur, des régions profondes aux régions superficielles, avec un rasoir fraîchement repassé ; que l'on arrose alors la préparation avec de la teinture d'iode ; si on la porte alors au foyer du microscope (30 diamètres suffisent), on pourra trouver *in situ* les corpuscules amyloïdes plongés, tant dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané que dans l'épaisseur du derme et des couches stratifiées de l'épiderme.

II. Le fait de l'existence de corpuscules amyloïdes sur la surface de la peau du fœtus, au moment où il quitte la cavité utérine, étant admis, nous allons passer en revue les principaux caractères que présentent ces corpuscules : ce sont ceux des fœtus qui nous ont servi comme types à établir leurs caractères.

1° CARACTÈRES PHYSIQUES.

NOMBRE. — Chez le fœtus, à chaque préparation on en trouve dans l'air recouvert, par la lame de verre mince carrée, environ 8 à 10, chez l'adulte, la proportion s'élève de 80 à 100 (on conçoit aisément combien ces évaluations ne sont qu'approximatives, car elles sont susceptibles de varier suivant la région explorée, suivant l'épaisseur de la préparation, suivant même l'étendue de la lame de verre), etc.....

COLORATION. — Éclairés par réflexion sur un fond noir, ils apparaissent comme des points d'aspect éclatant et vitré ; par réfraction, ils sont jaunâtres, à contours foncés très-réfringents ; à un fort grossissement, 500 diamètres, ils apparaissent pâles et transparents.

DIMENSIONS. — Elles varient entre 1/100 et 4/100 de millimètre ; j'en ai trouvé de rudimentaires qui n'avaient pas même 1/1000 de millimètre.

FORMES. — Elles ne sont pas constantes. Relativement à la consistance des corpuscules de l'adulte, ceux du fœtus sont dépressibles sous la pression de la lame de verre ; ils peuvent donc s'aplatir légèrement, mais néanmoins ils sont facilement énucléables, par pression, des matières grasses au milieu desquelles ils sont plongés et enfouis. En général ils se présentent sous la forme aplatie des biscuits de mer, leurs bords sont relevés et formés de couches concentriques ; leur centre est déprimé ; ils paraissent par conséquent légèrement biconcaves ; quelques-uns offrent à leur surface des granulations graisseuses, d'autres présentent à leur périphérie des apparences de scissures. Il en est du reste un certain nombre qui s'éloignent de la forme discoïde primitive, pour revêtir un aspect plus globuleux ou plus allongé. Je n'ai pas rencontré d'une manière constante la petite dépression linéaire, soit bifide,

---

fermir, d'étendre, d'orner cette doctrine, de l'implanter dans l'esprit de ses élèves, de la faire accepter par les médecins de son temps, et qui vivra assez pour être, comme Fontenelle, le contemporain d'une postérité qui l'honore.

Barthez a mérité, du reste, notre reconnaissance par le don qu'il a fait à l'École de sa riche bibliothèque. Il aimait passionnément les livres ; dès son enfance, il les recherchait avec avidité. C'étaient les jouets de sa jeune intelligence avant d'en devenir l'appui et la source. Toute sa vie, il les recueillit en bibliophile, pendant qu'il se les assimilait en savant. Il forma ainsi cette belle collection de près de six mille volumes, qui est, pour la bibliothèque de la Faculté, ce que la bibliothèque d'Alfieri est pour celle de la ville, une sorte de fortune historique. On ne peut parcourir ces livres précieux sans être saisi d'une sorte de respect en lisant tant d'annotations marginales tracées par la main de Barthez lui-même, non-seulement sur les livres de médecine, mais sur des ouvrages littéraires écrits en langues diverses ; et cette recherche nous explique la prodigieuse instruction de Barthez, qui était versé dans la connaissance approfondie de l'antiquité ; dont la mémoire souple et vaste montrait, comme celle de Mezzofante, une étonnante réceptivité pour les langues, et qui croyait n'avoir rien appris tant qu'il lui restait quelque chose à apprendre. Dans une aussi belle intelligence, la science ne pouvait exister avec ses aridités. Le sentiment poétique illuminait cette association si vaste de faits et d'idées, et l'on n'a pas été surpris de trouver après sa mort, parmi ses manuscrits, un ouvrage inachevé sur le BEAU. — Après une vie exclusivement consacrée à l'étude, premier plaisir et dernière préférence des esprits supérieurs, Barthez couronnait sa carrière par l'examen de l'esthétique, aspiration platonicienne qui voit dans le beau la splendeur du vrai.

A l'époque où l'École florissait par l'élan médical que Barthez lui avait imprimé, un de ses professeurs, après avoir enseigné avec éclat la chimie, après avoir fondé à Montpellier des industries prospères, allait rendre à son pays des services dignes du nom de Napoléon, qui avait deviné ses aptitudes administratives : c'était Chaptal, l'un des personnages historiques de l'ère impériale, qui, parvenu aux plus hautes dignités par les sciences, allait employer à les protéger le pouvoir qu'il tenait d'elles. Ce fut un grand honneur pour l'École de Montpellier de voir un de ses membres passer d'une de ses chaires au gouvernement de l'intérieur et de l'instruction publique, et ce fut surtout un sujet de satisfaction quand elle le vit, résistant aux enivrements du pouvoir, reporter vers elle ses souvenirs et les traduire en bienfaits. Pendant les quatre années de son ministère, qui avait commencé en 1800, Chaptal se montra animé d'une constante sollicitude pour le bien public. La science de l'économie politique, dont le chirurgien Quesnay avait été un des fondateurs dans le siècle dernier, lui était familière et se renforçait de toutes les applications économiques de la nouvelle chimie, si féconde à cette époque sous l'impulsion de Berthollet, de Fourcroy et sous la sienne propre. Chaptal protégea le commerce par la science. Des encouragements furent accordés aux arts et à l'industrie ; il créa des enseignements pratiques au Conservatoire des arts et métiers, agrandi par ses soins ; les revenus des hospices furent augmentés ; par ses instructions et l'activité émanée de son ministère.

soit trifide, que l'on observe sur les grains d'amidon. Ils sont homogènes partout, leur cassure est nette, ils ne renferment pas de cavité.

2° CARACTÈRES CHIMIQUES.

Ils sont insolubles dans l'eau froide, dans l'éther, dans l'alcool absolu à froid et à chaud, dans l'essence de térébenthine et l'ammoniaque. Après avoir subi le contact de ces corps, ils sont susceptibles toujours d'être colorés par l'iode.

Une solution de soude ou de potasse les gonfle ou les pâlit.

L'iode les colore instantanément en violet foncé presque noir : avec de l'acide sulfurique la coloration passe au bleu franc, et il n'est pas rare, quand on attend un peu, surtout après avoir chauffé, de voir flotter dans le champ du microscope des apparences membraniformes plissées, bleues, et des amas irréguliers de matière bleue.

Si après les avoir foncés par l'iode on les met chauffer dans un peu d'eau (la réaction doit être disposée de telle sorte qu'on ne la perde pas de vue), à mesure que le liquide s'échauffe, on les voit pâlir et disparaître tout à fait avec l'ébullition ; puis, à mesure que la température s'abaisse, ils réapparaissent avec leur coloration primitive. Si après les avoir foncés pareillement par l'iode on leur fait subir l'action de la chaleur sèche, ils prennent une coloration rouge terre de Sienne.

Tels sont les caractères chimiques principaux que les corpuscules amyloïdes de la peau du fœtus ont présentés à mon examen ; de son côté, M. Berthelot, à qui j'avais confié une certaine quantité de la matière sébacée qui a servi à mes recherches, est arrivé, quant à lui, aux mêmes conclusions : je dois à son obligeance les résultats suivants :

La matière sébacée fut traitée par l'éther bouillant pour enlever les matières grasses, puis par une solution étendue de potasse au 1/200, pour éliminer les matières albuminoïdes. La partie insoluble fut ensuite lavée jusqu'à épuisement par l'eau froide et l'acide acétique à froid, pour enlever ce qui aurait pu rester encore de ces matières, et séchée dans le vide.

L'examen alors de cette matière nous fit voir, en ajoutant de l'iode seul, et de l'iode et de l'acide sulfurique ensuite, les mêmes réactions que celles que j'ai déjà signalées. Quelques corpuscules avaient encore conservé leur forme discoïde ; la plupart l'avaient perdue : on trouvait en revanche une notable proportion, soit de matière amorphe granuleuse colorée en bleu, soit des masses flottantes pareillement colorées en bleu, et ayant l'aspect de membranes plissées.

Ainsi, la concordance des résultats obtenus de part et d'autre nous autorise à admettre légitimement, croyons-nous, que si cette substance recueillie sur la peau du fœtus n'a pas encore, entre nos mains (vu ses minimes proportions), donné lieu aux réactions caractéristiques des matières amylacées, la formation du sucre, au moins pouvons-nous dire qu'elle s'en rapproche de plus en plus et qu'elle présente les plus grandes analogies avec l'amidon végétal.

Corpuscules des centres nerveux.

Ceux que j'ai examinés m'ont offert les mêmes résultats, avec cela de particulier que j'en ai fréquemment trouvé quelques-uns allongés en forme de grains de raisin et présentant vers le centre une dépression ombiliquée à radiations divergentes. Du reste, les caractères physiques et chimiques m'ont paru tout à fait analogues à ceux que j'ai signalés chez le fœtus.

Je donne les dessins des corpuscules amylacés trouvés chez un paraplégique qui succomba à une dégénérescence amyloïde de la moelle épinière (l'observation sera du reste publiée plus tard). Dans ce cas, les corpuscules étaient littéralement infiltrés au milieu des fibrilles de la moelle, à la région lombaire ; leur nombre était si abondant que sur un fragment de tissu médullaire qui pouvait bien avoir 2 millimètres carrés, j'en ai compté jusqu'à 95. J'ajouterai à ce sujet, pour montrer leur inaltérabilité dans les liquides, qu'après avoir conservé cette pièce dans une dissolution d'acide chromique au 1/20, j'ai pu constater leur présence au milieu du tissu médullaire, dix-huit mois environ après l'immersion.

Corpuscules de la peau.

A. A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE. — J'en ai rencontré sur la peau d'un fœtus de 5 mois et sur celle d'une femme de 80 ans, je les ai trouvés à peu près en mêmes proportions sur la peau du nègre et sur celle du blanc. Leur nombre varie suivant les régions examinées ; sur la peau de la nuque et du cuir chevelu il oscille, par préparation, entre 80 et 100.

Leurs caractères, tant chimiques que physiques, sont les mêmes, sauf quelques variantes, que ceux que j'ai indiqués pour les corpuscules du fœtus et des centres nerveux. Ainsi, ils semblent plus fermes, plus résistants, sous la pression de la lame de verre. Leurs couches concentriques sont plus distinctes ; la plupart sont régulièrement discoïdes, à bords relevés en bourrelet circulaire, à centre déprimé. Ceux qui portent des incisions médianes, bifides ou trifides m'ont paru rares.

Ils réagissent comme les précédents par l'iode et l'acide sulfurique, et disparaissent quand on les chauffe dans de l'eau, pour reparaître ensuite avec leur coloration par le refroidissement. Un fait que j'ai souvent rencontré, c'est la tendance que certains d'entre eux possèdent (ce sont les plus anciens) à quitter la forme circulaire pour prendre la forme angulaire. J'ai rencontré le même fait au milieu des nombreux corpuscules amylacés qui infiltraient la trame de la moelle dont je viens de faire mention ; trois mois après avoir mis cette pièce dans une dissolution d'acide chromique, j'y rencontrai des amas multiples dont la forme rappelait encore celle des corpuscules dégénérés ; ils devenaient fort foncés par l'iode et disparaissaient par la soude étendue. Est-ce une phase ultime de la transformation des corpuscules ? C'est ce qu'il n'est pas encore possible d'affirmer.

B. A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE. — Mes recherches ne sont pas encore très-étendues sur ce point, je crois cependant pouvoir avancer que : 1° la production de la matière sébacée et des corpuscules amyloïdes sont indépendantes : la première peut manquer et les corpuscules être très-abondants. 2° Sur environ 30 sujets atteints de maladies variées, que j'ai examinés à ce point de vue, je n'ai pas encore constaté une fois l'absence de corpuscules amyloïdes sur la surface de la peau. On remarque seulement un abaissement notable de leur production dans les cachexies et les affections où le mouvement nutritif semble être ralenti. Ainsi, dans trois cas de phthisie pulmonaire avec sueurs pro-

---

la découverte de la vaccine fut vulgarisée. On reconnaissait dans tous ses actes le législateur éclairé et souvent inspiré par le médecin. A ce dernier titre, il ne pouvait oublier la Faculté de Montpellier, et il le prouva par le soin qu'il prit de perfectionner sa réorganisation et son enseignement, aussi bien que par les sacrifices personnels qu'il s'imposa dans le but d'agrandir ses bâtiments et d'accroître ses collections. L'amphithéâtre où nous sommes réunis fut construit à l'aide de sa fortune privée, en même temps que par l'intervention de l'État. Son buste en marbre, sculpté par l'habile ciseau de Comoli, rappelle en ce lieu même notre reconnaissance, et l'inscription qui le surmonte atteste l'acte généreux de Chaptal : *Impensâ publicâ suâque fieri jussit.* — L'amphithéâtre de chimie, le jardin des plantes, la bibliothèque portent des traces de sa munificence ; enfin, c'est à sa faveur que nous devons le buste d'Hippocrate, rapporté du Vatican comme un souvenir de victoire et que le premier consul donna à la moderne Cos, comme s'il le rendait à sa patrie : *Olim Coüs, nunc Monspeliensis Hippocrates.* » Une séance publique eut lieu pour l'inauguration de ce chef-d'œuvre de l'art grec, et ce fut pour Barthez l'occasion d'un discours admirable sur le génie d'Hippocrate. Avec le concours de Chaptal, on construisit encore la salle des Actes, où ce buste est religieusement conservé, et où deux autres images emblématiques, celle d'Esculape et d'Hygie, sculptées en marbre par Dejoux, attestent aussi les libéralités de l'ancien ministre. La Faculté, ne voulant rien perdre de la gloire qui reflétait sur elle, se l'attacha comme professeur honoraire, et sera toujours fière d'avoir vu sortir de son sein un homme qui fut à la fois un savant illustre, un administrateur habile, un citoyen généreux.

Il y a environ trente ans, dans les derniers jours de la restauration et sous le décanat de M. Lordat, la Faculté reçut une donation dont elle fut particulièrement touchée. Elle provenait d'un de nos concitoyens, passionné pour les beaux-arts. M. Xavier Atger, beau-frère de l'ambassadeur Bonnier d'Alco, dont le nom avait douloureusement retenti sous le directoire par sa fin tragique à Rastadt, s'était trouvé dans des circonstances assez favorables pour réunir une collection de dessins au crayon, à la plume ou au lavis, tracés par de grands maîtres. Cette collection, qui ne comprend pas moins de 300 tableaux sous verre, se recommande par une circonstance qui donne plus de prix à sa valeur artistique. Elle contient, en effet, une réunion spéciale de dessins composés par les peintres célèbres du midi de la France, et peut ainsi servir à l'histoire de l'art de nos contrées.

Il me paraîtrait hors de propos d'énumérer les œuvres brillantes qui composent cette collection. Il me suffira de rappeler qu'elle a été très-appréciée par ses nouveaux possesseurs. Les services que le dessin et la peinture peuvent rendre à la médecine ne se rapportent pas seulement à l'art de reproduire les sujets d'anatomie ou d'histoire naturelle médicale. La peinture, dans son but le plus élevé, peut prétendre à représenter autre chose que des détails d'observation physique. « Les arts ne sont tels, a dit récemment M. Cousin, qu'autant qu'ils expriment l'idée cachée sous la forme, et s'adressent à l'âme à travers les sens. » C'est ainsi que les grands peintres et surtout Raphaël, Poussin et notre Sébastien Bourdon ont compris la haute destinée de l'art qu'ils ont illustré. Qui pourrait soutenir que l'*École d'Athènes*, de Raphaël, que les *Sacrements*, du Poussin, et les sept *Œuvres de*

fuses et amaigrissement, dans deux cas de cancer de l'estomac avec émaciation considérable, dans deux cas pareillement de fièvre typhoïde en convalescence, et dans un cas de rhumatisme articulaire aigu avec sueurs profuses, la moyenne des corpuscules recueillis à la région de la nuque tombait en général à 15, 20 et 22 au plus par préparation. Chez une femme albuminurique avec anasarque, j'en trouvai assez abondamment, 60 à 65, ils prenaient la coloration violet foncé immédiatement par l'iode. Ils coïncidaient avec une abondante production de matière sébacée. Inversement, chez un homme albuminurique à peau sèche sans œdème, je notai un nombre à peu près égal, avec toutefois cette différence, c'est que ces corpuscules devenaient immédiatement bleus par l'iode.

3° Chez deux diabétiques non amaigris, et chez lesquels les fonctions digestives s'effectuaient encore avec régularité, j'ai rencontré une légère augmentation, 100 à 110. Mais je n'ai pas besoin d'ajouter combien ces données sont approximatives, et combien ces chiffres apposés d'une manière absolue sont capables d'induire en erreur. Il faudrait connaître l'état de la production des corpuscules amylacés chez un sujet normalement constitué, pour pouvoir conclure à l'état de cette production pathologiquement.

4° Un fait qui m'a vivement frappé est le suivant : Il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans, arrêté dans son développement au point de ne paraître âgé que de 10 à 12 ans. Il avait la peau ictérique et sèche. J'ai constaté d'une manière bien manifeste, non pas seulement une augmentation relative, mais une augmentation absolue véritablement prodigieuse dans l'abondance des corpuscules amylacés. La matière sébacée faisait ici presque totalement défaut ; il n'y avait rien que des corpuscules dans chaque préparation, présentant les caractères chimiques et physiques que nous avons énoncés. A l'autopsie, on trouva une cirrhose type du foie avec hypertrophie de la rate.

Le tissu hépatique contenait pareillement des corpuscules amyloïdes, cinq ou six par préparation ; ils m'ont paru disséminés dans toute la masse de l'organe sans localisation spéciale, dans les recoins des cellules.

5° Quant aux faits relatifs à la pathologie cutanée, j'ai noté jusqu'à présent que les corpuscules ne font défaut nulle part ; j'en ai trouvé sur le cuir chevelu d'un enfant atteint de favus (30 à 35) ; au milieu des croûtes d'un rupia syphilitique et dans les interstices de peau saine ; à la surface de la peau des sujets atteints de scrofulides malignes avec ou sans indurations ; dans ces cas, le nombre des corpuscules mêlés aux débris de cellules épithéliales m'a paru très-considérable (110 à 120). Il semble que, dans ces circonstances, la desquamation incessante de l'épiderme les mette plus facilement à nu, et que l'on n'ait qu'à les recueillir ; c'est aussi dans ces cas que j'ai trouvé les échantillons du plus petit diamètre ; j'en ai compté des quantités nombreuses, n'ayant à peine qu'un ou 2 millièmes de millimètre et bleuissant par l'iode.

Enfin, dans un cas de psoriasis syphilitique de la peau du genou, avec aspect blanc farineux argenté, je n'ai trouvé que 10 à 15 de ces mêmes corpuscules.

Nous n'ignorons pas combien cette question de la formation des corpuscules amyloïdes est encore entourée de vague et d'obscurité. Nous nous proposons de poursuivre nos investigations sur cet intéressant sujet, de rechercher quels sont les faits primordiaux qui président à l'apparition des corpuscules. Résultent-ils d'une transformation sur place des cellules particulières? Quelle est la nature de l'agrégat primitif autour duquel viennent s'accoler les couches concentriques?

Mes dernières recherches me porteraient à admettre, eu égard au volume infiniment petit des corpuscules que j'ai rencontrés, puisqu'ils offraient 1 et 2 millièmes de millimètre, et eu égard à leur réaction (même sous cet état ils fonçaient par l'iode), que la matière primitive est exsudée sous forme d'une granulation fluide qui, une fois solidifiée comme noyau, devient un centre d'attraction pour toutes les molécules de nature semblable qui entrent peu à peu dans sa sphère d'action et se déposent à sa surface par couches concentriques.

La considération que la matière amyloïde s'est rencontrée dans presque tous les tissus de l'organisme, nous fait penser qu'elle joue un rôle dans les phénomènes de la nutrition. Son existence au milieu des matières grasses, du foie, du système nerveux, du tissu cellulaire sous cutané, sa communauté de réaction avec la cholestérine qui, elle aussi, jouit de la propriété de se colorer en bleu par l'acide sulfurique et l'iode, sembleraït lui assigner une place parmi les principes ternaires qui ont des fonctions encore peu connues au milieu des transmutations de l'organisme. D'un autre côté, son élimination incessante, et sa tendance à être expulsée des parties profondes du tégument cutané vers les parties superficielles, et par cela même sa diffusion générale sur toute la surface de la peau, sembleraient porter à croire qu'elle doit trouver sa place parmi les corps qui ont servi au travail organique, et qui, sous une forme ou sous une autre, doivent être, en dernière analyse, éliminés des tissus animaux.

CONCLUSIONS.

1° La peau à l'état physiologique est le siége d'une production incessante de corpuscules amylacés qui, des parties profondes, sont entraînés à sa surface avec les lamelles épithéliales en desquammation.

2° Ces corpuscules ne viennent pas du dehors, puisqu'on les trouve sur la peau du fœtus au moment où il franchit la vulve.

3° Cette production est antérieure à la naissance. Je l'ai constatée chez un fœtus de 5 mois ; elle se perpétue jusque dans un âge avancé ; je l'ai pareillement constatée sur la peau sèche et parcheminée d'une femme de 84 ans.

4° Elle semble en rapport avec l'activité du travail de renouvellement organique ; elle diminue dans certaines maladies de langueur, dans les cachexies (phthisie, cancer de l'estomac). Elle m'a paru s'élever au-dessus de la moyenne physiologique chez deux diabétiques ; et chez un sujet émacié atteint de cirrhose, elle avait acquis des proportions considérables ; le foie en contenait pareillement.

5° Le rôle physiologique de ces corpuscules est encore fort obscur. Leur état solide, leurs couches concentriques, indiquent qu'ils sont évidemment formés sur place, et successivement aux dépens de quelque chose, qui est sorti des vaisseaux à l'état fluide ; et ce quelque chose ne serait-il rien autre que la matière glycogène de M. Cl. Bernard, laquelle sortie incessamment du foie, comme d'un foyer géné-

---

miséricorde, de Bourdon, ne sont que des représentations où le sujet sert de prétexte aux enchantements de la forme et de la couleur? Le véritable appréciateur y découvre aisément la leçon, l'idée abstraite et profonde révélée par le geste, la pose, l'attitude, le choix et le groupement des personnages, et, quand on est familier avec ce noble langage qui s'écrit avec le pinceau et le crayon des artistes supérieurs, on convient sans détour que la philosophie, la morale et les principes généraux des sciences sont encore du domaine de la peinture. Une collection du genre de celle que nous devons à M. Alger est donc bien placée chez nous, et professeurs et élèves peuvent admirer, dans les sujets qui la composent, l'union intime de l'art et de la science, s'exercer dans la compréhension de cette langue artistique formulée par des chefs-d'œuvre, et s'habituer à dégager la médecine de ses dehors vulgaires pour retrouver encore ses enseignements sous le pinceau des grands maîtres.

Dans cette énumération des largesses faites à la Faculté, nous ne saurions oublier celles qui nous ont valu notre nouveau Conservatoire. L'art médical est trop complexe pour ne considérer que les choses de l'esprit. L'enseignement de cet art n'est complet que lorsque les faits qui lui appartiennent peuvent être en même temps présentés dans leur réalité matérielle. Aussi, concurremment avec la stimulation de l'intelligence au moyen des bibliothèques et des leçons verbales, faut-il exercer les sens par des collections scientifiques. Les musées d'anatomie normale et pathologique, les collections d'histoire naturelle et de matière médicale, les produits chimiques, les appareils de physique, les instruments de chirurgie, et en général toutes les ressources qui révèlent un fait utile par son côté objectif, doivent faire essentiellement partie des moyens d'instruction. Un pareil assemblage sert à montrer combien la science est grande, même dans les petites choses, selon l'expression de Pline ; il sert aussi à la faire aimer en rendant ses abords faciles, et à la faire comprendre en frappant les sens pour mieux atteindre l'esprit. Or une réunion d'objets si nombreux et si divers ne peut être ni l'œuvre d'un jour ni celle d'un homme ; elle est le fruit du temps et du zèle. On n'a point à volonté des idées originales, une doctrine féconde ; on n'a point à volonté des collections matérielles immenses et dignes de l'idée philosophique dont elles sont la représentation morte. L'École, assez heureuse pour avoir créé les idées, a été aussi assez favorisée pour posséder ou recevoir les pièces qui servent à leur démonstration. Elles se composaient des sujets provenant du musée de Fontana, qui avait sculpté la cire avec un art digne de Florence, patrie de la belle sculpture ; d'une remarquable collection ichthyologique et de beaucoup de sujets rapportés des voyages de A. Broussonnet ; d'admirables pièces dues à Delmas, qui avait atteint et surpassé l'habileté de Laumonier, son premier maître ; d'un nombre immense de pièces d'anatomie humaine et comparée, normale et pathologique, dues en grande partie au zèle persévérant du professeur Dubreuil. Mais ces collections, éparses et cependant précieuses, étaient dispersées sans ordre dans tous les locaux de la Faculté ; leur intégrité était menacée, leur conservation devenait impossible. Un musée, destiné à l'exhibition de ces matériaux négligés et stériles, était indispensable. La Faculté réclamait avec instance un local modeste, un ministre généreux lui accorda un monument magnifique, trop

rateur, serait versée dans le sang et répandue avec lui au milieu de tous les tissus de l'organisme? Exsudée des vaisseaux, en contact avec les éléments histologiques, elle prendrait alors sa forme propre, et croîtrait *in situ* par apposition de molécules nouvelles et formation de couches concentriques.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

TRAITEMENT DE LA FISTULE A L'ANUS PAR LES FLÈCHES CAUSTIQUES DE GUTTA-PERCHA AU CHLORURE DE ZINC (1); par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'hôpital de Chartres.

Être atteint de la *fistule* à l'anus, c'est pour le vulgaire être atteint d'un mal très-sérieux, et, en cela, l'opinion du vulgaire n'est pas tout à fait déraisonnable, car sur 113 opérations de fistule à l'anus faites en quatre années à l'Hôtel-Dieu de Paris, de 1837 à 1841, il y eut 9 morts, c'est-à-dire 1 mort sur 13 opérés.

Pour le malade, c'est une affection qui inspire un grand effroi, à cause de l'opération ; en effet, 1° la préparation qu'on fait subir au malade avant l'opération ; 2° l'incision de la peau et du rectum décollé ; 3° l'excision souvent nécessaire de lambeaux de peau amincie ou calleuse ; 4° l'écoulement de sang qui peut en résulter ; 5° le pansement minutieux avec des mèches introduites dans le rectum pendant six ou sept semaines, et enfin 6° le régime imposé au malade pendant ce laps de temps, sont autant de motifs pour ranger l'opération de la fistule dans la classe des grandes opérations chirurgicales.

Si on laisse de côté tous les instruments inventés au dix-septième et au dix-huitième siècle pour cette opération sanglante, et si l'on revient au procédé d'Hippocrate et des anciens qui employaient les caustiques, la guérison de la fistule à l'anus se réduit à un simple pansement qui peut être encore plus ou moins douloureux, mais qui n'a plus rien de redoutable.

Voici le procédé renouvelé des anciens que nous avons employé depuis deux années sur quatre malades, et nous avons constamment réussi.

On prend une plaque de gutta-percha au chlorure de zinc, on taille dans cette plaque une cheville ou flèche plus ou moins longue, plus ou moins aiguë, suivant la longueur et la profondeur de la fistule; on introduit cette cheville caustique dans le trajet fistuleux ; alors les tissus qui se trouvent en contact avec le caustique se crispent aussitôt et le happent pour ainsi dire, de sorte qu'on le retire plus difficilement qu'on ne l'avait introduit.

Le chlorure de zinc a donc une action spéciale sur les tissus environnants; il détermine dans ces tissus une force plastique puissante, qui amène l'adhésion rapide des parois de la fistule, par suite de la rétraction de ces parois. Tous ceux qui ont expérimenté l'action des caustiques et qui ont enlevé des tumeurs avec la pâte Canquoin savent qu'après la chute des escarres la cicatrisation de la plaie se fait avec une merveilleuse rapidité; c'est cette propriété *plastifiante* du chlorure de zinc qui en fait le *caustique par excellence*. Après une cautérisation faite par le chlorure de zinc, les tissus paraissent acquérir, en quelque sorte, une propriété de rétraction concentrique.

Quoi qu'il en soit de cette explication sur l'action dynamique du chlorure de zinc, voici les observations qui nous ont permis de constater l'efficacité de ce caustique dans les fistules à l'anus.

(1) Chapitre d'un travail sur les caustiques et les cautérisations, que nous publierons prochainement.

FISTULE A L'ANUS CHEZ UN HOMME DE 72 ANS; DÉCOLLEMENT DU RECTUM DANS UNE PROFONDEUR DE 6 CENTIMÈTRES; CAUTÉRISATION AVEC UN CYLINDRE CONIQUE DE GUTTA-PERCHA AU CHLORURE DE ZINC; GUÉRISON.

OBS. I.— M. Ch., ancien employé de bureau, âgé de 72 ans, d'une constitution pléthorique, a toujours été bien portant, sauf des étourdissements assez fréquents.

Il fut atteint dans le courant du mois d'avril 1856 de douleurs vives vers l'anus, douleurs qui augmentèrent de plus en plus.

Le 7 mai, il me consulta pour la première fois; je constatai un abcès considérable au côté gauche de l'anus, s'étendant jusqu'au périnée.

M. Ch. ne voulant pas supporter l'incision par le bistouri, j'abandonnai l'ouverture de l'abcès et l'évacuation du pus aux efforts de la nature.

Le 15 mai, l'abcès étant ouvert, une fistule était formée, le stylet indiquait un foyer large et profond longeant les parois du rectum; je cautérisai la surface interne du foyer avec un cylindre de gutta-percha au chlorure de zinc que je laissai agir pendant cinq minutes.

Tous les quatre jours, je touchai la surface du foyer avec ce cylindre qui pénétrait à 6 centimètres de profondeur.

Le 1er juin, le stylet ne pénétrait plus qu'à 4 centimètres; le pus suintait toujours assez abondamment par l'orifice de la fistule.

Le 21 juin, la fistule n'était plus qu'à 1 centimètre; elle était devenue étroite et le suintement avait diminué.

Dans les premiers jours de juillet, la cicatrisation était complète, et depuis elle s'est maintenue intacte.

Bien que cette fistule fût récente, elle pouvait donner des inquiétudes à cause de sa profondeur et de sa largeur, à cause de l'abondance de la suppuration, à cause de l'âge du malade.

Si l'on n'eût pas cautérisé sur-le-champ, il est indubitable que la fistule se serait établie d'une manière sérieuse, et si l'on eût eu recours à l'opération par l'incision, on aurait eu une plaie large, difficile à cicatriser, des pansements quotidiens, un séjour au lit pendant deux mois, et peut-être n'aurait-on pas réussi chez un vieillard de 72 ans.

Au moyen de l'introduction de chevilles caustiques de gutta-percha au chlorure de zinc, M. Ch. était levé toute la journée, il prenait sa nourriture habituelle.

Le cylindre conique de gutta-percha étant introduit dans la fistule, il survint immédiatement une inflammation adhésive et une rétraction vive de ses parois.

Je laissais le caustique agir pendant un quart d'heure environ, puis je retirais ma flèche de gutta-percha intacte, mais dépouillée d'une partie de son caustique. Les deux jours suivants, le suintement purulent continuait et l'escarre superficielle qui tapissait l'intérieur de la fistule s'éliminait par la force plastique des tissus environnants; peu à peu ses parois se rapprochaient et adhéraient au fond de la fistule; par suite de cautérisations nouvelles, l'adhésion se faisait successivement du fond jusqu'à l'orifice extérieur.

Cette cicatrisation par adhérence des parois s'opéra en six semaines; pen-

---

peu connu, trop peu visité par les habitants de notre cité. L'École de Montpellier ne doit pas être ingrate envers M. de Salvandy, le défenseur du caractère de notre profession, le promoteur d'une réorganisation désirée, l'appréciateur des doctrines scientifiques de Montpellier. Salvandy, comme Chaptal, a des droits que ne peut méconnaître la science, qui poursuit son œuvre et paye ses dettes à travers les vicissitudes politiques.

Nous venons de retracer des actions louables; ces actions, nous les avons recueillies dans la vie d'hommes qui, pour la plupart, ont agrandi la science par leurs travaux; l'École, la ville de Montpellier, ont profité des bienfaits qu'ils ont répandus dans une large mesure. Devons-nous réduire à une admiration muette les sentiments qu'ils nous ont inspirés? Je crois devancer la pensée de tous en proposant une récompense posthume à ceux de ces nobles caractères.

On a eu l'idée grandiose de faire écrire l'histoire de France par les beaux-arts. La peinture et la sculpture remplaçant, cette fois, les couleurs de la poésie et le mâle burin de l'histoire, ont élevé, à toutes les gloires de notre pays, le monument le plus expressif et le plus noblement conservateur. C'est à Versailles que se trouvent réunis tous ces récits, figurés ou plastiques, qui consacrent les grandeurs de la patrie. Tout un peuple de héros y revit sur la toile ou dans le marbre; tout ce qui a été grand par l'épée, par la pensée, par l'éloquence, par les vertus ou la science, se presse dans ces galeries jadis royales, mais aujourd'hui asile de tous ceux qui méritent de la France, car la souveraineté du pouvoir y a été remplacée par celle du génie. Indépendamment de ces apothéoses dont le palais de Versailles est le théâtre, la ville de Paris décerne avec prodigalité ses louanges immortelles à toutes les célébrités du pays. Le nouveau Louvre, l'hôtel de ville, les places publiques, offrent aux regards les images vénérées qui font vibrer les cœurs. La France, à l'imitation de sa capitale, consacre aussi son admiration aux célébrités locales en leur élevant des statues. Nos grandes cités et même les humbles villes se parent de ces trophées ravis à l'oubli. Notre ville de Montpellier pourrait-elle être la seule en arrière dans ce grand mouvement de reconnaissance publique?

Elle s'occupe, il est vrai, d'ériger une statue, non à un de ses enfants, mais à un citoyen qu'elle a adopté, et qui, développant une idée éclose à Montpellier même, dans l'imagination créatrice d'Arnaud de Villeneuve, s'est signalé par une invention pratique importante. Édouard Adam, l'heureux protégé de l'opinion, a doté les pays viticoles d'une nouvelle source de richesses par son appareil distillatoire. Sachons reconnaître que, par le temps où nous vivons, l'avénement de tous aux biens de l'existence est un progrès social qui a pour condition l'augmentation de la richesse publique, et honorons sans détour ceux qui travaillent à ces questions et ceux qui, comme Édouard Adam, savent les résoudre par une utile invention. Mais les représentants des intérêts intellectuels et moraux, ceux qui donnent satisfaction à des besoins plus élevés et non moins ardents que la soif du bien-être, n'ont-ils pas des droits égaux, sinon supérieurs, dans notre reconnaissance, et n'est-ce pas dans cette enceinte, où, mieux qu'ailleurs, on comprend les grandes aspirations de l'âme, que l'on doit honorer ceux qui savent et les solliciter et les apaiser?

dant les quatre dernières semaines, le malade se promenait comme s'il n'eût eu aucune infirmité.

Dans l'observation suivante, la fistule était très-ancienne; la guérison a été plus rapide, et le malade, qui était receveur de l'enregistrement, n'a pas cessé un moment ses fonctions de bureau pendant le traitement.

FISTULE A L'ANUS DU CÔTÉ GAUCHE, DATANT DE DEUX ANS ET DEMI; UNE CAUTÉRISATION TOUS LES HUIT JOURS; GUÉRISON.

Obs. II. — M. X., tempérament lymphatique, âgé de 40 ans, receveur de l'enregistrement, vint me consulter pour une fistule à l'anus, le 25 octobre 1857.

Cette fistule était située au côté gauche de l'anus; elle datait de deux ans et demi; elle était survenue à la suite d'un abcès, sans canse connue.

Pendant deux ans et demi, elle était le siége d'un snintement purulent continuel; l'introduction du stylet indiquait 4 centimètres de profondeur; le rectum était décollé, mais je ne constatai pas d'orifice interne rectal.

J'introduisis une cheville conique de gutta-percha au chlorure de zinc, et M. X. retourna à son domicile, distant de 28 kilomètres de Chartres, dans une voiture publique mal suspendue; il retira lui-même la cheville caustique, six heures après son introduction.

Le cinquième jour, l'escarre tomba, et, deux jours après, je revis le malade : l'orifice, qui le premier jour était étroit, s'était élargi sous l'influence de la cautérisation et de l'élimination de l'escarre.

Application d'une nouvelle cheville caustique, mais moins longue que la première; extraction de cette cheville six heures après.

M. X. venait tous les samedis, par la voiture publique, me consulter; j'introduisais la flèche caustique, qu'il retirait le soir.

A chaque visite, je remarquais la diminution de profondeur de la fistule, par suite de l'adhésion graduelle des parois du fond vers l'orifice cutané de la fistule.

La première application du caustique fut faite le 25 octobre; la cicatrisation était complète le 15 décembre, c'est-à-dire six semaines après, et pourtant M. X. a continué son travail de bureau pendant ce temps, et il faisait tous les samedis 56 kilomètres dans une voiture mal suspendue.

Cette guérison d'une fistule ancienne a été des plus remarquables, et pourtant elle n'a nécessité aucune opération; six introductions de chevilles caustiques de gutta-percha au chlorure de zinc ont suffi.

Depuis un an, la cicatrisation est parfaite.

Obs. III. — Cette observation est relative à une jeune dame qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, fut atteinte d'un abcès à la marge de l'anus et d'une fistule consécutive.

Pendant quelque temps, elle fut traitée de cette fistule au moyen des injections iodées. Comme ces injections, répétées assez longtemps, n'avaient produit aucun résultat, je fus appelé en consultation.

La fistule, de 6 centimètres de profondeur, était à droite et en arrière; son orifice extérieur était étroit.

J'indiquai l'introduction des chevilles caustiques à la gutta-percha et au chlorure de zinc; bien que cette jeune femme fût très-pusillanime, elle supporta facilement l'introduction de cette cheville, que je laissai pendant cinq heures environ.

Tous les trois jours j'introduisais une nouvelle cheville; mais, après quinze jours de traitement, au moment d'une amélioration très-grande, cette dame retourna dans les environs de Paris à son domicile; puis elle alla habiter Metz, j'appris qu'il existait encore un léger suintement, et que la guérison n'était pas complète.

Un an après, je revis cette jeune dame à Chartres : il y avait un léger bourrelet auprès du pertuis fistulaire; le stylet ne pouvait pénétrer qu'à un centimètre de profondeur; j'introduisis des chevilles très-minces, à quelques jours d'intervalle, et depuis, la cicatrisation s'est faite.

Chez cette dame, les injections d'iode répétées pendant longtemps n'avaient pas eu de résultats; l'introduction des flèches caustiques a amélioré rapidement et diminué la profondeur de la fistule. Si cette dame fût restée deux semaines de plus à Chartres, ou si elle eût continué le traitement, elle eût été infailliblement guérie; mais comme le suintement était très-minime, et qu'elle ne souffrait plus, elle se considérait comme guérie; elle ne l'était pas radicalement, puisqu'un an après je fus obligé d'appliquer quelques chevilles caustiques pour déterminer la cicatrisation complète.

Dans l'observation suivante, la fistule était plus compliquée.

Obs. IV. — Le sujet de cette observation était un homme de 45 ans, continuellement sédentaire dans un bureau.

Il est survenu un vaste abcès au côté gauche de l'anus et en avant du périnée; cet abcès ouvert, une fistule se forma avec deux orifices extérieurs, l'un sur le côté gauche de l'anus, l'autre au périnée.

Ce malade n'a jamais suspendu ses fonctions de bureau; il venait me consulter, je touchais le fond de la fistule, en laissant le caustique de gutta-cha, que je retirais ou qu'il retirait lui-même une heure après, lorsque l'effet caustique avait eu lieu.

La fistule s'est cicatrisée après un temps assez long, mais la peau interposée entre les deux orifices était décollée et formait une espèce de pont entre ces deux orifices; j'incisai cette peau décollée et amincie, et la guérison fut rapide.

En résumé, nous avons eu à donner des soins depuis deux ans à quatre personnes atteintes de fistules à l'anus; nous les avons traitées toutes par le caustique de gutta-percha et de chlorure de zinc; la souplesse du cylindre caustique permet son introduction facile dans le trajet souvent tortueux de la fistule jusqu'au fond du mal. Nous laissions la flèche caustique un temps variable, suivant les cas et l'ancienneté de la fistule; chez l'un, c'était pendant six heures; chez l'autre, pendant deux heures; chez les deux autres, de cinq minutes à une heure. Nous pouvions visiter ces deux derniers tous les jours et constater l'état de leur fistule, tandis que nous ne voyions les deux premiers qu'une fois par semaine.

Le traitement a duré de six semaines à deux ans et demi.

Tous les quatre ont guéri sans suspendre un moment leurs occupations ou leurs fonctions de bureau.

Aucun ne redoutait le pansement, et nous laissions au malade lui-même le soin de retirer la flèche caustique après un laps de temps déterminé.

Aucun accident n'est survenu.

Si nous comparons les deux méthodes de traitement de la fistule à l'anus, la méthode par la cautérisation et la méthode par l'incision, voici ce que nous observons :

Autant la première est simple, facile et peu redoutable, autant la seconde est douloureuse et compliquée. Dans l'une, c'est un pansement simple; dans l'autre, c'est une grande opération; dans l'une, le malade se promène et vaque à ses occupations habituelles; dans l'autre, le malade est obligé de rester au lit pendant cinq à six semaines.

Parmi les hommes distingués par leurs généreuses pensées dont j'ai mis la suite sous vos yeux, il en est deux dont il faut surtout rappeler les services. Tous deux nés à Montpellier, dont ils sont l'honneur, ont atteint le degré le plus élevé de la considération; l'un représentant la chirurgie dans son œuvre d'émancipation et marchant dignement à la conquête de la vraie science, l'autre représentant la médecine assise sur les bases les plus solides et s'élevant jusqu'aux régions sereines de la philosophie; le premier devançant Montyon dans ses libéralités envers les sciences, le second accroissant leur domaine par le tribut direct de son génie; Lapeyronie laissant à sa ville natale un monument qui la décore, Barthez lui laissant une doctrine qu'on peut appeler aussi un monument. En eux se révèle la personnification la plus expressive de ce qui distingue Montpellier entre toutes les villes, l'art médical. Avec de pareils services, Lapeyronie et Barthez n'ont-ils pas mérité que leur mémoire soit consacrée par le marbre ou le bronze?

Cette récompense tardive sera à la fois une justice et un heureux exemple. Honorons l'émotion sublime qui pousse les grands hommes à travailler à leur insu pour l'immortalité. Leur cœur bat pour un bonheur idéal, qui traverse et illumine comme un éclair l'obscurité de notre existence. Le talent, qui tient par ses racines à ce qu'il y a de plus divin dans l'homme, est enchaîné dans notre carrière si courte, et grandit par le vague espoir de se survivre. Il est une manière d'assurer cette survivance à ceux qui ont mérité au moins de durer dans notre mémoire : c'est d'éterniser le souvenir de leur image. Que Lapeyronie et Barthez reçoivent cet honneur, qu'ils n'ont point ambitionné, mais qu'ils ont conquis!

Ce genre de témoignage envers les hommes qui se sont imposés à l'admiration de leurs contemporains ou de la postérité est une sorte de tradition universelle. On sait quel respect l'antiquité professait pour ses grands citoyens. C'est à ce culte que nous devons les chefs-d'œuvre de l'art statuaire, qui ont immortalisé à la fois et le sculpteur et le héros. Puisque notre nouvelle civilisation reproduit encore ces types heureux dont l'exemple nous enflamme, imitons aussi l'antiquité dans ses élans inspirés et respectueux. Que l'influence des élus du génie soit rendue plus durable, et que leur image soit une excitation perpétuelle à les imiter ou à les surpasser. *Virorum illustrium imagines incitamenta animi*, disait le philosophe romain qui, par ses vertus, mérita la colère de Néron. Où cette belle pensée pourrait-elle mieux germer qu'à Montpellier, terre d'élection pour les œuvres de l'esprit, qui dès son berceau vit fleurir l'enseignement du droit et de la théologie à côté de celui de la médecine; où la continuité des hommes éminents en tout genre n'a pas éprouvé de lacune, et au sein de laquelle la noblesse du cœur a brillé comme celle de l'esprit, depuis le saint Vincent de Paul du quatorzième siècle, depuis Arnand de Villeneuve, jusqu'à Sébastien Bourdon, le grand peintre; jusqu'à Roucher, le chantre des Mois; jusqu'à Lapeyronie et à Barthez, que nous proposons de glorifier? N'est-ce pas un devoir pour la ville littéraire et scientifique, où philosophes et médecins, peintres et poëtes, saints et guerriers, administrateurs et hommes de loi, attestent une force productive en tout genre; où des académies ont brillé d'un éclat que n'atteignent pas les villes du même ordre; où le niveau moyen de l'intelligence est rehaussé par la tradition et par les institutions, d'exposer aux yeux de tous les images vivantes de sa fécondité

Dans la première, il n'y a crainte d'aucun accident; dans la seconde, il peut survenir une hémorrhagie pendant et après l'opération, et quelquefois la mort; de plus, si les pansements consécutifs ne sont pas faits avec tout le soin possible, si la mèche n'est pas parfaitement appliquée, de nouveaux clapiers se forment, et la récidive survient.

C'est d'après l'exposé des avantages, d'une part, et des inconvénients, d'autre part, que, dans toute fistule à l'anus, nous conseillons le procédé préalable par le caustique de gutta-percha au chlorure de zinc; si, par hasard, la guérison n'avait pas lieu par ce moyen, il serait toujours temps d'avoir recours à la méthode de l'incision.

Quant à la préparation du caustique, il suffit de faire fondre la gutta-percha dans une capsule de porcelaine; lorsqu'elle est en fusion, on projette dessus la quantité déterminée du caustique qu'on veut incorporer, et on opère le mélange à l'aide d'une spatule; on obtient ainsi une pâte parfaitement malléable, qu'on peut mouler en cylindre comme le nitrate d'argent, en plaque comme la pâte Canquoin. Rien de plus simple, mais il faut le coup d'œil, le coup de main du maître, pour saisir le moment exact auquel il faut retirer le mélange du feu.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ZEITSCHRIFT FUER RATIONELLE MEDIZIN;

Publié par HENLE et PFEUFER.

Le premier volume de la troisième série renferme l'histoire des progrès de l'anatomie en 1856, par M. Henle, et de la physiologie, par M. Meissner (de Fribourg). Le tome II, formé de trois cahiers, contient les articles originaux suivants: 1° *Recherches expérimentales sur les centres nerveux et sur les mouvements de l'utérus*; par le docteur O. Spiegelberg. 2° *Sur les mouvements des intestins*; par le même. (Les observations sur les mouvements des intestins ont été faites à l'occasion des recherches sur les mouvements de l'utérus. L'auteur fait jouer un grand rôle à l'arrêt de la circulation qui détermine une augmentation notable du mouvement péristaltique; on a tort d'attribuer exclusivement à l'air atmosphérique la cause de ce mouvement.) 3° *Le pentastome denticulé, jeune état du pentastome tœnioïde*; par R. Leuckart. (Ayant remarqué que le *P. denticulatum* n'a pas d'organes sexuels, l'auteur supposa qu'il n'était qu'une larve d'un autre pentastome; il en fit pénétrer un certain nombre dans les fosses nasales de plusieurs chiens et reconnut qu'ils se transformaient en *P. tœnioides*. 4° *Quelques observations sur le diabète sucré, en particulier sur les changements de la température du corps dans cette maladie*; par le docteur Lomnitz. (La température est au-dessous de la normale; cependant elle ne diminue pas graduellement d'une manière régulière: elle s'arrête et cesse de descendre à une période de la maladie qui n'est pas déterminée; il n'y a aucun rapport entre la diminution de la température et les changements du pouls.) 5° *Sur les crânes des malades atteints d'affections mentales*; par le docteur W. Krause. (Travail fait d'après la collection de l'établissement d'aliénés de Hildsheim, composée de plus de 300 crânes. L'auteur a disposé sous forme de tableaux les mesures des diverses parties du crâne, en classant les crânes eux-mêmes d'après leur forme générale.) 6° *Sur le trou susorbitaire*; par le même. (Ce qu'on appelle trou sus-orbitaire est le plus souvent une incision, en dehors de laquelle se trouve quelquefois un véritable trou.) 7° *Sur l'anatomie et la physiologie de la rétine*; par C. Bergmann. 8° *Sur l'opinion de Koelliker relative à la vitalité des tubes nerveux des grenouilles*; par L. Ordenstein, étudiant en médecine. (Les expériences de l'auteur relatives au degré de vitalité des nerfs n'ont pas donné les mêmes résultats que ceux annoncés par M. Koelliker.) 9° *Sur les mouvements entre l'atlas et l'axis*; par le docteur W. Henke. 10° *Sur la pathologie générale des affections mentales*; par le docteur Ad. Wachsmuth. 11° *Sur un arrêt dans la contraction musculaire produite par une irritation locale, d'après le professeur Fick*; par le docteur Kupffer. (Il s'agit des muscles droits abdominaux d'une grenouille; quand on irritait un nerf qui pénètre dans la région inférieure de ce muscle, ce dernier ne se contractait que partiellement, les contractions s'arrêtaient, comme on pouvait s'y attendre, à une intersection tendineuse.) 12° *Sur les discussions relatives à l'articulation du pied*; par le docteur Henke. 13° *Les luxations du pied*; par le même. (Étude savante des différents modes de luxation qui peuvent se produire.) 14° *Sur des restes de la corde dorsale dans l'homme, après la naissance, et sur leurs rapports avec les tumeurs gélatineuses de la base du crâne*; par Henri Müller. (L'auteur a pu retrouver, dans des embryons humains, des restes évidents de la corde aux deux extrémités de celle-ci, c'est-à-dire au coccyx et dans l'os basilaire; il attribue à ces restes les tumeurs gélatineuses qu'on rencontre à la base du crâne, et propose de donner à ces tumeurs le nom de *chordoma* ou tumeurs chordoïdes.) 15° *Sur les forces du système vasculaire*; par G. Meissner. 16° *Fragments pour servir à la pharmacodynamique du tartre stibié*; par le docteur Ackermann. (L'auteur étudie les modifications qui surviennent dans l'organisme par l'usage interne de l'émétique. Parmi ces modifications, nous citerons l'accélération du pouls qui tient, suivant l'auteur, à un changement dans l'action du nerf vague et une augmentation de température due à une plus grande activité dans l'échange des matériaux. Cette dernière est liée a une augmentation dans la quantité des excrétions; l'urine seule est diminuée, mais la quantité d'urée qu'elle renferme est augmentée.) 17° *Sur la quantité d'urée que contient l'urine dans les fièvres intermittentes*; par Fr. Hugo Redenbacher. (Observations tirées de la clinique du docteur Pfeufer; analyses disposées en tableaux, et résultats de ces analyses; en général la quantité d'urée est augmentée.) 18° *Sur l'état des cellules fibreuses musculaires pendant la contraction*; par G. Meissner. 19° *Réaction de la solution cuprique de Fehling sur l'acide urique*; par les docteurs Babo et Meissner. (Études chimiques sur les circonstances qui favorisent ou qui empêchent la réduction de l'oxyde de cuivre.) 20° *Sur la formation de l'acide hippurique chez l'homme*; par le docteur A. Weismann. 21° *Recherches sur l'organe électrique du gymnote et du mormyre oxyrhynque*; par les docteurs Kupffer et Keferstein. 22° *De l'influence du nerf vague et du nerf splanchnique sur les mouvements des intestins*;

---

intellectuelle? Que l'étranger, en pénétrant dans nos murs, cesse de s'étonner que la métropole scientifique du midi de la France ait été avare de son culte envers les hommes qui ont fait son illustration, et qu'en contemplant les statues de Barthez et de Lapeyronie il se sente, comme nous, pénétré d'ardeur et de vénération.

— Le concours pour l'emploi de professeur agrégé en pharmacie, vacant à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire du Val-de-Grâce, est terminé.

Après de nombreuses épreuves, le jury, présidé par M. Poggiale, a nommé à l'unanimité M. Roussin, pharmacien aide-major de première classe.

— M. le docteur Favrot père vient de succomber aux suites longues et douloureuses d'un rétrécissement de l'intestin.

— Le docteur Bright, dont le nom se trouve attaché à l'une des plus belles découvertes médicales de notre siècle (*néphrite albumineuse*, 1829), vient de mourir à Londres dans un âge avancé, médecin extraordinaire de la reine, comblé d'honneurs, et à la tête de la plus magnifique clientèle. Sa mort, arrivée subitement à la suite d'un vomissement de sang, n'avait pu être soupçonnée ni prévue, le docteur Bright n'ayant jamais voulu se soumettre à aucun examen.

A l'autopsie, on a trouvé les valvules de l'aorte remplacées par un cercle osseux laissant à peine une petite ouverture à parois rigides. Dans un tiers de son étendue, le tissu normal existait encore. Du reste, toutes les autres valvules étaient saines, et dans tout le parcours de l'aorte jusqu'à sa bifurcation, aucun autre dépôt ne fut découvert.

— L'Académie des sciences de Belgique avait mis cette année au concours la question suivante relative à la physiologie: « Apprécier et définir le fait de la pénétration des particules solides à travers les tissus de l'économie animale, et déterminer les rapports dans lesquels cet acte se trouve avec celui de l'absorption. »

Les commissaires du concours étaient MM. Spring, Schwann et Gluge; d'après leur avis unanime, l'Académie a accordé la médaille d'or à l'auteur du mémoire couronné, M. le docteur Crocq (de Bruxelles).

Nous regrettons de ne pouvoir faire apprécier d'une manière détaillée les considérations scientifiques par lesquelles les juges du travail ont cru devoir motiver leur opinion auprès de leurs confrères. Nous nous bornerons à rappeler les paroles par lesquelles le premier commissaire termine un rapport développé sur ce travail important:

« Je crois avoir montré, dit-il, que l'auteur du mémoire a bien compris la question mise au concours; qu'il y a répondu avec talent et succès, et que par conséquent il mérite le prix de l'Académie. » (PRESSE MÉD. BELGE.)

— MM. les docteurs Soupart, professeur à l'université de Gand, et Ponthus, médecin de régiment, viennent d'être nommés chevaliers de l'ordre de Léopold. (ID.)

par les docteurs Knpffer et Ludwig. 23° *Comparaison entre la température de la salive des glandes sous-maxillaires et celle du sang des carotides*; par les doeteurs Ludwig et Spiess. (La température de la salive dépasse d'un degré celle du sang.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES CENTRES NERVEUX ET SUR LES MOUVEMENTS DE L'UTÉRUS; par le docteur O. SPIEGELBERG (de Goettingue).

Après avoir exposé la manière de voir des divers physiologistes sur la question dont il s'occupe et avoir fait connaitre les principales expériences instituées par lui, l'auteur présente les résultats de ses recherches sous forme de propositions, en développant chacune d'elles, afin qu'on en saisisse mieux le sens et la portée. Nous le suivrons dans cette dernière partie de son travail dont nous extrayons les principaux résultats.

1° La cessation de la circulation et la stase sanguine qui en résulte sont la cause des mouvements péristaltiques de l'utérus; aussi longtemps que le cœur bat, ceux-ci n'ont pas lieu ou sont très-faibles. — L'auteur se demande si c'est l'anémie ou l'hypérémie qui est la cause des contractions des fibres organiques. Il croit devoir attribuer une grande influence à l'anémie; en effet, *a*. les animaux qui périssent d'hémorrhagie ont les mouvements péristaltiques très-prononcés; *b*. après la mort d'un animal on voit les plus forts mouvements à la corne utérine dont les vaisseaux ont été séparés du mésomètre; *c*. la compression de l'aorte au-dessous du diaphragme a toujours déterminé, sur l'animal vivant, les contractions des organes génitaux et des intestins.

2° Les nerfs vagues ne transmettent aucune irritation à l'utérus.— Quand l'irritation de ces nerfs agissait sur l'utérus, c'était toujours après avoir produit la paralysie du cœur, ce qui revient à dire que cette irritation agit comme la compression de l'aorte abdominale.

3° L'irritation de la moelle allongée provoque les mouvements de l'utérus.—Elle les provoque sans l'intervention du nerf vague; car on observe les mêmes effets quand ce nerf a été coupé.

4° Le principal centre nerveux est le cervelet.

5° On peut produire des mouvements de l'utérus en irritant un point quelconque de la moelle épinière, mais surtout les régions lombaire et sacrée.

6° Les excitations parties des organes centraux descendent le long de la moelle allongée et de la moelle épinière et communiquent par la portion abdominale du grand sympathique avec ce dernier nerf et sont transmises à l'utérus par les nerfs sacrés; les excitations parties de l'utérus sont transmises aux organes centraux par la même voie.

SUR L'ÉTAT DES CELLULES FIBREUSES MUSCULAIRES PENDANT LA CONTRACTION; par G. MEISSNER.

En examinant des tranches très-minces du tissu sous-muqueux d'une vessie urinaire de lapin qui avait séjourné vingt-quatre heures dans l'acide acétique, l'auteur découvrit de très-beaux ganglions nerveux. Mais ce qui surtout attira son attention, ce furent de petites masses de cellules musculaires qui se portaient vers la muqueuse et se terminaient par des fibres élastiques très-déliées. Toutes ces cellules musculaires étaient striées en travers dans une partie plus ou moins grande de leur étendue; les extrémités effilées étaient toujours dépourvues de stries. L'auteur regarde ces stries transversales comme le résultat de la contraction de la fibre; elles ne sont pas produites par l'action de l'acide, car on les retrouvait sur des fibres fraiches. Une observation curieuse, c'est que les stries n'occupaient qu'une des faces de la cellule musculaire; souvent l'auteur a vu ces cellules rouler sur elles-mêmes et montrer une face lisse et une face striée; quelquefois la partie de la cellule tournée vers l'œil de l'observateur avait un aspect dentelé. Si ces observations se confirment, elles feront disparaitre l'une des différences essentielles qui séparaient les fibres lisses des fibres striées, et elles expliqueront la présence si fréquemment observée de fibres striées parmi les organes de la vie végétative.

L'auteur a étendu ses recherches à d'autres animaux; il a étudié particulièrement la substance contractile de la rate du mouton, et il a pu, à l'aide d'irritations mécaniques, déterminer sur les cellules musculaires la striation transversale. De même, il a constaté la présence des cellules musculaires dans l'enveloppe et dans les trabécules de la rate de l'homme, du lapin, du renard, de la martre et du pigeon. Des figures représentent les cellules striées de la paroi vésicale du lapin et du chat et de la rate du mouton.

RECHERCHES SUR L'ORGANE ÉLECTRIQUE DU GYMNOTE ET DU MORMYRE OXYRHYNQUE; par les docteurs CH. KUPFFER et W. KEFERSTEIN.

Dans le gymnote électrique, il existe trois organes électriques disposés suivant la longueur du poisson; deux de ces organes sont latéraux; le troisième, situé sous la face inférieure du corps, est aussi composé de deux moitiés symétriques. Ces organes, en forme de longs fuseaux, sont coupés dans le sens de leur longueur par des cloisons qui se réunissent quelquefois dans leur trajet. D'autres cloisons, très-minces et rapprochées les unes des autres, sont disposées perpendiculairement aux précédentes; les auteurs en ont compté 8 par millimètre. Chaque cloison transversale est formée de deux feuillets, l'un antérieur composé de tissu élastique, l'autre postérieur semblable à un réseau dont les cordons ont l'aspect de canaux et dont les mailles sont remplies d'une matière finement granuleuse qui rappelle le contenu des cellules nerveuses; les auteurs appellent ce feuillet le feuillet électrique. La couche élastique est très-riche en nerfs qui partent des cloisons longitudinales et dont les éléments se divisent sur ce feuillet élastique pour aller ensuite se perdre au milieu de la substance granuleuse du feuillet électrique. La lame élastique se continue directement avec les cloisons longitudinales, tandis que la lame électrique n'a aucune communication avec ces cloisons.

Après cet exposé, les auteurs comparent leurs recherches à celles des anatomistes qui se sont occupés du même sujet, particulièrement aux travaux de Valentin, de Koelliker et de Bilharz. D'après des expériences de Du Bois-Reymond, la lame électrique correspondrait au pôle négatif, et la lame élastique, tournée vers la tête, au pôle positif de nos piles.

L'anatomie du mormyre oxyrhynque a été faite par Gemminger, Koelliker, et surtout par Ecker; les recherches des auteurs sont conformes à celles des anatomistes. Ils ont aussi constaté que chacune des cloisons est formée d'une couche de fibres élastiques et d'une couche nerveuse dans laquelle se terminent les nerfs de l'appareil. Seulement, d'après eux, le feuillet électrique serait en avant et non en arrière de la couche cellulaire, comme le décrit Ecker.

II. JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN;

Publié par les docteurs BEHREND et HILDEBRAND.

Les cahiers de juillet à décembre 1857 renferment les articles originaux suivants: 1° *Sur les inflammations de l'oreille externe et de l'oreille interne chez les enfants, et sur la production de la surdité, de la surdi-mutité ou des affections cérébrales mortelles provenant de cette cause*, par le docteur W. Melchior. (Ce mémoire, très-intéressant du reste, est en grande partie la reproduction des leçons du professeur Toynbee, imprimées dans le LONDON MEDICAL TIMES (1855), sur les maladies de l'oreille. L'auteur émet l'assertion, peut-être un peu trop générale, que la surdi-mutité est produite le plus souvent par des affections de l'oreille survenues dans la première enfance.) 2° *Faits tirés de la médecine des enfants*, par le docteur J. Bierbaum. *a*. Excroissances des gencives. (Deux cas d'épulis, l'une dure, l'autre molle, toutes deux enlevées avec le bistouri; la seconde dut être opérée une deuxième fois, puis cautérisée.) *b*. Tumeurs et verrues aux lèvres. *c*. Angine pharyngienne. (L'auteur attribue les récidives de cette affection, chez les adultes, à quelque affection des viscères abdominaux, particulièrement du foie. Cette maladie est légère chez les enfants. On la voit souvent se transmettre dans les familles par une sorte d'hérédité.) *d*. Hypertrophie des amygdales. *e*. Diphthérite. *f*. Parotide, *g*. Érysipèle. *h*. Glossite. (Exposé de la marche et du traitement de ces dernières affections.) 3° *Deuxième rapport annuel sur l'hôpital des Enfants de Mariahilf, à Vienne*, par le docteur Luzsinsky. 4° *Communications sur l'hôpital Sainte-Anne, de Vienne*, par le professeur Mauthner. (Nous trouvons dans cet article une méthode particulière de traitement de l'ophthalmo-blennorrhée qui consiste à plonger la tête tout entière de l'enfant dans un baquet d'eau; l'enfant, dit l'auteur, ouvre la bouche pour respirer, et ouvre en même temps les yeux sous l'eau; les yeux se nettoient ainsi beaucoup mieux qu'on ne pourrait le faire par des injections.) 5° *Sur le croup des enfants, avec l'indication d'un traitement efficace de cette maladie*, par M. Luzsinsky. 6° *Communications cliniques: Sur les difficultés du diagnostic; sur la pepsine*, par le professeur Mauthner. 7° *Rapport sur la policlinique pour les enfants, sous la direction du conseiller médical Ebert, à Berlin, pendant le semestre d'été de* 1857, par le docteur Schwartz. 8° *Premier rapport sur l'hôpital des Enfants de Stettin*, par le docteur Steffen. 9° *Rapport sur les soins donnés aux enfants dans l'hospice des*

Enfants, à Stockholm, par le docteur Abelin. 10° *Sur l'emploi de l'opium ou plutôt de la morphine à petites doses dans la coqueluche*, par le docteur C.-M. Müller. 11° *Description d'un instrument simple, propre à insuffler de l'air dans les poumons, chez les enfants qui naissent asphyxiés*. (C'est une balle en caoutchouc portant un tube fermé à son extrémité et muni de trois ouvertures latérales, deux à l'extrémité du tube et une à sa base. On introduit le tube dans le larynx, puis on comprime la balle en fermant avec le pouce le trou supérieur pour que l'air de la balle passe dans les poumons; en cessant de presser, on ôte le pouce, l'air extérieur entre dans la balle et est chassé par une nouvelle compression.) 12° *Lettre écrite de l'Amérique du Nord par le professeur Mauthner*. (Notice sur les hôpitaux de New-York.)

SUR LE CROUP DES ENFANTS, AVEC L'INDICATION D'UN MODE EFFICACE DE TRAITEMENT; par le docteur LUZSINSKY (de Vienne).

L'auteur recommande comme base du traitement rationnel du croup l'emploi des alcalins, dans le but de diminuer la plasticité du sang.

Du reste, voici les indications qu'il pose :

1° Changer la crase du sang;
2° Empêcher la localisation de l'inflammation dans le larynx;
3° Combattre le spasme;
4° Détruire et expulser les fausses membranes.

L'auteur rappelle les succès qu'il a obtenus, et dont il a rendu compte, en 1855, dans les journaux de Vienne, et ceux qu'ont obtenus après lui plusieurs praticiens français et allemands. Il fait remarquer que le bicarbonate de soude est moins actif que le carbonate et ne peut être employé que dans les affections légères. La dose du carbonate de soude ou de potasse est de 1 1/2 à 2 gros (2 à 7 grammes) par jour, dans 2 onces (60 grammes) d'eau distillée, avec addition d'un sirop simple. On continue ce médicament jusqu'à ce que la toux devienne moins rauque.

La deuxième indication, celle de combattre l'inflammation locale, semblerait devoir être remplie par les émissions sanguines; mais l'auteur rappelle le peu d'utilité que l'on retire de l'emploi des sangsues, et préfère de beaucoup les fomentations froides. Il fait laver assidûment le cou avec de l'eau froide, le reste du corps étant bien couvert, et fait prendre des boissons à la glace en petites quantités à la fois (du lait ou de l'eau). On continue ainsi, dit-il, pendant un à trois jours, jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires aient diminué. D'après cela, il est évident qu'il faut bannir les cataplasmes comme produisant un effet contraire à celui qu'on en attendait.

L'auteur recommande d'une manière toute particulière l'emploi des vésicants sur la région hyoïdienne, surtout quand on ne peut pas avoir recours à l'eau froide. Il se sert du vésicatoire d'Albespeyres et le panse avec le papier qui porte le même nom. Si l'on a besoin d'une action plus rapide, il prescrit un cérat de cantharidine. Il a remarqué que lorsque le derme se recouvre d'une exsudation couenneuse qu'il faut avoir soin d'enlever à chaque pansement, la maladie s'amende ordinairement, tandis qu'elle a une terminaison fatale quand la plaie du vésicatoire ne produit aucune sécrétion.

Pour combattre les accidents qui accompagnent le croup, tels que la toux, la dyspnée, les menaces de suffocation et l'agitation de l'enfant, il faut donner des narcotiques, tels que le sirop de diacode avec un mucilage de gomme arabique ou l'acétate de morphine.

L'auteur recommande, pour détruire les fausses membranes, la cautérisation avec le nitrate d'argent, qu'il préfère à tout autre caustique. Il se sert d'une solution de 4 à 8 grains pour une once d'eau distillée (20 à 40 centigrammes sur 30 grammes), et touche l'arrière-gorge avec un pinceau trempé dans ce liquide; ce procédé est préférable à l'insufflation d'une poudre d'alun ou de nitrate d'argent mêlé à de la poudre de charbon.

Enfin, lorsque les fausses membranes se sont détachées, on facilite leur expulsion par des vomitifs : 4 à 8 grains de sulfate de cuivre dans 2 onces d'eau distillée, avec addition de sirop, une cuillerée à café toutes les demi-heures ou tous les quarts d'heure, jusqu'à effet vomitif suffisant. C'est alors seulement que les vomitifs sont indiqués, car, au début, ils ne peuvent rendre aucun service; ils augmentent la congestion vers les parties supérieures et épuisent les malades.

Ainsi, en résumé, la méthode du médecin viennois se distingue de celles qu'on suit généralement, parce qu'il proscrit les sangsues, les vomitifs au début, et les mercuriaux. Cette méthode paraît très-rationnelle, et l'on ne risque rien de l'essayer, surtout quand on voit le peu de succès des méthodes que la routine semble avoir consacrées.

Voici la statistique des affections croupales traitées par l'auteur dans l'intervalle de six ans :

Sur 38000 enfants traitées pour diverses maladies, il y avait 90 croups, dont 55 garçons et 45 filles; sous le rapport de l'âge, 11 étaient au-dessous d'1 an, 16 d'1 à 2 ans, 46 de 2 à 3, 8 de 3 à 4, 9 de 4 à 5, 15 de 5 à 6, 14 de 6 à 7, et 1 âgé de 3 ans,

Sur ces 90 malades, il y eut 75 guérisons et 15 morts.

Pour mieux apprécier ces résultats, l'auteur partage ses malades en trois groupes, suivant l'intensité de la maladie ou suivant les périodes.

Tous ceux traités dans la première période, au nombre de 36, guérirent, ce que l'auteur attribue à l'énergie du traitement, il a soin de déclarer d'ailleurs qu'il avait affaire au vrai croup.

Il y eut 43 malades appartenant à la seconde période, et sur ce nombre 34 guérisons et 9 morts.

Sur les 11 malades traités lorsqu'ils étaient déjà arrivés à la troisième période, il n'y eut que 5 guérisons.

L'auteur blâme la trachéotomie et voudrait la voir bannie du traitement du croup; il trouve plus rationnel le sondage (tubage) de la trachée, qui permet de débarrasser ce canal et d'y introduire des médicaments, ainsi que cela s'est fait avec avantage en Amérique.

Nous recommandons aux méditations de nos confrères les praticiens, et surtout aux médecins des hôpitaux, les conseils du docteur Luzsinsky. Dans une maladie aussi grave et qui compte de si nombreuses victimes, il est temps qu'on renonce au traitement empirique que la routine a conservé jusqu'à nos jours, malgré ses insuccès. La voie nouvelle ouverte par le médecin de Vienne nous paraît le seul moyen d'arriver à arrêter la marche de la maladie et à ne plus rendre nécessaire, si ce n'est dans des cas très-exceptionnels, une opération contre laquelle bien des médecins, même en France, s'élèvent encore aujourd'hui.

DE L'EMPLOI DE LA MORPHINE A PETITES DOSES DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE; par le docteur C.-M. MÜLLER.

Cet article est une simple note sur l'efficacité de la morphine dans le traitement de la coqueluche. L'auteur est arrivé à adopter ce médicament après la lecture d'un article d'Édouard Smith, publié, en 1854, dans les MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS d'Édimbourg, dans lequel M. Smith fait ressortir la propriété de la morphine sur les autres narcotiques, pourvu qu'elle soit administrée à très-petites doses et d'une manière progressive.

On commence par 1/60 de grain, et l'on augmente jusqu'à 1/40 ou 1/36 de grain par dose, jusqu'à ce qu'on ait produit un commencement de léger narcotisme. Au bout de quelques jours, la toux perd son caractère spasmodique.

Il va sans dire qu'il ne faut pas négliger les autres indications, mais qu'il convient d'avoir recours, suivant les besoins, aux toniques ou aux purgatifs, ainsi qu'à la respiration d'un air pur.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1858. — PRÉSIDENCE DE M. DESPRETZ.

— M. MILNE EDWARDS présente la première partie du quatrième volume de ses LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. Dans cette livraison, l'auteur traite principalement du mécanisme de la circulation chez l'homme et les autres vertébrés.

NOTE SUR DES PROTO-ORGANISMES VÉGÉTAUX ET ANIMAUX, NÉS SPONTANÉMENT DANS DE L'AIR ARTIFICIEL ET DANS LE GAZ OXYGÈNE; par M. F. POUCHET.

Au moment où, secondés par le progrès des sciences, plusieurs naturalistes s'efforcent de restreindre le domaine des générations spontanées ou d'en contester absolument l'existence, j'ai entrepris une série de travaux dans le but d'élucider cette question tant controversée. Après avoir répété toutes les expériences sérieuses faites sur ce sujet, j'en suis enfin arrivé à celles de MM. Schultz et Schwann, que, d'un commun accord, tous les adversaires de l'hétérogénie ont considérées comme lui ayant porté le coup

suprême. Dès à présent, je puis assurer qu'en suivant *exactement* les mêmes procédés que ces deux savants, et même en les variant et en donnant encore un bien plus haut degré de précision à leurs expériences, j'obtiens constamment un résultat positif. On voit se produire des animalcules et des cryptogames divers dans des matras où tout germe organique a été préalablement détruit et où l'air ne parvient qu'après avoir traversé un labyrinthe de fragments de porcelaine et d'amiante portés à la température de la chaleur rouge. Il ne s'agit que de conduire rationnellement ces opérations, d'en faire l'examen en temps opportun et avec toute l'attention nécessaire.

Quoique mes nombreuses expériences démontrent jusqu'à l'évidence que l'air atmosphérique ne peut être et n'est pas le véhicule des germes des proto-organismes, j'ai pensé que ce serait en couronner heureusement la série, et en même temps ne laisser aucune prise à la critique, si je parvenais à déterminer l'évolution de quelque être organisé, en substituant de l'air artificiel à celui de l'atmosphère.

Les belles expériences de MM. Regnault et Reiset me semblaient à l'avance indiquer que des animaux inférieurs pouvaient se développer dans cet air, puisque des animaux vertébrés y vivent bien. Mes essais furent couronnés de succès, et à diverses reprises, j'ai vu des microzoaires et une végétation cryptogamique apparaître dans de l'eau absolument privée d'air atmosphérique et qui n'était en contact qu'avec un mélange de 21 parties d'oxygène et de 79 parties d'azote, ou même seulement avec de l'oxygène pur. L'expérience dans laquelle j'ai employé l'air artificiel a été exécutée en commun avec un jeune et savant professeur de chimie, M. Houzeau; elle fera l'objet d'une autre communication. Je ne parlerai ici que de mon expérience sur l'oxygène....

Dans l'oxygène pur, malgré mes appréhensions, j'ai été plus heureux.

Expérience avec l'oxygène. — Un flacon d'un litre de capacité fut rempli d'eau bouillante, et ayant été bouché hermétiquement avec la plus grande précaution, immédiatement on le renversa sur une cuve à mercure; lorsque l'eau fut totalement refroidie, on le déboucha, sous le métal, et on y introduisit un demi-litre de gaz oxygène pur. Aussitôt après on y mit, sous le mercure, une petite botte de foin, pesant 10 grammes, qui venait d'être enlevée dans un flacon bouché, à une étuve chauffée à 100 degrés, et où elle était restée trente minutes. Le flacon fut enfin fermé hermétiquement à l'aide de son bouchon rodé à l'émeri, et pour surcroît de précaution, lorsqu'on l'eut enlevé de la cuve, on mit une couche de vernis gras et de vermillon tout autour de l'ouverture.

Huit jours après, la macération était d'une couleur fauve, sans pellicule apparente à sa surface, au moins à l'œil nu, mais le foin submergé offrait, sur quelques-uns des brins qui hérissaient sa petite botte, des globules d'un blanc jaunâtre, de la grosseur d'un grain de groseille blanche, auquel, de loin, ils ressemblaient parfaitement.

Ces globules, au nombre de huit à dix, mais dont quelques-uns étaient très-petits et flottant dans la liqueur, paraissaient évidemment formés de filaments d'une mucorinée, implantés à un même endroit et de là s'irradiant en touffes serrées. Le microscope le démontra.

Le dixième jour, le flacon ayant été ouvert, on examina son contenu. Il n'y avait en entre l'intérieur et l'atmosphère aucun échange. Le gaz oxygène qu'il contenait paraissait encore absolument pur, et les corps en ignition qu'on y plongeait activaient immédiatement leur combustion. On reconnut alors que les gros globules ou flocons blanchâtres qu'on discernait à travers les parois du vase et qui étaient immergés dans l'eau, étaient évidemment formés par une espèce de champignon à mycélium très-touffu et tassé....

Cette plante, que je pris pour un *Aspergillus*, ne me paraissant point avoir été décrite, afin de m'éclairer à ce sujet, je me suis adressé à M. Montagne, dont l'autorité en semblable matière a une haute valeur. Il a pensé aussi que c'était une espèce nouvelle, et il lui a plu de lui imposer le nom d'*Aspergillus Pouchetii*. J'ai respecté sa décision.

Comme durant ces derniers temps plusieurs savants ont prétendu que les spores de quelques cryptogames ne perdaient leur faculté de germer qu'à une température au-dessus de 100 degrés, j'ai dû, pour donner à l'expérience dont il vient d'être question toute l'authenticité possible, m'assurer s'il n'en serait pas ainsi à l'égard de végétaux qui s'étaient produits durant celle-ci.

Ayant pris des spores du *Penicillium glaucum* de Link, je reconnus qu'ils étaient parfaitement sphériques et offraient un diamètre de 0,0028 à 0,0042 de millimètre. Je les plaçai dans un petit tube avec environ 2 centimètres cubes d'eau, et celle-ci, à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin, fut entretenue en ébullition pendant un quart d'heure. Au bout de ce temps, on put constater, à l'aide du microscope, que les spores de ce *Penicillium* étaient déformés; ils avaient perdu un peu de leur sphéricité, et leur volume était presque doublé; ils offraient alors un diamètre variant de 0,0050 à 0,0055 de millimètre. On rencontrait aussi dans la liqueur des espèces de granules aplatis, d'un diamètre de 0,0028 à 0,0030, qui semblent n'être que des débris du test de quelques séminules de ce *Penicillium*, dont la substance intérieure avait été enlevée par le fait de l'ébullition.

L'action de l'eau en ébullition parut affecter encore bien plus profondément les spores d'un *Aspergillus*.

Ces expériences prouvent donc que ce n'est pas l'air qui est le dépositaire des germes organiques, puisque nous voyons un végétal naître dans un milieu dont l'air, absolument banni, a été remplacé par de l'oxygène. Dans cette expérience, le liquide, examiné très-attentivement, ne nous a paru recéler aucun animalcule.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de feu M. Temminck.

Le nombre des votants étant de 50, au premier tour de scrutin,

M. Von Baer obtient. . 49 suffrages.
M. Delle Chiaje. . . . . 1 —

M. Von Baer, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

De la non-existence de l'os intermaxillaire chez l'homme à l'état normal, et des erreurs commises à l'égard de la prétendue existence de cet os; par M. Emm. Rousseau.

(Commissaires : MM. Serres, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire.)

Après avoir tracé l'histoire de ce point d'anatomie comparée et résumé les opinions des principaux auteurs qui ont soutenu ou nié l'existence de l'os intermaxillaire chez l'homme, M. Rousseau poursuit en ces termes :

« Si j'insiste sur un sujet insignifiant pour des esprits superficiels, c'est que, comme Camper, je tiens à constater entre l'espèce humaine et les singes avec lesquels on s'efforce de l'assimiler complétement, cette différence de structure. Par la position que j'occupe au Muséum d'histoire naturelle de Paris et la nature de mes fonctions, j'ai été à même d'examiner un grand nombre de sujets d'espèces et d'âges divers; aussi m'a-t-il été donné de pouvoir faire certaines remarques qui ont dû échapper à d'autres anatomistes. Il est devenu constant pour moi que tous les mammifères, sans exception, sont pourvus de l'os *intermaxillaire*, que cet os manque à l'homme seul. S'il n'a pas été rencontré par Blumenbach, sur quelques-uns des singes dont il a étudié le squelette, c'est que les sujets qu'il a eus à sa disposition étaient arrivés à un âge où la soudure avait eu lieu avec le maxillaire.

» Qu'il me soit permis de faire remarquer combien il est important de se trouver, comme je l'ai été, dans des conditions assez favorables pour étudier et observer une collection ostéologique riche en séries d'âges et de sujets. Il m'a été donné par là de reconnaître l'erreur que j'ai commise en attribuant, après un examen trop superficiel, plusieurs points d'ossification au lieu d'un seul, au développement du maxillaire supérieur chez l'homme: c'est une erreur que je confesse ici en toute humilité.

» S'il eût été dans les mêmes conditions, le célèbre Galien n'eût pas sans doute accrédité l'erreur dans laquelle il est tombé, lui aussi, en disant que « l'os coronal de l'homme paraît quelquefois divisé par une suture, et que » dans le singe la suture ne se trouve jamais. » J'ai eu à ma disposition de très-jeunes sujets, et j'ai pu m'assurer que chez tous les singes le coronal est, au contraire, divisé en deux parties symétriques. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que des auteurs des plus recommandables n'aient pas non plus à la face externe, chez certains quadrumanes, les marques distinctes de l'os intermaxillaire, aussi bien qu'à la voûte palatine.

» J'ai fait exprès représenter une tête d'un très-jeune chimpanzé où le bord gincival n'a encore été traversé par aucune dent (1). Sur ce sujet, on n'aperçoit pas, à la partie externe, la trace qui doit séparer l'intermaxillaire du maxillaire, la fissure elle-même est très-peu apparente à la face palatine. La même particularité s'est produite sur le troglodyte tschégo, que j'ai en à ma disposition et dont les sutures et fissures avaient disparu, bien qu'il fût jeune, mais avec les dents de première dentition toutefois.

» Chez les orangs, les gorilles, les gibbons et autres, cette particularité n'existait pas, les intermaxillaires restent distincts, extérieurement, jusqu'à l'âge de la deuxième dentition. A partir de cette évolution, la tête change, la face s'allonge et prend des proportions plus grandes, et alors toutes traces de l'os qui nous a occupé dans ce mémoire ont disparu suivant la marche naturelle et progressive de l'ossification. »

Mémoire sur le sang considéré quand il est fluide, pendant qu'il se coagule et lorsqu'il est coagulé; par M. Denis (de Commercy).

(Commissaires : MM. Chevreul, Rayer, Cl. Bernard.)

Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie des sciences est consacré à l'étude expérimentale d'une série de questions relatives à la constitution du sang, dont la solution m'a paru être de la plus grande importance.

Des recherches sur les globules, principalement sur la portion de ces corpuscules qui en est comme la trame ou le tissu, m'ont amené à extraire la substance albuminoïde qui la constitue. Je donne le nom de *globuline* à cette matière d'autant plus remarquable, que je l'ai retrouvée dans divers solides et fluides de l'organisation.

Elle est insoluble dans l'eau, mais rendue visqueuse par la solution non saturée de chlorure de sodium.

J'ai ensuite abordé la discussion sur la nature du liquide qui imbibe les globules. Comme l'éther est presque sans action sur le sérum, et qu'à son aide on parvient à coaguler les globules, puis à les laver sur le filtre, j'ai pu constater que ces corpuscules ne renferment pas de sérum, mais qu'ils contiennent un liquide propre, et qu'ils sont composés approximativement de 1 partie sèche et de 1,80 eau.

Après avoir séparé le plasma des globules, à l'aide d'une solution de sul-

(1) Ces dessins et plusieurs autres qui se rapportent au sujet traité par M. E. Rousseau accompagnent le présent mémoire.

fate de soude, je me suis livré sur lui à des recherches qui m'ont conduit à la découverte de la substance albuminoïde, origine de la fibrine, substance que je précipite du plasma, en le saturant avec du chlorure de sodium. Dissoute dans de l'eau, elle donne, après dix minutes au plus, un coagulum incolore et transparent de fibrine, mais une partie de cette fibrine reste en dissolution.

La transformation de la plasmine en *fibrine concrète* et en *fibrine dissoute* s'opère avec de semblables résultats dans le sang; cependant j'ai observé que, selon que le sang veineux est battu quand il se coagule ou qu'on le laisse former un caillot en repos, ou qu'il est reçu dans du sulfate de soude, la fibrine concrète est *pure mêlée* de beaucoup de *globuline*, ou enfin *modifiée*.

Je passe sous silence toutes mes autres recherches, pour indiquer une série d'analyses du sang sain et altéré que j'ai faites d'après les résultats précédemment obtenus. Elles donnent la composition du sang fluide, celle du sang qui se coagule et celle du sang coagulé. On concevra aisément que ce mode rationnel de les formuler, joint à l'adoption tant d'un liquide spécial dans les globules que de la présence de la plasmine dans le plasma, en rend les conclusions bien différentes de celles qu'a produites la mode en usage jusqu'ici.

Aussi ai-je pu en tirer de nombreux faits qui me servent à baser une foule d'inductions physiologiques nouvelles qu'il serait trop long de rapporter ici, mais qui sont relatées dans mon mémoire.

— M. le Secrétaire perpétuel annonce avoir reçu de lord Brougham une lettre dans laquelle celui-ci réclame, au nom de M. Ayre, médecin anglais, auteur d'un mémoire sur le traitement du choléra-morbus par le calomel ou protochlorure de mercure, la rectification d'un passage contenu dans le rapport de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix du legs Bréant.

Dans ce rapport, lu dans la séance du 31 mai 1858, la commission, au dire de M. Ayre, aurait indiqué, en parlant du traitement qu'il recommande, l'emploi de doses de calomel beaucoup supérieures à celles qu'il prescrit en effet, et telles, qu'elles ne pourraient, d'après lui, être administrées sans inconvénients.

Cette réclamation est renvoyée à l'examen de la commission, qui fera, s'il y a lieu, la rectification demandée.

L'Académie renvoie à la même commission trois pièces également relatives au choléra-morbus, et adressées par M. Mac Kinlay (de Brown-Island, État du Michigan, Amérique du Nord), par J. Harrison (de Blackley, près Manchester), et par M. Lesage.

— M. Marc d'Espine, en adressant pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) son Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée, y joint quelques explications destinées à montrer que ce livre, quoique le titre ne l'indique pas explicitement, est essentiellement médical.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un mémoire de M. Sauzède, pharmacien à Carcassonne, sur le traitement du choléra par le sulfate de magnésie (Comm. des remèdes secrets et nouveaux);

2° Les rapports de MM. les docteurs :

Jobert (de Guyonville), sur le traitement de la diphthérite croupale;

Berguier, sur des épidémies d'angine et de variole qui ont régné à Gièvre et à Villefranche (Loir-et-Cher), en 1858;

Lemeire, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Celméry (Nièvre), en 1858 (Comm. des épidémies).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Des lettres de remerciments de MM. les docteurs Levieux (de Bordeaux), Piedvache (de Dinan), Charmasson de Puy-Laval (de Saint-Sauveur), Cabrol (de Bourbonne), lauréats de l'Académie;

2° Une lettre de M. le docteur Camille Bernard (d'Apt), qui sollicite le titre de membre correspondant (Comm. des correspondants nationaux);

3° Une note de M. le docteur Leriche (de Lyon), sur un nouveau mode de traitement pour le croup (Comm. du croup);

4° Un travail de M. le docteur Basset, intitulé : Rapport a l'Académie de médecine sur une première année passée a Saint-Nectaire.

— M. Devergie offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Mascarel, une brochure traitant des ulcérations du col de la matrice. Cette brochure est accompagnée d'une lettre dans laquelle M. Mascarel sollicite le titre de membre correspondant.

Cette lettre est renvoyée à la commission des correspondants nationaux.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Demeaux (de Puy-Lévêque), une observation de renversement complet de la matrice pendant la délivrance, réduit immédiatement et suivi de guérison. (Renvoyé à l'examen de M. Depaul.)

TRANSMISSION DU MUGUET.

M. Chatin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bean et Blache, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Sirus Pirondi, ayant pour titre : Deux faits relatifs tout a la fois a la transmission et a la production spontanée du muguet.

M. le rapporteur fait connaître ces deux faits qui se résument ainsi :

Ier fait. — 1° Insuffisance de l'allaitement ou de l'alimentation chez un nouveau-né; 2° prodromes du muguet et apparition de l'*oïdium albicans*, champignon caractéristique; 3° appel d'une nourrice pour suppléer à l'insuffisance du lait de la mère; 4° apparition du muguet chez l'enfant de la nourrice dont le sein participe à l'état morbide du premier enfant; 5° appel d'une deuxième nourrice et transmission du muguet à un troisième enfant.

IIe fait. — 1° Enfant né avant terme et atteint du muguet au bout de quelques jours; 2° transmission du muguet à l'enfant de la nourrice; existence de champignons du muguet dans les fissures du sein de la nourrice, et transmission de celui-ci à un troisième enfant.

Des faits observés, M. Sirus Pirondi passe aux déductions. Il examine successivement 1° sous quelles influences le muguet s'est primitivement montré, et il l'attribue à l'alimentation insuffisante; 2° quelle part il convient d'accorder à la transmission, et il la considère comme une circonstance étiologique incontestable dans les deux faits qu'il a cités; 3° comment s'est opérée cette transmission; l'auteur pense que le germe déposé par le premier enfant sur le sein de la nourrice a contaminé la bouche du second enfant.

M. Chatin, tout en rendant hommage aux bonnes qualités du travail de M. Pirondi, regrette que l'auteur ne se soit pas suffisamment inspiré du mémoire de M. Gubler où ont été si bien déterminées les conditions d'apparition et de développement de l'*oïdium albicans*.

La commission propose 1° de remercier M. Sirus Pirondi; 2° de l'engager à poursuivre ses recherches, et 3° de déposer son mémoire dans les archives.

M. Bouillaud : M. Chatin me permettra de lui demander une explication sur un passage de son rapport que je n'ai pas bien compris : l'oïdium est-il antérieur à l'exsudation du muguet? lui est-il postérieur? Des deux, quel est le fait primitif?

M. Chatin : L'oïdium, dans mon opinion, c'est le muguet, et il est tout aussi évident pour moi que le muguet peut se développer spontanément. Comment se fait ce développement? Est-ce par une génération spontanée? Je n'entreprendrai pas de discuter ces questions qui ne touchent pas à celles que j'ai dû soulever à l'occasion du travail de M. Sirus-Pirondi. Je dirai seulement que très-probablement les germes de l'oïdium sont disséminés dans l'atmosphère et qu'ils se développent quand leur germination est favorisée par certaines conditions telles que l'acidité buccale.

M. Bouillaud : La question que je viens de soulever est d'une importance extrême; elle revient, en effet, à se demander si le champignon du muguet est la cause de l'exsudation ou si elle en est l'effet.

M. Velpeau : Je crois que cette question est d'autant plus importante, que l'on tend aujourd'hui à généraliser singulièrement le rôle des parasites végétaux comme cause de maladies. C'est ainsi que M. Jodin attribue l'angine couenneuse et le croup à un champignon. Je demanderai à M. Chatin ce qu'il pense de cette opinion.

M. Depaul : M. Chatin fait, ce me semble, trop bon marché de ce que l'expérience et l'observation clinique nous ont appris sur le muguet. Ne croyez pas néanmoins que je veuille prendre rang parmi les détracteurs du microscope; ce qui m'étonne, c'est que M. Chatin ne fasse pas la distinction si importante du muguet grave et du muguet exclusivement localisé sur la muqueuse buccale; ce n'est en somme que de cette dernière forme qu'il a parlé; je laisserai donc l'autre de côté.

Pour M. Chatin, point de muguet sans sporules, et certes je n'ai l'intention de nier ni les sporules ni l'oïdium; mais ce qui me paraît s'accorder fort mal avec l'opinion de M. Chatin, c'est qu'on fait naître le muguet à volonté en plaçant les enfants dans des conditions déterminées; c'est, en effet, chez les enfants nés avant terme, petits, mal nourris, suçant des mamelons malades, dont les sucs âcres doivent irriter leur bouche, c'est dans ces conditions que se produit le muguet, et il me semble qu'elles sont bien suffisantes pour expliquer son apparition sans que nous ayons besoin de recourir aux sporules.

M. Chatin : Bien que les remarques que viennent de présenter mes collègues ne se rapportent pas au fond du rapport, j'y répondrai quelques mots. L'existence des sporules me paraît d'abord démontrée, et le rôle que je leur assigne trouve son analogue dans les autres champignons qui se produisent souvent d'une manière inattendue, mais toujours sur un terrain déterminé.

Pour ce qui est de la question étiologique, il est bien établi que l'oïdium existe toujours quand il y a muguet, léger ou grave, peu importe; il ne peut donc qu'en être la cause.

Le muguet, je crois, n'est jamais une maladie grave par elle-même; mais il se produit facilement chez des enfants ou chez les vieillards gravement

malades; il ajoute bien peu aux dangers de la maladie principale, si ce n'est dans les cas où un feutrage épais occupe tout l'œsophage et jusqu'à l'estomac, etc.

M. Bouillaud : Voilà le terrain déblayé, et la bataille peut s'engager. Je suis convaincu, pour mon compte, qu'on a fait de singulières exagérations en matière de maladies parasitaires, et que l'on a souvent pris pour le fait primitif, ce qui n'était qu'un phénomène consécutif. J'ai eu l'occasion tout récemment d'observer un cas de muguet chez un jeune homme, pendant la convalescence d'une rougeole. Tout d'abord la langue était très-gonflée et le malade ne pouvait l'amener hors de la bouche. Le lendemain, la muqueuse était tapissée d'une belle éruption de muguet dont la nature fut dûment constatée par le microscope. La guérison fut d'ailleurs prompte et facile. Il est évident que, dans ce cas, l'oïdium s'est développé dans l'exsudation qui couvrait la langue; il ne pouvait donc être l'élément primitif. Il en est peut-être de même dans les cas si fréquents où l'acidité buccale précède l'éruption.

Il est presque superflu d'ajouter qu'il est impossible d'assimiler le croup à la gale et aux autres maladies parasitaires, comme M. Velpeau paraît être disposé à le faire; comment expliqueriez-vous, en admettant cette hypothèse, qu'il se développe dans les conditions hygiéniques les plus excellentes, à la suite d'un refroidissement? Et ce point de doctrine a bien son importance pratique. Iriez-vous, au lieu d'attaquer la maladie, diriger vos efforts contre le parasite supposé qui en serait la cause?

M. Moreau souscrit à ce que M. Depaul a dit des conditions dans lesquelles se produit le muguet et admet également que le muguet est toujours précédé d'une irritation plus ou moins intense. Il pense que le muguet bien soigné n'est jamais grave par lui-même, et que le prétendu muguet grave des vieillards n'est qu'une exsudation plastique analogue à celle qu'on voit dans les fièvres graves.

M. Robin : Il est évident pour moi que le champignon du muguet n'est jamais autre chose qu'un épiphénomène qui vient compliquer une affection de la muqueuse et quelquefois une altération de la salive; ces conditions, qui favorisent son développement, sont variables, mais l'épiphénomène est constant. De même, si le muguet affecte plus particulièrement certaines parties des voies digestives, c'est parce que l'épithélium s'y présente avec des caractères particuliers; ainsi, il n'est pas le même au palais, à la face interne des joues, etc.

Avant de germer, les sporules adhèrent toujours très-intimement aux cellules épithéliales; plus tard, ces cellules se modifient, et ce sont là les deux éléments dont il faut tenir compte dans l'étude du muguet. Les couches profondes de l'épithélium sont traversées par des filaments de l'oïdium et ses sporules, auxquels se mêlent parfois quelques globules de pus.

En voulant faire du croup une maladie parasitaire, on a évidemment exagéré. Ce n'est que dans les cas où une fausse membrane a séjourné longtemps dans le larynx qu'il peut s'y montrer de faibles traces de champignons; ceux-ci diffèrent de l'*oïdium albicans*, et leur existence est toujours beaucoup plus éphémère, ils ne fructifient pas. Dans les cas où ils sont relativement abondants, c'est à peine s'ils forment la millième partie de la pseudo-membrane. Dans le traitement du croup, on n'a par conséquent pas à s'occuper du champignon qui croît sur les fausses membranes du larynx absolument comme sur le cadavre.

M. Chatin : L'observation de M. Bouillaud me paraît très-propre à confirmer ce que j'ai dit des conditions favorables au développement de l'oïdium, lequel, je le répète avec M. Robin, n'est qu'un épiphénomène d'un état morbide. J'en dirai autant des conditions que M. Depaul a si bien résumées : il est très-facile de comprendre qu'elles préparent à l'oïdium un terrain favorable.

On comprend aussi très-bien que les liquides acides qui s'accumulent dans les crevasses des mamelons deviennent le point de départ du champignon qui s'y développe alors d'emblée, et peut être ainsi transmis au nourrisson.

M. Moreau : Que cela arrive quelquefois, je ne le nie pas; mais ce n'est pas la règle, car on voit des enfants élevés au biberon être affectés du muguet.

M. Chatin : C'est alors parce que chez eux l'acidité produite par un mauvais régime sert de substratum à l'oïdium.

M. Devergie : Je regrette que M. Robin ne se soit pas prononcé très-catégoriquement sur la question de savoir si l'oïdium est cause ou effet du muguet; la théorie qui attribue toutes les maladies de ce genre à des sporules innombrables disséminés dans l'atmosphère, suppose une telle viciation de l'air que nous respirons à chaque instant, et entraîne d'autres conséquences si extraordinaires, que je la crois fort sujette à contestation. Je désirerais que M. Robin nous donnât sur cette question son opinion nettement formulée.

M. Depaul : M. Chatin dit dans son rapport que la contagion du muguet n'est pas seulement démontrée, mais encore indispensable. Comment expliquera-t-il alors qu'il affecte des enfants nourris au biberon? qu'à côté d'un enfant malade on en rencontre dans la même chambre qui n'en sont pas affectés? Je ne crois pas même que la réalité de la contagion soit démontrée pour les observations de M. Pirondi, car j'y retrouve toutes les conditions étiologiques que j'ai énumérées plus haut, et dire qu'elles n'ont fait que préparer un terrain favorable à la germination de l'oïdium ne serait qu'une échappatoire.

M. Robin : L'épiphénomène, dans le muguet, c'est la germination des sporules; le résultat, c'est la fausse membrane qui est composée des parasites et des cellules épithéliales altérées. Lorsque enfin cette membrane est très-épaisse, elle peut devenir, à son tour, le point de départ de nouveaux accidents.

M. Velpeau : M. Bouillaud se trompait en me rangeant parmi les partisans de M. Jodin. Quant à la question qu'il a soulevée, il me semble qu'elle devrait l'être pour toutes les affections de même nature, et qu'il y aurait là matière à de longues discussions. M. Chatin nous dit : l'oïdium, c'est le muguet. C'est à peu près comme si l'on disait que l'acarus est la gale. L'opinion de M. Bouillaud ne me paraît pas bien démontrée non plus. On comprendrait fort bien que les champignons implantés sur la muqueuse devinssent pour elles une sorte d'épine qui provoquerait la sécrétion de la couenne.

Je voudrais que cette question et celles qui s'y rattachent, y compris la question de la génération spontanée, fussent mises à l'étude et discutées au sein de l'Académie.

M. Chatin : M. Depaul a sans doute déjà compris que l'opinion qu'il qualifiait d'échappatoire, compte pour elles d'excellentes raisons; je ne m'y arrêterai pas. M. Depaul se chargerait-il par hasard de nous dire pourquoi le choléra, quand il envahit une maison, y choisit ses victimes et ne frappe pas tous les habitants?

Je n'ai d'ailleurs nullement déclaré la contagion du muguet nécessaire; j'ai seulement prouvé qu'elle est possible.

M. Delafond : Je regrette que ces graves questions soient soulevées à l'occasion d'un rapport, et j'aurais préféré que l'Académie y consacrât quelques séances. J'essaierai pourtant de prouver en peu de mots que c'est l'oïdium qui est la *cause* du muguet, et que le muguet est contagieux.

Le muguet est fréquent chez les agneaux; je ne me chargerai pas d'expliquer sa cause primitive, mais l'expérimentation, aussi bien que l'observation ont démontré qu'il peut se transmettre par contagion. On ne réussit pas, il est vrai, à le transplanter chez un animal parfaitement sain, et dont la muqueuse buccale est parfaitement intacte; mais le muguet se développe toujours quand on en porte quelque fragment sur la muqueuse d'animaux chétifs, faibles, digérant ou ruminant mal, de ceux qui présentent quelque plaie dans la bouche et surtout lorsque la salive est acide.

J'ai vu souvent, d'autre part, des agneaux transmettre le muguet à leurs mères, ou bien des brebis le communiquer aux agneaux qui les tétaient. Dans le premier cas, vous trouvez déjà les sporules sur le mamelon quand il est encore parfaitement sain, et ce n'est qu'au bout de deux à six jours qu'il devient rouge, tendu, et se recouvre de la pellicule caractéristique. La possibilité de la contagion est au moins démontrée suffisamment par des faits pareils.

M. Moreau : Elle le serait si M. Delafond n'avait eu soin de dire lui-même que les agneaux chez lesquels le muguet peut se développer se trouvent précisément dans les mêmes conditions que les enfants, chez lesquels il se montre presque toujours.

M. le Président : La discussion qui s'est engagée n'ayant pas porté sur les conclusions du rapport, je mets les conclusions aux voix.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

INFLUENCE DE L'AIR MARIN SUR LA PHTHISIE.

M. le docteur Garnier donne lecture d'une note additionnelle à son Mémoire sur l'influence de l'air marin dans la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes de France.

Le but de ce nouveau travail est surtout de répondre aux diverses objections qui se sont produites dans la presse médicale à propos du mémoire lu par l'auteur devant l'Académie, dans la séance du 9 septembre dernier. Après avoir donné le résultat de nouvelles recherches faites dans les hôpitaux de Toulon, Brest, Cherbourg et Lorient, M. Garnier ajoute : L'accord de ces nouveaux documents avec les précédents est si étroit qu'on y retrouve les mêmes différences que j'ai signalées quant aux saisons; ainsi le premier trimestre, à Toulon, donne toujours la proportion la plus favorable de phthisiques, tandis que c'est le contraire à Lorient dans le trimestre correspondant.

N'est-ce pas là une preuve éclatante, irrécusable, que le diagnostic porté sur les registres mortuaires compulsés par nous est exact et sincère dans la généralité des cas? L'Académie appréciera.

Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission nommée pour le premier mémoire de M. Garnier.

ÉLECTIONS. — COMMISSIONS PERMANENTES.

L'Académie procède par la voie du scrutin au renouvellement partiel des commissions permanentes et du comité de publication.

Sont nommés :

Pour la commission des épidémies : MM. Louis, Grisolle.

Pour la commission des eaux minérales : MM. Boulay, Gaultier de Claubry.

Pour la commission des remèdes secrets : MM. Bobinet, Trébuchet.

Pour la commission de vaccine : MM. Depaul, Poiseuille.

Comité de publication : Bourdon, Robin, Nélaton, Laugier, Bouchardat.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1858; par M. le docteur LORAIN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PHYSIOLOGIE.

EXPÉRIENCES SUR L'EXTINCTION DES PROPRIÉTÉS DES NERFS ET DES MUSCLES APRÈS LA MORT CHEZ LES GRENOUILLES; par M. ERNEST FAIVRE.

Pour étudier les modifications qui surviennent après la mort dans les propriétés des muscles et des nerfs, nous avons eu recours à l'électricité, et grâce à un appareil bien simple, nous avons pu commencer sur les grenouilles des études que nous nous proposons de continuer; nous donnons dans cette note, les résultats saillants de nos premières expériences.

Nous employons une pile de Daniel, assez faible pour ne dévier que de 2 degrés un galvanomètre sensible, assez constante pour que l'intensité du courant ne varie pas sensiblement pendant plusieurs jours; chaque fois d'ailleurs que nous faisons une expérience, nous avons soin de vérifier à l'aide du galvanomètre les diverses forces de la pile. Les pôles de la pile sont mis en communication avec un appareil destiné à affaiblir autant qu'on le veut le courant primitif. Cet appareil, dû à un savant physicien, M. Delezenne, consiste en deux tubes de verre verticaux, unis entre eux à la partie inférieure, ouverts en haut. Ces tubes, de 0,01 de diamètre extérieur, d'un mètre de long, sont remplis d'eau distillée et adaptés sur une règle graduée. Deux tiges de cuivre, de 0,003 millimètres de diamètre, sont disposées sur un support, de manière à pouvoir plonger dans l'eau distillée des tubes, d'une quantité variable. On les fait descendre ou monter à volonté. Supposons qu'elles soient plongées entièrement dans les tubes, de manière que leurs pointes touchent à l'extrémité inférieure.

Dans ce cas, le courant de la pile, adapté à l'extrémité des tiges, n'aura à traverser que le cuivre bon conducteur et pas un centimètre de colonne d'eau distillée. A mesure, au contraire, qu'on relève les tiges, on fait traverser au courant des longueurs variables de colonne d'eau distillée, et on l'affaiblit proportionnellement.

On conçoit comment, à l'aide de cette dispositon bien simple, on peut graduer à volonté les quantités de l'électricité qu'on fait agir, soit sur les muscles, soit sur les nerfs.

On peut chercher quelle quantité de colonnes d'eau distillée doit traverser le courant pour qu'il commence à exciter des contractions. Si la contractilité diminue, il faudra un courant plus fort, et par conséquent traversant une moindre longueur de colonne liquide; au contraire, à mesure que la contractilité augmentera, on pourra agir avec une quantité moindre et faire donner au courant, en élevant les tiges, des longueurs de colonnes d'eau de plus en plus considérables.

Nous ne donnons ici que l'idée sommaire de l'appareil. Dans l'application, nous avons voulu nous mettre à l'abri des principales causes d'erreur. Dans ce but, nous avons opéré toujours de la même manière, vérifiant avant chaque expérience les conditions de l'appareil. Les extrémités des réophores étaient en platine; nous avions soin de ne nous servir que du courant direct, et de n'employer le courant que pendant un temps très-court.

Autant que possible, pour rendre les expériences comparables, nous placions les réophores sur les mêmes points du muscle et du nerf.

Nous n'avons pas eu la prétention d'apprécier les phénomènes au point de vue physique : aussi nous avons écarté avec soin les complications relatives au sens du courant, à l'action du courant, soit au début, soit à la fin de son action, aux courants dérivés; sans simplifier la question, c'est en préparer des solutions plus simples; aussi pour mieux mettre en lumière les faits physiologiques, nous nous sommes abstenus de recherches purement physiques qui, du reste, ont été poursuivies avec tant de soin et de succès dans les derniers temps par MM. Regnault, Jules, Regnault, Cl. Bernard, Rousseau, etc.

Après avoir décrit l'appareil qui a servi à nos expériences, nous avons à faire connaître les résultats les plus nets de nos investigations. Nous avons d'abord étudié la disparition successive des propriétés nerveuses et musculaires chez les grenouilles volumineuses ou de petite taille que nous avions préparées dans les mêmes conditions.

La préparation se fait de la manière ordinaire : la peau est enlevée et conserve aux nerfs leur adhérence avec la moelle. On constate les phénomènes suivants : au début, les muscles et les nerfs sont irritables par le courant de notre faible pile marquant 2° de déviation, plus une colonne d'eau qui varie de 1 à 5 centimètres environ; nous avons constaté dans tous les cas qu'avec une même force électrique le muscle est plus contractile par l'excitation du nerf que par sa propre excitation, en d'autres termes, le nerf est plus excitable que le muscle.

Pendant un certain nombre d'heures les choses restent dans cet état, et le temps varie de sept heures à plus de vingt heures, sans qu'aucune modification particulière se fasse remarquer dans les muscles. Il n'en est pas de même dans les nerfs; presque toujours nous avons constaté d'abord une augmentation, puis une diminution lente, mais graduelle.

Après le temps indiqué apparaissent des phénomènes très-singuliers, et que nous n'avons vus indiqués nulle part. La contractilité du nerf diminue et s'éteint, la contractilité du muscle s'augmente, au contraire, d'une manière extrême. La contractilité du nerf va en diminuant du centre à la périphérie, comme tous les auteurs l'ont déjà indiqué, et c'est au moment où le muscle est le plus excitable que le nerf a cessé de l'être. Nous avons bien des fois répété cette observation fondamentale, en prenant le nerf non-seulement près de la moelle, mais dans les diverses régions de la partie postérieure de la cuisse; on a beau alors irriter le nerf mécaniquement, chimiquement ou à l'aide de forts courants électriques, les nerfs ne font plus contracter le muscle.

L'état du muscle après le temps indiqué présente des modifications bien singulières; non-seulement il est contractile avec la pile, mais pendant une période d'environ deux heures, la contractilité va croissant, comme on le reconnaît aisément avec notre appareil. On obtient successivement des effets à l'aide d'un courant faible de notre pile traversant des colonnes d'eau distillée, de 10, 20, 30, 40, 80 centimètres à un mètre de hauteur. Ces effets, même à l'aide des courants les plus faibles, sont très-marqués à un certain moment; les contractions vives, générales, persistantes suivent immédiatement l'application du courant.

A ce moment que nous désignerons désormais sous le nom de maximum de contractilité, la fibre musculaire devient impressionnable aux agents mécaniques, qui jusqu'alors n'avaient eu aucune action. Une irritation avec la pince, une légère traction, une piqûre d'aiguille éveillent une série de contractions des plus énergiques. Ainsi, dans ce nouvel état, le muscle est devenu, à un point extrême, impressionnable aux agents mécaniques.

Les caractères que revêt la force contractile sont particuliers. Les contractions, avons-nous dit, sont infiniment plus faciles à exciter; elles sont aussi plus énergiques, plus durables.

L'énergie des contractions est telle que souvent la cuisse soulève le bassin et que la grenouille semble se dresser: on obtient des effets étranges qui saisissent et étonnent. La durée des contractions est très-facile à constater. Souvent les mouvements persistent encore deux ou trois minutes après la cessation de la cause agissante; ils ressemblent beaucoup à ceux qui se produisent dans le tétanos et dans les convulsions générales.

Un autre caractère des mouvements dans cet état de contractilité maximum consiste dans leur spontanéité; souvent nous avons vu des pattes demeurées depuis une demi-heure sans être excitables, être prises de convulsions spontanément. Ces convulsions cessent et se reproduisent tantôt dans les cuisses, tantôt dans les jambes. Les phalanges s'écartent, les jambes s'élèvent, se fléchissent ou se redressent sur la cuisse. Ces contractions spontanées se reproduisent successivement.

La contractilité maximum dure plusieurs heures; elle s'affaiblit enfin, mais graduellement, et la rigidité lui succède, sans qu'il y ait rien de rapide dans le passage.

Pour nous résumer, nous partageons en trois périodes les phénomènes qui se manifestent dans les nerfs et les muscles, séparés de l'animal ouvert.

1° L'excitabilité nerveuse augmente un moment et se maintient ensuite, tandis que le muscle conserve ses propriétés.

2° Le muscle devient d'une extrême sensibilité; il se contracte sous l'influence des agents chimiques et mécaniques; pendant l'origine de cette période, le nerf perd toutes ses propriétés.

3° Le maximum de contractilité diminue, et le muscle entre graduellement en rigidité.

Si, au lieu d'expérimenter sur des grenouilles volumineuses, on expérimente sur des grenouilles de petite taille, les phénomènes se succèdent dans le même ordre, mais présentent des différences marquées. Après quelques heures seulement, les muscles entrent en contractilité maximum, et les nerfs ne peuvent plus être excités. Au début, les nerfs sont plus excitables et les muscles plus contractiles que chez les grenouilles volumineuses. Rien de particulier d'ailleurs quant à la durée relative et à la disposition de la contractilité maximum.

Nous avons reconnu que les nerfs perdent leurs propriétés avant les muscles.

Nous nous sommes proposé de savoir comment la moelle meurt et quelle est l'influence qu'elle exerce sur les nerfs; ou bien, en d'autres termes, si le nerf dépend immédiatement de la moelle, ou s'il conserve ses propriétés indépendamment d'elle.

L'action de la moelle est de courte durée : une heure après la préparation de l'animal, aucun courant électrique, aucune excitation mécanique ne déterminent de convulsion; la moelle a perdu ses propriétés. L'expérience plusieurs fois répétée a donné sur ce point des résultats constants. La moelle perd donc, en moins d'une heure, sa propriété excitative directe, mais elle ne perd sa propriété réflexe que dès que la peau des jambes de la grenouille a été enlevée.

Le résultat qui précède indique déjà que les nerfs ont des propriétés indépendantes de la moelle. Ils ne sont pas seulement des conducteurs, mais ils sont doués d'une action spéciale, complexe, qui paraît s'exercer sur la fibre musculaire même, en l'absence de toute excitation.

Voici les faits qui nous conduisent à formuler ce résultat. Nous avons agi de deux manières : tantôt nous avons étudié l'influence de la longueur de la moelle sur la marche des phénomènes : tantôt nous avons séparé, à diverses hauteurs, les nerfs du plexus sciatique, de la moelle épinière.

En séparant les nerfs de la moelle, on obtient toujours une augmentation d'excitabilité dans le bout périphérique.

Cette excitation, qui n'est pas de longue durée, est très-manifeste à l'aide

de notre appareil; elle se mesure par une hauteur de colonne de 3 à 5 centimètres.

Le nerf séparé ne perd pas ses propriétés d'exciter ses contractions; elles persistent presque aussi longtemps que celles du nerf encore adhérent; seulement elles sont beaucoup plus faibles. Plus le nerf est coupé près de la moelle, plus il ressemble, par ses propriétés, au nerf adhérent.

En coupant la moelle à des hauteurs différentes, on ne constate aucune différence bien appréciable dans la suite du phénomène.

A tous ces faits, nous en ajouterons un autre.

On coupe sur une grenouille vivante le nerf à la sortie de la moelle d'un côté, et on laisse vivre la grenouille vingt-neuf heures. Après ce temps, on la sacrifie, et on constate que le bout du nerf coupé augmente successivement de sensibilité. L'excès, dans une expérience, a été, pendant près d'une heure, de 3 à 5 centimètres.

Les faits précédents démontrent que le nerf est doué d'une propriété excitatrice particulière qui, dans certaines circonstances, s'accroît en l'absence même de la moelle.

Nous avons voulu mieux connaître les caractères de cette propriété, et nous avons été conduit à aborder la question si obscure de l'influence des nerfs sur les muscles.

On sait aujourd'hui que la contractilité musculaire est indépendante de l'excitabilité nerveuse: les expériences de MM. Longet, Bernard, Humboldt, Kölliker, ne laissent plus de doute à cet égard. C'est aussi un résultat qui ressort de nos expériences, puisque le nerf étant complétement inerte ou arraché, le muscle entre encore en maximum de contractilité.

Nous avons remarqué qu'il y avait toujours un rapport entre l'apparition du maximum de contractilité et la perte de toutes les propriétés d'un nerf. Est-ce là une simple coïncidence? Pouvait-on y voir un rapport de cause à effet, et penser que l'augmentation de contractilité musculaire était la conséquence de la disparition de certain état vital du nerf? Pour vérifier ou infirmer nos conjectures, nous avons établi un grand nombre d'expériences. Nous en rapportons successivement les plus importantes.

Sur une grenouille préparée, on coupe, à l'une des anses, le nerf sciatique en haut, et en bas dans la région poplitée: en très-peu de temps on voit les muscles du mollet entrer en contractilité maximum et devenir irritables mécaniquement. Si on compare l'état des nerfs et des muscles dans l'autre jambe demeurée intacte, on voit que les muscles de celle-ci sont encore peu irritables quand les autres ont une excitabilité presque au maximum.

Ainsi, la section des nerfs a coïncidé avec un développement bien plus rapide, bien plus considérable de la contractilité musculaire.

Les choses paraissent donc se passer comme si le nerf, dans son état ordinaire, maintenait et disposait en quelque sorte de la contractilité.

Toute cause qui tend à diminuer la puissance nerveuse tendrait donc à exalter la puissance musculaire.

Nous avons, sur plusieurs grenouilles, coupé le nerf simplement, avec sortie de la moelle, laissant l'autre nerf intact. Dans presque tous les cas, la contractilité musculaire a augmenté du côté coupé, plus rapidement que de l'autre; le maximum a été atteint plus vite et s'est maintenu plus longtemps.

Nous avons cependant trouvé des cas dans lesquels les phénomènes se passent d'une manière différente.

Nous avons cherché à rendre encore plus manifeste l'action des nerfs sur les muscles en opérant sur les grenouilles vivantes.

On coupe la moelle d'une grenouille vivante et on l'abandonne pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, on la prépare de la façon ordinaire et on trouve que le maximum de contractilité, qui survenait seulement sept à huit heures après la mort dans l'état ordinaire sur une grenouille de taille moyenne, on trouve, disons-nous, que cette contractilité survient après une ou deux heures.

La section de la moelle a donc suffi pour amener beaucoup plus vite le maximum des muscles; dans ce cas, les nerfs aussi perdent bien plus vite leurs propriétés.

Ce résultat est le même chez les grosses et petites grenouilles, et d'autant plus net que la grenouille a survécu plus longtemps à son opération de section de la moelle. On peut disposer autrement l'expérience. On enlève le sciatique a une grenouille et on lui coupe la moelle, laissant l'une des pattes intacte, et on la sacrifie. Après un certain nombre d'heures, on reconnaît que la patte privée de nerfs entre presque immédiatement en contractilité mécanique; l'autre y entre plus tard et avec moins d'énergie. Dans ce cas, les deux pattes ont été dans les mêmes conditions, excepté l'absence du nerf dans l'une d'elles; et c'est précisément cette patte qui devient bien plus rapidement excitable.

Les expériences, que nous signalons, ont deux résultats différents.

En premier lieu, elles prouvent que par la section de la moelle sur l'animal vivant, on fait mourir plus vite les nerfs et les muscles, ce qui rapproche les grenouilles des animaux à sang chaud. Ce fait se lie à l'activité plus grande de la circulation; nous y reviendrons ailleurs.

En second lieu, elles tendent à démontrer que les pattes dont les nerfs sont coupés ou reséqués atteignent plutôt le maximum de contractilité que celles dont les nerfs sont intacts.

Il est nécessaire d'ajouter que toutes les expériences que nous avons tentées n'ont pas donné des résultats identiques; dès lors nous ne pouvons présenter qu'avec réserves cette partie de nos conclusions.

Quant au maximum de contractilité musculaire coïncidant avec la perte des propriétés nerveuses et survenant de temps en temps après la mort de la grenouille, c'est un fait absolu et qui nous semble avoir une haute importance; nous essayerons d'en faire une analyse plus précise, et nous aurons à rechercher si les choses se passent de la même manière chez les animaux plus élevés.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1858; par M. le docteur LORAIN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES ORGANES GÉNÉRATEURS ET LA REPRODUCTION DES INFUSOIRES DITS POLYGASTRIQUES; par M. GÉRARD BALBIANI.

1° Indépendamment de leur multiplication par division spontanée et par gemmiparité, les infusoires nommés polygastriques par M. Ehrenberg ont un troisième mode de propagation qui constitue chez eux une véritable génération sexuelle analogue à celle des animaux plus haut placés dans la série.

2° Cette génération a pour éléments des œufs et des spermatozoïdes qui ne diffèrent en rien des éléments correspondants des espèces sexuées supérieures. Les œufs montrent très-nettement un vitellus granuleux entouré de sa membrane propre et enveloppant à son tour une vésicule et une tache germinatives. Ils prennent naissance dans l'organe qui existe si généralement dans tous les types de cette classe et connu sous le nom de noyau, mais ils n'atteignent toute leur perfection que dans la cavité générale du corps. Ce noyau doit donc être regardé comme un véritable ovaire. Un même genre peut présenter des espèces pauciovulées et multiovulées, ovipares et vivipares, par exemple le *G. Paramecium*.

3° Le testicule est l'organe qui a été décrit sous la dénomination de nucléole et qui n'avait encore été indiqué que chez un nombre très-limité d'espèces. D'après nos recherches, son existence est peut-être aussi générale que celle du noyau lui-même; je l'ai déjà trouvé chez quatorze types différents. Ce nucléole est tantôt simple, tantôt multiple: il n'y en a qu'un seul chez les paramécies, 2 chez les oxytriques, 4 à 5 chez les kérones, et jusqu'à 40 à 50 chez certains spirostomes, où chacun des grains qui composent leur noyau en chapelet loge un petit nucléole propre.

4° L'hermaphrodisme paraît être la règle chez tous les infusoires. On y remarque un ovaire et un testicule à toutes les époques de leur vie, mais ce n'est qu'au temps de la reproduction que le premier présente des ovules bien caractérisés et que le second montre des spermatozoïdes dans son intérieur.

Avant ces recherches, on ne possédait aucune notion précise sur les fonctions de ces organes; on savait seulement que le noyau se divisait comme le reste du corps dans l'acte de la fissiparité. Il est quelquefois le siége d'une production parasitique qu'on a faussement interprétée comme un développement de spermatozoïdes. Les véritables zoospermes, bien différents des vibrions parasites du noyau, ne se forment que dans le nucléole; je ne les ai du moins trouvés nulle part ailleurs. Quant aux prétendues vésicules séminales de M. Ehrenberg, ce sont des cavités contractiles qui appartiennent à un tout autre système, celui des canaux aquifères.

5° L'accouplement chez les infusoires se fait ordinairement par simple juxtaposition, les deux bouches établissant la communication sexuelle. Chez les oxytriques et les kérones ou stylonychies, il y a une véritable soudure des deux individus par leur partie antérieure, état qui a dû être pris plus d'une fois pour une division longitudinale d'un animal unique.

Je n'ai pas observé la ponte, mais je penche à croire qu'elle se fait par l'anus ou quelque ouverture voisine, car j'ai vu les œufs se rassembler dans la partie postérieure du corps qui porte l'orifice anal.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR L'ANALYSE CHIMIQUE D'UNE CONCRÉTION CALCAIRE, TROUVÉE DANS UNE EXCAVATION PULMONAIRE CHEZ UN TUBERCULEUX; par MM. BALL et VÉE.

Un vidangeur âgé de 45 ans, d'une santé robuste en apparence, mais ayant eu déjà plusieurs hémoptysies, eut le malheur de tomber dans une fosse d'aisances d'où ses camarades le retirèrent dans un pitoyable état.

On lui jeta cinq à six seaux d'eau froide sur le corps, dans le but de le nettoyer; mais ce refroidissement brusque eut pour effet d'amener une pleurésie double, de la plus grande intensité, à laquelle le malade a succombé le 18 septembre 1858, après avoir passé trois jours à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva une pleurésie enkystée à droite, assez considérable pour réduire le poumon correspondant au quart de son volume normal; une pleurésie très-intense, mais un peu moins étendue, existait également à gauche.

Les deux poumons, surtout le poumon droit, renfermaient à leur partie supérieure de nombreuses excavations. Dans l'une de ces cavités, assez volumineuse pour caser un œuf de pigeon, on trouva une concrétion blanchâtre, d'une dureté pierreuse, offrant le volume d'une petite noisette environ, parfaitement libre au milieu de l'excavation pulmonaire.

La structure de ce calcul était excessivement poreuse; des cavités fort étendues, par rapport à la masse totale, communiquaient entre elles, et donnaient à ce petit corps l'aspect de la meulière caverneuse des environs de

Paris, dont il était loin, cependant, d'offrir la consistance : nous l'avons trouvé, en effet, très-friable sous le pilon.

Dans les cavités voisines, nous avons également trouvé de petits calculs analogues, isolés au milieu de l'excavation pulmonaire.

C'est l'une de ces petites concrétions que j'ai l'honneur de soumettre à l'inspection de la Société; son aspect et ses propriétés physiques rappellent assez exactement celles de la concrétion que nous avons analysée.

L'existence de ce produit complétement isolé dans l'intérieur d'une caverne tuberculeuse, a paru un fait assez insolite à M. le docteur Charcot pour rendre sa composition chimique intéressante à connaître.

L'analyse quantitative à laquelle je me suis livré avec M. Vée, licencié ès sciences, dans le laboratoire de M. Bareswill, nous a donné les résultats suivants :

Eau	0,015
Matières grasses. Cholestérine	0,038
Matières organiques insolubles dans l'éther.	0,052
Sulfate de soude. Chlorure de sodium.	des traces.
Phosphate de soude	0,003
Phosphate de magnésie	0,005
Phosphate de chaux	0,385
Carbonate de chaux	0,031
Poids total	0,529

On voit que le phosphate de chaux est ici l'élément prédominant, et que le rapport des sels solubles aux sels insolubles est de 3 à 421, soit 1/140.

Les tubercules crétacés, d'après M. Robin (Dict. de Nysten: *Tubercule*), se composent de carbonates, de phosphates et de sulfates terreux, avec un peu de cholestérine et de matières organiques.

Dans une analyse publiée dans le Journal de chimie médicale, t. VII (1831), M. Broude nous apprend qu'une concrétion tuberculeuse à l'état crétacé renfermait du phosphate et du carbonate de chaux, avec un peu de carbonate de magnésie. Ces résultats, on le voit déjà, concordent assez bien avec les nôtres.

On trouve dans le Traité de chimie pathologique de M. l'Héritier (1842), l'analyse de quelques concrétions calcaires expectorées par un tuberculeux; elles renfermaient les principes suivants :

Phosphate de chaux	0,449
Carbonate de chaux	0,324
Carbonate de magnésie	0,115
Matières organiques	0,112
Oxyde de fer	des traces.

Le professeur Sgarzi (de Bologne), cité par M. l'Héritier, a fait l'analyse de quatre calculs pulmonaires du poids de 3 grammes; ils donnèrent les résultats suivants :

Phosphate de chaux	0,56
Carbonate de chaux	0,39
— de magnésie	0,06
Matières grasses	0,06
Cholestérine	0,66
Mucus	0,09
Substance animale indéterminée	1,03
Oxyde de fer	0,09
Silice	0,03
Perte	0,03

M. Rével assigne aux concrétions pulmonaires dont il a fait l'analyse, la composition suivante :

Phosphate de chaux	0,606
Phosphate et carbonate de magnésie	0,120
Matières organiques	0,274

Enfin, M. Henry y a rencontré du phosphate et du carbonate de chaux, du phosphate ammoniaco-magnésien et de la matière organique.

Malgré quelques différences de détail, toutes ces analyses concordent entre elles en ce qui concerne le fait principal, à savoir la prépondérance excessive des sels insolubles sur les sels solubles, et du phosphate de chaux sur tous les autres éléments que renferment les tubercules crétacés.

Mais des résultats tout différents sont annoncés par M. Félix Boudet, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine et publié dans le Journal de pharmacie (1844), page 347.

D'après cet habile chimiste, les concrétions tuberculeuses d'apparence calcaire renferment 70 pour 100 de sels solubles, principalement à base de soude. Voici le résultat d'une analyse, surtout sur des matières desséchées et calcinées :

Chlorure de sodium	0,280,89
Phosphate de soude	0,282,90
Sulfate de soude	0,137,00
Sels insolubles	0,295,00

Ce résidu, principalement formé de phosphate de chaux, renfermait en outre du carbonate de la même base, de la silice et des traces d'oxyde de fer.

Des résultats analogues auraient été fournis par l'analyse des concrétions calcaires des ganglions bronchiques.

On le voit, les résultats obtenus par M. F. Boudet sont diamétralement opposés à ceux que fournissent les analyses de tous les autres chimistes qui se sont occupés de l'analyse des tubercules crétacés.

A quoi rapporterons-nous une différence si frappante ? M. Boudet aurait-il opéré sur des concrétions non débarrassées des pigments de parenchyme pulmonaire qui les enveloppent ? Quoi qu'il en soit, l'analyse des produits singuliers que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société, semblerait confirmer les résultats obtenus par les autres chimistes que nous venons de citer : elle prouverait, en outre, que la dessiccation spontanée des produits renfermés dans une cavité pulmonaire d'origine tuberculeuse donne naissance à des produits analogues à ceux qu'on a regardés jusqu'à présent comme les résultats d'une transformation spéciale.

III. — Pathologie.

1° Épanchement de sang dans le sinus caverneux du côté gauche diagnostiqué pendant la vie ; pièces pathologiques soumises à l'examen de la Société de biologie; par le docteur Ludovic Hirschfeld.

Le 7 janvier 1858 est entrée dans la salle Saint-Antoine, n° 22, la nommée Thibault Marie; c'est une femme de 72 ans, bien constituée et de forte corpulence.

Placée d'abord dans un service de chirurgie, elle fut bientôt, à raison de l'inanité des ressources chirurgicales pour elle, envoyée dans le service de M. le professeur Rostan.

Cette femme raconte qu'il y a deux mois environ, ses jambes s'étant embarrassées dans le brancard d'une voiture, elle tomba sur le pavé et se fit à la racine du nez une large ouverture par laquelle elle perdit une assez grande quantité de sang.

La plaie se cicatrisa et il n'y eut rien de plus alors; mais un mois plus tard, sans aucun phénomène précurseur, sans étourdissements, sans éblouissements, sans douleurs de tête, etc., la malade ne put relever la paupière supérieure abaissée, et le globe de l'œil resta complétement immobile et porté un peu en avant. Il y eut en outre anesthésie de la peau de la paupière, de l'aile du nez et du front.

C'est dans cet état que la trouve le 8 janvier, à la visite, M. Ludovic Hirschfeld, chef de clinique, chargé du service pendant l'absence de M. Rostan. La malade, du reste, jouit de toute son intelligence et donne avec facilité tous les renseignements qu'on lui demande.

Où siége la lésion cause de ces troubles fonctionnels ? quelle est enfin la nature de cette lésion ?

La question de l'hémorrhagie cérébrale fut de prime abord écartée, les symptômes précurseurs manquant : et la paralysie étant très-limitée, il aurait fallu admettre une hémorrhagie cérébrale assez circonscrite pour n'intéresser que les nerfs se rendant dans l'orbite (le nerf optique excepté).

Le diagnostic porté fut celui-ci : tumeur peu étendue comprimant les nerfs de l'œil avant leur entrée dans l'orbite, c'est-à-dire au niveau de la fente sphénoïdale; ou bien tumeur située dans le fond de l'orbite comprimant les nerfs de l'œil, et expliquant par sa présence la procidence du globe de l'œil.

De ces deux hypothèses, la première parut la plus probable; car, dans la seconde, le nerf optique aurait dû être comprimé lui-même, et, par suite, le trouble de la vision beaucoup plus considérable que celui observé.

Pour déterminer la nature de la tumeur, il fut fait aussi deux hypothèses : ou bien c'était une tumeur formée par un épanchement de sang, ou bien une tumeur encéphaloïde. La marche rapide des accidents fit pencher pour la première hypothèse. Ainsi le diagnostic fut celui-ci : *épanchement de sang comprimant les nerfs moteurs de l'œil avant leur entrée dans l'orbite.*

La marche de la maladie fut la suivante :

Le 9 janvier, application d'un petit vésicatoire volant sur la tempe du côté gauche.

Le 10, il se déclare un érysipèle de la face, l'érysipèle fait de rapides progrès, envahit le cuir chevelu, fièvre intense, côma, et la malade succombe le 17 janvier à neuf heures du soir.

Nécropsie. — Les téguments du crâne sont dans presque toute leur étendue œdématiés, et tel est leur décollement que les os du crâne, entièrement à nu baignent dans une sérosité claire et limpide à droite, purulente à gauche, là où l'érysipèle a pris son point de départ.

La cavité encéphalique ouverte laisse voir un cerveau intact, la dure-mère est dans son état normal un peu adhérente au crâne, ce qui est dû aux progrès de l'âge.

Au niveau de la fente sphénoïdale gauche et pénétrant dans le sinus caverneux, apparaît un très-léger soulèvement de la dure-mère qui, si ce n'eût été la présomption de siége donnée par le diagnostique, aurait certainement échappé à l'observation.

La paroi externe du sinus caverneux étant enlevée, on découvre une petite tumeur aplatie, du volume d'une grosse amande, de consistance molle, de couleur lie de vin semblant être le résultat d'un épanchement de sang très-peu considérable, ce que d'ailleurs le microscope a complétement confirmé. Placée entre la dure-mère et la tumeur, la branche ophthalmique de Willis éprouvait une compression qui rend compte de l'anesthésie observée sur la peau du front et celle du nez tâ où se terminent deux de ses branches, le nerf frontal et le nerf nasal.

Quant aux nerfs moteurs de l'orbite enveloppés par l'épanchement qu'ils

traversent, leur paralysie trouve dans cette disposition même son explication toute naturelle.

Le nerf optique est resté en dehors de toute lésion.

Dans l'orbite se trouve un peu de pus provenant du phlegmon de la paupière supérieure.

En renversant la tumeur en dehors, on aperçoit sur l'artère carotide interne, vers le milieu de son trajet dans le sinus caverneux, une petite ouverture circulaire comme faite à l'emporte-pièce et qui est traversée par un cordon d'un blanc rougeâtre, long de 7 à 8 centimètres environ et du volume d'un gros fil : l'une de ses extrémités plonge dans la tumeur, l'autre se termine dans l'artère. Ce cordon semble n'être autre chose qu'un caillot fibrineux.

2° NOTE SUR UN ACARUS TROUVÉ DANS L'URINE D'UN MALADE ; par M. le docteur A. LABOULBÈNE.

M. Laboulbène fait la communication suivante :

Notre président, M. Rayer, m'a fait remettre un animalcule paraissant hexapode et qui a été trouvé dans l'urine d'un malade. Cet animalcule était certainement renfermé dans le flacon où était l'urine. Il ne pouvait pas avoir été placé dans la préparation microscopique faite pour l'examen de ce liquide, tous les objets ayant servi à celle-ci étant parfaitement propres.

Il s'agit par conséquent de déterminer à quelle classe, à quel genre et à quelle espèce appartient cet animal, et à expliquer sa présence dans l'urine.

Examiné à un grossissement de 100 diamètres, cet animalcule paraît hexapode, son corps ovalaire est composé d'une tête, d'un thorax à peine distinct de l'abdomen par un très-léger étranglement. Les pattes de cinq articles principaux se terminent par une ventouse; il est dépourvu d'antennes et offre à peine quelques poils fins sur le tégument, etc. Si l'on prend un grossissement plus considérable, on constate qu'après la troisième paire de pattes et en arrière d'elles il existe un rudiment de nouvelles pattes de chaque côté. La préparation que j'ai placée sous le microscope permet de voir très-bien cette paire de pattes rudimentaires, ce qui porte à quatre paires le nombre des pattes de cet animal.

Je crois par conséquent que cet animalcule appartient à la classe des *arachnides*, et que c'est un *acarus jeune incomplétement développé*. Je crois en outre, d'après l'ensemble de ses autres caractères zoologiques, qu'il doit appartenir à l'espèce que Linné avait désignée sous le nom d'*acarus siro* et Delséer, sous le nom d'*acarus domesticus*. Pour MM. Walkenaer et Gervais (INSECTES APTÈRES, III, 261, 1844), cette espèce ferait partie du genre *tyroglyphus*, sous le nom de *tyroglyphus siro*.

On a déjà signalé des *acarus* trouvés dans l'urine. M. le professeur Fée (de Strasbourg) a communiqué à l'Institut le fait d'un *acarus qui n'est point celui de la gale* trouvé dans l'urine d'un malade (COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 16 décembre 1844). M. Fée ne savait comment expliquer, dans ce liquide, l'apparition de cet animalcule. Or, comme cet espèce d'*acarien* est extrêmement commune dans nos habitations, qu'elle se trouve à peu près partout, rien ne me paraît plus facile à expliquer que sa présence dans l'urine où il sera parvenu du dehors avant que le flacon ait été bouché, ou bien peut-être se trouvait-il dans ce même vase avant que l'urine y ait été placée.

Il ne me paraît aucunement probable que cet *acarus* ait été rendu avec l'urine par le malade.

IV. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LA SUPPURATION VERTE (SUPPURATION BLEUE DES AUTEURS); par C. BERGOUNHIOUX, ex-préparateur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand, élève externe à l'hôpital des Cliniques.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société des pièces d'appareil recueillies ces derniers jours dans le service de M. Nélaton ; ces linges tachés en vert ont servi aux pansements quotidiens d'un nommé Mazier, amputé de la campagne de Crimée, et portant aujourd'hui d'une plaie du fémur en bonne voie de réparation. Rien n'existe dans la coloration de ces linges ou dans l'état du malade qui n'ait été indiqué dans les observations précédemment publiées à propos de *suppuration bleue*. Aussi ne chercherais-je pas à attirer d'une façon spéciale l'attention sur ce fait, si des essais renouvelés bien des fois pour des cas identiques, et plus souvent encore pour des cas analogues, ne m'avaient porté à exprimer sur la nature même de cette coloration une opinion que mon savant maître, M. Nélaton, désire que je soumette au jugement de la Société.

Il y a environ cinq ans que j'ai, pour la première fois, étudié au point de vue de sa nature la coloration verte de la suppuration bleue des auteurs. Le problème m'avait été posé par M. Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Clermont-Ferrand, et la solution d'après les résultats que me donnèrent mes premières expériences, m'en parut si facile que je ne pensai guère avoir trouvé quelque chose qui ne fût connu et démontré. Cependant, pour me donner à moi-même plus de certitude et pour convaincre autrui, je n'ai laissé échapper depuis cette époque aucune occasion de mettre mes procédés à l'épreuve, je dirai tout à l'heure jusqu'où j'ai été conduit.

Pour ce qui est de la suppuration bleue des auteurs ou mieux de la suppuration verte, il est très-facile, avec un peu d'habitude, de montrer que sa coloration est due à la matière colorante de la bile. Il suffit de prendre ces linges, de tasser dans une allonge tes portions les plus verdies par le pus, à l'aide d'un dissolvant quelconque, l'eau, l'alcool, l'éther; on décolore la masse à épuiser, puis suivant le cas et par des procédés qui varient, on isole, autant qu'il est possible, le principe colorant; cela fait, et quand on a dans les mains une solution aqueuse, par exemple, plus ou moins foncée, et de telle ou telle nuance, on prend de la bile, non pas la première venue, mais celle dont la coloration rappelle le mieux les linges dont on s'est servi. Par les mêmes procédés, à l'aide des mêmes réactifs, on arrive comme résultat dernier à une semblable solution aqueuse de matière colorante verte. Traitant ces deux solutions semblables successivement par les modificateurs ordinaires de la matière colorante de la bile, on voit se produire dans un ordre parfait, côte à côte et parallèlement, deux séries de phénomènes rigoureusement identiques.

Après m'être fait la main, pour ainsi parler, à la matière colorante de la bile, je l'ai poursuivie un peu partout : c'est elle qui teint en vert le méconium des nouveau-nés, les flux intestinaux, les eaux de l'amnios, les matières de certains vomissements, le pus des urétrites des otites, des ophthalmies, des coryzas, des arthrites graves, des adénites syphilitiques ou scrofuleuses, la sérosité des épanchements inflammatoires, des hydropisies, des infiltrations cadavériques, et bien d'autres liquides normaux ou pathologiques.

Mais il ne faudrait pas penser que ce sont là des recherches faciles, et dont on peut avoir raison dans un temps déterminé : je me souviens d'avoir constaté la présence de la bile dans le pus d'un abcès froid après huit ou dix jours de travail, précisément quand j'allais y renoncer. Toutes les fois qu'il s'agit, en chimie organique, de matières colorantes, on doit s'attendre à voir les réactions supprimées, retardées ou déguisées par les influences les plus inattendues.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 7e ARRONDISSEMENT.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT LES ANNÉES 1854, 1855, 1856 ET 1857; par M. le docteur PERRIN, secrétaire-archiviste.

DE L'EMPLOI COMPARÉ DU CAUSTIQUE ET DU BISTOURI, DANS LE TRAITEMENT DES LOUPES DU CUIR CHEVELU.

M. le docteur BONNASSIES vous a exposé l'histoire d'un malade, âgé de 60 ans, qui, depuis dix-huit à vingt ans, portait sur le pariétal gauche plusieurs loupes dont il voulait se voir délivrer, pourvu qu'on n'employât pas l'instrument tranchant. M. Bonnassies eut recours alors à des traînées de potasse caustique qu'il opposa d'abord à la loupe la plus volumineuse. Au bout de deux mois, il parvint à obtenir une guérison complète. Deux autres loupes furent attaquées ensuite de la même façon, et avec le même succès. La matière contenue dans le premier de ces kystes était d'une odeur très-fétide, celle des deux dernières ne sentait absolument rien. M. Bonnassies dit avoir obtenu des guérisons semblables à l'aide du bistouri, et sans qu'il ait vu, hors un seul cas opéré par M. Velpeau dans sa clientèle, l'opération, par l'instrument tranchant, être suivie d'un développement toujours redoutable d'un érysipèle du cuir chevelu. M. FECLARD a prétendu même que le bistouri était le plus souvent préférable aux caustiques dans le traitement radical des loupes, et surtout des loupes d'un petit volume, attendu que l'érysipèle que l'on oppose au bistouri, s'observe tout aussi bien avec les caustiques. Cette assertion de notre confrère, sans avoir été directement combattue par l'assemblée, n'a pas cependant paru suffisamment démontrée pour réduire à néant l'opinion contraire.

D'UN CAS DE CHIRURGIE CONSERVATRICE.

M. le docteur MOREAU vous a communiqué un cas intéressant de chirurgie conservatrice. Il s'agissait d'un jeune ouvrier dont la main avait été prise dans l'engrenage d'une machine, et chez lequel la première phalange du doigt médius, presque entièrement détachée, ne tenait plus que par un peu de peau au bord externe du doigt. Un simple coup de bistouri eût pu achever la section de la phalange, et régulariser ainsi la plaie; mais M. Moreau préféra, avant d'en venir à cette extrémité, remettre les parties en contact, à l'aide d'un pansement méthodiquement fait, pansement qui ne fut levé que le troisième jour, époque où, contre son attente, il put compter sur une réunion des tissus, qui fut bientôt suivie d'une consolidation définitive, après l'énucléation d'une portion écrasée de la phalange. Une ankylose de la première phalange avec la seconde, a bien été la conséquence de la conduite prudente et heureuse de notre collègue, mais, à coup sûr, ce résultat a été de beaucoup supérieur à l'amputation qu'il aurait pu également pratiquer.

DEUX CAS DE SYNDACTYLIE, L'UN CONGÉNITAL, L'AUTRE ACCIDENTEL.

Ces deux cas appartiennent à MM. ROMBAUD et CLÉMENT, qui vous en

ont rendus témoins. Le malade de M. ROMBAUD est un jeune garçon qui offrait une déformation des deux mains consistant dans une syndactylie congéniale. M. ROMBAUD désirait savoir si une opération pouvait être tentée avec certitude de succès. A la suite de faits analogues rappelés devant vous par quelques membres, la Société a été d'avis de ne tenter aucune opération sur ce jeune malade. Elle a bien reconnu la possibilité d'un succès, mais elle n'a pu en établir la certitude. Elle s'est, en outre, rappelé que cette opération pouvait, en définitive, compromettre l'existence d'un enfant qui se servait, en outre, presque aussi bien de ses mains que si elles n'avait pas été déformées. C'était donc bien le cas de faire passer le fameux *tuto* avant le non moins fameux *jucunde*. La Société a été un peu plus favorable, au point de vue de l'intervention chirurgicale, dans le cas qui lui a été présenté, dans une séance suivante, par M. CLÉMENT. C'était un jeune enfant de 7 ans qu'une nourrice maladroite laissa un beau jour tomber dans le feu, à l'âge de quelques mois à peine, chute qui eut pour résultat une affreuse brûlure de la main droite.

Voici quel est l'état de cette main aujourd'hui :

L'indicateur, le médius, l'annulaire et l'auriculaire sont renversés sur la face dorsale du métacarpe, et bridés dans cette position par un tissu cicatriciel fort et résistant. Le médius et l'indicateur, quelque peu atrophiés, ont cependant encore la faculté d'exercer de très-légers mouvements de flexion. Les phalanges constituant ces deux doigts sont mobiles les unes sur les autres; quant à l'annulaire et à l'auriculaire, ils sont complétement atrophiés, et ne laissent absolument apercevoir aucune espèce de mouvement. Avec cette main aussi vicieusement constituée, ce pauvre enfant ne peut en retirer aucun service; ainsi il ne peut ni écrire, ni manger, il ne peut pas davantage boutonner ses habits.

Ne serait-ce pas le cas, vous demandait M. CLÉMENT, de tenter quelque chose pour les deux doigts susceptibles de mouvements volontaires, et de procéder par conséquent au décollement de l'indicateur et du médius? M. FRÈRE a répondu à la question ainsi posée, en disant qu'il conseillerait d'agir sur l'indicateur seulement, attendu les conditions à peu près régulières de développement et de mobilité de ce doigt, et encore qu'il n'était pas bien sûr, au fond, qu'il ne fût préférable de renoncer à une opération qui offre toujours un certain danger, et qui surtout, si elle n'était pas couronnée de succès, deviendrait, pour cet enfant, la source de bien des incommodités ultérieures, en embarrassant sa main de deux prolongements inertes, au lieu de l'armer de deux doigts intelligents et dociles. Cependant, après une discussion à laquelle ont pris successivement part MM. PATISSIER, FEULARD, ROMBEAU, VASSEUR, MOREAU, FLEURY, SAMSON, la Société a engagé notre confrère à venir au secours de cet enfant, dont la main mutilée n'était pour lui, ou à peu près, d'aucun usage, en ramenant, à l'aide d'une opération, l'annulaire et le médius dans leur position habituelle.

II. — ACCOUCHEMENTS.

Je n'ai pas trouvé un bien grand nombre de communications importantes, et surtout de communications détaillées, relatives aux accouchements, dans les procès-verbaux de vos séances. J'y trouve consigné simplement un cas de monstruosité des organes génitaux, par M. FEULARD. Il s'agissait d'une présentation du siége, et, à la place des organes génitaux, on constatait l'existence d'une verge rudimentaire, de la grosseur d'une plume de corbeau, une absence complète de scrotum et de testicules, qui étaient remplacés par une sorte de raphé membraneux traversé d'un sillon médian antéro-postérieur. Il existait en même temps chez cet enfant une déviation prononcée de l'une des jambes, la jambe gauche. M. MOREAU vous a démontré, par un fait de sa pratique obstétricale, que l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant pouvait être une cause sérieuse de dystocie, en empêchant l'expulsion naturelle de l'enfant, soit même l'extraction de la tête à l'aide du forceps. Dans un cas où le cordon était singulièrement raccourci par cinq ou six enroulements autour du cou, il eut toutes les peines du monde à terminer l'extraction de la tête de l'enfant par le forceps, et surtout à se rendre compte de la résistance insolite qu'il éprouvait vers la fin de cette extraction. Dans une présentation du siége, MM. Jacquemier et Vasseur ont dû procéder à l'extraction forcée, chez une primipare, de l'enfant, extraction qui a amené à sa suite une déchirure profonde du périnée. Sur l'avis de la Société, et d'après leur propre sentiment, ils ont, le quatrième jour après, l'accouchement, procédé à la suture méthodique du périnée. L'opération a été couronnée de succès. MM. SUASSO et FEULARD vous ont tour à tour entretenus de l'innocuité assez souvent observée de placentas retenus dans la cavité utérine pendant un temps plus ou moins long, et de l'utilité d'attendre que l'expulsion s'en fasse naturellement, toutes les fois que des accidents généraux ne font pas une obligation d'intervenir de bonne heure. M. SUASSO vous a raconté en plus qu'il avait fait un accouchement déclaré impossible par M. Dubois, et cela, dans les circonstances suivantes. Il s'agissait d'une femme rachitique de 1 mètre 50 centimètres de taille seulement, à membres inférieurs fortement arqués, à bassin extérieurement bien conformé, mais pourtant rétréci, au dire du célèbre accoucheur, au point de ne pas permettre l'accouchement naturel et à terme. Cependant la malade, arrivée au bout du temps, fut prise des douleurs de l'enfantement. Lorsque notre confrère arriva, les eaux étaient rompues, et la tête engagée dans le détroit supérieur. Après deux heures d'attente, le travail n'avançant pas, M. Suasso chloroformisa la patiente, et fit une application de forceps. L'enfant est venu mort, mais à terme, et bien développé. De ce fait, M. Suasso en a conclu, avec raison, que la mensuration du bassin, dans certains cas, était bien difficile, et surtout bien problématique, au point de vue de la conduite à tenir dans certains cas donnés. En voici un autre exemple. Dans un accouchement déclaré presque impossible pour la mère, et mortel pour le produit, notre excellent confrère, M. le docteur DUPARCQUE, a pu mettre au monde un enfant qui vit encore aujourd'hui.

Nous terminerons, messieurs, l'exposition des faits curieux d'obstétrique qui vous ont été signalés par l'histoire d'une malade que plusieurs d'entre vous connaissent, et qui, devenue enceinte douze fois, a vu ses accouchements devenir successivement et progressivement de plus en plus difficiles, au point de ne plus accoucher, dans les cinq derniers, qu'aux dépens de la mort violente de son enfant. Voici cette observation, dont tous les détails vous ont été communiqués dans le temps par votre secrétaire-archiviste.

HISTOIRE OBSTÉTRICO-MÉDICALE D'UNE FEMME DANS DOUZE ACCOUCHEMENTS.

OBS. — Madame Tespaz est âgée de 36 ans, à formes trapues et ramassées, mais sans conformation vicieuse apparente du squelette, et spécialement du bassin.

Sans maladie dans son enfance, elle eut pourtant un abcès du sein à l'âge de 12 ans, et fut réglée à 13, sans accident.

Mariée à 16 ans et demi, elle accoucha au bout de dix mois, d'une fille, après un travail de vingt heures environ.

Vingt-deux mois après cette première grossesse, nouvel accouchement à terme. Le travail fut long, pénible, et cependant se termina par l'expulsion naturelle d'une fille, dont les os de la tête, dit la mère, chevauchaient les uns sur les autres.

Le troisième accouchement fut moins pénible que les deux précédents, et se termina par l'accouchement d'un enfant très-petit, qui s'éleva difficilement et mourut à 9 mois, avec tous les symptômes du rachitisme : déformation du squelette, gros ventre, etc.

Le quatrième accouchement fut plus long, plus lent, plus pénible que tous les précédents : c'est à partir de celui-ci que, décidément, les efforts d'expulsion devinrent de plus en plus laborieux et bientôt impossibles, comme nous le verrons. C'était une fille aujourd'hui âgée de 15 ans, et manifestement rachitique : tibias arqués, petitesse de taille, etc.

Le cinquième accouchement, après deux jours de grandes douleurs, nécessita, pour la première fois, l'appel d'un accoucheur, qui ne crut pas, au reste, devoir intervenir. En effet, tout se termina, avec le temps naturellement, et il en résulta la naissance d'une fille qui subit, dans ses premières années, les atteintes du rachitisme. Elle a aujourd'hui 13 ans et se porte bien. Les extrémités inférieures, arquées autrefois, se sont bien redressées, et naturellement.

Le sixième accouchement eut lieu en moins de trois heures, et quoique venu à terme, l'enfant, un petit garçon, était d'une petitesse extraordinaire. Il ne pesait pas 2 livres et demie, au dire des parents. Il est idiot, et ne laisse entendre qu'un langage le plus souvent incompréhensible. Il a 11 ans aujourd'hui. C'est donc au petit volume de l'enfant qu'il faut rapporter cette rapide et exceptionnelle délivrance.

Le septième accouchement nécessita, après un travail lent et inutile, une application de forceps. Elle fut faite par M. Olivier, médecin du quartier à cette époque. Cette application ne fut pas difficile. Un enfant mâle fut amené, offrant un gonflement considérable de la face et du cuir chevelu ; et de plus, des contusions multiples faites par les cuillers du forceps, à la base de l'orbite du côté gauche, à la racine du nez, sur le front à gauche, et au niveau du pariétal droit. Il en est résulté des cicatrices qui persistent encore aujourd'hui chez cet enfant, qui a 9 ans. Sur le pariétal, il est même resté un enfoncement, une dépression marquée, au niveau de laquelle les cheveux n'ont jamais poussé. L'enfant est aujourd'hui très-bien venu, très-intelligent, et moniteur de sa classe. Si l'application de forceps, qui l'avait mutilé au moment de sa naissance, avait eu lieu chez l'enfant précédent, et qui est imbécile, on n'aurait certainement pas manqué d'attribuer à cette circonstance l'imbécillité de ce dernier.

Cette femme va maintenant nous fournir l'histoire de cinq autres accouchements, mais de cinq accouchements qui ne seront plus possibles en dehors

de l'intervention laborieuse de l'accoucheur, et suivis, dans tous, de la mort inévitable de l'enfant.

C'est donc à partir de son huitième accouchement qu'un travail désormais plus pénible et plus long que précédemment va survenir. A la fin du troisième jour, la tête de l'enfant restait encore invariablement située au-dessus du détroit supérieur, sans le moindre engagement du sommet, et malgré une dilatation du col depuis longtemps complète. M. Escalier, appelé, tente inutilement et péniblement une application de forceps au détroit supérieur. Il se retire et attend. Huit heures après, à une heure du matin, MM. Escalier, Noiret et Frère, réunis, décident de pratiquer la version, qui est immédiatement faite. Mais la tête reste engagée au-dessus du détroit, et réclame une application du forceps qui termine l'accouchement. L'enfant extrait offrait quelques pulsations dans la région du cœur, mais mourut bientôt sans avoir respiré.

La mère fut prise, les jours suivants, de quelques accidents inflammatoires du côté du bas-ventre. Deux applications de sangsues eurent lieu. Elle dut rester près de cinq semaines au lit, et fut près de trois mois à se remettre complétement.

Dix-huit mois après cet assaut, et malgré la défense faite au mari, cette femme était arrivée à la fin d'une neuvième grossesse. A sept mois, on songea à l'accouchement prématuré artificiel : MM. Velpeau, Chailly, Duparcque, furent successivement de cet avis. Mais ce ne fut réellement qu'au commencement du neuvième mois que ces messieurs se rendirent chez la malade, accompagnés de M. Frère, son médecin, pour agir. Toutefois, un nouvel examen eut lieu, examen attentif et sérieux ; mais M. Duparcque ayant senti, au toucher, les talons de l'enfant, et ayant justement pensé que, vraisemblablement, la présentation aurait lieu par cette extrémité, il fut résolu, d'un commun accord, que le seigle ergoté, que l'on se proposait d'administrer pour déterminer l'accouchement prématuré ne serait point administré, et qu'on attendrait le terme naturel de l'accouchement.

En effet, dès le lendemain, et sans doute sous l'influence de l'émotion et des explorations subies par la malade, le travail se déclarait, l'enfant se présentait par les pieds, et M. Frère, appelé, procédait bientôt à l'extraction manuelle d'un enfant, une fille, asphyxiée, et qui ne put être malheureusement rappelée à la vie.

On ne peut guère ici se défendre de cette réflexion que, si on eût administré le seigle ergoté dans le but de déterminer l'accouchement prématuré, on n'aurait difficilement pu s'empêcher de rapporter le succès, c'est-à-dire le développement du travail, à l'usage du seigle employé. Il n'en a rien été cependant dans le cas présent. *Experientia fallax, judicium difficile!*

Dix mois après ce neuvième accouchement, une dixième grossesse arrivait à sa fin. MM. Frère et Firmin interviennent après trois jours de douleurs inutiles, constatent, au détroit supérieur, la présence d'un sommet, qui ne tend en aucune manière à s'engager. Ils pratiquent la version et font une application de forceps ensuite, pour avoir la tête. La malade croit même que la version a été précédée d'une application de forceps au détroit supérieur, mais elle n'en est pas sûre. (Cette application a eu lieu.)

L'enfant, comme les précédents, était mort, ou mieux, mourut quelques instants après son expulsion, et après avoir offert quelques pulsations précordiales.

Dans un onzième accouchement, pratiqué par M. Firmin, la version sans le forceps suffit pour amener au monde un enfant mort et de *moyenne grosseur*.

Enfin, dans un douzième et dernier accouchement, MM. Perrin et Frère, la malade étant dans les douleurs depuis la veille, le col étant largement dilaté, et la tête invariablement située au-dessus du détroit supérieur, sans tendance au moindre engagement, ont pratiqué dernièrement la version. Celle-ci fut rapidement exécutée et précédée de la rupture artificielle des eaux. L'enfant était plein de vie, au moment où cette poche fut rompue par l'un des opérateurs, et où sa main pénétra dans l'utérus. Les pieds furent rapidement amenés au dehors ; mais, comme toujours, l'extraction de la tête située en occipito-pubienne, ne put avoir lieu, à cause de la saillie marquée que l'angle sacro-vertébral forme chez cette malade, ce qui contribue singulièrement à rétrécir le diamètre antéro-postérieur du bassin. Cependant, après des tentatives d'extraction énergiques et laborieuses, qui ont nécessité l'intervention successive des deux accoucheurs, dont les mains et les bras s'engourdissaient, la tête put enfin traverser le détroit supérieur, et permettre, immédiatement après, la sortie entière de l'enfant qui, comme les autres encore, ne put être rappelé à la vie. L'enfant était un garçon très-gros et très-fort.

La mère s'est remise cette fois très-rapidement. Elle a eu à peine de la fièvre : tout s'est passé chez elle comme dans l'accouchement ordinaire et naturel.

Vous le voyez, Messieurs, cette observation est remarquable par les détails qu'elle renferme, et par le fait capital d'accouchements devenus successivement et progressivement de plus en plus difficiles.

Les sept premiers accouchements, qui ont donné lieu à des enfants qui ont vécu, permettent de supposer que la viciation du bassin, chez cette femme, ne doit pas être très-considérable, puisque, dans ces accouchements, le travail n'a été que lent et un peu laborieux, et n'a necessité que, dans le septième, une application très-facile et très-rapide de forceps, probablement dans l'excavation. Comment expliquer que l'accouchement soit ultérieurement devenu impossible par les seuls efforts de la nature? Le rétrécissement survenu doit-il être rapporté à une déformation du bassin consécutive, à de l'ostéomalacie, à une plus grande fixité survenue dans les articulations du bassin? Voilà tout autant de questions qu'il n'est pas facile de résoudre.

D'autre part, chez cette femme, qui ne peut plus maintenant accoucher qu'aux dépens de la mort violente de son enfant, de son enfant plein de vie et de vigueur, au moment où l'opérateur intervient, n'est-il pas un autre mode d'intervention, auquel il serait rationnel de songer, dans l'intérêt de l'enfant que, jusqu'à présent, on a toujours et froidement sacrifié? Ne serait-ce pas, dans un cas semblable, que l'opération césarienne pourrait, avec quelque raison, être invoquée? Mais, je le comprends, une pareille question est trop grave à soulever pour que j'y insiste plus longtemps, et je crois suffisant de me borner à l'histoire obstétrico-médicale que je viens de vous exposer.

Tel est, messieurs, l'ensemble des communications de toutes sortes qui vous ont été faites, pendant ces quatre dernières années. Ajoutons encore qu'il vous a été soigneusement rendu compte d'un grand nombre de mémoires et de brochures qui vous ont été adressés, et que ces travaux sont devenus l'occasion de discussions intéressantes parmi vous, mais que les limites obligées de ce compte rendu ne me permettent que de vous rappeler.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES; par L.-A. BECQUEREL, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé de la Faculté, etc. — Paris, chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine. — 1858.

La librairie moderne, nous ne prétendons pas lui en faire un grand reproche, suit la marche commune ; à l'exemple de beaucoup de professions dites libérales, elle tend à devenir de plus en plus industrielle, elle estime tout ouvrage qui se vend bien, recherche avidement le bénéfice net que lui rapporte une opération; elle fait imprimer avec un empressement extrême les œuvres les moins scientifiques, pourvu qu'il y ait chance d'un grand débit, et elle ne craint pas d'éditer un livre, dût-il même avoir un succès scandaleux, car le succès est le dernier et le plus fort argument en faveur d'une publication quelconque.

Il fut un temps où les libraires ne se piquaient pas d'une philosophie si commode ; ils s'honoraient du titre de savants, et n'attachaient pas leur nom à des produits de bas étage, car ils auraient craint, et avec raison, qu'on leur imputât une sorte de complicité dans cette mise au jour d'un livre peu honorable. Quand, cédant à l'appât du gain, un libraire faisait imprimer quelque œuvre de ce genre, il se cachait sous un pseudonyme et attribuait aux presses étrangères le méfait dont il avait honte. Aujourd'hui l'on est moins délicat, on se retranche en toute sécurité derrière le goût du public, on lui donne ce qu'il demande, on se trouve absous de tout reproche quand la spéculation d'un charlatan, vivement chauffée dans la colonne d'annonces des journaux politiques ou autres, arrive à sa dixième édition, et bien sot trouverait-on celui qui ne saisirait pas l'occasion de vendre un livre dont veut tout le monde.

On nous trouvera sévère pour des commerçants qui payent patente, avancent des fonds considérables au marchand de papier, à l'imprimeur, au brocheur et à tout le personnel qui s'agite autour de l'éditeur d'un ouvrage nouveau. Si, outre ces dépenses, il y a encore à payer le manuscrit, à régler des droits d'auteur, on trouvera tout simple que le négociant retire un salaire légitime de son travail, car il court des risques importants, le livre peut rester en magasin, et la dépense qu'il aura nécessitée va tomber à la charge de l'industriel. Il est vrai que cet industriel ne fait des avances qu'à bon escient, qu'il ne paye que les auteurs connus, et que ceux qui veulent se faire connaître le font le plus souvent à leurs risques et périls, et que le bénéfice, quand il y en a, disparaît en grande partie dans des frais absorbants, imprévus, inconnus et de nature bizarre.

Mais enfin, ces premiers obstacles sont levés, un auteur a réussi devant le public, il a fait un livre qui s'est bien vendu, et l'éditeur, flairant de nouveaux bénéfices, n'attend pas que cet homme de talent compose à loisir et selon sa fantaisie une œuvre nouvelle. Il va trouver l'écrivain, le savant, il lui demande un livre sur tel sujet, il lui trace un plan, indiquant au besoin les chapitres, le tout dans l'intérêt de l'auteur et des lecteurs, bien entendu, car tout le monde attend quelque chose sur ce sujet intéressant. Fiez-vous aux instincts de ces messieurs, ils savent mieux que personne ce qu'il faut aux élèves, et

mieux encore, ce qui convient à la foule curieuse de certains ouvrages destinés à flatter la passion du merveilleux, à donner des émotions terribles, à faire naître des espérances vaines, à caresser la folie des malades imaginaires, et mieux encore, le goût du public pour les livres à l'aide desquels il espère se traiter lui-même et se passer de médecin.

Nos éditeurs les plus en vogue ont si bien travaillé dans ce sens qu'ils ont créé autour de leurs boutiques des fabricants de livres destinés au succès le plus populaire. Il y a telle maison à Paris où cette clientèle flottante joue un grand rôle, dans laquelle des hommes d'un vrai mérite trouveraient un accueil bien différent de celui qu'on fait aux artisans dont nous parlons ici et qui font des livres si faciles à vendre. Chacun reconnaît que la tendance mercantile de la librairie est motivée par des considérations puissantes, mais il n'en est pas moins déplorable de voir cet abaissement d'une profession qui a tenu autrefois un si haut rang dans l'estime du monde savant. Que ce soit une nécessité de l'époque où nous vivons, cela se conçoit aisément, mais il n'en est pas moins vrai qu'un tel état de choses est fâcheux, déplorable et qu'il serait bien à désirer qu'on rentrât dans une voie meilleure.

Ces réflexions nous ont été inspirées par la publication du nouvel ouvrage de M. le docteur Alf. Becquerel. Depuis dix ans et plus, ce médecin a composé successivement des œuvres en grande faveur auprès des élèves et même de ses confrères; ainsi, un MANUEL D'HYGIÈNE rapidement épuisé et réimprimé dernièrement, un TRAITÉ DES APPLICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ à la thérapeutique médicale et chirurgicale dont la seconde édition est sous presse, un TRAITÉ DE CHIMIE PATHOLOGIQUE, une SÉMÉIOTIQUE DES URINES, des RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DU SANG, et plusieurs autres travaux sur des points plus spéciaux de la pathologie interne, tel est le bagage scientifique de M. Becquerel, tels sont ses titres à l'estime du monde savant et à la considération de ses éditeurs. Si vous joignez à cela des cours particuliers à l'École pratique, une clinique très-suivie à l'hôpital de la Pitié, chacun comprendra que l'on doit être tout disposé à étudier avec soin l'œuvre nouvelle d'un auteur qui a donné, en tant de circonstances, la mesure de son mérite. Voyons donc ce que vaut le TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

Dans tout ouvrage de ce genre, il nous semble loyal non moins qu'utile d'établir le point où en est la science au moment où l'on entreprend d'y ajouter quelque chose. Un inventaire bien fait, c'est-à-dire exact, est de première nécessité en pareil cas, et nous louons fort M. Becquerel d'avoir consacré près de quatre-vingts pages à l'historique des affections utérines. Il a prouvé par là qu'il possédait parfaitement son sujet, qu'il avait suivi pas à pas les hommes qui ont parcouru avant lui la voie où il n'a pas craint de s'engager après eux. On lira cet immense travail d'introduction avec plaisir, avec fruit, et nous ne pensons pas que les auteurs cités avec tant de soin puissent se plaindre de l'appréciation faite de leurs ouvrages. On a toujours bonne grâce à rendre justice à ceux qui ont contribué par leurs efforts à fonder une science qu'on voudrait compléter, et le dernier venu dans la lice ne doit pas oublier combien il a tiré parti des recherches de ses prédécesseurs, fussent-elles même erronées, car, pour ceux qui savent observer, les erreurs sont souvent profitables.

Mais il est juste de dire que M. Becquerel sait donner à ses travaux un caractère d'originalité qu'on ne peut méconnaître. Médecin essentiellement moderne, il procède toujours avec une sorte de rigueur mathématique, et cela le conduit à des résultats qui brillent par la précision. Physicien et chimiste habile, familier avec le microscope, il possède à merveille tous les moyens accessoires à l'aide desquels on peut donner à la clinique un degré de certitude que ne connaissent pas les médecins d'une autre époque. Si, dans d'autres circonstances, nous avons quelquefois blâmé l'emploi trop exclusif de ces moyens mécaniques, nous devons reconnaître que, dans certains cas, ils sont excellents, et les maladies de l'appareil génital interne de la femme comportent plus que d'autres l'application de ces procédés dus aux sciences exactes. Aussi lira-t-on avec un vif intérêt les chapitres dans lesquels M. Becquerel décrit avec une exactitude minutieuse l'état sain et l'état pathologique des organes atteints des diverses lésions dont il offre le tableau le plus complet.

Nous avons été frappé de la méthode descriptive qui se rencontre dans toutes les parties de ce livre intéressant. Jamais le titre de TRAITÉ CLINIQUE n'a été mieux justifié; on voit le praticien au lit du malade, examinant, interrogeant, arrivant peu à peu à la connaissance des causes qui ont produit le mal, cherchant à apprécier les influences diverses qui le modifient, étudiant la valeur de chacun des signes qui le caractérisent, guidant avec une sûreté parfaite le médecin qui le suit dans cette route difficile, montrant, par des exemples bien choisis, l'utilité des remèdes et présentant ainsi le tableau le plus fidèle de toutes les affections qui font le tourment des pauvres femmes. On sent que l'auteur parle surtout de ce qu'il a vu. Il a profité avec intelligence de sa position dans certains hôpitaux pour couler à fond un grand nombre de questions ardues, et il peut présenter au monde savant le résultat de longues études faites dans les conditions les plus favorables. Il ne manque jamais de comparer ses travaux avec ceux des auteurs les plus accrédités dans cette partie de la science; de ce contrôle mutuel découlent des conclusions qui acquièrent par là un grand degré de certitude, et tout le monde lira avec un vif intérêt les chapitres dans lesquels M. Becquerel approuve ou combat les assertions de M. Bennet. Le savant anglais, personne ne l'ignore, est une des plus grandes autorités en fait de maladies utérines; son livre est classique chez nos voisins d'outre-Manche; aussi importait-il extrêmement de soumettre à un examen attentif bien des points d'une pratique qui ne sont pas tous également incontestables.

Parmi les éditeurs dont nous présentions plus haut le portrait peu favorable, il est vrai, mais un peu chargé, il en est qui, dans les traités de pathologie spéciale, ont en haine l'anatomie et regrettent comme perdues toutes les pages consacrées à établir d'une manière exacte l'état normal d'un organe quelconque. M. Becquerel sait trop bien l'utilité de cette base indispensable pour se priver des avantages qui en résultent. Il a décrit avec précision chacune des parties constituantes de l'appareil génital interne, et là encore il a trouvé moyen de dire du nouveau, d'ajouter quelque chose aux connaissances positives que l'on possède sur ce sujet. Puisant aux meilleures sources, aidé des excellents travaux de M. le professeur Cruveilhier, il a pu, grâce à la collaboration éclairée de M. le docteur Béraud, établir avec une grande exactitude les moindres particularités de la constitution physique de cet appareil si compliqué, et, partant de là, décrire les altérations morbides qui s'y développent sous l'influence des causes pathologiques. Ainsi appuyé sur une base solide, procédant avec une rigueur extrême dans la recherche des phénomènes spécifiques des maladies, il a su s'abstenir quand il n'avait plus de raison suffisante pour porter un jugement. Véritable élève de l'école de Paris, s'attachant surtout à la constatation des faits, et n'en tirant que des conséquences légitimes, il a éclairé bien des points obscurs de l'histoire des affections utérines. Il n'est aucune partie de cette histoire qu'il n'ait étudiée avec soin et sur laquelle il n'ait accumulé les lumières de l'expérience, de la statistique, et chacune de ses conclusions est le résultat du concours de tous les procédés de raisonnement en usage dans les recherches scientifiques.

Il y a des états généraux, bien qu'en petit nombre, qui dominent la pathologie de la matrice et de ses annexes. On reconnaît chaque jour que ces états, si commodes pour les esprits généralisateurs, et destinés à servir de fondement à des systèmes qui expliquent tout, n'ont pas toujours le degré d'importance qu'on leur attribue. Ainsi l'inflammation n'est pas l'agent producteur de chacune des lésions organiques de l'utérus; le squirrhe, le cancer, les tumeurs fibreuses n'ont pas nécessairement pour point de départ la phlegmasie aiguë du tissu de l'organe, et les diverses cachexies qui envahissent la femme sont encore bien moins le résultat de ces inflammations auxquelles on a fait jouer un si singulier rôle. Les observateurs modernes auront de la peine à détruire ces idées fausses à force d'exagération, et il faudra bien du temps pour que l'on renonce à des imaginations si séduisantes par leur simplicité. Il a fallu que l'usage du spéculum vînt apprendre à ceux qui veulent voir que les accidents de nature vraiment inflammatoire ne sont pas aussi fréquents qu'on le supposait. Il en est résulté un changement considérable dans la thérapeutique, on a moins abusé des petites saignées, on n'a pas cru devoir continuer d'appliquer des sangsues sur le museau de tanche, et la vraie médecine a marché dans une voie plus régulière, plus logique. On trouvera dans chacun des chapitres du traité de M. Becquerel un grand nombre de preuves à l'appui de cette remarque importante. La connaissance précise des éléments anatomiques de chacun des organes sexuels, l'étude approfondie des caractères morbides, la constatation attentive des symptômes accompagnant chaque lésion, et comme déduction légitime, l'indication du mode de traitement le plus applicable à ces diverses maladies, tel est le cadre dans lequel l'auteur circonscrit son sujet, tel est le procédé qu'il applique rigoureusement à toutes les parties de cette monographie importante.

On dit que les livres sont faits avec des livres, que l'auteur qui publie un nouvel ouvrage sur un sujet quelconque, profite amplement des recherches faites par ses prédécesseurs, et souvent même n'y ajoute pas grand'chose. On dispose son sujet autrement, on présente

des considérations d'une autre espèce, on place dans un ordre différent des matériaux souvent les mêmes, et la science gagne peu à ces remaniements qui revêtent la livrée des théories médicales en vogue au temps où l'auteur écrit. Ce reproche est grave, et il a longtemps été applicable à des ouvrages qui n'avaient de nouveau que le titre. Il nous paraît impossible de prétendre qu'il en soit ainsi du TRAITÉ DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES. M. Becquerel, nous l'avons dit, est un médecin moderne, il regarde, il cherche, il reconnaît, il juge, mais en tout ceci, il n'y a pas de place pour l'imagination, la théorie n'a rien à y voir, et si, dans un pareil travail, il y a place pour l'erreur, ce ne peut être qu'une erreur de fait. Or celles-ci se rectifient facilement; si l'on a mal vu, on peut mieux voir, on se corrige bientôt, car l'esprit humain est bâti de telle sorte que l'on tient plus à ses opinions quand elles sont hypothétiques que quand elles sont fondées sur un fait matériel.

Jamais discussions plus vives n'éclatèrent à l'Académie impériale de médecine qu'à l'occasion de deux maladies sur lesquelles il était difficile d'avoir des idées justes. On se rappellera la lutte de certains orateurs qui soutenaient l'existence de la cellule cancéreuse contre les adversaires du microscope appliqué au diagnostic des tumeurs du sein ou de l'utérus. Les kystes de l'ovaire n'ont pas fait moins de bruit parmi la docte assemblée, et justement parce que dans ces sortes de maladies il y a un vaste champ ouvert à l'imagination, justement parce qu'il est facile de supposer et difficile de bien voir, les hommes les plus habiles ont embrassé avec ardeur des opinions contraires. M. Becquerel a recueilli avec un grand soin tous les éléments de ces séances mémorables, il a analysé ces débats d'un si haut intérêt, et son livre en renferme la substance dans un petit nombre de pages. La grande affaire du cancer est là tout entière, il en est de même de la question si ardue des déplacements du corps de l'utérus, du redressement artificiel de cet organe, et l'auteur relate avec un soin scrupuleux les travaux de M. Huguier, de Valleix, de Simpson et autres médecins qui ont porté la lumière sur ce point obscur de la pathologie. M. Becquerel lui-même a beaucoup fait pour établir une doctrine exacte et rationnelle de ces déviations si vivement controversées, et l'on tirera grand parti de ses expériences cliniques sur ce sujet capital.

Nous nous plaisons à le répéter, cet ouvrage est une des meilleures preuves que l'on puisse donner du bon esprit qui règne dans les études médicales actuelles. A coup sûr, en procédant ainsi, en marchant avec une telle prudence dans la voie du véritable progrès, on a la certitude d'arriver à de bons résultats. Toutes les questions ne sont pas résolues, il s'en faut, il reste encore bien des doutes sur plusieurs points importants, mais la route est tracée, les investigateurs ne manqueront pas à la tâche, de nouveaux efforts seront tentés, et le travail futur apportera sans doute des perfectionnements nouveaux. Quel que soit le progrès, on peut être assuré qu'un certain nombre de faits acquis à la science ne seront pas perdus pour elle, les unités recueillies avec tant de scrupules resteront dans le domaine médical, et ce sera un honneur pour les hommes laborieux et consciencieux qui auront contribué à grossir ce contingent de choses positives. M. Becquerel a beaucoup fait en ce sens, il a publié des travaux qui sont tous empreints de ce caractère de recherches loyales; il dirige les élèves dans cette voie salutaire, et contribue de tout son pouvoir à substituer aux doctrines illusoires l'empire des faits incontestables. Son dernier travail renferme dans deux volumes pleins de faits, des résultats statistiques du plus haut intérêt, des chiffres sagement groupés, interprétés avec prudence, et des conclusions pratiques appuyées sur un nombre immense d'observations recueillies avec une attention minutieuse. Et comme les meilleures descriptions ne valent pas un dessin bien fait, l'ouvrage se complète par un atlas qui satisfera les personnes les plus difficiles à contenter sur ce point spécial. Les figures dues au burin habile de M. Bion et de quelques autres artistes, sont coloriées avec un soin attentif, de sorte que chaque spécimen de lésion peut servir de type et fournir au médecin un terme de comparaison avec ce qu'il rencontrera au lit du malade.

Nous ne sommes pas de ceux qui recherchent avec empressement les imperfections d'un ouvrage quelconque. Il nous paraît cent fois préférable de signaler ce que l'on y trouve de bon, bien persuadé que le public saura discerner ce qui est digne de louanges d'avec ce qui rentre dans le domaine de la critique. Dire qu'un immense travail comme celui que nous venons d'examiner est irréprochable dans toutes ses parties, personne ne nous croirait. Laissons donc les gens sévères relever quelques imperfections de style, des redites inséparables d'une composition rapide, quelques erreurs légères à propos des citations historiques, des appréciations un peu rigoureuses de travaux modernes, tout cela est inhérent à une œuvre de cette nature, et nous passons condamnation sur ceci et sur cela. Mais nous affirmons que le TRAITÉ DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES est un ouvrage considérable rempli de faits importants, sagement groupés, sagement appréciés, et très-propres à conduire les médecins à bien reconnaître ces sortes d'affections; enfin, ce qui vaut mieux encore, ils trouveront dans ce livre tous les éléments nécessaires pour fonder un bon diagnostic, et instituer un traitement rationnel de ces maladies trop souvent méconnues, et plus souvent encore abandonnées à elles-mêmes ou aggravées par une thérapeutique insuffisante.

P. MENIÈRE.

VARIÉTÉS.

— Par décret impérial en date du 24 décembre 1858, rendu sur la proposition de S. Exc. le ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été nommés à la Faculté de médecine de Paris :

Professeur d'anatomie, M. Jarjavay, agrégé près ladite Faculté;

Professeur de pathologie chirurgicale, M. Gosselin, agrégé près la même Faculté.

— Un mouvement va avoir lieu dans les hôpitaux par suite de la retraite de deux médecins, MM. Andral et Rayer, qu'on ne verra pas s'éloigner sans regret des services qu'ils ont dirigés avec tant d'éclat pendant une longue série d'années.

Par suite de ces retraites,

M. Pelletan de Kinkelin passe de l'Hôtel-Dieu à la Charité;

M. Bean passe de l'hôpital Cochin à la Charité.

On assure de plus que :

M. N. Guénean de Mussy passerait de la Pitié à Cochin;

M. Barth passerait de l'hôpital Beaujon à l'Hôtel-Dieu;

M. Léger passerait des Incurables (femmes) à Bicêtre;

M. Duplay passerait de Bicêtre à Lariboisière.

— Par arrêté du prince chargé du ministère de l'Algérie et des colonies, en date des 4 et 7 décembre 1858, ont été nommés professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger :

Chaire d'anatomie et de physiologie, M. Patin, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rouen.

Chaire de pathologie externe, M. Frison, docteur en médecine.

Chaire de clinique externe, M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital militaire du Dey, directeur de l'École.

Chaire de pathologie interne, M. Marit, médecin principal à l'hôpital militaire du Dey.

Chaire d'accouchements, M. Trollier, médecin de l'hôpital civil d'Alger.

Chaire de chimie et de pharmacie, M. Roucher, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Constantine.

Chaire de clinique interne, M. Pécholier, agrégé stagiaire à Montpellier.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi dernier.

Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Jouon, Cruveilhier, Pihan Dufeuillet, Delaunay, Fritz, Bodin (Louis-Paul), Guibert, Baillet, Douillard, Moussaud, Fabre, Leclerc, Duplay, Ferrand (Ernest), Fischer, Harman, Garnet, Meunier, Bodin (Charles-Louis), Prout, Rousseau, Lefeuvre, Guerlain, Waringhem, Lesouef, Brault, Dieuzaide, Michon, Santiard, Fort, Nivert, Bruder, Laborde (Jean-Baptiste), Chalvet (Pierre), Launay, Pamard, Saint-Laurent.

Internes provisoires : MM. Soulier, Bouglé, Brouardel, Chedevergne, Doisneau, Gautier du Defaix, Martineau, Ferdureau, Dupont, Houzé, Baudouin, Bernardet, Couvreur, Dubuc, Hamel, Roché, Blot, Rouet, Goul'hon, Bouchand, Mitivié, Bergoubnioux, Dufour, Martinet, Dunant.

— Le concours pour l'externat est également terminé. Les 10 premiers nommés (sur 178 places) sont : MM. Gillette, Couraud, Tirman, Marcowitz, Dubreuil, Canet, Landeta, Ladeba, Ladeba, Chipault, Drugbert.

— Voici le résultat du concours pour le prix de l'internat :

Première division : Médaille d'or, M. Tamarelle-Mauriac; deuxième prix, M. Dubarry.

Deuxième division : Médaille d'argent, M. Reynand; accessit (livres), M. Eug. Fournier. Première mention, M. Regnault; deuxième mention, *ex æquo*, MM. Bonnemaison, Després, Durante.

— M. le docteur Frédéric Thomas (de la Nouvelle-Orléans), ancien chirurgien de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, vient de mourir à Paris à l'âge de 67 ans.

— Le corps médical de Paris vient de faire encore une nouvelle perte. M. le docteur A. Thierry vient de mourir. M. Thierry a occupé pendant de longues années une position élevée comme praticien et comme administrateur. Ancien directeur de l'Assistance publique sous le gouvernement de la république, il était depuis cette époque membre de la commission administrative de la ville de Paris. La bienveillance de son caractère autant que son amour pour la science et son zèle dans l'accomplissement de ses honorables fonctions, lui avaient mérité l'estime générale.

— La médecine militaire d'Oran a perdu un de ses membres les plus estimés, M. Corbières, médecin aide-major.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : LA GÉNÉRATION SPONTANÉE. — M. CL. BERNARD.

On ne peut voir qu'avec une vive satisfaction des esprits sérieux intervenir dans la question soulevée par les nouvelles expériences de M. Pouchet. On pouvait prévoir que la contradiction ne leur ferait pas défaut. La science ne peut qu'y gagner. Si le rôle de la presse n'est pas d'intervenir dans le débat par les faits et les expériences, sa mission est d'apprécier le caractère et la portée de ceux qui s'y produisent. C'est à ce titre que la GAZETTE MÉDICALE croit devoir s'occuper de l'importante communication faite par M. Claude Bernard dans la dernière séance.

Le savant académicien a introduit dans deux ballons une très-légère solution de gélatine, à laquelle il avait ajouté quelques millièmes de sucre de canne. Après avoir chassé l'air contenu dans chacun des deux ballons au moyen de l'ébullition prolongée du liquide, il a fait pénétrer dans l'un de l'air surchauffé, qui avait traversé un tube de porcelaine porté au rouge; dans l'autre de l'air ambiant de laboratoire. Les deux ballons, parfaitement scellés, ont été abandonnés à eux-mêmes pendant six mois. A l'issue de cette période, le ballon qui avait reçu de l'air surchauffé n'offrait aucune trace de putréfaction ni de production organique quelconque; dans le ballon renfermant de l'air ordinaire, il s'était développé, au contraire, des moisissures, de petits végétaux dont déjà on avait aperçu les premiers linéaments dès le second mois. M. Bernard a présenté le résultat de cette expérience comme peu favorable à la théorie des générations spontanées; et, nous sommes obligé de le reconnaître, son opinion, comme son expérience, ont été accueillies avec faveur par l'illustre assistance.

Nous eussions été plus à l'aise si M. Bernard avait développé lui-même son induction. Nous devons suppléer à son silence jusqu'où le commandent les nécessités de la discussion.

L'expérience de M. Bernard a été évidemment communiquée d'abord pour mettre en échec l'expérience de M. Pouchet, si ce n'est pour la contredire, puis comme preuve absolue contre la théorie de la génération spontanée. Il convient de l'examiner à ce double point de vue.

On a objecté à M. Pouchet qu'en soumettant le liquide et le foin sur lesquels il a opéré à une température de 100 degrés, cette température a pu ne pas atteindre l'intérieur ni toute l'épaisseur des tiges du foin. Nous pourrions laisser à M. Pouchet le soin de répondre à cette critique, qui n'a, à nos yeux, d'autre valeur que celle d'une hypothèse substituée à un fait; mais, pour le besoin de la discussion, nous ferons remarquer aux mécréants qu'ils fortifieraient singulièrement leur cause s'ils montraient les ovules et les sporules logés dans les cellules du foin, et s'ils prouvaient que ces cellules possèdent la faculté de résister à une température de 100 degrés, et de prémunir leur contenu contre les effets de cette température. Ces cellules, il faut le reconnaître, seraient de bien mauvais conducteurs du calorique, et les ovules plus difficiles à cuire que les œufs des gallinacés. Quoi qu'il en soit, on est obligé de faire remarquer aux esprits qui sont si difficiles sur la qualité des expériences favorables à la génération spontanée, qu'ils ne le sont pas autant sur la valeur des raisons qu'ils allèguent. Jusque-là donc, il est permis de croire qu'il y a infiniment plus de chances en faveur d'une production spontanée résultant des débris de substances organiques chauffées à 100 degrés, qu'il n'y en a en faveur de la germination d'ovules renfermés dans les cellules du foin élevé à cette température.

Voilà pour le raisonnement. Voici pour l'expérience, nous entendons l'expérience de M. Cl. Bernard.

Considérée comme critique de celle de M. Pouchet, l'expérience de M. Cl. Bernard ne nous paraît pas avoir une grande portée. En effet, M. Pouchet n'a pas expérimenté avec de l'eau gélatineuse seulement, et il n'a pas dit que de l'air ayant traversé un tube de porcelaine rougi fût susceptible de donner naissance à des organismes nouveaux. Il a pris du foin, de l'air et de l'eau, et au lieu de *détruire*, de *brûler* tous les éléments organiques renfermés dans l'air, il s'est borné à *stériliser*, à l'aide d'une température suffisamment élevée, tous les *germes* organiques supposés dans l'air, dans l'eau et dans le foin. Or stériliser des ovules n'est pas détruire, brûler tout élément organique : l'expérience de M. Cl. Bernard, qui brûle tout, va donc plus loin, et elle va au delà des données posées par M. Pouchet. Cette différence, capitale à nos yeux, ne tend-elle pas à infirmer la valeur attribuée à l'expérience négative de M. Bernard? C'est ce que nous sommes disposé à croire.

Quant à la signification de cette expérience au point de vue de la théorie générale de la génération spontanée, nous sommes obligé de la soumettre à des réserves qui ne sont pas moins motivées.

Et d'abord, nous l'avons déjà dit dans notre précédent article, les adversaires de la génération spontanée partent de cette double hypothèse : que l'air *renferme* les *ovules*, les *germes* organisés des produits qu'on attribue à ce mode de génération; et ils affirment que c'est au *dépôt* et au *développement* de ces germes qu'est due la prétendue génération spontanée. Rien jusqu'ici ne justifie cette double assertion. L'expérience de M. Bernard aurait-elle plus de portée? L'honorable académicien paraît le supposer ; c'est ce qu'il convient d'examiner.

Lorsque M. Bernard chauffe au rouge, c'est-à-dire quand il brûle les éléments renfermés dans l'air, qu'il réduit ce fluide aux gaz purifiés qui le constituent, que fait-il et que prouve-t-il? Il détruit tout ce qui n'est pas l'oxygène et l'azote; mais détruit-il des ovules, des sporules, c'est-à-dire des germes organisés? Il n'en sait rien, car il faudrait au préalable qu'il en eût constaté et prouvé la présence dans l'air. Il se borne à assurer la destruction, la combustion de ce qui s'y trouve de débris organiques; voilà tout. Son expérience, interprétée à un point de vue autre qu'au point de vue critique et négatif, aurait peut-être une autre signification : elle voudrait dire que de l'air complétement purifié, dégagé de tout élément hétérogène, cesse d'être propice à la génération spontanée; qu'il ne suffit pas de l'oxygène et de l'azote pour donner naissance à de nouveaux organismes; qu'il faut quelques éléments de plus. Or quels sont ces éléments? Ce sont ceux qui se trouvent dans l'air et le foin chauffés à 100 degrés par M. Pouchet, et qui disparaissent de l'air brûlé par M. Bernard.

FEUILLETON.

PSYCHOLOGIE DE L'HOMME MALADE (1).

Appelé à prononcer le discours de réouverture des études, j'avais, en m'inspirant des traditions de mes devanciers, à choisir un de ces sujets qui, tout en demeurant médical, pût cependant trouver sa place dans la solennité qui nous réunit aujourd'hui.

C'est en me plaçant à ce point de vue, messieurs, que je crois pouvoir vous soumettre quelques considérations sur l'état intellectuel et moral que la maladie peut déterminer chez l'homme, et de prendre acte de ces faits pour énoncer quelques réflexions sur le mode d'éducation première qui convient particulièrement au médecin.

L'étude de l'état intellectuel et moral que par elle-même crée la maladie, a véritablement une grande importance.

Cette étude montre que là encore la médecine a les points de contact les plus intimes avec les faits d'ordre moral et philosophique, et que le médecin ne peut mériter ce titre qu'à la condition de n'y être pas tout à fait étranger.

(1) Cet article, plein d'aperçus neufs et ingénieux, est extrait du discours prononcé par l'auteur à la rentrée de l'École de médecine de Nantes.

De tout temps, on s'est ingénié à étudier les rapports qui existent entre l'état intellectuel et moral de l'homme, et les conditions diverses de son existence dans le milieu social qui lui est propre.

A part diverses publications remarquables et notamment les essais du célèbre Cabanis, où sont les études qui aient eu systématiquement pour but de nous montrer, sous leur véritable jour, les modifications que l'état intellectuel et moral de l'homme reçoit à chaque instant de l'influence même de la maladie?

Et pourtant quel n'est pas l'intérêt qui, pour le médecin, le moraliste, pour tous ceux enfin qui voudraient, autant que possible, sonder les profondeurs de l'intellect humain, s'attache à des recherches, à des observations, nous montrant le curieux spectacle de l'homme intellectuel et moral aux prises avec la maladie?

Une lacune existera véritablement dans la science, tant que, pour l'édification de la vérité philosophique, on ne fera pas marcher du même pas les études morales de l'homme sain et de l'homme malade.

Ces études se prêteront un mutuel secours; elles se compléteront, se vérifieront l'une par l'autre, et de même que la maladie a souvent pour effet de mettre en relief des réalités anatomiques et physiologiques insaisissables dans l'état normal, de même les manifestations morbides de la pensée conduisent à des révélations qui, sans cette circonstance, seraient demeurées enveloppées du plus impénétrable mystère.

A ce point de vue, une importante mission est encore réservée au médecin qui, seul apte à juger les conditions morbides de l'homme, peut seul

L'analyse des faits contradictoires produits par MM. Pouchet et Bernard conduit à une grave conséquence, qui ne paraît avoir été prévue ou au moins formulée ni par l'un ni l'autre de ces deux éminents expérimentateurs, à savoir : que la génération spontanée réclame le concours de l'air et d'éléments organiques indéterminés jusqu'ici, mais autres que des germes, ovules et sporules, produits de la génération sexuelle. S'il en était ainsi, il y aurait à rechercher quels sont ces éléments; il y aurait à voir si la putréfaction n'est pas la première condition et le premier acte de la génération spontanée, comme la fermentation est la condition indispensable et le premier acte de la formation de l'alcool. Cette analogie, qui paraîtra sûrement forcée à ceux qui, dans les faits de la nature, sont plus frappés des différences que des ressemblances ou des analogies, pourra tout au contraire éveiller, dans des esprits opposés, des inductions très-favorables à la théorie des générations spontanées. Il ne leur paraîtra pas plus difficile, en effet, de concevoir que certains produits organiques, soumis à la putréfaction, puissent devenir l'origine et le théâtre de nouvelles combinaisons organiques, que de l'eau et du sucre puissent, à l'aide de la fermentation, produire de l'alcool.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR LES CAUSES DE L'INDÉPENDANCE DE LA BRONCHITE PAR RAPPORT A LA PNEUMONIE (lue à la Société de biologie dans sa séance du 21 août 1858); par M. le docteur CHARLES ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, etc.

Depuis plus de dix ans que j'expose dans mon cours les remarques qui suivent, j'ai en vain cherché, dans la plupart de nos ouvrages classiques et dans plusieurs publications spéciales, des données satisfaisantes propres à résoudre la question dont je vais m'occuper. La lecture même de ces travaux fait comprendre pourquoi il en est ainsi; car on reconnaît facilement que leurs auteurs étudient les résultats d'altérations qui portent sur le tissu même des organes, sans avoir une notion exacte des éléments qui composent normalement ce tissu, ni leur texture ou arrangement réciproque. Dans le cas du poumon, par exemple, on en résume toujours la constitution générale en disant des bronches, qu'une fois enfoncées dans l'organe de la respiration leur consistance diminue rapidement par suite de la disparition de leurs cartilages; qu'elles deviennent enfin tout à fait membraneuses et se perdent en *cellules* ou *vésicules pulmonaires*, encore appelées d'après cela *culs-de-sac* ou *terminaisons bronchiques*. Puis, quant à la structure de ces conduits, on admet qu'une membrane muqueuse constitue la partie fondamentale de l'appareil respiratoire et se continue en couche uniforme depuis le larynx jusqu'aux extrémités bronchiques; que cette muqueuse s'amincit peu à peu et persiste seule dans les *cellules pulmonaires*; avec tissu cellulaire interposé, suivant les uns, ou directement accolée, et ne faisant qu'un avec celle des cellules voisines, suivant les autres.

Tant que, croyant sur parole, j'ai considéré les choses sous ce point de vue, je suis toujours resté étonné de ne pas voir la bronchite passer constamment à l'état de pneumonie; surtout lorsqu'il s'agit de cette forme dite *bronchite capillaire ou suffocante*, dans laquelle les symptômes de la bronchite aiguë intense se combinent à ceux de l'asphyxie; asphyxie causée par un changement particulier survenu dans la sécrétion des bronches qui, sous l'influence du plus haut degré de l'inflammation, fournissent des mucosités purulentes d'une viscosité et d'une ténacité toutes particulières. Rien pourtant de plus nettement distinct que les lésions anatomo-pathologiques et plus encore que les symptômes qui caractérisent ces deux ordres d'affections. On peut dire que l'état général du malade, la nature de la toux, les signes fournis par l'auscultation, par la percussion, par les crachats, ne se ressemblent en rien. Je n'ai pas besoin de reproduire ici le tableau différentiel de ces diverses affections si connu de tous et si bien établi dans tous les auteurs. Rien de plus distinct que ces maladies et rien de plus certain qu'il est plus commun de voir apparaître simultanément deux d'entre elles, sous l'influence de la même cause, que de les voir passer de l'une à l'autre, soit par extension de la phlegmasie des bronches à une portion plus profonde de l'appareil respiratoire, soit par propagation des poumons jusqu'aux bronches. Rien de plus certain en un mot : 1° que les bronchites et les pneumonies se comportent dans leur marche, leurs symptômes et leurs terminaisons l'une par rapport à l'autre, comme deux ordres de maladies spécifiquement distinctes lorsqu'elles coexistent; 2° que ces différences persistent même lorsqu'il s'agit de quelque inflammation spécifique des bronches, telle que la grippe, etc., ou d'inflammations spécifiques du poumon telles qu'en présentent certaines épidémies.

Les différences qui séparent ces deux ordres de maladies, quant à leur marche et à la rareté de leur propagation, restent, en effet, incompréhensibles et conservent quelque chose de mystérieux tant que l'on considère l'arbre aérien comme tapissé par une muqueuse non interrompue depuis le larynx jusqu'à l'extrémité en cul-de-sac de ses subdivisions.

Mais il importe de savoir que les anatomistes, comme les médecins, se sont laissé tromper en cela par la continuité trop évidente, dans ce cas particulier, du canal des bronches avec celui des canalicules respirateurs qui leur font suite. L'erreur n'est pas moindre à cet égard que celle qui consisterait à dire que les tubes urinipares sont une continuation de l'uretre, de la vessie ou de l'uretère qui, arrivé au rein, se perd en canalicules, que sa muqueuse s'amincit et persiste seule dans ces conduits. Admettre les hypothèses résumées plus haut, sans observer directement d'une manière plus précise la nature des tissus que limitent ces conduits, fait commettre une erreur analogue à celle qui, sous un autre point de vue, consisterait à considérer les capillaires comme de même structure que les artères et que les veines, parce qu'il y a continuité directe du canal de ces trois ordres de vaisseaux.

Pour fixer les idées sur ce point, je rappellerai les faits suivants que j'ai fait connaître déjà depuis longtemps à diverses reprises (1).

(1) Voy. CHIMIE ANATOMIQUE. Paris, septembre 1852. In-8°, t. III, p. 522-23;

---

avoir compétence et autorité pour constater et interpréter les modifications que l'intellect reçoit de la maladie aussi bien que des déviations de l'hygiène.

Le médecin est, à cet égard, l'auxiliaire indispensable du philosophe, du moraliste, du législateur, et son intervention ne saurait être par eux trop souvent invoquée.

Assurément, un des effets les plus étranges et les plus immédiats de la maladie, c'est l'état mental tout particulier qu'elle crée pour l'homme : état mental qui chez lui existe au même titre que les autres symptômes, et s'affiche comme un contraste saisissant avec les dispositions morales habituelles; état mental qui, pour un même groupe morbide, se reproduit et s'imprime constamment avec la même effigie.

La Bruyère, et bien des moralistes avant et depuis lui, ont décrit les caractères de l'homme dans les diverses conditions de l'état social. Quel sera le La Bruyère médecin qui, au nom des intérêts purement psychologiques, saura nous montrer les caractères, les tendances morales si diverses qui surgissent chez l'homme à l'occasion des maladies qui peuvent l'atteindre?

Comment ne sont-ils pas, en effet, extraordinaires et saisissants les phénomènes, les contrastes intellectuels et moraux qui soudainement s'effectuent chez celui qui passe de la santé à la maladie?

Hier, pour cet homme, la vie se manifestait dans toute sa plénitude; exempt de douleur, pénétré au contraire d'un sentiment profond de bien-être, en harmonie parfaite avec les conditions physiques et morales qui constituent l'atmosphère de son existence, cet homme vivait heureux et libre dans les diverses manifestations de son intelligence et de sa volonté.

Tout à coup la scène change : une funeste influence vient inopinément de peser sur lui : la vie est menacée dans son essence, le mécanisme de ses fonctions, de ses viscères se trouve brusquement dérangé; la circulation qui, la veille, obéissait à un rhythme régulier, n'obéit plus qu'aux tumultueuses impulsions de la fièvre; — le sang, cette liqueur vivante qui, partout présente, va partout répandre les matériaux de la vie, a tout à coup subi un changement dans les éléments si variés qui le constituent; le lien mystérieux qui, au moyen des nerfs, harmonisait tous les appareils, tous les rouages de l'économie, s'est soudainement rompu ou relâché; — la maladie, en un mot, existe là où quelques heures, quelques minutes auparavant, régnaient la santé, l'harmonie la plus complète.

Que devient l'homme intellectuel et moral au milieu de ces perturbations si soudaines et souvent si imprévues?

Un coup d'œil va nous l'apprendre.

Le même coup qui le frappe dans ses facultés vitales et nutritives, le frappe indivisiblement dans ses facultés intellectuelles, morales, affectives : une langueur indicible s'est emparée de son intelligence; il est triste, abattu, comme si une voix intérieure venait à son insu l'avertir du danger qui le menace; une expression de malaise est répandue sur tous ses traits; miroir fidèle et véridique de ce qu'il est, de ce qu'il sent, sa physionomie reflète la douleur, l'inquiétude qu'il éprouve; son œil, ses lèvres n'ont plus la même expression; — la lumière, les saveurs, les émanations odorantes, tous ces bruits, tous ces contacts qui, par des rapports heureux, l'unissaient avec la

Après un certain nombre de subdivisions, les bronches, arrivées à n'avoir plus qu'un millimètre de diamètre et même 2 millimètres environ, cessent d'avoir des portions d'anneaux cartilagineux; elles cessent aussi d'avoir des fibres musculaires transverses, des fibres élastiques longitudinales et une muqueuse séparable de la paroi bronchique proprement dite; elles cessent en outre d'avoir un épithélium prismatique à cils vibratiles; elles perdent, en un mot, les caractères des *bronches*. Les canalicules pulmonaires ou respirateurs qui leur font suite, appelés à tort, par conséquent, *dernières ramifications bronchiques*, continuent à se subdiviser, et se terminent en culs-de-sac arrondis ou ovoïdes, non renflés ou à peine renflés à leur fond (dits improprement *cellules bronchiques* ou *pulmonaires*), qui ont, à l'époque de la naissance, 5 à 8 centièmes de millim. de large environ et atteignent 1 à 2 dixièmes chez l'adulte. Ces conduits n'ont point la structure des bronches, mais une structure propre qui caractérise le parenchyme pulmonaire. Ils sont limités chacun par des faisceaux rapprochés et anastomosés de fibres élastiques anastomosées elles-mêmes entre elles et mélangées de fibres du tissu lamineux d'éléments fibro-plastiques et de vaisseaux. Ces derniers forment, à la face interne des conduits (qui présentent de légers plis saillants en dedans), un réseau différent de celui des bronches. Ce réseau est à capillaires assez larges, se touchant ou à peu près, de manière à laisser des intervalles libres ou mailles presque nulles ou plus étroites que le diamètre du capillaire. Il rampe sur le tissu même de la paroi des conduits pulmonaires, sans qu'il y ait de muqueuse séparable du parenchyme élastique; il n'est séparé de la cavité des conduits que par une couche d'épithélium pavimenteux à gros noyaux, qui commence où cesse l'épithélium cylindrique des bronches. Ainsi, les conduits pulmonaires où s'accomplit l'hématose ont une structure différente de celle des bronches qui portent l'air nécessaire à la respiration; il n'est pas possible de leur trouver une muqueuse séparable, distincte du parenchyme élastique et du tissu lamineux, dans laquelle ou à la surface de laquelle serait distribué ce réseau, tel qu'on le voit sur les bronches encore pourvues de cartilage; lesquelles ont une muqueuse susceptible d'être disséquée et qui disparaît peu à peu en s'amincissant. On s'explique ainsi facilement l'absorption si prompte dans le poumon et plus lente dans les autres organes revêtus d'une muqueuse, ainsi que la rupture de ces capillaires qui laissent alors sortir aisément le sang ou la matière à injection dans les conduits aériens (1).

Ainsi il y a entre les bronches et le parenchyme pulmonaire, tant dans la profondeur qu'à la surface des conduits aériens, une différence de composition anatomique et de texture aussi grande que celle qui sépare un conduit excréteur glandulaire du tissu de cette glande.

On comprend déjà, d'après ce qui précède, que les affections qui portent sur l'une ou sur l'autre de ces portions de l'appareil respiratoire dont l'organisation diffère tant, soient très-distinctes dans leur marche, etc. Mais il existe encore une autre cause plus importante à prendre en considération, qui rend surtout raison de la rareté de l'extension de l'inflammation des bronches jusqu'au poumon.

Cette cause est la suivante : c'est que, dans le cas de la bronchite, la portion du système capillaire qui est le siége de l'inflammation appartient au système capillaire proprement dit ou général, et reçoit le sang qui lui arrive des artères aortiques, générales ou à sang rouge. Dans le cas de la pneumonie, au contraire, ce sont les capillaires du système de la petite circulation, recevant le sang noir par l'artère pulmonaire, qui sont le siége de l'inflammation.

Ce sont les réseaux capillaires qui reçoivent du sang noir et d'où il sort rouge, qui se distribuent à la surface des canalicules pulmonaires et qui nourrissent le *parenchyme des lobules du poumon*; ce sont ces capillaires qui sont le siége de l'inflammation; c'est aux dépens de sang qui arrive noir que naissent les produits morbides de la pneumonie, comme, dans les hépatites, c'est aux dépens du sang noir de la veine porte que se produit la suppuration du foie. Dans la bronchite, au contraire, ce sont des réseaux capillaires qui reçoivent du sang rouge et le rendent noir, qui nourrissent la *muqueuse bronchique;* ce sont ces capillaires qui sont le siége de l'inflammation dans la bronchite; comme dans tous les autres tissus, moins le foie et le poumon, c'est aux dépens de sang qui arrive noir qu'apparaissent les produits morbides de la bronchite.

On sait, en effet, que, bien que l'artère pulmonaire accompagne les bronches dans toute leur étendue, elle ne leur donne aucun rameau, ni aux cloisons interlobulaires, et qu'elle ne s'anastomose pas avec les artères bronchiques. Ces dernières cessent tout à fait aux points où disparaissent les petits noyaux cartilagineux des bronches, etc., ou un peu au delà, c'est-à-dire au point où le canal des bronches n'a plus que 1 millimètre de diamètre ou un peu plus. Or c'est là précisément que commencent à se distribuer en capillaires les rameaux de l'artère veineuse, entre les parois contiguës des canalicules pulmonaires, pour former à leur surface sous-épithéliale un réseau à mailles d'un type particulier. Ce type de maille se retrouve dans le système capillaire de la petite circulation de toutes les classes de vertébrés, jusque sur les lames branchiales des poissons. En dehors des bronches, au contraire, les artères bronchiques ne donnent que des *vasa vasorum* et des rameaux pour le tissu lamineux interlobulaire qui se prolongent jusqu'à la plèvre.

Sans recourir en ce moment à l'influence des nerfs sur la circulation artérielle et sur la circulation capillaire consécutivement, les particularités précédentes de l'organisation du poumon, comparativement

les deux éditions des ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE, par M. Bérand; les deux éditions du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE de Nysten, et Robin et Lorain, NOTE SUR L'ÉPITHÉLIOMA PULMONAIRE DU FOETUS, ÉTUDIÉ SOIT AU POINT DE VUE DE LA STRUCTURE, SOIT COMME CAUSE DE L'ACCOUCHEMENT AVANT TERME ET DE NON VIABILITÉ (COMPTES RENDUS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. Paris, 1854; in-8°, p. 159). Cette forme remarquable d'altération congénitale du poumon est caractérisée par le fait suivant. Au lieu d'une gaine épithéliale formée d'une seule rangée de cellules pavimenteuses fort minces qui tapissent les canalicules respirateurs, on trouve ces conduits remplis par de véritables cylindres de cellules épithéliales, qui au lieu de tapisser ceux-ci les oblitèrent et les rendent imperméables. Presque toujours plusieurs lobules et quelquefois une portion assez considérable du poumon est ainsi lésée. Son tissu est rendu grisâtre, assez ferme, etc....

(1) J'ai donné succinctement des détails un peu plus précis sur ce sujet à l'article POUMON, de la dernière édition du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE de Nysten.

nature, sont pour lui devenus douloureux, insupportables; — cette attitude qui lui permettait de mesurer l'espace, de regarder le ciel, ne lui est plus désormais permise, ses genoux se dérobent sous lui, il tremble, et, dans la profondeur de son abattement, il tombe étendu sur la terre, incapable d'efforts ou agité par des mouvements désordonnés.

L'intelligence, cette Providence intime de notre vie physiologique et morale, est chez lui frappée du même coup : désormais, aussi incapable d'un effort intellectuel que d'un effort physique, il n'éprouve plus qu'un seul besoin, celui du repos absolu. La prostration du corps est l'image de la prostration de la pensée; si la pensée est encore possible, elle est dans tous les cas difficile, incomplète, quelquefois incohérente ou traversée par des préoccupations qui ne lui permettent pas d'être juste.

Les sentiments affectifs sont troublés comme les actes intellectuels eux-mêmes : les personnes, les objets qui la veille étaient aimés, sont devenus indifférents, importuns, quelquefois odieux. Le dégoût que suscitent les aliments, les habitudes ordinaires de la vie, devient le symbole du dégoût, de l'aversion qui pèsent sur les affections, les pensées, ces aliments habituels de l'intelligence et du cœur.

Les malades, mécontents d'eux-mêmes, sont en général mécontents de tout le monde. Le trouble plus ou moins profond qui instinctivement les agite, se reflète sur toutes les manifestations possibles de l'intelligence, de la volonté; et le sentiment d'égoïsme et de personnalité dans lequel ils se réfugient le plus habituellement n'est sans doute, au point de vue moral, qu'une des formes de la lutte qui s'engage entre les forces vitales et les causes de destruction qui dans ce moment les menacent.

Cet ensemble de faits se rencontre journellement dans la pratique médicale.

Voici un autre tableau qui se présente à notre observation : c'est celui de la jeune fille en proie à la chlorose, à cette maladie qui, en modifiant si profondément l'état du sang, modifie si profondément l'état de son intelligence et de son caractère.

Sous une influence donnée, le sang, chez la jeune fille, a perdu sa coloration normale, a perdu une partie de la force vivifiante qui l'anime. Dès lors tout va se transformer dans cette économie qui la veille encore était riche de tous les attributs de la santé. — Les forces vitales, circulatoires, digestives tombent chez la jeune fille dans une inexprimable langueur; et de cette même langueur se trouvent immédiatement atteintes toutes les facultés intellectuelles, morales, affectives : la tristesse, le dégoût, la mélancolie, les idées bizarres, délirantes même, les hallucinations de la pensée et des sens prennent soudainement la place de la gaieté, de l'enjouement, de la vivacité d'esprit qui faisaient le fond de son intelligence et de son caractère. — Adieu cet épanouissement intellectuel et moral qui venait révéler à la jeune fille une nouvelle existence : un mal inconnu l'assiége et la ronge; elle est devenue méconnaissable pour elle-même, pour les autres, la nature ne lui apparaît plus sous les mêmes aspects. — Mais de quel contraste la bienfaisante intervention de l'art ne va-t-elle pas bientôt nous rendre témoins? Au moment où la vie semble défaillir, quelques parcelles de fer sont administrées, le sang est modifié dans son essence, dans sa coloration, il reconquiert ce qu'il avait perdu : la propriété de stimuler l'organisme. — Dès lors la réhabilitation est

aux autres organes, sont d'une importance capitale pour la solution de la question indiquée par le titre de ce travail ; mais elles nous rendent compte, en outre, de celles qui séparent dans sa marche et dans sa nature l'inflammation du poumon de celle des bronches et de celle de tous les autres parenchymes. Elle nous rend compte également des différences de la pneumonie suivant les âges, différences dont aucun autre organe n'offre des exemples aussi tranchés pour une même maladie; non-seulement parce que, suivant les âges aussi, le parenchyme et les canalicules respirateurs offrent des modifications notables, mais surtout parce que l'inflammation est subordonnée dans sa marche et dans sa nature aux modifications de la circulation. Celles-ci ne sont nulle part aussi tranchées que dans la petite circulation, qui unit anatomiquement et physiologiquement les deux cœurs; bien que ses troubles ne soient souvent causés qu'indirectement, par suite de lésions dans le cœur gauche plutôt que directement par altération du cœur droit.

Indépendamment du type, différent de celui des bronches, que présentent les réseaux capillaires du poumon, leur structure propre diffère en quelques points de celle des capillaires généraux. Les capillaires du poumon comptent, en effet, parmi les plus larges de l'économie, et leur paroi offre des noyaux plus petits, plus nombreux, plus rapprochés que celles des autres capillaires. Néanmoins, il importe de signaler que les capillaires du système de la veine porte dans le foie offrent aussi ces mêmes particularités de structure. Ces faits ne sont pas sans valeur lorsqu'on se rappelle que l'inflammation est un trouble de la circulation capillaire.

L'inflammation est en effet un phénomène morbide complexe, mais se rattachant particulièrement à la fonction de circulation, et étant surtout une modification de la circulation des capillaires d'un ou de plusieurs organes, ou d'une partie d'un organe; ou plutôt c'est une succession de phénomènes se passant dans les capillaires et caractérisés : 1° par un resserrement des artérioles et veinules en ce point, les capillaires proprement dits ou intermédiaires à ces vaisseaux ne prenant encore au phénomène qu'une part peu visible, bien que réelle ; 2° puis par une réplétion et dilatation des capillaires avec ralentissement, oscillation de leur circulation, ce qui caractérise la simple *congestion*. Mais il y a inflammation lorsque ces phénomènes sont suivis de stase, et arrêt complet avec réplétion et distension des capillaires par des globules de sang accumulés, et graduellement des artérioles et des veinules de la partie affectée. Les capillaires dont les veines d'origine proviennent directement cessant de fournir du sang à celles-ci, le courant s'y ralentit, s'y arrête même ensuite; elles ne reçoivent plus que celui des capillaires collatéraux, et cela graduellement, avec une impulsion de moins en moins grande, de sorte que les globules sanguins s'y accumulent sans en sortir comme à l'état normal ; ce qui est cause de l'état de congestion, en quelque sorte passive, et de gonflement qui s'étend dans les organes enflammés au delà des portions du système capillaire où siégent les phénomènes essentiels de l'inflammation, au delà des portions de l'organe réellement enflammées.

L'étude de l'inflammation en général exige donc une connaissance approfondie des capillaires en général, tant au point de vue de leur structure propre que sous le rapport de la disposition des réseaux qu'ils forment. Puis comme ces réseaux sont différents d'un tissu à l'autre, subordonnés qu'ils sont, en tant qu'éléments accessoires, à la disposition des éléments essentiels ou fondamentaux du tissu, il en résulte plusieurs particularités physiologiques importantes. Il en résulte en particulier que l'inflammation, tout en offrant des phénomènes généraux qui sont les mêmes partout, elle présente des différences aussi d'un tissu du corps à l'autre ; et ces différences exigent, pour être comprises, la connaissance des différences de distribution des capillaires. L'inflammation n'est également nulle part identique avec elle-même; aussi ses produits, y compris le pus, diffèrent-ils d'un tissu à l'autre d'une manière notable. Du reste, la différence des produits de l'inflammation d'un tissu du corps à l'autre tient beaucoup encore à l'influence de la nutrition des éléments anatomiques fondamentaux sur le blastème exsudé pendant l'inflammation.

A ces particularités offertes par les tissus auxquels se distribuent les artères générales, il faut, dans le poumon, ajouter celles qui résultent de la présence du système capillaire de la petite circulation recevant du sang noir par l'artère pulmonaire. Ces mêmes remarques sur le type particulier du réseau capillaire, sur la structure propre de ceux-ci, sur la nature du sang qui leur arrive, s'appliquent également au foie, dans lequel les phénomènes de l'inflammation présentent des différences notables, comparativement à celles qui sont offertes par les autres parenchymes, et se rapprochent en quelques points de ce qu'on observe dans le poumon.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

SUR LES BRULURES PRODUITES PAR L'EXPLOSION DE LA CHAUDIÈRE DU ROLAND (24 septembre 1858), et traitées à l'hôpital principal de la marine à Toulon, salle de clinique chirurgicale, service de M. Reynaud, directeur du service de santé de la marine (aujourd'hui inspecteur général); notice par M. LALLUYEAUX D'ORMAY, D. M. P., chef de clinique chirurgicale, chirurgien de première classe de la marine.

Le Roland, corvette à vapeur de 400 chevaux, à chaudières tubulaires, reçut l'ordre d'armer à la fin de septembre 1858.

Le vendredi 24, à onze heures et demie du matin, dans la première expérience sur place, la pression étant à 0m,75, la température de l'eau et de la vapeur se trouvant, par conséquent, à 120 degrés centigrades environ, la machine ayant stoppé et la communication étant établie entre les quatre chaudières, la première de bâbord fit explosion; ce fut le fond du cendrier, sous lequel existe encore une hauteur de 0m,12 d'eau qui céda; la tôle se déchira au niveau de la ligne des rivets du fond, et se gondola dans sa longueur; il s'est formé une ouverture en triangle de 0m,25 de hauteur sur 0m,60 de base, dirigée vers le fond du cendrier; la plus grande partie de l'eau de cette chaudière (qui contient ordinairement 10 tonneaux) et ensuite la vapeur des quatre générateurs qui communiquaient en ce moment, furent donc projetées avec force contre les briques du fond du cendrier, et au-dessous des grilles rouges d'où cette eau et cette vapeur surchauffée

---

aussi brusque que l'avait été la chute : la jeuoe fille renait à la vie morale en même temps qu'à la vie circulatoire; elle retrouve, avec la santé, l'enjouement, la gaieté, la liberté d'esprit, les grâces de son âge. — Quelques jours, quelques molécules ferrugineuses auront suffi pour créer ces contrastes et révéler aux yeux de tous l'étroite et mystérieuse solidarité qui, en santé comme en maladie, unit entre elles toutes les manifestations possibles de l'existence.

Qu'il me soit permis de retracer devant vous, messieurs, un autre tableau, celui que nous offrent assez fréquemment les personnes atteintes de certaines formes de maladies nerveuses.

Il est des maladies qui, sous certains rapports, semblent ajouter à la force ou à la délicatesse de l'intelligence et créer, pour ainsi dire, des facultés nouvelles.

Dans ces cas, la pensée, le pouvoir de la réflexion semblent s'alimenter des malaises, des sensations pénibles dont l'homme atteint de ces sortes d'affections, se trouve incessamment assiégé.

Un bien singulier spectacle se présente alors à notre observation : — Voilà un homme qui vit absorbé par une douleur dont un de ses organes est le siége. — Cette douleur est d'une nature telle que, sans l'empêcher précisément de suffire aux exigences de la vie, elle fait en quelque sorte partie intégrante de son existence ; elle habite incessamment avec lui ; elle se mêle à tout ce qu'il peut faire et penser. C'est une manière d'être et de sentir, en vertu de laquelle sont créés, chez ce malheureux, deux modes d'existence bien tranchés : l'un qui s'accuse par cette douleur devenue pour lui une seconde nature; l'autre qui s'accuse par la possibilité de vivre d'une vie qui, ostensiblement, lui est commune avec les autres hommes.

Parmi les modifications profondes que, dans ces cas, peut subir l'intelligence, il en est une qui s'observe assez fréquemment et sur laquelle nous croyons devoir particulièrement insister.

Nous l'avons dit, la douleur existe incessamment chez ce malade ; la pensée de cette douleur le replie à chaque instant sur lui-même. Forcément, et quel que soit son désir de résister aux sollicitations qu'elle fait naitre, il lui faut leur obéir, les écouter, subir leur influence impérieuse, assister à toute cette évolution de sensations pénibles dont il porte en lui le foyer. — L'homme atteint d'hypocondrie les compte toutes ces sensations douloureuses ; il les analyse dans leurs éléments divers ; il apporte à ce travail, que la maladie lui impose, une puissance, une énergie, une souplesse de réflexion et de pensée que la volonté livrée à elle-même ne saurait assurément déployer.

La maladie qu'il porte a précisément créé ce pouvoir, cette faculté nouvelle pour lui : de par la maladie, il est devenu observateur, analyste, capable d'éprouver, de concevoir, d'exprimer les impressions les plus variées, les plus délicates, d'en faire comprendre les nuances les plus fugitives.

La maladie a créé en lui un sens nouveau : ce sens est devenu pour ce malade révélateur d'impressions, de pensées, de manifestation nouvelles. — Ce sens, créé par la maladie, lui permet de pénétrer par une sorte d'intuition dans la profondeur même de l'organisme : il sent battre son cœur, agir son estomac, fonctionner ses principaux viscères ; une divination intérieure le fait pénétrer par la pensée là où, dans la vie normale, le sentiment réfléchi

revinrent en arrière, ouvrant violemment les portes du fourneau pour se répandre dans la machine, entraînant les charbons et les cendres encore brûlantes.

Cette expérience se faisait à ciel ouvert, mais la chaudière était si largement rompue et s'est vidée si rapidement que la machine a été instantanément remplie par ce nuage brûlant, et que ceux qui s'y trouvaient n'ont pu en éviter la funeste atteinte, quoique après trente secondes tout au plus, on pût pénétrer sans danger dans ce lieu.

Par un concours fâcheux de circonstances, beaucoup de personnes se trouvaient en ce moment à portée d'être atteintes par la vapeur : les unes étaient là pour diriger ou suivre les expériences, les autres pour divers travaux de menuiserie et de charpentage que l'on poussait activement. Voici quelle est l'idée que l'on peut se faire des lieux et de la position des hommes au moment de l'accident.

La machine présente dans son ensemble trois étages ou trois plans superposés. Le premier, dont la moitié sert de chambre de chauffe, est formé par le parquet de fer inférieur; le second plan est constitué par une plate-forme qui repose sur les cylindres à 2 mètres environ au-dessus du parquet, une échelle de fer longue et droite conduit du bas à cette plate-forme, et une autre petite échelle conduit de là au troisième plan formé par une galerie en bois à garde-corps en fer qui règne tout à fait en haut sur les deux côtés du bâtiment, à 3 mètres environ au-dessus du fond.

Au moment de l'accident, six hommes se trouvaient au premier plan dans la chambre de chauffe, à bâbord, un chaudronnier et le chauffeur qui conduisait le feu de la chaudière qui a éclaté; à tribord, le maître mécanicien du *Roland*, le contre-maître et deux chauffeurs dont l'un se dirigeait sur l'avant dans la coursive qui sépare les chaudières.

Sur la plate-forme centrale, l'ingénieur, M. Montéty, un maître entretenu du port et trois pompiers.

Enfin, sur les galeries, le commandant, un enseigne de vaisseau et 12 menuisiers ou perceurs.

En tout 25 personnes, dont 24 ont été atteintes.

Les issues étant étroites, peu nombreuses et difficiles à atteindre, surtout pour des hommes presque tous étrangers au bâtiment; aussi n'en est-il qu'un très-petit nombre qui aient pu s'arracher assez tôt de ce lieu pour échapper à la mort.

Un seul a été tout à fait épargné, c'est le chaudronnier de bâbord, qui, aussitôt qu'il entendit l'explosion, eut la présence d'esprit de se jeter dans la soute à charbon, où il n'a éprouvé qu'une forte chaleur et un peu de suffocation.

Un autre a été si faiblement atteint qu'il sera inutile d'en faire mention plus tard; vingt-trois seulement doivent donc nous occuper.

Le chauffeur de tribord, qui était déjà engagé dans la coursive, s'est dirigé vers la chambre de chauffe de l'avant, où la vapeur n'arrivait qu'indirectement; mais cet homme, étranger au bâtiment, est resté quelques instants sans retrouver son chemin, aveuglé et suffoqué par la vapeur et les cendres. Il reçut en passant un jet d'eau bouillante, sortant d'un robinet mal fermé, et il n'a ouvert les yeux et respiré que lorsqu'il s'est trouvé sur le pont.

Le chauffeur qui conduisait les feux devant la chaudière qui a éclaté reçut, au moment de l'accident sur le bras droit, un choc violent de la porte du fourneau, et sur le membre inférieur un jet d'eau et de vapeur sortant du cendrier. Cet homme a pris rapidement la fuite par la coursive; il n'a donc pas resté un seul instant dans l'atmosphère de vapeur; aussi est-il, de tous les blessés, le seul qui n'ait pas eu de brûlures à la face et aux mains.

Quelques autres personnes qui étaient près des ouvertures supérieures ont pu s'échapper à temps pour ne pas succomber, mais non pour éviter des brûlures profondes et étendues.

De tous ceux qui se trouvaient plus profondément placés, un seul, l'ingénieur, a échappé à la mort, mais c'est au prix de brûlures au troisième et quatrième degré.

Ceux qui ne pouvaient retrouver leur chemin, aveuglés par la fumée, la cendre et la vapeur, poussaient des cris de détresse et appelaient au secours. Cette scène n'a pas été longue, mais elle a été déchirante.

Quand ils arrivaient à l'air en s'échappant de cette fournaise ardente, ils apparaissaient hâves et effrayants comme s'ils étaient sortis du tombeau. Les uns se roulaient sur le pont en jetant des cris perçants; d'autres fuyaient hors du bâtiment comme si les flammes les poursuivaient encore : c'était l'image d'un grand martyre, me disait une des victimes de cet horrible accident. La forme tout entière des mains restait aux vêtements de ceux qui se déshabillaient à bord; quelques-uns couraient par les quais, les mains élevées, et se précipitaient vers l'asile de la marine; plusieurs marchèrent jusqu'à l'hôpital, parlèrent encore à leur arrivée, sans se douter de la gravité de leurs blessures, qui devaient leur faire perdre la vie quelques heures plus tard.

Vingt-trois hommes, dont plusieurs pères de famille, avaient été atteints grièvement; c'était plus qu'un malheur ordinaire, c'était un vrai désastre et une consternation générale.

Quatre de ces blessés se firent transporter à leur domicile : le maître entretenu du port, qui succomba le soir même, et trois employés de la direction des constructions navales, qui ont survécu.

Dix-neuf furent donc conduits à l'hôpital de la marine, presque tous ayant reçu les premiers secours à l'ambulance du port.

Quand ils parurent à l'hôpital, où arrivèrent presque aussitôt M. le préfet maritime et les chefs des différents services du port, ils furent reçus par les chirurgiens de la marine, qui étaient déjà en assez grand nombre pour que M. le directeur du service de santé pût confier chaque malade à un médecin d'un grade élevé, se réservant seulement d'établir les bases d'un traitement dont les détails pouvaient être exécutés par des hommes exercés, et cela sans précipitation, puisque chaque medecin n'avait qu'un malade à soigner, et pourtant sans perte de temps, puisque tous étaient pansés à la fois. Les chirurgiens-majors chargés des différents blessés ne les abandonnèrent qu'à la mort, ou quand ils entrèrent en convalescence.

M. le préfet maritime a, par un ordre du jour, témoigné aux officiers de santé de la marine sa satisfaction pour l'empressement qu'ils ont montré dans cette circonstance.

Il est difficile de se faire l'idée d'un spectacle plus affreux que celui qu'offrait la salle des blessés de notre hôpital au moment de l'arrivée de ces malheureux.

La peau de la face était chez presque tous blanche, sans ressort, comme bouillie, et sur ces visages décolorés les yeux seuls paraissaient

---

ne pénètre jamais. — C'est à ce sens nouveau qu'il doit la révélation de tous ces mystères. Aussi sa voix, sa pensée, sa parole ont-elles des accents qui étonnent ceux qui l'entendent, ceux qui le voient; on le prend dans le monde pour un malade imaginaire, pour un homme qui s'écoute, pour un être dont la raison est à peu près compromise.

Voilà, messieurs, un des états intellectuels et moraux que, chez l'homme, développe la maladie envisagée sous certaines formes. C'est le lot des hypocondriaques, des personnes nerveuses, des hystériques, êtres bien malheureux, qui souffrent en exhibant souvent toutes les apparences de la santé; êtres qui, indépendamment de la douleur trop réelle qu'ils éprouvent, peuvent avoir celle de souffrir sans être compris ou même écoutés dans leurs souffrances.

Chez ces malades, obligés de se replier constamment sur eux-mêmes, la réflexion devient une habitude, une seconde nature, et la puissance qu'ils possèdent pour analyser et détailler leurs souffrances peut quelquefois porter ses fruits pour la société.

Ces hommes peuvent, en dehors de leurs préoccupations maladives, et précisément en raison de ces préoccupations, être capables dans le monde, d'efforts, de manifestations intellectuelles qui les classent parmi les hommes à part, parmi ceux qui au milieu de tous se recommandent par les plus hautes, les plus brillantes facultés.

Il est assez curieux que le génie ait souvent été le privilége de ces existences maladives : Pascal était malade et tourmenté par la vue de ce précipice qui s'entr'ouvrait incessamment sous ses pas; — Rousseau était malade aussi et en proie à une mélancolie profonde; — l'Arioste et Shakspeare avaient des hallucinations, avec cette différence que Shakspeare savait qu'elles n'étaient que des fantômes et que l'autre les prenait pour des réalités; — Paganini savait à peine ce que c'était que le sommeil, et son système nerveux avait une telle susceptibilité que les sons faux le mettaient véritablement à la torture.

Nous pourrions en citer bien d'autres qui marchent les premiers dans les sciences, dans les arts, dans la poésie, dans la philosophie, et qui, pour la plupart, étaient atteints de dispositions morbides habituelles.

La grande loi de la souffrance trouverait-elle donc là encore une de ses mystérieuses applications? et dans l'ordre intellectuel comme dans l'ordre des phénomènes physiques, ne serait-ce souvent qu'au prix de la douleur que la nature nous livrerait ses plus inestimables trésors?

Voilà, messieurs, des faits qui montrent tout le retentissement que peuvent avoir sur l'intelligence et le caractère les maladies qui peuvent surgir au sein de l'économie vivante.

Il nous serait facile de multiplier ces exemples, ces tableaux; nous pourrions vous montrer dans une foule de circonstances qu'à chaque pas nous trouvons, dans notre vie médicale, l'intellect et le caractère étant en quelque sorte à la merci des diverses maladies qui peuvent naître çà et là, et subissant le contre-coup de toute commotion morbide.

Quels témoignages, quels arguments ne viendraient pas, à cet égard, nous fournir les maladies du cœur, de l'estomac, des viscères digestifs, de plusieurs autres appareils subordonnés à la fois à la vie intellectuelle et à la vie

vivants et animés de l'expression de la douleur et du désespoir. Chez quelques-uns, la brûlure était générale, toute la peau humide et grisâtre perdait son épiderme comme un cadavre de plusieurs semaines; les ongles pendaient au bout des doigts avec l'épiderme détaché en gantelets, et cette peau froide et décolorée, qu'on aurait pu croire insensible, recevait du contact de l'air une si vive impression de douleur que les blessés poussaient des hurlements affreux et appelaient la mort à grands cris.

D'autres, d'une voix rauque et entrecoupée, faisaient entendre de sourds gémissements : c'étaient ceux chez lesquels les voies aériennes étaient profondément atteintes et qui rendaient avec effort l'épiderme de la langue, des parois de la bouche et même de l'épiglotte; d'autres enfin restaient sans mouvement et sans chaleur dans un état de stupeur qui finissait rapidement par la mort.

La plupart de ceux qui succombèrent si rapidement avaient respiré de la vapeur; on voyait au fond du gosier l'épithélium roulé en faisceaux blanchâtres. Les fonctions de l'appareil respiratoire étaient abolies sans retour.

Huit de ces malheureux succombèrent dans les six premières heures, quelques-uns dans un éréthisme effrayant, la plupart dans un état de stupeur qui s'opposait à toute réaction; c'étaient : le commandant du *Roland*, le maître mécanicien et le contre-maître du bord, quatre menuisiers et un pompier.

A ces huit cadavres est venu se joindre celui du maître du port, mort le soir même à son domicile, et le lendemain (25) un immense cortége, formé de toutes les autorités civiles et militaires, des parents et des amis des victimes, accompagnait cette longue file de bières entourées de tout le lugubre appareil des pompes funèbres.

Le deuxième jour deux hommes (un charpentier et un pompier) succombèrent encore sans avoir eu de réaction franche.

Le troisième jour (26) un pompier succomba avec une réaction incertaine, et le 27 trois menuisiers périrent sans avoir eu même encore une complète réaction.

Ce n'est que le 9 octobre, seizième jour de l'accident, que succomba le dernier menuisier dans la période d'élimination, aggravée par une gastro-entérite grave et un érysipèle phlegmoneux très-étendu.

Bien que la réaction générale ait été lente et même nulle chez beaucoup de blessés, la réaction locale n'en a pas été moins manifeste et moins prompte; presque aussitôt qu'ils sont arrivés au contact de l'air, la face s'est tuméfiée prodigieusement; les lèvres, le nez et les oreilles étaient roides et tendus comme dans l'érysipèle; peu de temps après leur entrée à l'hôpital, les paupières se gonflèrent tellement qu'il était impossible de les écarter; le volume de la tête a encore continué à augmenter, même après, chez le commandant et chez plusieurs de ses compagnons d'infortune.

Chez tous, les yeux ont été épargnés et les parties les plus douloureuses étaient les mains. Cette douleur a persisté longtemps chez ceux qui ont survécu, masquant la douleur produite par la brûlure du visage et des autres parties du corps.

Il est impossible de savoir au juste quelle était la profondeur des brûlures chez les quatorze hommes qui ont succombé dans les trois premiers jours, le travail d'élimination n'ayant pas encore commencé; mais on peut affirmer qu'elles étaient toutes au moins du deuxième degré de Dupuytren (vésication), puisque l'épiderme était soulevé et même entièrement arraché; la brûlure au premier degré n'existait pas, ou du moins elle ne faisait que servir de liséré aux brûlures plus profondes.

Voici quel a été le traitement prescrit par M. Reynaud :

Les parties qui ne présentaient que des phlyctènes sans arrachement de l'épiderme, étaient simplement couvertes de coton cardé, après qu'on avait vidé la sérosité; sur la partie où le derme était complétement décapé, une couche épaisse de liniment oléo-calcaire était étendue pour remplacer l'épiderme enlevé, et une couche de coton appliquée par-dessus. Chez quelques-uns de ces malheureux, la brûlure était tellement étendue qu'on dut recouvrir le lit en entier de coton cardé, et rouler le malade dans cette nouvelle enveloppe pour être sûr que rien n'échappait au pansement.

Dès le troisième jour, les pièces de pansement par trop souillées furent enlevées sans arrachement pour être renouvelées : on put alors reconnaître, sur les cinq qui survivaient, quel était le degré de la brûlure.

L'enseigne de vaisseau, provenant des maîtres mécaniciens de la marine, n'avait que des brûlures au deuxième degré aux mains et au visage; ce jeune officier qui se trouvait, ainsi que je l'ai dit, sur la galerie supérieure, se disposait déjà à sortir au moment de l'explosion; il n'a donc eu que quelques pas à faire pour gagner la porte qui était devant lui; la sensation de chaleur qu'il a éprouvée n'a pas été très-vive; habitué dès sa jeunesse à suivre les machines, il dit avoir reçu fréquemment des jets de vapeur sur le visage et prétend n'avoir pas éprouvé cette fois une chaleur plus forte que dans bien d'autres occasions où il n'a pas été brûlé; seulement, dès qu'il a été à l'air, il a ressenti une cuisson horrible aux mains, et il s'est aperçu qu'il avait la figure *cuite*, c'est son expression; le nez et les oreilles se sont gonflées immédiatement, mais la douleur n'est venue que plus tard au visage.

Chez cet officier, tout s'est passé dans l'ordre, la réaction a été franche, et la cicatrisation s'est faite rapidement sans laisser de difformité ni de gêne dans les mouvements; seulement, quand il sortit de sa chambre pour la première fois au bout de vingt-huit jours, il éprouva de la tension et un peu de gonflement de la face; il resta à l'hôpital jusqu'au 9 novembre, quarante-septième jour, et quand il sortit définitivement, il ressentait encore le soir un peu de roideur de la peau du visage. Pendant toute la convalescence la transpiration est devenue très-abondante, surtout la nuit, excepté sur les parties brûlées, qui n'ont commencé que très-tard à se couvrir d'un peu de moiteur.

Le chauffeur, qui a reçu le jet d'eau et de vapeur sortant du fourneau, n'a éprouvé sur le moment même aucune sensation. Arrivé sur le pont du navire, il s'est seulement aperçu que l'épiderme de son pied et de sa jambe s'enlevait; il est allé plonger son pied dans la mer, et au bout de quelques instants il a éprouvé une très-vive douleur et s'est rendu à l'hôpital. Il présentait une brûlure du deuxième degré depuis le pied jusqu'au-dessus du genou et quelques points du troisième degré.

La réaction s'est faite franchement; la cicatrisation a marché d'une manière régulière, il est sorti guéri le 13 novembre.

Le chauffeur de tribord qui se trouvait déjà dans les coursives au

---

végétative et obéissant tour à tour ou simultanément aux suggestions de ces deux modes d'existences? — Nous verrions chacune de ces éventualités pathologiques imprimant au moral, à la pensée, les modifications les plus spéciales, les plus inattendues : créant chez l'un une sensibilité excessive, l'irascibilité, la susceptibilité, l'esprit de minutie, la défiance, les craintes imaginaires; — chez un autre, la tristesse, l'apathie, le dégoût de la vie; — chez un troisième, le caprice, la fantaisie sous toutes ses formes et avec toutes ses variétés possibles.

Nous pourrions de cette sorte, messieurs, vous retracer le tableau mouvant des pensées, des instincts, des affections de l'homme, s'harmonisant dans leur mobilité, dans leurs variétés, dans leurs métamorphoses infinies, avec les situations morbides, non moins variées, non moins infinies que la maladie peut elle-même déterminer. — Nous pourrions vous la montrer condamnant l'homme à être vrai, en dépit de lui-même, et à manifester dans sa nudité cette nature intellectuelle et morale que jusqu'alors il lui avait été possible de dissimuler.

Nous nous bornerons à ces esquisses. Telles qu'elles se présentent, elles suffisent, croyons-nous, pour montrer que l'âme prend sa part de tout ce qui se passe au dedans comme au dehors de nous-mêmes, et qu'immortelle, immatérielle dans son essence, elle est cependant apte à sentir, à refléter toutes les influences, toutes les impressions dont notre économie peut devenir le foyer.

Qu'on juge maintenant de l'importance de chacune de nos fonctions, de chacun de nos organes, puisqu'en nous rien n'est isolé, rien n'est indépendant, puisque tout ce qui se produit en nous est immédiatement et fidèlement perçu, traduit par le principe intelligent qui nous anime et qui, sorti du sein de Dieu, doit y retourner un jour, libre enfin de toute entrave.

L'homme est une intelligence servie par des organes, mais qui n'est pas dominée par eux. Cette intelligence n'abdique jamais, et c'est au moment où on la croirait comprimée, anéantie pour toujours, qu'elle se réveille libre, pure, maîtresse d'elle-même, absolument indépendante.

Qu'on ne s'y trompe pas : la subordination momentanée, transitoire de la pensée à la maladie, ne saurait infirmer dans nos esprits, dans nos cœurs, le dogme sacré de la liberté morale. Toute déduction qui lui serait contraire se trouverait frappée de nullité absolue, radicale.

La liberté morale se voile devant les maladies; mais dans son essence, elle est au-dessus de toute atteinte; elle existe par elle-même, imprescriptible, impérissable, radieuse comme le soleil à travers ces nuages qui viennent parfois nous dérober son éclat.

Tous ces faits sont féconds en grands enseignements : ils intéressent également le médecin, le moraliste, le philosophe, celui qui, vis-à-vis de la société, a charge d'éducation physique, intellectuelle et morale. — Ils montrent combien doit être importante la place à laquelle la médecine peut prétendre parmi les sciences qui ont particulièrement l'homme physique et moral pour objet. — Ils montrent combien doit être variée l'éducation de celui qui se voue à l'exercice de l'art de guérir.

Le professeur Marcé.

moment de l'accident, et qui reçut dans la chambre de chauffe de l'avant un jet d'eau bouillante du robinet d'alimentation, présentait des brûlures du deuxième degré aux mains, à la face et au cou, quelques points seulement du troisième degré.

Il déclare avoir éprouvé une brûlure assez vive au milieu même de la vapeur; c'est probablement quand il a reçu la pluie d'eau bouillante sortant de la chaudière; il affirme d'ailleurs que pendant tout le temps qu'il est resté dans la vapeur il lui était impossible d'ouvrir les yeux et de respirer; ce n'est que quand il est arrivé sur le pont, sans savoir trop comment, qu'il a pu se reconnaître et respirer l'air frais.

La sensation de brûlure est devenue alors très-intense à la face, au cou et surtout aux mains. Sa vie a été gravement compromise pendant quelques jours, mais il a traversé heureusement tous les accidents et a guéri sans difformités; il est encore à l'hôpital pour achever de cicatriser les deux ou trois points où la suppuration a été le plus profonde.

Le menuisier qui a succombé le seizième jour présentait des brûlures étendues au deuxième et au troisième degré, aux mains et au visage, et sur le côté droit du tronc.

L'ingénieur, M. Montety, était, de tous ceux qui ont survécu, le plus profondément atteint, puisqu'il présentait des brûlures au deuxième degré aux genoux, à la cuisse et au mollet gauche, et des brûlures au troisième et au quatrième degré au visage, au cou et aux mains.

Cet officier supérieur du génie se trouvait, comme je l'ai dit en commençant, sur la plate-forme centrale, faisant face au fourneau qui a éclaté; il a donc dû recevoir sur le visage le jet direct de la vapeur mêlée de cendres et d'escarbilles; pour gagner la porte de sortie qui était à la hauteur des galeries supérieures, il lui fallait descendre deux ou trois marches, pour remonter un autre petit escalier de huit à dix marches; il se dirigea vers cette porte, aveuglé par la vapeur, les cendres et la fumée, et arrivé à la cloison il chercha en tâtonnant avec les mains l'issue qu'il ne trouvait pas; il est resté ainsi pendant tout le temps que la machine a été envahie par la vapeur (30 secondes à peu près), et il n'est sorti que lorsqu'on pénétrait déjà pour porter secours. Pendant tout ce temps, il a tenu les yeux fermés et n'a pas respiré. Il est important de noter pour expliquer ce fait que M. Montety est très-habile plongeur, et qu'il a pris depuis son enfance l'habitude de rester longtemps sous l'eau; c'est probablement à cela qu'il doit la vie. Il déclare n'avoir éprouvé sur le moment aucune sensation douloureuse, mais seulement une chaleur assez intense; arrivé à l'hôpital il ne souffrait pas encore considérablement, si ce n'est aux mains qui étaient extrêmement douloureuses.

La peau de la face était pâle et déjà épaissie par la tuméfaction; les lèvres gonflées et légèrement excoriées. Les paupières étaient si tuméfiées qu'on ne pouvait les écarter, mais chez lui comme chez tous les blessés, les yeux étaient intacts. Dès le soir du premier jour, la peau du visage se couvrit de petits points grisâtres qui ressemblaient à des taches de rousseur; le lendemain la peau de la face et du cou était d'un brun foncé, et finit par passer au noir; cette teinte noire du visage, la tuméfaction des lèvres et l'augmentation de volume du nez lui donnaient exactement l'aspect d'un nègre; une ligne de démarcation très-nette séparait le haut du front qui, protégé par la casquette, avait gardé ses tons clairs et rosés. Il y avait un peu de dépression et de mobilité de la zone brune; c'était une escarre superficielle du derme (indiquant une brûlure au troisième degré) qui, plus tard, s'est détachée à la manière d'un voile.

Les oreilles, qui étaient d'abord froides et grisâtres, prirent aussi la teinte foncée du reste du visage; le haut du pavillon resta froid et insensible à la piqûre.

Le lobe du nez paraissait peu solide; il ne s'en est pourtant détaché qu'une escarre superficielle.

La face dorsale des mains, les doigts et les poignets étaient profondément brûlés, les ongles du médius et de l'annulaire de la main droite et celui de l'index de la main gauche étaient suspendus à l'épiderme qui avait glissé de plus de deux centimètres et formait doigts de gants; la paume des mains n'était pas brûlée.

Une couche épaisse de liniment oléo-calcaire fut étendue sur toutes les surfaces dénudées et du coton en rame appliqué par-dessus.

La réaction fut lente à s'établir et peu franche dans les premiers jours; un état de somnolence voisin de la stupeur fit craindre d'abord pour la vie du malade, puis la réaction se fit peu à peu, sans violence et sans fièvre; le moral était aussi calme qu'on pouvait le désirer. Au bout de quelques jours, il y eut un peu d'agitation et même du délire pendant la nuit, puis le calme revint encore; mais le dix-huitième jour, on a constaté au fond de la bouche et sur le pharynx une couche blanche pseudo-membraneuse qui gênait la déglutition; un peu plus tard, le vingt-cinquième jour, une abondante éruption de sudamina sur les parties latérales du cou et sur le haut de la poitrine; c'est à peine si toutes ces complications déterminèrent un peu de fièvre, et troublèrent le sommeil du malade; l'appétit demeura toujours excellent; peu à peu tout rentra dans l'ordre, et l'on n'eut plus à s'occuper que des lésions locales.

Quand vint la période d'élimination, une portion du pavillon de l'oreille droite, de plus d'un centimètre de large sur quatre de long, s'est racornie et détachée à la manière d'une escarre ordinaire; à gauche, la perte de substance n'a été que d'un centimètre carré tout au plus, et une petite échancrure s'est faite à l'aile droite du nez. En même temps, la face dorsale des mains se dépouillait de ses escarres; une suppuration abondante s'échappait de toutes ces parties et répandait une odeur tellement fétide que l'hôpital en était littéralement infecté; les mouches accourant de toutes parts, semaient de leurs larves les plaies et les pièces d'appareil; cette déplaisante complication s'est montrée le neuvième et le dixième jour avec une abondance peu commune. Les veines dorsales de la main et des doigts apparaissaient à nu sous les escarres et donnaient au moindre mouvement des hémorrhagies que la faiblesse du malade rendait inquiétantes, quoiqu'on s'en rendit maître facilement au moyen de la compression, de l'agaric et du perchlorure de fer. Enfin, les tendons extenseurs des doigts indicateurs, médius et annulaire des deux mains se montrèrent dans une partie plus ou moins étendue, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; le tendon du médius de la main droite s'est en partie exfolié; les autres ont été enveloppés dans les bourgeons charnus, fongueux et saignants qui s'élevaient de toutes parts, et qu'il fallut réprimer au moyen de la compression par les bandelettes agglutinatives suivant la méthode de M. Velpeau; le collodion n'a paru utile que pour mettre à l'abri du contact de l'air les parties déjà cicatrisées.

Les brûlures étaient donc au quatrième degré aux mains et aux oreilles; aussi, après 50 jours, ces parties suppurent-elles encore et ne peut-on savoir quel sera le degré de gêne dans les mouvements des doigts; il y a aussi une roideur de la peau du visage qui occasionne une tendance à l'ectropion double, contre laquelle il est très-difficile de lutter, quoique la brûlure n'ait été là qu'au troisième degré et que la cicatrice y soit très-uniforme.

Ce que l'on peut remarquer aujourd'hui chez cet officier, c'est l'abondance de la transpiration sur les parties qui n'ont pas été brûlées contrastant avec la sécheresse du tissu cicatriciel.

On peut, du reste, le considérer comme entrant en convalescence, quoique la suppuration des mains soit encore abondante.

Telle est l'histoire succincte de l'événement malheureux du 24 septembre et de ses suites.

Les remarques générales auxquelles ont donné lieu ces cas trop nombreux de brûlure sont les suivantes :

1° Le peu de douleur produite par l'action immédiate de la vapeur. En réfléchissant à la douleur si vive et si prompte que produit l'eau, même au-dessous de 100 degrés, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'effet de la vapeur à une température voisine de 120 degrés, et l'on ne saurait rapporter le peu de douleur qu'elle produit qu'à l'instantanéité de son action qui saisit pour ainsi dire les tissus, et se rapproche en cela de l'action déjà signalée par M. Bégin des métaux en fusion sur nos parties.

2° La profondeur des brûlures est encore un fait digne de remarque, et le triste accident du *Roland* a donné la preuve qu'en peu d'instants la vapeur à une haute température peut produire la désorganisation complète du derme et occasionner des brûlures au quatrième degré.

3° La rapidité avec laquelle ont succombé ceux qui ont respiré dans cette atmosphère a été effrayante; les autopsies nous en donneront la raison.

4° L'immunité complète dont ont joui les yeux de tous les blessés est un fait qui n'a rien d'étonnant quand il s'agit de ceux qui ne sont restés qu'un instant dans la vapeur, puisqu'on sait que l'occlusion des paupières est tellement prompte que les brûlures par déflagration de la poudre n'atteignent pas ordinairement le globe oculaire; mais on sait aussi qu'après cette occlusion instinctive, un autre mouvement presque aussi rapide ramène l'ouverture des paupières; il y a donc ici quelque chose de particulier qui a empêché ces pauvres gens d'ouvrir les yeux pendant qu'ils étaient en marche pour s'échapper, à savoir : l'impression douloureuse de la vapeur et de la fumée sur la surface si sensible de la conjonctive.

5° L'intensité toute particulière de la douleur des mains est un fait à noter comme général dans l'accident du *Roland*. Ce qui peut expliquer cette particularité, c'est, d'une part, l'extrême sensibilité natu-

reille de ces parties, et de l'autre la desquammation qui était là beaucoup plus complète qu'au visage, par exemple, par suite de ce que ces parties se trouvaient plongées en entier et à nu dans ce bain de vapeur surchauffée.

6° L'influence des orages a paru manifeste.

Le 25 (deuxième jour) à six heures du soir, un orage passa sur la ville de Toulon; à cette heure, tous les brûlés, alors au nombre de neuf, eurent un peu de délire, même ceux qui étaient le plus faiblement atteints, tels que le chauffeur qui n'avait de brûlures qu'à la jambe droite, et l'enseigne qui n'avait que des brûlures au deuxième degré. Cet état pourrait, il est vrai, s'expliquer par la fièvre de réaction; mais il se présenta même chez ceux qui n'avaient pas de fièvre, dura à peine plus que l'orage, et le lendemain, à la même heure, un second orage s'étant élevé à l'horizon, le même phénomène reparut. Trois jours plus tard, un violent orage éclata sur la ville; l'enseigne de vaisseau, qui était déjà bien, éprouva des secousses nerveuses tant qu'il dura, et l'ingénieur fut aussi très-agité pendant toute la durée du météore.

7° Nous avons noté l'abondance de la transpiration sur les parties non brûlées, contrastant avec l'aridité des cicatrices.

Enfin je dirai pour terminer qu'on a cru remarquer dans des accidents du même genre que celui dont nous retraçons les détails, que la vapeur, et par conséquent la chaleur, tendant toujours à monter, il y aurait plus de danger à se trouver dans les parties élevées du lieu où se fait l'explosion que dans le bas; on dit même que lors de l'explosion qui eut lieu à bord de *la Reine Hortense*, en 1848, les chauffeurs qui se sont collé le visage contre la fonte du parquet n'ont pas été brûlés, tandis que quatorze personnes qui étaient dans les hauts ont été grièvement atteintes.

Pour ce qui est du *Roland*, il est bien certain que le commandant et plusieurs des menuisiers qui étaient sur la galerie supérieure ont succombé; mais ceux qui étaient en bas sont morts aussi, et la différence dans la profondeur des blessures paraissait tenir au temps pendant lequel les hommes sont restés dans la vapeur, et non à leur position dans le lieu du sinistre.

Autopsie du nommé Merle, pompier, faite vingt-cinq heures après la mort par M. le docteur Guillabert, chirurgien de première classe de la marine, chef des travaux anatomiques :

« Le nommé Merle, pompier, âgé de 42 ans, né à Cabris (Var), entré à l'hôpital le 24 septembre 1858, atteint de brûlure des parties » profondes des voies aériennes, ainsi que d'une brûlure du second » degré, qui recouvre presque toute la surface du corps, a succombé » une heure après son entrée au n° 7 de la salle de clinique chirurgicale.

» Autopsie. — N'ayant voulu constater que l'étendue et la profondeur de l'action de la vapeur d'eau sur la surface des voies aériennes, ainsi que sur la partie supérieure du tube digestif, on a dû » se borner à l'examen de ces organes.

» *Partie supérieure du tube digestif*. — La muqueuse des lèvres est » pâle, comme macérée, quoique assez résistante; il est très-facile de » la détacher des tissus sous-muqueux et glanduleux.

» La langue, complétement dépouillée, est rouge et saignante. On » distingue assez facilement la direction des fibres du génio-glosse mis » à nu.

» La voûte et le voile du palais, également privés de muqueuse, » ont cependant une teinte pâle et paraissent moins atteints que la » langue.

» La surface interne des joues offre des érosions profondes au niveau des arcades dentaires. Rien de semblable n'apparaît dans le » sillon dento-labial, où la muqueuse paraîtrait saine si elle ne se » laissait détacher par lambeaux avec facilité.

» Examinée dans la partie la plus reculée de l'entonnoir pharyngien, la muqueuse est pâle, plissée, soulevée partiellement, ou réduite en une espèce de pulpe blanchâtre, mêlée à du mucus gluant. » Ces lésions diminuent et s'effacent peu à peu, à mesure qu'on s'approche de l'orifice inférieur de cette cavité.

» Extérieurement, l'œsophage n'offre aucun changement dans sa » forme et sa coloration; sa cavité est saine et a évidemment échappé » à l'action de la cause vulnérante.

» *Voies aériennes*. — La muqueuse de l'épiglotte, boursouflée surtout vers sa surface supérieure, semble avoir disparu sur les bords » de ce fibro-cartilage, qui aurait été ainsi mis à nu.

» La cavité du larynx est rouge brun. Quelques plis longitudinaux » et obliques, assez prononcés, font soupçonner que la muqueuse est » profondément altérée; elle se détache, en effet, avec la plus grande » facilité, même au simple contact du doigt.

» Les mêmes désordres se rencontrent dans la trachée et dans les » bronches, mais à un degré moindre. Vers les dernières ramifications » membraneuses, la coloration anormale a disparu; la muqueuse a » repris sa consistance; elle paraît, en un mot, complétement saine.

» Il semble que l'action de la vapeur, s'étant épuisée pendant sa » course, n'a pas pu déterminer l'ustion des parties les plus profondes » de l'arbre aérien.

» La surface extérieure des poumons, parsemée de larges plaques » ardoisées, présente une teinte générale d'un rouge sombre (lie de » vin). Ces organes, rapetissés, occupent les parties latérales du thorax; ils laissent à découvert une notable portion du péricarde et du » médiastin antérieur. Complétement dépourvus de tubercules ainsi » que d'adhérences pleurales, ils crépitent partout, excepté dans leur » bord postérieur. Leur parenchyme, coloré comme la rate, est gorgé » de sang noir, surtout en arrière. Ils résistent aux tractions comme » les poumons sains. Comprimés ou non, ils surnagent, et la pression » en exprime un mucus spumeux. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

III. VERHANDLUNGEN DER PHYSICALISCH-MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT IN WUERZBURG.

Les trois cahiers composant le tome VIII de ce recueil renferment les articles originaux suivants qui se rattachent aux études médicales: 1° *Recherches d'histologie comparée faites à Nice pendant l'automne de* 1856; par A. Koelliker. 2° *Sur l'inflammation des bourses muqueuses de la rotule*; par le professeur Linhart. 3° *Anurie complète; atrophie du rein gauche; pyélite du côté droit; thrombose des veines rénales*; par le docteur Brunner. 4° *Sur le développement de la substance osseuse*; par Henri Müller. 5° *Description anatomique d'un sternum composé de neuf pièces*; par le docteur Wallmann. (La pièce, qui a appartenu à un garçon de 14 ans, se trouve dans la collection anatomique de Vienne. Entre l'appendice xiphoïde et le *manubrium*, qui sont simples, se trouvent sept os disposés symétriquement; le plus antérieur est composé de deux parties soudées entre elles aux trois quarts, mais qui ont dû être primitivement séparées.) 6° *Description anatomique de deux vertèbres cervicales soudées en spirales*; par le même. 7° *Description anatomique de deux omoplates affectant une forme particulière*; par le même. 8° *Influence de la chaleur et de l'électricité sur la moelle épinière*; par le docteur F. Kunde. 9° *Sur les organes lumineux des lampyres*; par A. Koelliker. 10° *Sur quelques points de l'anatomie des insectes*; par le même. 11° *Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie*; par le docteur Bamberger. 12° *Analyse chimique du sang, de l'urine, de la bile, de la rate et du foie du sujet de l'observation précédente*; par le professeur Scherer. 13° *Quelques remarques sur l'action de l'upas antiar*; par A. Koelliker. 14° *Remarques historiques et observations médicales sur le chardon Marie, le chardon béni et le chardon aux ânes (onopordon acanthium)*; par le docteur Lobach.

SUR L'INFLAMMATION DES BOURSES MUQUEUSES DE LA ROTULE; par le professeur LINHART.

L'auteur reconnaît et décrit trois bourses muqueuses: l'une sous-cutanée, une autre sous-aponévrotique et une troisième profonde, déjà décrite par Luschka. Il a vu que l'épithélium empavé de ces bourses muqueuses est peu apparent et non continu, et que ces capsules communiquent entre elles. De plus, l'auteur a vu une quatrième capsule, située entre le ligament de la rotule et l'aponévrose, et il croit que c'est elle qui s'enflamme quelquefois chez les personnes qui se mettent fréquemment à genou.

L'auteur décrit la forme aiguë et la forme chronique de l'inflammation des capsules muqueuses. Dans la forme aiguë, les malades accusent une douleur dans la région de la rotule, douleur qui s'accroît quand ils se lèvent après être restés quelque temps assis, ou quand ils étendent le genou; on sent comme un craquement quand on applique la main sur les parties souffrantes. La peau rougit et s'élève en une tumeur fluctuante dont le diamètre transversal ne dépasse pas la largeur de la rotule. L'inflammation peut se terminer par suppuration. Cette maladie est plus commune chez les femmes que chez les hommes, et la forme aiguë plus fréquente dans le jeune âge, tandis que la

forme chronique se voit plutôt chez les personnes âgées. Les applications de compresses d'eau froide font bon effet quand il y a rougeur, tension et douleur, mais n'empêchent pas toujours la suppuration; il faut les employer avec ménagement ou même y renoncer chez les personnes sujettes aux rhumatismes articulaires; les sangsues sont inutiles ou nuisibles; l'onguent mercuriel est à peu près sans résultat. Dès que la suppuration est établie, il faut ouvrir la tumeur; l'auteur recommande l'incision en T, comme le meilleur moyen pour vider l'abcès.

La forme chronique est ordinairement liée à l'épaississement des parois des capsules; les tumeurs sont indolentes et offrent de la fluctuation ou, d'autres fois, une grande dureté. Il est toujours difficile de provoquer la résorption des liquides; on y parvient plutôt à l'aide d'emplâtres résineux (gomme ammoniaque, galbanum, etc.) que par le mercure; mais l'auteur préfère à tous les traitements, l'incision suivie de la compression. Dans les cas de dégénérescence fibroïde des parois des bourses, il faut procéder à leur extirpation.

ANURIE COMPLÈTE; ATROPHIE DU REIN GAUCHE; PYÉLITE DU CÔTE DROIT; THROMBOSE DES VEINES RÉNALES; par le docteur BRUNNER.

Obs. — Valentin, 65 ans, fut pris peu à peu de rétention d'urine sans avoir eu antérieurement aucune affection syphilitique. Le cathétérisme n'amena aucune goutte d'urine, quoiqu'on eût pénétré dans la vessie. On songea à la présence d'un calcul, mais rien ne pouvait le faire découvrir. On pensa qu'il existait quelque obstacle du côté des uretères, et l'on prescrivit un traitement antiphlogistique et adoucissant, mais sans le moindre succès. Cependant, au bout de trois jours, il y eut une émission d'urine spontanée; mais la suppression de toute évacuation ne tarda pas à se montrer de nouveau, et le malade mourut au bout de onze jours, après avoir été longtemps dans un état habituel de somnolence.

A l'autopsie, on trouva la vessie vide, dilatée, à parois épaissies. L'uretère gauche était oblitéré dans toute sa longueur, ratatiné et tordu sur son axe. Rein gauche atrophié, 2 centim. et demi de longueur, 1 c. 8 millim. de largeur, et çà et là à peine quelques millimètres d'épaisseur. La veine rénale renfermait un bouchon sanguin d'un centimètre de longueur, sec, adhérent à ses parois. Uretère droit oblitéré par des exsudations fibreuses. Rein droit ayant près du triple de son volume ordinaire, son bassinet dilaté et enflammé; la veine rénale est oblitérée par un caillot.

Il est probable que l'oblitération des veines a été la cause première de la maladie des reins; pendant quelque temps le rein droit a fonctionné seul, puis il a cessé lui-même lorsqu'il s'est enflammé. L'urémie a dû être la suite de ces désordres et la cause directe de la mort.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS; par HENRI MÜLLER.

On admet généralement que l'ossification se fait par un dépôt de substance calcaire dans le tissu du périoste et par l'ossification du cartilage. L'auteur rejette ce second mode d'ossification, et croit que celle-ci a lieu dans une substance particulière des os qu'il appelle substance ostéogène. La transformation du cartilage en os est une illusion; la masse osseuse nouvellement formée ne fait que remplacer la substance cartilagineuse. L'ossification du cartilage n'a qu'une importance provisoire; elle disparaît rapidement par la formation des espaces médullaires, pendant que la véritable substance osseuse se développe.

Telle est en deux mots la théorie nouvelle que propose M. Henri Müller. D'après cette théorie, les cellules cartilagineuses, ainsi que la substance fondamentale du cartilage, ne seraient que des formations transitoires, destinées à être détruites, résorbées, pour faire place à ce que l'auteur appelle la substance ostéogène dans laquelle se déposent les molécules calcaires. Nous croyons que cette manière de voir ne sera pas le dernier mot de la science, et nous ne serions pas surpris qu'on revînt un jour à la doctrine qu'on abandonne aujourd'hui.

INFLUENCE DE LA CHALEUR ET DE L'ÉLECTRICITÉ SUR LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le docteur F. KUNDE.

Voici quelques-uns des singuliers résultats obtenus par l'auteur :

Une grenouille qui reste quelque temps exposée à une température de 34° c., perd les mouvements volontaires et les mouvements réflexes, et meurt sans qu'il survienne de roideur musculaire.

Une grenouille qui a été quelque temps exposée à l'action d'un courant électrique interrompu, de manière à produire le tétanos, perd ses mouvements pendant que le cœur continue à battre; elle se rétablit promptement.

Un degré élevé de chaleur et l'électricité font disparaître le tétanos produit par la strychnine.

Une grenouille qui a reçu une certaine dose de strychnine au point de devenir tétanique, perd le tétanos quand on l'expose à une certaine chaleur et revient peu à peu à son état normal.

On peut donner de la strychnine à des grenouilles sans que celles-ci deviennent tétaniques quand on les expose à une certaine température, tandis que le tétanos se déclarera si cette température est changée.

Une grenouille tétanisée par la strychnine peut garder ce tétanos quinze jours et plus, si on la met sur de la glace; puis le tétanos disparaît si on la réchauffe, en la tenant dans la main, par exemple.

Au contraire, une grenouille qui a perdu le tétanos produit par la strychnine, parce qu'elle a été exposée à une température de 15°, par exemple, redeviendra tétanique si on la met sur la glace.

Si l'on expose à un courant électrique interrompu une grenouille tétanisée par la strychnine, le tétanos disparaîtra, tandis qu'à l'état normal l'électrisation produit la roideur tétanique.

Si l'on donne la même dose de strychnine à deux chats d'une même portée, jusqu'à production du tétanos, et qu'on expose l'un des deux chats à la température de la chambre (16—19° c), et l'autre à une température plus élevée (40—45° c.), le premier meurt, tandis que le second revient peu à peu à son état normal.

CAS D'ATROPHIE AIGUE JAUNE DU FOIE; par H. BAMBERGER.

L'auteur donne l'histoire détaillée d'une jeune fille qui fut prise de jaunisse, et sur laquelle on put constater pendant la vie la diminution progressive du foie.

A l'autopsie, on trouva cet organe extrêmement réduit; il était flasque, presque fluctuant, de couleur jaune orange; on ne distinguait presque plus sa texture lobulaire.

Les rameaux de la veine porte étaient vides, les canaux biliaires contractés, la vésicule presque dépourvue de bile.

Les cellules biliaires étaient détruites par places et remplacées par des masses de matière pigmentaire jaune et par des molécules de graisse.

Cette destruction des cellules biliaires se voyait surtout à la périphérie des lobules (*acini*), tandis que les cellules du centre étaient fortement colorées en jaune.

Dans les réflexions dont l'auteur fait suivre son observation, il cherche à expliquer la rétention de la bile dans les cellules sécrétoires, et il croit la trouver dans l'obstruction des canaux biliaires périlobulaires par les débris des cellules détruites.

Il nous semble facile d'interpréter les phénomènes pathologiques qui caractérisent cette maladie. Elle consiste essentiellement, non-seulement dans une atrophie, mais dans une destruction des éléments sécréteurs, c'est-à-dire des cellules biliaires. Cette destruction paraît se faire de la circonférence au centre; les cellules centrales des lobules continuent encore à produire de la bile, mais celle-ci ne pouvant plus s'écouler au dehors est résorbée. On remarquera aussi l'état de vacuité des rameaux de la veine porte; ces rameaux n'apportant plus le sang nécessaire à la sécrétion, celle-ci ne peut donc plus se faire. Seulement il s'agirait de déterminer si l'état de vacuité de la veine porte a précédé ou suivi la dégénérescence des lobules eux-mêmes; il semble naturel de penser que la première hypothèse est plus probable que la seconde, et, dans cette supposition, les désordres survenus dans la circulation de la veine porte seraient la première cause de l'affection du foie.

REMARQUES HISTORIQUES ET OBSERVATIONS MÉDICALES SUR LE CHARDON MARIE, LE CHARDON BENI ET LE CHARDON AUX ANES (ONOPORDON ACANTHIUM); par le docteur LOBACH.

Le travail du docteur Lobach a pour but la réhabilitation d'agents thérapeutiques tombés depuis longtemps en désuétude, et cependant dignes de l'attention du médecin par leurs effets, que l'auteur qualifie de merveilleux. C'est un praticien célèbre en Allemagne, M. Rademacher, qui a tiré le premier de l'oubli le chardon Marie, et qui a fait connaître son efficacité dans le traitement des pertes sanguines et des maladies du foie. L'auteur ayant aussi employé cette substance s'en est si bien trouvé qu'il a pensé se rendre utile en faisant connaître le résultat de son expérience, qui confirme en tous points ce qu'en dit le docteur Rademacher.

Après un historique très-développé, l'auteur relate quelques observations qui lui sont propres, et desquelles il résulte que le chardon Marie régularise la circulation abdominale, probablement celle de

la veine porte, et agit surtout d'une manière extrêmement favorable dans les hémorrhagies utérines et dans les désordres de la menstruation; il s'est aussi montré efficace dans le *melæna*. On l'administre en décoction ou en teinture.

L'auteur prescrit une demi-once (soit 15 grammes) de semences pour une décoction de 8 onces (soit 250 grammes) et fait prendre toutes les demi-heures ou toutes les heures une cuillerée à bouche.

La teinture se donne à la dose de 8 à 19 ou 20 gouttes plusieurs fois par jour.

L'auteur avertit qu'il est bon de commencer la teinture par de faibles doses (4 gouttes, par exemple), et de n'augmenter que lorsqu'on voit que le médicament est bien supporté, car il arrive assez souvent qu'il produit de la surexcitation.

Plusieurs des observations rapportées par l'auteur annoncent une action favorable sur le foie. Dans ces cas, on avait constaté d'une manière positive une hypertrophie du foie en palpant et en percutant la région hypocondriaque; les malades se plaignaient d'absence d'appétit, de douleurs, d'irrégularités dans les selles, etc.; tous ces symptômes disparaissaient en même temps que la menstruation reprenait son cours régulier.

On sait combien ces désordres de la menstruation sont communs chez les femmes; si les effets du chardon Marie sont tels que l'affirment les médecins qui l'ont administré, on sera heureux de trouver dans ce médicament un moyen de traiter des malades que les médecins abandonnent souvent à leur mauvaise santé.

Quant aux deux autres espèces de chardons, leurs effets sont à peu près les mêmes que ceux du chardon Marie; ils peuvent donc servir dans les mêmes circonstances, et s'administrent de la même manière.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1858. — PRÉSIDENCE DE M. DESPRETZ.

— M. J. JEANNEL adresse des recherches sur le rôle des corps gras dans l'absorption et l'assimilation des oxydes métalliques.

(Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze, Bernard.)

— M. THÉOD. GOSSELIN présente un mémoire intitulé : ÉTUDES HÉMOSCOPIQUES. (Adressé pour le concours de physiologie expérimentale de 1859.)

— M. FONSSAGRIVES présente un mémoire intitulé : ANATOMIE D'UN MONSTRE HUMAIN SYCÉPHALIEN ET SYNOTE.

(Commissaires : MM. Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire.)

— M. E. GEORGE soumet au jugement de l'Académie une note sur la conservation des pièces anatomiques et pathologiques.

(Commissaires : MM. Velpeau, Peligot, J. Cloquet.)

— M. CHATELAIN adresse une note sur un procédé qu'il a imaginé pour la désinfection des tonneaux à bière, et y joint un appendice sur le mode d'action de ce désinfectant et sur les résultats des essais auxquels il a été soumis par M. Vollier.

(Commission du prix dit des arts insalubres.)

— M. LANDOUZY, en adressant un opuscule sur l'amaurose albuminurique, demande que cet écrit, et un autre, sur le même sujet, qu'il avait précédemment envoyé, soient admis au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Conformément à une des conditions imposées aux concurrents, il indique, dans une note manuscrite, les parties de son travail qu'il considère comme neuves.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit :

1° Une observation de morve aiguë chez l'homme, par M. le docteur Windrif (de Cassel). (Comm. : MM. Trousseau et Bouley.)

2° Un travail intitulé : NOTE SUR LES REVACCINATIONS, DÉMONTRANT PAR DES FAITS, CONTRAIREMENT AUX CONCLUSIONS D'UN MÉMOIRE DE M. VLEMINCKX, L'UTILITÉ ET LA RÉUSSITE DE CETTE OPÉRATION SUR DES SUJETS AGÉS DE MOINS DE 25 ANS; par M. le docteur Peilarin. (Comm. de vaccine.)

— M. LE PRÉSIDENT remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant au fauteuil de la présidence, et adresse au nom de l'Académie des remerciments à M. Laugier, président sortant, ainsi qu'aux membres du conseil d'administration. Enfin il rend compte de la visite officielle faite, à l'occasion du 1er janvier, à M. le ministre de l'instruction publique.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la trachéotomie et le tubage de la glotte.

La parole est à M. Malgaigne.

DISCUSSION SUR LA TRACHÉOTOMIE.

M. MALGAIGNE esquisse d'abord rapidement les phases successives qu'a traversées la discussion depuis son origine; il rappelle particulièrement les opinions qu'il y a soutenues lui-même.

Il déclare qu'il n'attaquait que les abus en matière de trachéotomie; mais qu'il est bien éloigné de la rejeter toujours. Il passe ensuite à un nouvel examen de la statistique de MM. Roger et Sée.

Comment se fait-il, dit-il, que cette statistique ait été modifiée par ses auteurs mêmes dans le courant de la discussion? Puis, qu'elle importance est-il permis d'attacher à ce qui a rapport, dans cette statistique, à la deuxième période du croup? Le total des opérations est de 466, et pour juger l'opération faite dans la deuxième période, on fait choix d'une série de 39 cas! La statistique générale est-elle entourée de garanties plus sérieuses?

Elle repose, disent MM. Roger et Sée, sur trois documents qui se contrôlent. C'est-à-dire que, d'après les registres de l'administration, il y aurait eu 475 opérations; que M. Guersant n'en enregistre que 466, et que les thèses des anciens internes de l'hôpital n'en comptent que 460. Pour éviter les extrêmes, disent MM. Roger et Sée, on a choisi la liste de M. Guersant qui donne à peu près la moyenne. Cela n'est pas sérieux, et ce n'est pas ainsi qu'on fait des statistiques dont on proclame *hardiment* l'exactitude.

Quant aux guérisons, les chiffres administratifs ne peuvent nous en donner l'indication exacte; ils ne comptent que les sorties, et parmi les enfants qui ont quitté l'hôpital, il en est bon nombre qui sont morts chez eux. Restaient donc les indications de M. Guersant qui compte 126 guérisons, et celles des anciens internes qui n'en donnent pas 120. MM. Roger et Sée préfèrent les chiffres de M. Guersant et comptent ainsi 27 p. 100 de guérisons; la seconde source n'en donnerait que 24 à 25 p. 100. La contradiction est flagrante, et pour la lever tout ce travail est à refaire.

Mais en admettant même la proportion de 24 p. 100, cela suffit-il pour invalider la statistique de M. Bouchut? Et d'abord cette statistique, injustement attaquée par M. Bouvier, est parfaitement exacte dans son résultat définitif. Les déclarations publiques des médecins auxquels elle est empruntée l'établissent suffisamment. Les seules erreurs qui aient été commises sont du côté de M. Bouvier, qui attribue à M. Nélaton 36 opérations au lieu de 35, et 33 morts au lieu de 32, et qui rapporte tout à fait gratuitement les derniers succès de M. Nélaton à des perfectionnements du procédé opératoire. C'est ce qui ressort des communications que m'a faites M. Nélaton lui-même

M. Trousseau, de son côté, a cité des chiffres fort avantageux à la trachéotomie. Mais à supposer même qu'ils soient exacts, ils ne pourraient en rien annuler ceux de M. Bouchut. J'en conclus seulement qu'il s'agit, dans la statistique de M. Trousseau, de séries heureuses.

J'ai déjà relevé tout ce qu'il y a d'étrange à voir une opération telle que la trachéotomie réussir plus souvent à son hôpital qu'en ville et même à la campagne, et vous savez que pour l'opération césarienne, par exemple, c'est bien le contraire. Conclure de là, comme le font MM. Roger et Sée, qu'il vaudrait mieux, pour un enfant, de subir l'opération à l'Enfant Jésus qu'en ville, c'est une absurdité contre laquelle je ne puis protester assez haut.

M. Bouvier, en faisant l'histoire de la trachéotomie, en la divisant en trois périodes arbitraires et sans aucune base sérieuse, croyait trouver dans cette division la clef de ce problème difficile: pour lui, les changements introduits dans le manuel opératoire et dans les soins consécutifs expliquaient suffisamment une différence aussi surprenante.

Je déclare, moi, qu'il n'en est rien, et je le prouverai en vous faisant voir que la plupart des innovations sont bien antérieures à la troisième période de M. Bouvier.

M. Trousseau veut que l'opération soit faite lentement; mais la grande, l'immense majorité des chirurgiens ne la faisaient jamais autrement; qu'il nous rende au moins cette justice; opérer lentement, c'est opérer chirurgicalement.

Il faut que le calibre de la canule soit supérieur à celui de la glotte; mais ce précepte date de M. Bretonneau, et M. Trousseau l'a vulgarisé dès le début de la deuxième période. Il en est de même de la canule double; la plupart des chirurgiens l'ont employée avant M. Trousseau.

M. TROUSSEAU : C'est une erreur formelle; après M. Bretonneau, j'ai été le premier à la mettre en usage.

M. MALGAIGNE : Je le veux bien, puisque cela nous reporte encore à la seconde période; et pourtant vous conveniez du contraire, en 1834, dans le JOURNAL DE CHIRURGIE, et ensuite dans l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet.

Je ne dis rien de la rondelle en taffetas ciré, destinée à protéger la plaie; mais je déclare que la cautérisation répétée de la plaie avec le nitrate d'argent est à la fois dérisoire et déraisonnable. Elle est inutile quand le croup est localisé, impuissante quand la diphthérite est généralisée, et toujours contraire à tout ce que nous enseigne la chirurgie.

M. Trousseau rejette aujourd'hui l'écouvillon; je le proclame indispensable dans les cas où des fausses membranes s'arrêtent dans la trachée. Il

faut qu'il y ait là une erreur de la part de M. Trousseau. Et quant à la cautérisation, elle est tout aussi indiquée quand la trachée est envahie par les fausses membranes que l'est la même opération appliquée au pharynx dans l'angine couenneuse. Je ne comprends pas que M. Trousseau la proscrive. En 1843, à la suite de vingt expériences malheureuses, il proclamait que c'est une pratique effroyable que de la négliger.

M. Trousseau : J'ai changé d'opinion, instruit comme je l'ai été par l'expérience, et depuis 1845 je n'ai plus cautérisé la trachée une seule fois.

M. Malgaigne : Comment accordez-vous ces fruits de votre expérience avec ceux que je rappelais tout à l'heure? Et ne vous souvient-il pas d'une série favorable de 45 cas que vous avez due à la cautérisation? Comment se fait-il enfin qu'en 1850 encore vous ayez employé le crayon de nitrate d'argent pour cautériser la trachée?

M. Trousseau : Je ne l'ai jamais fait.

M. Malgaigne : Je me rends à cette dénégation, et je renvoie l'erreur à M. Letixerant, dans la thèse duquel je l'ai prise.

J'arrive à la cravate qui n'est qu'une modification de l'éponge humide employée depuis longtemps par Gerdy ; moi-même je me servais toujours d'une plaque de flanelle. L'importance de l'alimentation et des toniques enfin était proclamée dès 1834 par M. Trousseau.

Voici enfin que M. Trousseau fait du croup une affection toute chirurgicale et rejette tout traitement médical antérieur à la trachéotomie. Je lui en sais gré : ne serait-ce pas là ce qui nous permettra de comprendre les succès de l'hôpital des Enfants ? Cela revient en effet à opérer avant que la trachéotomie ne soit indiquée.

MM. Roger et Sée affirment, il est vrai, que, dans toutes les trachéotomies faites à l'hôpital des Enfants, en 1850 et 1851, il y avait commencement et non-seulement menace d'asphyxie, mais il fallait qu'ils fussent bien aveuglés pour ne pas voir qu'ils se mettaient ainsi en contradiction formelle avec la thèse même de M. Letixerant, qu'ils invoquaient. Je dois dire d'ailleurs que ce passage n'exprime pas l'opinion de M. Sée, qui m'a fait cette concession dans les conversations que j'ai eues avec lui il y a quelque temps, et qui se résignait ainsi à subordonner sa manière de voir à celle de M. Roger.

M. Barth : Je demande la parole.

M. Malgaigne : M. Sée convient que, parmi 16 trachéotomies consignées dans la thèse de M. Letixerant, il en est peut-être 6 qui n'étaient pas indiquées; que des cas semblables se trouvent dans la thèse de M. Millard. Je ne parle pas des erreurs de diagnostic; il y en a pour le moins deux dans la thèse de M. Millard.

J'arrive à une autre question. M. Bouvier vous a dit que chefs et internes de l'hôpital des Enfants, tous sont solidaires et se présentent comme un seul homme; cela n'est peut-être pas tout à fait exact. Pour le démontrer, il faut que je refasse l'histoire de la trachéotomie.

Avant 1849, tous les succès appartenaient à M. Trousseau ; les chirurgiens en ville n'en avaient pas, et les médecins de l'hôpital des Enfants n'étaient pas plus heureux. Il y a d'ailleurs, dans la pratique même de M. Trousseau, deux périodes, l'une de revers nombreux (M. Trousseau n'opérait alors que dans la période ultime du croup) ; l'autre de succès brillants (9 sur 10, en 1835). Eh bien! dans ces deux périodes, les procédés de M. Trousseau n'avaient guère changé, et quand il arrivait à l'hôpital des Enfants, en 1849, c'étaient toujours les mêmes procédés, et M. Trousseau n'y apportait qu'un principe nouveau.

Ce principe, c'était d'opérer aussitôt le croup constaté. Il ne fut pas adopté sans résistance, mais il finit par l'être, par un succès surprenant obtenu dans un cas, dit M. Letixerant, où l'opération fut faite à une période où l'on n'obtiendrait jamais le consentement de la famille en ville. Voilà la raison des succès récents à l'hôpital des Enfants. A l'hôpital, on est libre.... Les internes embrassèrent alors les principes de M. Trousseau, qui leur fit accorder vingt-deux heures par jour pour les appliquer.

Si maintenant le nombre des guérisons diminue un peu à l'hôpital des Enfants, en 1852, c'est que M. Trousseau quitte cet hôpital à cette époque, et que son influence y subit quelques atteintes. Elle se maintint pourtant assez pour que M. Guersant n'ait pu empêcher ses internes d'opérer à une période où il n'opère jamais lui-même : c'est ce qui fait que M. Guersant est moins heureux que ses internes.

Lisez les thèses de MM. Bataille (1853), André (1857), Millard (1858), et vous y trouverez la tradition assez bien conservée ; aussi M. André guérit-il 6 opérés sur 7 ; aussi sur les 7 enfants envoyés à l'hôpital par M. Lefebvre, vierges de tout traitement, et opérés immédiatement, y en a-t-il 5 qui sont sauvés.

En même temps on changeait, à l'hôpital des Enfants, l'ancienne division des périodes du croup ; je ne sais trop pourquoi, car M. Bouvier, qui nous a informés de cette innovation, ne nous en a jamais fait connaître les raisons, et il faut dire que cette idée appartient peut-être plutôt à ses internes qu'à lui-même.

M. Bouvier : Je demande la parole.

M. Malgaigne : En rédigeant la charte des indications de la trachéotomie, les sept internes, comme les sept sages, déclaraient qu'il n'en peut être jamais question dans la première période, et j'applaudis à cet article qui clôt le règne de M. Trousseau à cet hôpital. Je n'en dirai pas autant de cet autre précepte de ne pas opérer les enfants âgés de moins de 2 ans ou atteints de diphthérite généralisée; on obtient encore quelques guérisons dans ces circonstances, et vous n'avez pas le droit dès lors de vous abstenir systématiquement.

M. Trousseau nous dit, d'un autre côté, que l'hôpital Sainte-Eugénie a en sa part des bienfaits de la troisième période. Cela est pour le moins inexact s'il s'agit de l'année 1858, car, sur 116 trachéotomies, il n'y a eu que 19 guérisons. D'où vient la différence? La question a été mise de côté par un chef de service de l'hôpital des Enfants quand M. Barthez l'a soulevée; mais vous remarquerez aumoins que M. Bouvier l'attribuait à ce que M. Barthez opérerait des enfants qui seraient pour ainsi dire condamnés à mourir, et que M. Barthez s'étonnait du nombre des enfants qui meurent à l'Enfant-Jésus sans être opérés. Qu'en conclure, si ce n'est que, dans cet hôpital, on opère trop tôt, et que l'on y choisit les cas favorables? Je le répète : *Caveant consules!*

Quelques mots encore sur le tubage, dont M. Trousseau a parlé dans son rapport, si digne d'ailleurs, avec un esprit amer et hostile qui m'afflige. Les expériences de M. Trousseau n'ont pas, d'après les pièces que j'ai vues, démontré que le tubage produit des ulcérations du larynx en quarante-huit heures, ainsi que cela est dit dans le Bulletin. Mais, quoi qu'il en soit, si la trachéotomie a été un grand bienfait pour l'humanité, celui qui l'en délivrerait ne lui rendrait-il pas un service plus éclatant encore? Ne faudrait-il pas encourager ceux qui tendent à réaliser ce progrès? Le tubage, sans doute, ne sera pas applicable quand le larynx reste oblitéré pendant des semaines entières ; mais il suffirait parfois de vingt-quatre, de quarante-huit heures, pour venir en aide à la nature trop faible, et les autopsies de M. Bouchut ont prouvé que le larynx humain peut supporter la présence de la canule dans la glotte pendant quarante-huit heures sans accidents graves.

Reste encore la question de la gravité inhérente à la trachéotomie. La statistique que M. Trousseau emprunte à un médecin allemand donne 1 guérison sur 4 dans les cas de corps étrangers. Cela équivaut à l'amputation de l'avant-bras ou de la taille avant 50 ans. Quant aux plaies des suicides, je rappellerai seulement que, d'après Dieffenbach, sur 7 suicides qui s'étaient ouvert la trachée, 7 ont succombé, et que 5 sur 19 sont morts de plaies tout à fait superficielles. On dit bien que la trachéotomie est une opération fort simple, parce qu'elle n'intéresse que la peau et une cavité muqueuse. Mais n'en est-il pas à peu près de même pour la taille? La trachéotomie, c'est la taille des poumons, et quand on opère sur des organes déjà enflammés, la gravité de la plaie augmente dans une proportion effrayante.

M. Malgaigne termine en disant qu'en combattant les conclusions prématurées du rapport de M. Trousseau, il n'avait d'autre client à défendre que la dignité de l'Académie et les intérêts compromis de la science et de la vérité.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1858 ; par M. Lorain, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

1° SUR L'ABSENCE DE LA MATIÈRE COLORANTE DE LA BILE DANS LA SALIVE CHEZ LES ICTÉRIQUES; par M. Vulpian.

M. Vulpian rapporte que dans plusieurs cas d'ictère très-prononcé pendant lesquels les produits de l'expectoration étaient fortement colorés par la matière colorante de la bile, il a recherché avec soin si cette matière se retrouvait aussi dans la salive. Après avoir bien fait laver la bouche plusieurs fois avec de l'eau, il a pu avoir de la salive des malades, non mélangée avec les autres produits de sécrétion. Or, dans ces conditions, les réactifs ordinaires n'ont pas décelé la moindre trace de matière colorante de la bile dans la salive. Ce résultat serait-il obtenu dans tous les cas analogues? Quoiqu'il en soit, le fait a un certain intérêt, surtout si on le rapproche de l'observation faite par M. Cl. Bernard qui a vu que le sucre des diabétiques ne passe pas dans la salive proprement dite, tandis qu'on le retrouve facilement dans les produits de la sécrétion bronchique.

2° EXPÉRIENCE RELATIVE A L'INFLUENCE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE SUR LES COEURS LYMPHATIQUES DES BATRACIENS; par M. Vulpian.

M. Vulpian, après avoir rappelé les dissidences des physiologistes relativement à l'influence de la moelle épinière sur les mouvements des cœurs lymphatiques des grenouilles, montre à la Société des résultats d'une expérience qui lui paraît démontrer d'une façon péremptoire l'opinion qu'il a soutenue, à savoir que les cœurs lymphatiques ne tirent pas leur principe d'action de la moelle. Une grenouille a été divisée transversalement et complétement en arrière de la terminaison de la moelle. Sur le segment postérieur, qui ne se compose plus que d'une petite partie du bassin et des membres postérieurs, et qui par conséquent ne renferme plus la moindre partie de la moelle, on met à nu les cœurs lymphatiques. On voit très-nettement les mouvements de ces petits organes. Ces mouvements sont rhythmiques et ont conservé une assez grande régularité ; mais ils ont diminué de force, et il arrive quelquefois alors qu'on ne les aperçoit plus au travers de la peau, ce qui peut induire en erreur. Les battements continuent ainsi plus de deux heures, si l'on a soin de ne pas laisser dessécher les parties.

M. Vulpian rappelle qu'il a montré ce qu'ont fait aussi M. Cl. Bernard et

M. Koelliker, que le curare arrête le mouvement des cœurs lymphatiques (COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1856, 2ᵉ série, t. III, p. 86). Il faisait observer alors combien ce fait prenait d'intérêt lorsqu'on avait constaté que la destruction de la moelle épinière n'arrête pas ce mouvement.

Depuis cette époque, il a souvent répété ces expériences, et il s'est convaincu que dans un grand nombre de cas, peut-être dans tous, les cœurs lymphatiques ne cessent pas immédiatement de battre chez les grenouilles empoisonnées par le curare. Plus de deux heures après que l'intoxication s'est faite, en mettant à nu les cœurs lymphatiques postérieurs, on peut voir quelques légères pulsations se manifester de temps en temps, et ces pulsations rhythmiques consistent bien en mouvements alternatifs de systole et de diastole. Les pulsations sont si faibles, qu'il faut une attention extrême pour les apercevoir ; au bout de vingt-quatre heures généralement on ne voit plus de battements. Le curare diminue donc d'abord l'énergie des battements, puis les abolit complétement. Par quel mécanisme agit-il ? Ce n'est pas par l'intermédiaire de la moelle, puisque celle-ci n'est pas la source du principe d'action de ces organes. Ce n'est pas en exerçant son influence sur leur contractilité propre, car à l'aide de la pince galvanique, il est aisé de constater, même au bout de vingt-quatre heures, que les parois des cœurs sont encore contractiles. La rapidité de l'action du poison démontre enfin que ce n'est pas non plus en paralysant une partie du système lymphatique qu'il arrête ces mouvements. Est-ce donc par suite de l'abolition de la motricité dans les nerfs rachidiens que les battements s'affaiblissent jusqu'à devenir insensibles ? Il y a là certainement quelque chose de peu explicable par ce que l'on connaît actuellement de la physiologie du système nerveux.

II. — ANATOMIE.

1° SUR LES CAUSES DE L'ASPECT QUI A FAIT CROIRE A LA PRÉSENCE DE DEUX SUBSTANCES DIFFÉRENTES DANS LE FOIE ; par M. VULPIAN.

On sait que depuis les travaux de Kiernan, les anatomistes sont d'accord pour nier la présence de deux substances différentes dans le foie. L'erreur de Ferrein et des auteurs qui ont reproduit son opinion a été causée par l'apparence que présente bien souvent le foie humain. Il offre des taches brunâtres et jaunâtres assez régulièrement disposées, ce qui avait fait admettre deux substances, dont l'une était corticale et l'autre médullaire. Kiernan a prouvé que cet aspect du foie est dû à l'inégale injection des vaisseaux de l'organe au moment de l'examen nécroscopique. Si la partie centrale des lobules est ordinairement brune ou rouge, cela tient à ce que les rameaux de la veine sushépatique et les capillaires adjacents sont plus fréquemment pleins de sang que ceux de la veine porte.

On a cherché à expliquer pourquoi le sang se trouve ainsi retenu dans les vaisseaux centraux des lobules, tandis que les parties périphériques sont plus ou moins exsangues. D'après Bowman, cité par G. Budd (ON DISEASES OF THE LIVER, 2ᵉ édit., p. 21), cette disposition provient de ce que les portions marginales des lobules sont soumises à une pression plus grande, parce qu'elles contiennent plus de graisse et qu'elles sont plus volumineuses. La prédominance de la graisse dans les cellules marginales a été signalée par Handfield Jones (PHILOS. TRANS. 1846).

M. Vulpian a eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises des foies qui présentaient d'une façon très-nette l'aspect qui a conduit certains anatomistes à admettre deux substances dans cet organe. Il a pu s'assurer que l'opinion de Kiernan est exacte, mais qu'on ne doit pas l'adopter sans quelques restrictions. C'est bien, en effet, de l'injection des vaisseaux d'une des portions des lobules que dépend en partie l'aspect du foie dans ces cas : mais il y a une autre cause qui doit être prise en considération.

Les cellules hépatiques contiennent souvent des granulations de pigment biliaire. Or il facile de voir que ces granulations s'accumulent surtout dans les cellules de la partie centrale des lobules. Les granulations sont plus ou moins nombreuses, et généralement très-petites ; de plus leur teinte est aussi très-variable. Ces différentes circonstances expliquent la variété des nuances que présentent les parties colorées du foie, du moins chez certains sujets. Mais la coloration est toujours modifiée par l'injection vasculaire. C'est principalement dans les cas de *foie-muscade* que l'on peut reconnaître l'exactitude de cette observation. Ainsi donc plusieurs circonstances contribuent à produire l'aspect bigarré du foie : d'une part, la congestion sanguine des vaisseaux intralobulaires, et la prédominance des granulations de pigment biliaire dans les cellules de la partie centrale des lobules ; d'autre part, le dépôt plus abondant de graisse dans les cellules marginales que dans les cellules centrales, ce qui fait que les premières, vues en masse, sont blanchâtres ou jaunâtres. Lorsqu'on fait macérer un morceau de foie dans l'eau, au bout de plusieurs jours les vaisseaux se sont vidés, et cependant le foie conserve encore, quoique moins prononcé, son aspect nuancé de jaunâtre et de brun.

On est conduit à se demander si ces divers caractères anatomiques correspondent à quelque particularité de la physiologie de l'organe. Admettre, comme Handfield Jones, que le travail de sécrétion commence dans le centre du lobule et se termine à sa périphérie, les matériaux de sécrétion passant par endosmose de cellule en cellule jusqu'aux parties marginales, c'est faire une hypothèse qui ne rend certainement pas un compte suffisant des dispositions qui viennent d'être indiquées. D'ailleurs il faudrait se demander si ces dispositions sont complétement physiologiques, avant de chercher à en tirer quelque induction relative aux fonctions normales de l'organe hépatique.

2° NOTE SUR UN FAIT RELATIF A L'HISTOIRE DE L'AMNIOS ; par M. DARESTE.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un fait curieux d'embryogénie, relatif à l'histoire de l'amnios.

J'avais mis, le 20 septembre dernier, 33 œufs en incubation. Soit qu'à cette époque de l'année les germes aient moins de vitalité, soit par l'influence de toute autre cause, sur ce nombre d'œufs mis en expérience, je n'en trouvai que 6 dont les embryons avaient commencé à se développer. De plus, ces 6 embryons avaient tous péri de très-bonne heure : aucun d'eux n'avait dépassé la période de développement qui caractérise le quatrième jour, lorsque l'allantoïde commence à faire saillie au devant de l'intestin, sous la forme d'une petite vésicule pédiculée.

Cinq de ces embryons étaient en putréfaction ; aussi m'a-t-il été impossible de déterminer d'une manière bien nette l'état de leurs organes. Tout ce que j'ai pu constater, c'est l'existence de congestions sanguines qui se manifestaient par de grandes taches rouges occupant les diverses parties de l'embryon.

Le sixième m'a présenté un état tout différent. En ouvrant l'œuf, je fus très-surpris de voir sur le jaune flotter une grande vessie de près de 4 centimètres de diamètre, et qui était remplie d'un liquide incolore et transparent. L'examen extérieur de cette pièce ne présentait aucune trace d'embryon. En l'ouvrant pour laisser échapper le liquide qui la distendait, j'ai trouvé dans son intérieur, et attaché contre un des points de la paroi, un très-petit corps sans forme déterminée, qui n'était autre que l'embryon, comme je m'en suis assuré par un examen à la loupe. Cet embryon différait de tous les précédents, en ce qu'il était entièrement pâle, et qu'il ne présentait aucune trace de sang. On ne voyait plus de traces de sang à la surface du jaune.

En cherchant à déterminer la nature de cette pièce, il m'a semblé que cette grande poche, remplie d'eau, n'était autre que l'amnios, qui aurait continué à se développer après la mort de l'embryon. Seulement cet état pathologique de l'amnios, cette espèce d'hydropisie a-t-elle précédé la mort de l'embryon, qui en aurait été la conséquence, ou bien est-elle consécutive à cet événement ? Je ne puis ici le décider. Peut-être aurai-je, dans le cours de mes recherches sur le développement du poulet, à revenir sur ce fait intéressant.

Je dois rappeler ici que la science possède déjà certaines observations qui se rattachent à des faits analogues. Je tiens de notre confrère M. Jacquart, qui a bien voulu faire avec moi l'examen de cette pièce, qu'il a eu plusieurs fois occasion d'étudier des œufs humains dans lesquels l'amnios avait continué à s'accroître postérieurement à la mort de l'embryon, et que, dans certains cas, l'embryon avait même complétement disparu. Il a, l'année dernière, fait connaître plusieurs de ces faits à la Société de biologie.

III. — CHIMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LA PRODUCTION D'OXALATE DE CHAUX PAR LES MOISISSURES ; par M. VULPIAN.

Dans le mois de mai de cette année, j'ai mis sous les yeux des membres de la Société des préparations microscopiques montrant de nombreux cristaux d'oxalate de chaux qui s'étaient produits dans le mycelium de moisissures développées sur des préparations anatomiques. Voici les circonstances dans lesquelles cette observation a été faite, et peut-être l'a-t-elle été déjà par d'autres personnes depuis longtemps. On sait que les préparations conservées dans une solution aqueuse faible d'acide chromique se moisissent très-facilement, et que cet inconvénient de l'emploi de l'acide chromique oblige à une grande surveillance de pièces et à un renouvellement complet de la solution de temps en temps. Or, j'avais remarqué que le mycelium des moisissures contenait toujours de nombreux cristaux qui, par leur forme, se rapprochaient des cristaux d'oxalate de chaux. Cette année, à plusieurs reprises, j'ai réuni à dessein les diverses circonstances les plus favorables à la production de ces cristaux et j'ai pu étudier ceux-ci un peu moins superficiellement. Il suffit, d'ailleurs, de laisser un tissu animal dans une solution au 1/100 d'acide chromique, pendant un certain temps, sans renouveler le liquide et sans fermer hermétiquement le vase, pour que les moisissures apparaissent.

C'est dans la couche submergée, dans le mycelium de ces mucédinées qu'apparaissent les cristaux en nombre qui croît progressivement à mesure que les moisissures s'étendent et gagnent toute la surface du liquide : une fois le liquide recouvert entièrement, le développement des cristaux paraît continuer encore. Ces cristaux peuvent présenter des formes assez variées, quoique dérivant du même type. Ce type est l'octaèdre régulier. Mon attention avait été éveillée sur ces cristaux par cette forme : à un certain degré de petitesse, ils offrent une ressemblance frappante avec les cristaux si connus d'oxalate de chaux que l'on rencontre dans l'urine. Les cristaux des moisissures n'ont d'ailleurs que rarement la forme primitive du type. Le plus souvent il y a une troncature droite sur chaque arête de la base. Cette troncature peut être très-étroite, et le cristal est à peine modifié : il est même très-difficile de reconnaître la modification, et il se pourrait bien que dans les cas où les cristaux d'oxalate de chaux paraissent exactement octaédriques, ils possédassent déjà une petite troncature. Ces troncatures donnent quelquefois aux cristaux, dans certaines positions, des apparences dont il est difficile de se rendre compte. Lorsque leur étendue augmente, les cristaux prennent la forme de prismes à base carrée, surmontés de sommets pyramidaux : on observe tous les degrés possibles dans l'étendue des troncatures, et en même temps qu'elles augmentent, les cristaux deviennent de plus en plus grêles.

Les dépôts salins n'ont pas tous une des formes indiquées précédemment; quelques-uns semblent s'être faits trop rapidement et ne peuvent être que rarement rattachés au type, ou même à un type quelconque.

Je n'ai pas eu à ma disposition une assez grande quantité de ces cristaux pour que l'analyse directe et complète ait pu être faite. Voici les caractères qui indiquent d'une façon à peu près certaine qu'ils sont formés d'oxalate de chaux : leur forme octaédrique régulière, ou dérivée de l'octaèdre, leur insolubilité dans l'eau et dans l'alcool, leur insolubilité par l'action de la soude et par celle de l'acide acétique, leur solubilité sans effervescence par l'action de l'acide nitrique et de l'acide sulfurique, et, dans ce dernier cas, la formation des cristaux caractéristiques du sulfate de chaux.

La formation d'oxalate de chaux pendant le développement des moisissures rappelle la production si abondante de ce sel dans certains lichens. Je me suis assuré par plusieurs expériences que l'oxalate de chaux se forme bien sous l'influence de la végétation des moisissures et non pas par l'action de l'acide chromique sur les tissus animaux avec lesquels il se trouve en contact. En effet, ce n'est que lorsqu'apparaissent les moisissures que se montrent les cristaux : si l'on dispose une portion de tissu ayant macéré dans l'acide chromique pendant quelques jours, de telle sorte que le tissu sorte en partie de la solution, c'est sur la partie découverte que naîtront les premières moisissures, et c'est aussi là seulement, et dans le mycelium, que l'on trouvera des cristaux. Mais l'acide chromique pourrait avoir une influence sur la production de l'oxalate de chaux, car je n'ai rien trouvé de comparable dans des moisissures analogues nées sur des pièces ayant séjourné dans l'alcool, après que l'alcool s'était évaporé.

L'acide chromique est un corps oxydant, et c'est probablement à ce titre qu'il favorise la production d'acide oxalique aux dépens de la matière organisée. On pourrait, il est vrai, admettre que l'acide oxalique est formé directement aux dépens de l'air par les moisissures, et que l'acide chromique et les produits de son action sur les matières animales n'ont qu'une influence adjuvante. Quant à la chaux, elle s'est trouvée dans l'eau ordinaire qui a été employée et dans les matières animales mises en expérience.

La présence de matières azotées a la plus grande influence sur la production des cristaux d'oxalate de chaux, ou plutôt sur le développement des moisissures qui déterminent cette production. Le 27 avril 1858, j'ai mis dans un petit bocal de l'eau ordinaire, 1/100 d'acide chromique et du sucre, puis à la surface du liquide, et à plusieurs reprises, j'ai placé des moisissures que je prenais sur les vases où se produisait de l'oxalate de chaux. Au bout de cinq mois, il ne s'était rien formé; les moisissures ne s'étaient pas étendues; ce n'est qu'alors que leur végétation a commencé à se faire, mais avec la plus grande lenteur, et, le 15 octobre, elles ne contiennent pas d'oxalate de chaux. L'eau employée renferme beaucoup de sels de chaux.

Le 23 avril, j'avais mis dans un bocal de l'eau ordinaire, du sucre, un centième d'acide chromique et de la craie en poudre; j'avais ensuite mis sur la surface du liquide quelques parcelles de moisissures. Au bout d'un mois, les choses étaient dans le même état : je mis alors dans le même bocal quelques raclures de graines de haricot, en ayant soin d'en faire surnager à moitié quelques-unes. En très-peu de temps, quinze jours environ, toute la surface du liquide s'était couverte de moisissures, et dans leur mycelium se rencontraient de très-nombreux cristaux d'oxalate de chaux.

Dans deux circonstances, les moisissures ne se sont pas développées. Dans un cas, j'avais mis dans une solution d'acide chromique au centième des caillots fibrineux tirés du cœur d'un chien; dans l'autre cas, j'avais mis tout l'albumen d'un œuf de poule dans une solution semblable. J'ai mis à plusieurs reprises des moisissures sur ces liquides, sans qu'elles se soient accrues (1).

Dans le temps même où je m'occupais de ces expériences, j'ai trouvé dans la vessie de deux grenouilles des cristaux d'oxalate de chaux. Ces animaux avaient eu la moelle coupée transversalement et avaient survécu dix jours à l'opération. La vessie contenait beaucoup de liquide après la mort. Dans un des deux cas, il y avait une matière un peu floconneuse formant un petit dépôt; l'examen microscopique montra que ce dépôt était constitué en grande partie de filaments de mucédinées, et au milieu de ces filaments se voyaient plusieurs cristaux d'oxalate de chaux. Chez l'autre grenouille, il y avait aussi un dépôt, mais il n'était pas constitué par des mucédinées : c'était une matière granuleuse, non saline, probablement d'origine muqueuse; c'était d'ailleurs aussi dans ce dépôt que se trouvaient les cristaux.

On pourrait se demander si une partie de l'acide oxalique que l'on trouve combiné à la chaux dans l'urine des animaux herbivores et de l'homme, ne se forme pas dans la vessie, au contact de l'épithélium vivant qui aurait sur la production de cet acide une action analogue à celle que possède la végétation des moisissures.

IV. — Helminthologie.

Note sur un nouveau distome de la grenouille (*Distomum oxocaudatum*); par M. Vulpian.

Dans le courant de l'année dernière, j'ai rapporté à la Société les détails d'observations que j'avais faites sur une espèce de distome non encore décrite, et dont j'avais trouvé quelques individus dans une grenouille. Je n'avais point pris un dessin exact de ces distomes; aussi n'ai-je pas voulu publier ma communication orale avant d'avoir pu étudier ces animaux de nouveau. Après un intervalle d'un an, pendant lequel j'ai examiné plusieurs centaines de grenouilles, j'ai pu enfin retrouver de nouveaux individus de la même espèce. Chez une grenouille verte (*rana viridis*) de petite taille, j'ai rencontré deux helminthes placés sur la membrane muqueuse du plancher de la bouche, au-dessous de la langue. Il était facile de reconnaître que ces helminthes étaient des distomes; ils étaient fortement attachés à la membrane muqueuse par leur ventouse ventrale. L'année dernière, la première fois que je les ai observés, ils étaient encore dans le même lieu, au nombre de quatre.

Ces distomes sont allongés, et exécutent des mouvements étendus et assez vifs. Ils ont une coloration bistrée qui se trouve interrompue au milieu du corps par une zone étroite, transversale et blanchâtre, et qui n'existe ni sur l'extrémité céphalique ni sur l'extrémité caudale qui sont aussi blanchâtres et un peu jaunes. Au niveau de la zone blanchâtre médiane, il y a un rétrécissement du corps, et c'est au-dessous de cette zone que se trouve la ventouse ventrale qui, chez ce distome, est ainsi située à peu près au milieu du corps. La bouche n'est pas armée; son orifice est triangulaire lorsqu'il est ouvert, et en avant de la bouche, la tête se prolonge un peu de façon à constituer un organe servant à palper. Lorsque l'animal s'allonge, il acquiert une longueur de 12 millim., quand il est ramassé et revenu sur lui-même, sa longueur se réduit à 6 ou à 7 millimètres.

Ces distomes sont remplis de myriades d'œufs colorés en jaune, et c'est à l'accumulation de ces œufs qu'est due la couleur des helminthes. Les œufs sont tous munis d'un appendice en forme de longue queue. Cette queue va en s'effilant, de l'œuf où elle est attachée jusqu'à son extrémité; elle ne jouit d'aucun mouvement propre, et quoique paraissant rigide, elle peut cependant se courber sans se rompre.

Longueur de l'œuf (sans la queue)	60	millièmes de millimètre.	
Largeur	24	—	—
Longueur de la queue	87	—	—
Largeur de la queue au milieu	12	dix-millièmes	—

Les œufs s'ouvrent par déhiscence operculaire. Ceux des distomes observés l'an dernier paraissaient plus avancés dans leur développement que ceux que j'ai pu étudier cette année. Pour plusieurs d'entre eux, la déhiscence s'était produite sous l'influence d'une très-faible pression, tandis que j'ai été obligé de comprimer fortement les œufs cette année pour déterminer le soulèvement de l'opercule. L'opercule est placé sur l'extrémité opposée à celle où s'insère l'appendice caudal. Il se soulève en demeurant adhérent par un de ses points, et par l'ouverture ainsi formée, on voit sortir la larve. Lorsque les œufs sont bien développés, la larve fait pour se dégager des mouvements assez considérables, mais devient à peu près immobile dès qu'elle est libre. Elle offre assez souvent la forme d'un corps allongé, renflé dans les deux tiers médians de sa longueur, à extrémité postérieure légèrement conique, mais obtuse, à extrémité antérieure arrondie. Un rétrécissement plus ou moins prononcé représente une sorte de cou. Comme c'est la règle pour les distomes, la larve paraît un peu plus grosse que l'œuf qu'elle vient de quitter.

Les larves ne sont pas munies de cils vibratiles; c'est un caractère qui les distingue des larves des distomes qu'on rencontre fréquemment dans d'autres parties de la grenouille (poumons, vessie); mais ce qui les en distingue davantage et constitue un caractère remarquable, c'est que leur tête est garnie de crochets. Ces crochets ont la forme de bâtonnets allongés, très-grêles, un peu flexibles, en nombre impossible à déterminer exactement, mais n'étant probablement pas inférieur à 20. Leur configuration exacte n'a pas pu non plus être constatée, à cause de leur ténuité. Ils sont disposés en forme de couronne, et dans l'espace laissé libre par leur extrémité centrale se voit un léger enfoncement.

Ces larves ont une grande analogie avec celles qu'a décrites et figurées M. Davaine (Comptes rendus de la Société de biologie, 2e série, t. I, 1855, p. 141 et pl. 1), et qu'il avait trouvées dans des œufs qui formaient une tumeur dans la cavité branchiale d'un aigle-bar. La présence de crochets chez ces dernières larves avait empêché M. Davaine de rapporter résolûment les œufs qu'il observait à un helminthe de l'ordre des trématodes, parce qu'alors on ne connaissait pas de larve munie de crochets provenant d'un helminthe de cet ordre. Aujourd'hui cette objection ne serait plus soulevée, et des œufs operculés contenant des larves armées de crochets pourraient être considérés sans hésitation comme le produit de trématodes, probablement de distomes.

L'habitat des distomes que je viens de décrire est singulier, mais on voit bientôt que cette demeure offre à ces helminthes une assez grande sécurité. La forme de la langue de la grenouille et son mode d'attache, empêchent l'animal de s'en servir pour chasser les distomes, et, dans le mouvement de déglutition, la langue les protége. Il faut, d'ailleurs, pour résister à ce mouvement, qu'ils soient fixés fortement par leur ventouse abdominale. Un distome qui avait séjourné sous la langue d'une grenouille morte pendant trois jours et que j'avais mis pendant quelques minutes dans l'eau, n'a jamais pu se fixer assez solidement au plancher de la bouche d'une grenouille vivante, et a été facilement entraîné par les efforts de déglutition.

Ces larves ne vivent pas longtemps dans l'eau; au bout de trois jours elles sont déjà déformées et plus ou moins détruites. Les larves ciliées du distome pulmonaire (*distomum cylindraceum?*) ne vivent pas non plus au delà de trois jours dans l'eau; mais pendant deux jours, elles s'y meuvent avec rapidité. Plusieurs larves du distome de la cavité buccale avaient pris, au bout de vingt-

(1) J'ai aussi mis des moisissures sur de l'eau contenant de l'acide urique et de la craie en poudre. Elles ne se sont pas développées.

quatre heures de séjour dans l'eau, un aspect légèrement annelé dû à des lignes transversales parallèles.

La forme des œufs de ce distome est assez caractéristique pour que je propose de le nommer *distomum ovocaudatum.*

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1858;
par M. le docteur LORAIN, secrétaire.

I. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

M. MOREL-LAVALLÉE communique un nouveau fait d'épanchement traumatique de sérosité.

Un voiturier avait été renversé par un tonneau de vin qui lui avait roulé sur le membre inférieur gauche. Il en était résulté un décollement de la peau de toute la hauteur de la cuisse dans la moitié externe de sa circonférence, et de presque toute la longueur de la jambe, dans presque tout son pourtour. Et cette énorme poche, au huitième et au quatorzième jour, contenait à peine un quart de verre de sérosité mêlée de globules purulents. Cette minime quantité de liquide, répandue sur une aussi grande surface, eût certainement échappé sans la précaution de placer le bas de la jambe en déclivité, afin de rassembler le fluide dans ce point et de constater sa présence par le tremblotement.

Suivant M. Morel-Lavallée, il est extrêmement important de procéder ainsi à la recherche du liquide, et ce peut être le seul moyen de découvrir le décollement. On évitera de la sorte de faire des amputations où la peau du moignon est frappée de gangrène, parce que le couteau est tombé sur un décollement qu'on ignorait ou dont on avait mal calculé l'étendue. Les signes manquaient; on les possède aujourd'hui.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1858;
par M. le docteur LORAIN, secrétaire.

I. — PATHOLOGIE.

FRAGMENTS DE TISSU PULMONAIRE GANGRENÉ, REJETÉ AVEC LES CRACHATS; par M. le docteur JULES LUYS.

Les faits d'expulsion de tissus pulmonaires sphacélés dans les cas de gangrène, quoique signalés par les auteurs, sont loin d'être encore très-fréquents. Quand les séquestres sont volumineux ils se présentent d'eux-mêmes aux observateurs avec les matières expectorées, mais quand ils sont réduits à l'état de filaments d'aspect muqueux ou membraniforme, on conçoit alors qu'ils puissent facilement échapper aux recherches. Ainsi les auteurs du COMPENDIUM DE MÉDECINE rapportent que l'un d'eux a vu un sujet rendre cinq lambeaux de tissu pulmonaire noirâtre et ramolli; l'un de ces lambeaux avait le volume du petit doigt. Martin Solon a rapporté un cas dans lequel une escarre formée par un fragment de tissu pulmonaire d'un pouce carré fut rendu après de violents efforts de toux. — D'un autre côté, M. Rayer (COMPTE RENDU DE LA BIOLOGIE, 1856) a constaté une particularité très-remarquable de la péripneumonie dans l'espèce bovine, à savoir l'oblitération des ramifications bronchiques et des ramifications des vaisseaux pulmonaires dans les parties affectées des poumons. Il fit voir en effet un fragment de poumon hépatisé, du volume d'une grosse orange, trouvé libre dans l'intérieur d'un poumon enflammé. Il a pu reconnaître dans cette masse des portions de bronches et de vaisseaux sanguins oblitérés; les dernières ramifications bronchiques et vasculaires lui ayant paru complétement obstruées par des concrétions fibrineuses. Il n'y a pas d'odeur gangreneuse.

On va voir combien cette présentation offre d'analogies avec la nôtre:

Il s'agit d'un homme de 43 ans, négociant, entré en 1856 dans le service de M. Vigla, à la maison de santé. C'est un sujet d'une forte constitution, qui a toujours joui d'une excellente santé; il n'accuse comme antécédents pathologiques qu'une variole à l'âge de 22 ans (il avait été vacciné) et deux blennorrhagies; pas de signes de syphilis; son père existe encore, sa mère est morte d'une fluxion de poitrine à l'âge de 40 ans. Il n'a jamais eu d'hémoptysie; ses fonctions digestives n'ont jamais présenté de troubles notables.

Il raconte qu'il y a environ huit ans, à la suite de violents chagrins, il se livra à la boisson, et qu'il fut pris d'accès de délire avec agitation; il fut saigné, resta malade environ un mois, et conserva à la suite de cette secousse un léger tremblement dans les extrémités supérieures, apparaissant à des époques irrégulières.

Une semaine environ avant son entrée à la maison de santé il avait été pris de malaise, de faiblesse dans les jambes; il attribue cet état à des contrariétés. Il était depuis deux à trois jours ainsi ébranlé lorsqu'un soir, après dîner (il n'avait bu que de l'eau rougie), il tomba en syncope en perdant connaissance.

Des frictions stimulantes et des sinapismes furent immédiatement appliqués sur les extrémités inférieures. Le lendemain il s'aperçut que son haleine commençait à devenir fétide; en même temps, l'expectoration devenait abondante et pareillement fétide.

Le jour de son entrée, nous constatons l'existence de râles sous-crépitants disséminés dans toute la poitrine, avec prédominance du côté droit; pas de soufle, pouls (104) irrégulier, l'haleine est très-fétide. Le malade se plaint d'un point de côté sous-mammaire à gauche. Le decubitus est possible sur le côté droit et complétement impossible sur le côté gauche. Il dit « quand il a craché, qu'*il éprouve la sensation d'un conduit qui se déboucherait.* La toux est quintense, accompagnée de secousses convulsives, suivies d'expectoration verdâtre, filante, moins fétide que l'haleine.

Le malade fut soumis à un régime tonique; les phénomènes de l'auscultation et de la percussion se localisèrent en avant à la région sous-claviculaire, là on perçoit pendant 3 jours du souffle et des râles crépitants; l'expectoration avait à peu près les mêmes caractères susénoncés lorsque nous constatâmes au milieu des mucosités bronchiques, quelques filaments membraniformes, grisâtres et adhérents aux parois du crachoir. Le malade en les rendant s'aperçut lui-même de leur passage. Peu à peu, l'haleine devint moins fétide, la toux perdit de sa fréquence, l'appétit qui n'avait jamais fait défaut réapparut et le malade put, dix-huit ou vingt jours après son entrée à la maison de santé sortir complétement guéri des accidents de gangrène pulmonaire pour lesquels il était venu réclamer les secours de l'art.

Voici maintenant les résultats de l'examen anatomique des fragments membraniformes rejetés par le malade:

Ces fragments s'offrent sous l'aspect de lanières membraniformes d'environ 4 à 5 centimètres de longueur. Elles représentent les troncs des bronches avec leurs divisions et subdivisions dichotomiques. On voit même aux extrémités de ces divisions ultimes, les vésicules pulmonaires injectées en quelque sorte, et apparaissant toutes en relief comme une tête de choux-fleurs. Quand on examine ces filaments, on constate l'absence complète de bulles d'air dans toute la masse du produit, c'est-à-dire la complète injection des voies aériennes et leur oblitération par une matière coagulée. Le long de ces filaments, qui représentent des divisions et subdivisions bronchiques, on constate, en outre, l'existence de congulums serpentins, tantôt sous l'aspect filamenteux, tantôt sous l'aspect diffus: ce sont bien, en effet, les vaisseaux pulmonaires dont le contenu coagulé en quelques points, s'est extravasé en d'autres, en injectant ainsi les voies aériennes béantes et préparées à son envahissement. Le contenu des vaisseaux et celui qui injecte les cavités vésiculaires est identique; c'est une masse variant de teinte suivant les régions et qui rappelle tous les caractères des extravasations d'origine hématique:

Il se compose: 1° de granulations moléculaires grisâtres; 2° de matières colorantes du sang, en différentes phases d'involution, soit sous la forme diffuse rouge brique, soit sous la forme cristalline. Les teintes varient du rouge franc au rouge foncé, presque noir, 3° à la périphérie des vésicules et le long des conduits bronchiques, le plasma a déjà pris la forme fibrillaire.

Je crois donc pouvoir conclure de ce fait que:

1° A un moment donné il y a eu coagulation du sang dans les capillaires d'une ou de plusieurs lobules pulmonaires (peut-être ce phénomène a-t-il eu lieu au moment où notre malade est tombé en syncope)?

2° Cette coagulation en un point donné du circuit vasculaire a dû amener une stase sanguine en arrière du caillot et alors, irruption d'une certaine quantité de sang dans la cavité des voies aériennes d'un certain nombre de lobules;

3° Les cavités vésiculaires injectées en quelque sorte par l'infractus hémoptoïque, ont cessé de faire partie de l'organisme vivant. Elles ont été éliminées comme corps étrangers.

II. — CHIMIE MÉDICALE.

EXAMEN CHIMIQUE D'UN LIQUIDE LAITEUX OBTENU PAR LA PONCTION PRATIQUÉE SUR UNE JEUNE FILLE DE 8 ANS; obs. de M. LORAIN; analyse par M. H. BUIGNET.

Si l'albumine, l'urée, le sucre peuvent circuler librement dans l'économie, si le physiologiste peut, à son gré, les faire apparaître ou en augmenter la proportion dans les fluides de l'organisme, on sait qu'il en est tout autrement de la matière grasse. Localisée en quelque sorte dans des organes spéciaux, ce n'est que dans des cas très-rares qu'elle franchit ses limites naturelles pour se répandre dans les liquides environnants; et les expériences qui ont eu pour but de la faire pénétrer artificiellement dans nos humeurs, ont montré qu'elle rencontrait un obstacle infranchissable dans les capillaires, où elle s'accumule sous forme de particules graisseuses, et qu'elle finit même par obstruer complétement.

A diverses époques, cependant, on a signalé, sous ce rapport, de remarquables anomalies. M. Lecanu rapporte dans le JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE (t. XXI, p. 284), l'analyse d'un sang laiteux qui contenait près de 12 p. 100 de matière grasse. M. Rayer dit avoir observé, chez des créoles de l'île Bourbon, des urines dont l'apparence était tellement modifiée par la présence de cette substance, qu'elles ressemblaient à du chyle bien émulsionné. L'analyse de ces urines chyleuses y a démontré 0,39 p. 100 de matière grasse.

Le nouvel exemple que je signale aujourd'hui ne se rapporte ni au sang ni à l'urine, mais à un liquide extrait par la ponction pratiquée sur une jeune fille de 8 ans.

Cette jeune fille était malade depuis plus d'une année; elle vomissait fréquemment et dépérissait. Le médecin chargé de la soigner avait reconnu en elle les symptômes d'une péritonite tuberculeuse, et dans le fait la mort étant survenue depuis, on a trouvé à l'autopsie de nombreux tubercules dans le poumon. Toutefois, comme elle avait le ventre très-gros et qu'elle offrait les signes ordinaires de l'ascite, on crut devoir recourir à la ponction qui fut pratiquée dans la région abdominale. Une quantité considérable de liquide s'en écoula; mais au lieu d'être limpide et incolore, comme le sont ordinairement les fluides d'hydropiques, celui-ci sortit complétement opaque et blanc comme du lait.

Je fus chargé d'en faire l'analyse, et voici quel a été le résultat de mon examen :

Ce liquide avait, en effet, l'apparence du lait; mais l'émulsion était si parfaite que, même au bout de quatre jours, elle n'avait rien perdu de son homogénéité. La matière grasse à laquelle était due cette apparence se trouvait unie à une proportion notable d'albumine, car il suffisait de chauffer le liquide pour y déterminer une coagulation immédiate.

Je déterminai d'abord le poids des matériaux fixes dont la proportion s'éleva à 7,75 pour 100, et celui des matériaux salins dont la quantité n'excéda pas 0,34 pour 100. Parmi ces derniers, je reconnus des chlorures, des sels de chaux et quelque peu de sulfate.

Mais mon attention se porta surtout sur les deux principes essentiels dont je viens de parler : l'albumine et la matière grasse.

Pour isoler et doser celle-ci, j'eus recours à l'action de l'éther.

Après avoir évaporé 10 grammes de liquide, j'épuisai le résidu séché à 110 degrés par l'éther rectifié et anhydre. Le produit de l'évaporation pouvant contenir des substances autres que les matières grasses proprement dites, tant à cause de la quantité de véhicule nécessaire à l'épuisement, que par l'action réciproque des divers principes en présence, je crus devoir la reprendre par de nouvel éther en proportion convenable et beaucoup plus faible. Effectivement, une petite quantité de matière, dissoute lors du premier traitement, demeura insoluble dans ce second cas, et j'obtins comme résultat de cette nouvelle évaporation, un poids de matière grasse, sensiblement pure, égal à 0g,183. Cette proportion correspondait à 1,83 pour 100.

Une seconde détermination pratiquée de la même manière, mais en opérant sur 30 grammes de liquide, me donna un poids de résidu égal à 0g,552, quantité qui correspond à 1,84 pour 100.

Je pouvais donc admettre, comme moyenne, que la proportion de matière grasse était de 1,835 pour 100. Mais quelle était la nature de cette matière grasse? Etait-elle acide ou neutre? Partiellement ou complétement saponifiable?

Il existe pour doser les acides gras libres deux méthodes que l'on peut employer indifféremment. Elles sont dues à M. Berthelot, et il est à regretter qu'elles ne soient pas mieux connues des chimistes.

La première (1) consiste à introduire la matière grasse dans une capsule avec quinze à vingt fois son poids d'alcool à 36 degrés; à mêler au liquide que l'on maintient dans le voisinage de son point d'ébullition, une petite quantité de teinture de tournesol, et à pratiquer l'essai acidométrique à l'aide d'une eau de baryte normale appropriée. Cette saturation est d'ailleurs assez délicate : elle ne s'opère que lentement, et elle exige certaines précautions que l'usage indique.

La seconde (2) consiste à mêler à la matière introduite dans un petit ballon et fondue à la chaleur du bain-marie cinq à six fois son poids de chaux éteinte; à traiter le mélange par une petite quantité d'éther ordinaire; à évaporer rapidement, et à reprendre le résidu sec par l'éther anhydre. Tout ce qui est acide gras se combine immédiatement à la chaux et forme un savon insoluble dans l'éther, tandis que la matière neutre, en la supposant même saponifiable, se maintient indécomposée en raison de la courte durée de l'expérience, et se retrouve dans le produit de l'évaporation de la solution éthérée.

J'ai eu plus d'une fois l'occasion de constater l'exactitude et la concordance de ces deux méthodes en les appliquant à des mélanges en proportions connues de stéarine pure et d'acide stéarique. J'ai donc cru pouvoir les appliquer dans le cas actuel, et c'est ainsi que je suis arrivé à reconnaître que la matière grasse précédemment obtenue renfermait 33,35 p. 100 d'acide gras libre.

Il restait à savoir si la matière neutre dont la proportion s'élevait à 66,65 p. 100 était saponifiable à la manière des corps gras ordinaires.

Pour arriver à cette détermination, j'ai mêlé intimement dans un petit ballon, 0g,550 de substance grasse primitive, et 5 grammes environ de chaux éteinte. J'ai ajouté une petite quantité d'eau et j'ai maintenu le tout à la chaleur du bain-marie pendant quatre jours. Au bout de ce temps, j'ai desséché le mélange à 110°, et je l'ai traité à deux reprises par l'éther anhydre. J'ai trouvé comme produit de l'évaporation, un poids de matière grasse égal à 0,358, ce qui correspond à 65,09 p. 100, c'est-à-dire à la presque totalité de la matière neutre.

Ainsi l'acide gras libre, reconnu tout d'abord, était la seule substance qui se fût combinée à la chaux dans cette expérience, et les deux tiers environ de la matière employée avaient résisté à la saponification dans des circonstances qui n'auraient pas manqué de la produire, s'il se fut agi de stéarine ou d'un corps analogue. Il en faut conclure que la matière neutre en question n'est pas une matière grasse ordinaire à base de glycérine, et cette conclusion se trouve d'ailleurs confirmée par l'examen de ses propriétés physiques analogues à celles des cires. Son point de fusion l'éloigne de la cholestérine, mais une étude plus approfondie conduirait peut-être à la rapprocher de l'éther stéarique de cette substance (1). Dans cette hypothèse, elle deviendrait saponifiable par l'action des alcalis prolongée pendant plusieurs semaines. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître, dès à présent, qu'elle ne se saponifie pas dans les circonstances ordinaires, et cela seul suffit pour montrer que sa nature particulière n'est pas moins digne d'intérêt que sa proportion.

Pour ce qui est de l'albumine, son dosage a présenté quelques difficultés, en raison précisément de la matière grasse avec laquelle elle formait un mélange de nature émulsive et difficilement résoluble.

En portant le liquide à l'ébullition, et desséchant à 110° le coagulum obtenu, j'ai trouvé son poids égal à 7,16 p. 100. J'avais trouvé 7,75 pour le poids des matériaux fixes laissés par évaporation; je pouvais donc en conclure que ces matériaux étaient constitués presque exclusivement par la matière grasse et par l'albumine coagulable.

J'ai cherché vainement à obtenir cette dernière à l'état isolé. J'ai seulement remarqué qu'en étendant préalablement le liquide d'une grande quantité d'eau, elle semblait perdre par là la faculté de se coaguler, et qu'elle traversait le filtre avec la matière grasse qu'elle entraînait sous forme d'émulsion.

Quoi qu'il en soit, le coagulum obtenu précédemment pouvait donner une indication très-approchée sur le dosage de l'albumine; on avait, en effet :

Pour le poids du coagulum	7,16
Pour celui de la matière grasse	1,83
La différence due à l'albumine était	5,33

mais le dosage pouvait être contrôlé par deux autres moyens que j'ai employés successivement :

1° Supposant que l'albumine était la seule substance azotée contenue dans le liquide, j'ai pratiqué le dosage d'azote, et j'ai trouvé, comme moyenne de deux analyses, que le liquide en renfermait 0,78 p. 100. En multipliant ce nombre par 6,50, on voit qu'il correspond à 5.07 d'albumine.

2° Supposant, d'un autre côté, que les matériaux fixes laissés par évaporation du liquide étaient formés à peu près exclusivement de matière grasse, de sels minéraux et d'albumine, je déterminai celle-ci par différence, dans deux opérations distinctes; j'eus ainsi le calcul suivant :

Résidu total d'évaporation		7,75
Matière grasse déterminée par l'éther	1,83	2,17
Sels minéraux déterminés par calcination	0,34	
Albumine par différence		5,58

Le dosage de l'albumine s'est ainsi trouvé établi par trois procédés différents :

Par coagulation	5,33
Par dosage d'azote	5,07
Par différence du résidu d'évaporation	5.58

La petite différence qui existe entre la détermination par dosage d'azote et les deux autres, peut s'expliquer jusqu'à un certain point par la présence d'une faible proportion de matière extractive.

En résumant les données précédemment établies, je suis arrivé, pour le liquide examiné, à la composition suivante :

Eau			92,25
Matière grasse	Acide	0,61	1,84
	Neutre, mais non saponifiable dans les conditions ordinaires	1,23	
Albumine ou matière azotée analogue			5,33
Sels, chlorures, sulfates, sels de chaux			0,34
Perte			0,24
			100 »

La proportion de matière grasse est, sans contredit, le fait le plus curieux qui ressorte de cette analyse. En songeant à la difficulté extrême qu'elle éprouve à se mouvoir dans les humeurs de l'organisme, on a tout lieu d'être surpris d'en trouver près de 2 p. 100 dans un liquide qui n'en renferme pas habituellement. C'est à ce point de vue surtout que j'ai cru devoir publier les résultats de la présente analyse.

III. — Physique médicale.

Analyse et conclusions d'un travail sur la fluorescence des milieux de l'œil; par M. Jules Regnauld.

L'auteur s'est proposé de constater expérimentalement la fluorescence des milieux de l'œil, phénomène devenu très-probable pour quelques-uns d'entre eux. D'après les observations de MM. L. Foucault et Stockes, il a choisi, comme source de radiation épipolique, le faisceau des rayons limites violets et ultra-violets, obtenu au moyen d'un large prisme de Nicol, suivant le procédé indiqué par le premier de ces physiciens. De plus, il crut

(1) Annales de chimie et de physique, tome XLI, page 272. *Action du suc pancréatique sur la monobutyrine et sur les corps gras neutres*, par M. Berthelot; et Annales de chimie et de physique, tome XLVII, page 359, sur *les Arachines*, par M. Berthelot.

(2) Annales de chimie et de physique, t. XLI, p. 221.

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. XLVII, p. 262, sur plusieurs alcools nouveaux, par M. Berthelot.

bon, dans les cas douteux, de faire arriver le soleil par réflexion totale sur un prisme de quartz convenablement taillé, et d'étudier les matières soumises à l'expérience en interposant entre elles et l'œil de l'observateur un de ces verres jaunes que M. Stockes désigne sous le nom d'*absorbants complémentaires*. Le détail des précautions et du manuel opératoire sont insérés au mémoire que M. J. Regnauld résume dans les conclusions suivantes :

1° Chez l'homme et les mammifères examinés jusqu'à ce moment, la cornée est fluorescente, mais à un faible degré.

2° Chez l'homme et les mammifères (bœuf, mouton, chien, chat, lapin), le cristallin est doué du plus haut degré des propriétés fluorescentes. Chez ces animaux, aussi bien que chez plusieurs vertébrés aériens, ces propriétés persistent dans les portions centrales du cristallin (Emdophacine de MM. Valenciennes et Fremy) conservées par voie de dessiccation à une basse température.

3° Les portions centrales du cristallin de plusieurs vertébrés et mollusques aquatiques (Phaconines des mêmes savants) sont presque totalement privées de la fluorescence.

4° Le corps hyaloïde ne présente qu'une très-faible fluorescence due aux membranes hyalines, car l'humeur vitrée ne la possède pas.

5° La rétine, comme l'a reconnu M. Helmholtz, sur l'œil humain, dix-huit heures après la mort, possède une certaine fluorescence qui n'est nullement comparable pour l'intensité à celle du cristallin des mammifères.

6° Enfin, pour revenir à l'origine et au principe de ce travail, l'auteur conclut que s'il faut placer dans un phénomène de fluorescence la source des accidents causés par les radiations faiblement lumineuses de la lumière électrique, c'est surtout dans l'action énergique produite sur le cristallin qu'il est naturel d'en chercher l'explication. L'impression subie par la cornée ne doit pas néanmoins être négligée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 7e ARRONDISSEMENT.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT LES ANNÉES 1854, 1855, 1856 ET 1857; par M. le docteur PERRIN, secrétaire-archiviste.

(Suite et fin.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

J'aborde maintenant, messieurs, la troisième partie de mon compte rendu, c'est-à-dire le chapitre le plus intéressant de ce travail, et qui répond plus directement au but que nous nous proposons d'atteindre en venant, chaque mois, nous réunir ici, autour de cette table véritablement confraternelle. Je veux parler des intérêts et de la dignité de la profession. Comme je l'ai dit, Messieurs, dans une occasion pareille à celle qui me procure aujourd'hui l'honneur de vous faire cette exhibition de vos travaux : « Les Sociétés d'arrondissement ne sont » point instituées pour faire de la science sévère, rigoureuse et difficile. » Filles du congrès médical de France, elles doivent, se rappelant leur » origine et leur véritable but, se borner à resserrer les liens de la » confraternité, à moraliser la profession par le rapprochement périodique de ses membres, à rappeler chacun de nous à l'accomplissement de ses devoirs, et à le protéger au besoin, dans ses droits, dans » ses rapports journaliers avec la profession, le public, et l'autorité. » Quant au rôle scientifique qu'elles sont appelées à jouer, il doit » être, je le répète, modeste, tout d'intimité, sans pédantisme, et sans » autre but que de faire passer sous les yeux des confrères réunis, » les côtés intéressants, et presque toujours pleins d'actualité, que la » pratique de chacun de nous peut offrir. »

Vous vous rappelez sans doute, messieurs, que dans le courant de l'année 1853, la Société médicale du IIIe arrondissement vous avait adressé l'invitation de vous joindre à elle, en nommant deux commissaires, à l'effet de solliciter près du gouvernement, de concert avec d'autres délégués des autres Sociétés d'arrondissement, une nouvelle révision de notre législation médicale. Vous vous êtes empressés de vous rendre à l'appel qui vous était fait en désignant M. le docteur Chayet, et votre secrétaire archiviste, comme délégués de votre réunion. Vous vous rappelez également que la commission générale des délégués, après de longues et nombreuses séances préparatoires, rédigea, à cette époque, une longue pétition qui a été remise à sa majesté l'empereur Napoléon III. Eh bien, messieurs, cette tentative du corps médical qui n'a abouti, jusqu'à présent, qu'à une démarche stérile près du pouvoir, a été de nouveau essayée dans le courant de l'année qui vient de finir, par un certain nombre de Sociétés médicales de Paris, à l'appel direct de l'une d'entre elles, la Société médico-pratique. En ce qui vous concerne, lorsque vous avez été mis en demeure par la circulaire émanée de cette dernière Société, de prendre une détermination; vous n'avez pas envisagé les circonstances plus favorables qu'autrefois, et vous avez cru devoir, en passant à l'ordre du jour, ne pas intervenir de nouveau, et vous en tenir à ce qui avait été fait et tenté en 1853. Cependant, bon nombre d'autres sociétés n'ont pas voulu suivre votre exemple ; elles se sont mises à l'œuvre encore une fois, et une nouvelle pétition exprimant succinctement nos griefs comme nos espérances, a été remise, à nouveau, entre les mains du chef de l'Etat. Puisse-t-elle, plus heureuse que ses aînées, ne pas se perdre aussi dans le gouffre toujours béant de quelque carton ministériel ! Votre abstention, messieurs, dans le dernier mouvement qui vient de se produire dans le corps médical de Paris, n'a été pour vous, je m'empresse de le faire remarquer, qu'une question d'opportunité que vous avez résolue négativement, mais non une approbation tacite des lois professionnelles qui nous régissent. Vous avez été, en effet, les premiers à en reconnaître l'insuffisance actuelle, en signalant inutilement à l'autorité des faits ignobles de charlatanisme ou d'exercice illégal de la médecine. Ainsi, en 1854, par une lettre de votre président, M. le docteur Lembert, vous avez appelé l'attention de M. le maire de l'arrondissement, toujours d'une bienveillance extrême pour notre Société, sur une série de faits scandaleux qui vous avaient été signalés à la charge de charlatans, dont quelques-uns pouvaient malheureusement s'abriter derrière un diplôme. Cette lettre a été, comme elle devait l'être, adressée à l'autorité compétente : qu'en est-il advenu en notre faveur? Rien, absolument rien. Les hommes que nous signalions, continuent, comme par le passé, de dresser leurs piéges ignobles, et d'exploiter la crédulité publique. Que faire donc pour prévenir ou du moins amoindrir les résultats désastreux d'aussi ignobles scandales? Que faire, messieurs : nous associer, nous grouper dans un faisceau commun, et nous défendre nous-mêmes avec la loi démantelée qui nous régit. Pourquoi, à l'exemple de Lyon, de Toulouse, de Blois, et de quelques autres associations départementales, ne poursuivrions-nous pas, au nom d'un ou de plusieurs délégués choisis parmi nous, et susceptibles d'être renouvelés chaque année, les faits d'exercice illégal de la médecine, qui viendraient à notre connaissance. Ce que je propose a été pratiqué, hier encore, par plusieurs membres de l'Association médicale de Loir-et-Cher, qui ont fait condamner deux empiriques à 500 fr. de dommages en leur faveur. Quant à présent, je bornerais notre intervention aux faits d'exercice illégal, abandonnant à leur propre honte et à leur ignominie ces médecins diplômés qui font trafic du titre qu'ils possèdent. Qu'on ne vienne pas me dire qu'il y a là, dans ce que je propose, quelque chose qui rappelle la délation, ou encore, comme on le dit vulgairement, qui sent *le métier*. Je répondrais qu'il n'y a que nous au monde, parmi toutes les corporations : clergé, barreau, magistrats, avoués, notaires, etc., qui soyons assez peu soucieux, non pas de notre dignité, mais de nos intérêts, pour nous contenter de nous plaindre et de ne jamais agir. Changeons de rôle désormais, messieurs, agissons, et plaignons-nous moins. Quand une corporation se laisse attaquer, chaque jour, par la violation incessante des droits qu'une loi faite, non pour elle, mais pour l'intérêt commun, lui a justement conférés, elle manque au plus sacré de ses devoirs, et elle est surtout mal venue de parler de dignité blessée, de profession avilie, de considération perdue... Nos sociétés d'arrondissement devraient donc, dans les limites que je viens de rappeler, et, à l'exemple de plusieurs sociétés départementales, s'ériger en une espèce de *comité de vigilance*, et signaler, à l'autorité compétente, tous les faits *certains* d'exercice illégal de la médecine, et au besoin en poursuivre, à leurs risques et périls, la répression efficace, en se portant partie civile, dans la personne d'un ou de plusieurs de leurs membres. S'il est vrai que nous n'avons, pour nous protéger, aucun secours à espérer, ni de la Faculté, ni de l'Académie impériale de médecine, et encore moins de l'Association générale des médecins de la Seine, dont les statuts révisés s'opposent formellement à ce que cette association s'occupe d'autre chose, que d'assistance mutuelle, je n'hésite pas à affirmer qu'en dehors de la voie que je signale, il n'y a aucune espèce de salut pour nous. C'est à vous, Messieurs, de vous prononcer, en dernier ressort, sur l'utilité du remède que j'indique, ou de déclarer si le déplorable *statu quo* qui existe, est encore ce qu'il y a de mieux, dans l'état présent des choses. Quoi qu'il arrive, je resterai avec cette conviction bien arrêtée que, si nous ne nous protégeons nous-même, personne ne nous protégera, croyez-le bien, pas même la fameuse loi que le corps médical a réclamé et réclame, depuis trente ans, de tous les gouvernements qui se sont succédé, en France, durant cette longue période.

Mais, j'ai hâte, messieurs, de quitter, quoique je ne l'aie qu'effleuré, ce triste chapitre des turpitudes professionnelles, et, comme compensation à tant de dégoûts, laissez-moi vous rappeler, avec bonheur, l'exemple de votre Société, déléguant son bureau, auprès du premier

magistrat de l'arrondissement, à l'effet de réclamer sa puissante intervention, en faveur de l'un de nos doyens, de M. le docteur Huron, auquel vous auriez été heureux de voir décerner la croix de la Légion d'honneur, pour prix de ses services gratuits dans l'arrondissement, pendant plus de trente années, soit comme médecin du bureau de bienfaisance, soit comme médecin de l'hospice Saint-Méry. Si la démarche faite, à deux reprises différentes, par votre bureau, n'a pas encore été couronnée de succès, et cela malheureusement, de l'aveu de M. le maire lui-même, à cause de l'éloignement peut-être trop précipité de notre confrère, qui est allé se fixer dans une de ses propriétés, située en province, cette démarche, dis-je, prouve du moins la haute estime que vous aviez de son caractère, et elle sera pour lui, comme il vous l'a écrit lui-même, la vraie et durable récompense d'une carrière dignement parcourue.

Permettez-moi maintenant, messieurs, et cette fois je termine, d'adresser, en votre nom, quelques mots de félicitations, à nos jeunes confrères, MM. Clément, Epron, Fraigniaud, Gueit-Dessus, Marchandon, Rombeau, Samson, Vaucheret, qui sont venus solliciter de vous l'honneur de faire partie de notre Société. Qu'ils soient les bienvenus! Ils trouveront parmi nous, et à notre tête, de dignes modèles à imiter, d'excellents et vénérés confrères, dont la vie tout entière s'est passée au milieu de l'étude et du travail, et dans la pratique la plus sévère d'une honorabilité médicale sans reproche. La place d'élite, que ces collègues aimés occupent si justement ici et ailleurs, vaut bien l'or et le bruit que tant d'autres, pressés de jouir avant l'heure, cherchent à acquérir, à peine entrés dans la carrière, par les sentiers détournés d'un savoir-faire trop souvent boîteux, et presque toujours au prix du seul bien qu'on est heureux de retrouver ici-bas, à la fin d'une vie honorablement remplie, le repos de la conscience.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES SUR LA MONORCHIDIE ET LA CRYPTORCHIDIE CHEZ L'HOMME; par M. Ernest Godard.—Grand in-8° avec quatre planches et figures dans le texte. — Paris, chez Victor Masson. — 1857.

Les anomalies de position de la glande séminale ont été signalées par les anciens chirurgiens appelés à soigner des enfants ou des adultes que l'on croyait atteints de hernie. Ainsi, Ambroise Paré, Salmuth, Meibomius, Schroekius, Seger, Bartholin, Pierre de Marchettis, et Arnaud, ont raconté des erreurs de ce genre, ou ont rapporté des observations relatives à ce vice de conformation qu'ils avaient étudié, soit pendant la vie, soit à l'ouverture des cadavres.

A la fin du dix-huitième siècle, ce sujet a été mieux étudié par Haller, Wrisberg et Hunter, qui n'ont plus seulement relevé le fait pathologique, mais qui ont indiqué le mécanisme de la descente du testicule.

Enfin, à notre époque, on devait à MM. Curling, O. Lecomte et Follin, des travaux très-intéressants sur la descente du testicule ou sur l'arrêt de migration de cet organe, quand, en 1856, M. Ernest Godard mit au jour ses premières recherches sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme.

Dans ce travail, l'auteur démontrait, le premier, par l'examen du sperme éjaculé, que le testicule arrêté dans sa migration ne sécrétait pas d'animalcules spermatiques, et que l'homme cryptorchide était apte à exercer le coït, mais incapable de se reproduire.

En 1857, M. Ernest Godard a publié, sur ce même sujet, un deuxième mémoire, dans lequel, non-seulement il fait l'histoire complète du testicule non descendu, mais encore il traite presque entièrement tous les points qui ont rapport à la sécrétion spermatique.

C'est ce travail que nous allons analyser en représentant, aussi exactement que possible, les conclusions intéressantes auxquelles l'auteur s'est trouvé conduit.

Les testicules se forment tout d'abord dans l'abdomen, puis, vers le quatrième mois de la vie intra-utérine, ils commencent à descendre, et au neuvième mois, le plus souvent du moins, ils sont dans le scrotum.

Cette migration peut être hâtive ou retardée. Dans ce dernier cas, l'enfant vient au monde ayant l'un ou les deux testicules arrêtés dans un des points qu'ils avaient à parcourir pour arriver dans les bourses. Si l'anomalie existe d'un côté, il est monorchide; si elle se présente des deux côtés, il est cryptorchide. Mais, chose importante, dans ces deux variétés de la même anomalie, les glandes séminales qui ne sont pas dans le scrotum existent, soit dans l'abdomen, les canaux inguinaux, le pli cruro-scrotal, ou même dans la région périnéale. Aussi la monorchidie et la cryptorchidie ne devront pas être confondues avec l'anorchidie congéniale ou absence congéniale du testicule, vice de conformation dont M. Godard rapporte quelques exemples.

La monorchidie et la cryptorchidie sont étudiées séparément.

Après avoir défini la monorchidie, M. Godard relate tous les exemples de cette anomalie cités par les auteurs anciens et modernes, en indiquant avec un soin extrême les sources auxquelles il a puisé ses documents; puis il nous fait voir que ce vice de conformation est souvent héréditaire, que, d'autres fois, il coïncide avec un arrêt de développement de la moitié correspondante du corps. Enfin, il montre que les lésions du gubernaculum testis sont le plus souvent la cause de l'ectopie testiculaire.

Dans cette partie de son travail, l'auteur fait l'histoire du développement du testicule, de sa migration qu'il suit pas à pas; puis il décrit l'anatomie et la physiologie du gouvernail du testicule en indiquant les hypothèses émises pour expliquer la descente du testicule et le mode d'oblitération de la tunique vaginale. M. Godard démontre que le crémaster est le muscle propre de la glande spermatique, qu'il protége en la soulevant et en l'appliquant sur l'anneau. C'est ce même muscle qui agit pendant le coït; il active de la sorte la sécrétion du fluide séminal par les secousses qu'il imprime au testicule.

La connaissance de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil spermatique permettent d'expliquer toutes les variétés d'ectopie testiculaire.

Nous ne suivrons pas M. Godard dans ses développements. Rappelons seulement que, le premier, il montre que parfois le faisceau scrotal du gubernaculum, au lieu de s'insérer au fond du scrotum, s'attache à la peau au niveau du pli cruro-scrotal, disposition anatomique qui arrête le testicule dans sa descente, ainsi qu'on le voit d'ailleurs dans une des planches qui accompagnent le mémoire en question.

La monorchidie peut résulter d'une erreur de diagnostic faite par un bandagiste, qui remonte et fixe dans la région inguinale un testicule mobile. Plus rarement elle vient à la suite d'une contraction du crémaster; enfin, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on a vu cet état anormal arriver à la suite d'un excès de coït ou après un coup reçu sur l'aine ou sur le testicule.

Après s'être étendu sur ces considérations générales, M. Ernest Godard trace l'histoire de l'homme monorchide dont les deux testicules sont à l'état sain. Cette variété, suivant lui, est la plus fréquente, et le testicule gauche est celui qui le plus souvent est arrêté dans sa migration. L'auteur insiste sur le siége de l'anomalie, indique les signes et le diagnostic différentiel avec les tumeurs qui peuvent les simuler; puis il fait connaître le pronostic et les accidents consécutifs aux ectopies testiculaires, suivant les variétés qu'elles peuvent offrir.

Faisant l'étude anatomique complète des organes génitaux des monorchides, M. Godard montre l'état du scrotum, de la tunique vaginale, du canal inguinal et des anneaux inguinaux; enfin il indique l'état du testicule dans les différentes variétés de l'anomalie, et la structure intime de cet organe, en ayant le soin d'insister sur la disposition du parenchyme glandulaire.

Ces considérations aboutissent à prouver démonstrativement que le testicule non complétement descendu n'est pas fibreux, graisseux, à l'état fœtal, comme on l'avait imprimé avant lui; tout au contraire, ses canalicules s'effilent parfaitement; seulement le testicule est moins volumineux que la glande placée dans le scrotum.

Le testicule arrêté dans sa migration ne sécrète pas d'animalcules; M. Godard explique ainsi ce fait curieux : il croit que la glande arrêtée dans l'abdomen ou dans la région inguinale n'a pas la mobilité qui lui est propre et dont elle jouit dans le scrotum, où, à chaque instant, elle est soumise aux contractions du crémaster.

Enfin, nous apprenons de lui que l'homme monorchide, dont le testicule descendu est sain, éjacule un liquide renfermant des spermatozoïdes, et qu'il est apte à procréer des enfants des deux sexes.

La monorchidie étant une infirmité, rien ne doit être négligé pour amener dans le scrotum le testicule arrêté dans sa migration. A ce sujet, M. Godard indique la conduite à tenir dans toutes les variétés de l'anomalie. Les vues pratiques de son travail seront consultées utilement.

L'homme monorchide peut avoir le testicule descendu sain, tandis que le testicule non descendu est à l'état pathologique; d'autant plus que la glande arrêtée dans sa migration passe bien plus facilement à l'état pathologique que le testicule qui est dans le scrotum. Après avoir cité les observations de ce genre répandues dans les auteurs,

M. Ernest Godard étudie l'inflammation du testicule non descendu; suivant toutes les variétés de l'anomalie; puis il indique les signes, le diagnostic différentiel de la maladie et le traitement qui lui a paru le plus convenable dans tous les cas. Mais ce que l'on ne saurait trop remarquer, c'est que la glande arrêtée dans la région inguinale droite subit très-facilement la dégénérescence cancéreuse. A ce point de vue, l'auteur décrit avec grand soin le sarcocèle inguinal, et il indique l'opération qui peut être tentée. Malheureusement l'issue de la maladie est toujours funeste.

L'homme monorchide peut avoir le testicule descendu à l'état pathologique ou non développé, tandis que le testicule du côté opposé, arrêté dans sa migration, est parfaitement sain. Dans cette variété que l'on observe rarement, la glande descendue peut être affectée d'orchite, elle peut avoir subi la dégénérescence fibreuse, la dégénérescence cancéreuse; d'autres fois elle est seulement arrêtée dans son développement. Or comme les hommes atteints de cette variété de l'anomalie éjaculent un liquide privé de spermatozoaires, M. Godard croit devoir, en se basant sur quatre observations, formuler cette proposition : le testicule arrêté dans sa migration ne sécrète pas de spermatozoïdes, et l'homme monorchide, dont le testicule descendu est à l'état pathologique, est puissant, mais absolument inapte à se reproduire.

M. Godard n'a recueilli que trois observations d'hommes monorchides ayant les deux testicules à l'état pathologique. Ces trois observations offrent peu d'intérêt : elles complètent seulement le cadre que l'auteur s'était tracé afin d'envisager la question sous toutes ses faces.

M. Godard a décrit le premier l'histoire de la cryptorchidie, anomalie caractérisée par l'absence apparente des deux testicules qui se sont arrêtés dans un des points qu'ils avaient à parcourir pour arriver dans les bourses. La cryptorchidie, qui est un vice de conformation chez l'homme, constitue l'état normal du plus grand nombre des animaux dont elle ne gêne en rien les facultés génératrices.

Après avoir reproduit scrupuleusement tous les exemples de cette anomalie cités dans les ouvrages anciens et modernes, l'auteur passe rapidement sur les causes et l'anatomie pathologique de la cryptorchidie ; car elles sont les mêmes que celles de la monorchidie ; puis il rappelle le siége le plus fréquent de cette anomalie dont il rapporte un grand nombre d'observation.

M. Godard aborde ensuite l'influence dela cryptorchidie sur l'habitude extérieure, le moral, la voix, les forces physiques, et il expose que les hommes ainsi conformés sont de taille moyenne, blonds, glabres, peu vigoureux; ils ont la voix d'un timbre élevé ; ils paraissent plus jeunes que leur âge ne le ferait supposer; ils sont timides et craintifs. Mais sont-ils aptes à se reproduire? Avant de répondre à cette question, M. Godard cite toutes les opinions émises à cet égard jusqu'à nous; puis il arrive à cette autre proposition : Les hommes dont les deux testicules, quoique développés, sont incomplétement descendus, sont puissants, éjaculent du sperme privé d'animalcules, mais ils ne peuvent féconder. L'auteur tire ses inductions des faits suivants : Quatre des cryptorchides qu'il a observés et qui étaient mariés n'avaient pas eu d'enfants. Deux hommes atteints de la même anomalie éjaculaient du sperme privé d'animalcules. Enfin, dans deux autopsies de cryptorchides, il a constaté que le liquide des vésicules séminales et des canaux déférents ne contenait pas de spermatozoaires.

Telles sont les conclusions principales du travail de M. Godard. Rappelons, en terminant, qu'il a ajouté en note tous les faits nouveaux que ses recherches l'ont mis à même de découvrir sur la physiologie et la pathologie des organes génitaux. Cette partie de son travail n'est pas la moins méritante. Il est à espérer que l'auteur ne s'arrêtera pas dans une voie où il a apporté des preuves si manifestes de sa sagacité et de son zèle infatigable pour le bien de la science. La revue sommaire que nous venons de faire donne une idée suffisante de tout ce que ces nouvelles ÉTUDES jettent de clarté sur un sujet recommandable à tant de titres. Nous ne saurions trop engager M. Godard à développer les données qu'il a recueillies. Les encouragements à de nouveaux efforts, dignes de son entreprise, ne lui manqueront pas. Le nôtre s'y joint bien volontiers.

E. LE BRET.

VARIÉTÉS.

— M. Vleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée, et M. Thiry, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, viennent d'être nommés membres de la Société de médecine de Florence.

— MM. les docteurs Soupart, professeur à l'Université de Gand, et Ponthus, médecin de régiment, viennent d'être nommés chevaliers de l'ordre de Léopold.

— Par décret du 30 décembre 1858 ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Rollet et Warmé, médecins principaux de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Muller, chirurgien de la marine de première classe; Satis et Petit, chirurgiens de la marine de deuxième classe.

— Le corps médical de Paris vient de faire encore une nouvelle perte. M. le docteur Favrot père vient de succomber à une maladie aiguë.

— Nous avons le regret d'avoir à annoncer la mort de M. le docteur Mongeot père, doyen des botanistes de France, décédé à Bruyères (Vosges). M. Mougeot s'est distingué par des travaux extrêmement importants sur la botanique en général, et en particulier sur les mousses. Il avait été membre du conseil général des Vosges, médecin de l'hôpital de Bruyères et membre correspondant de l'Académie impériale de médecine. Il avait présidé cette année la session extraordinaire de la Société botanique de France à Gerardmer.

— Le conseil d'administration des hôpitaux civils de Lyon a décidé, dans sa séance du 8 décembre 1858, qu'il ferait placer un buste en marbre du docteur A. Bonnet, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle du Grand-Dôme, à côté de ceux de Pouteau et de Marc-Antoine Petit.

A Lyon, la souscription pour le monument d'A. Bonnet s'élevait déjà, à la date du 1er janvier, à 12,571 fr.

— La souscription ouverte à Montpellier, pour l'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez, s'est élevée au chiffre de 5,649 fr. dans la première liste.

PROGRAMME DES QUESTIONS MISES AU CONCOURS DE 1858-59, PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

PREMIÈRE QUESTION. — « Faire la topographie médicale d'un des arrondissements administratifs ou d'un des cantons de la Flandre-Occidentale. » (Les arrondissements de Dixmude, Furnes, Ostende et Courtrai exceptés.)

Le prix est de 300 francs.

DEUXIÈME QUESTION. — On demande :

« 1° Qu'on formule, autant que faire se pourra, la méthode la plus expéditive, la plus économique et la plus sûre de traiter les fièvres d'accès par les préparations du quinquina, et par traiter les fièvres, on entend autant enlever la cachexie paludéenne, source la plus fréquente des récidives, que couper les accès fébriles. »

« 2° Qu'on rapporte les essais qui ont été faits dans le traitement des fièvres périodiques avec les succédanés du quinquina, en tenant compte des conditions dans lesquelles les résultats en ont été recueillis. »

Le prix est de 100 francs, ou une *médaille en or* de la même valeur. La Société se réserve d'accorder en outre une ou plusieurs autres récompenses aux auteurs des mémoires ou communications qui lui en paraîtront dignes.

TROISIÈME QUESTION. — Laissée au choix des concurrents, cette question traitera d'un sujet de chirurgie pratique.

Prix : une *médaille en vermeil*.

QUATRIÈME QUESTION. — Cette question est laissée au choix des concurrents, pourvu qu'elle soit relative à la pratique des accouchements.

Prix : *médaille en vermeil* offerte par M. le docteur DE MEYER, président de la Société.

Les mémoires en réponse aux questions précédentes doivent être envoyés, *francs de port*, et, pour les première, troisième et quatrième, dans les formes académiques, avant le 1er septembre 1859, à M. le docteur BEGHIN, secrétaire de la Société, rue des Tonneliers, n° 54, à Bruges.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRACHÉOTOMIE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : LUXATIONS ET FRACTURES. — ANÉVRISMES CHIRURGICAUX.—CAUTÉRISATION EN FLÈCHES.—TUMEURS MALIGNES.

Les deux dernières séances de l'Académie de médecine ont encore été employées à une continuation devenue superflue de la discussion sur la trachéotomie. Le souvenir des séances précédentes, présent à l'esprit de chacun, faisait juger comme complétement épuisée, sinon tranchée, pour le moment du moins, la question en litige. Néanmoins, à la faveur d'une interruption de trois semaines, M. Malgaigne avait cru pouvoir remettre tout en question. Si les efforts de toute nature tentés par cet orateur avaient un pouvoir proportionné à ses intentions, il eût pu ébranler l'opinion déjà formée; mais l'impression générale produite par son discours (si c'est discours qu'il faut ici) lui a sans doute déjà fait connaître le peu de résultat qu'ont obtenu ses artifices oratoires.

Au nom de la dignité de l'art, de la vérité, moins bruyamment invoquée cette fois, mais respirant dans chacune de ses paroles; au nom du repos des familles, insidieusement compromis, M. Barth a cru devoir hier monter à la tribune pour relever ce qu'il y avait de triste, disons le mot, de coupable dans cette aggression prolongée. Nulle voix plus autorisée, plus justement respectée, plus évidemment sincère et convaincue, ne pouvait être appelée à prononcer le légitime arrêt encouru par une persévérance sévérement qualifiée par le public et l'Académie.

D'autres orateurs sont encore inscrits, dit-on : la science ou l'art attendraient-ils sur cette question tant débattue quelque révélation nouvelle? S'il ne s'agit que de répondre à M. Malgaigne, nous croyons que l'Académie ferait preuve de goût et de sagesse en se déclarant édifiée, et en prononçant la clôture de la discussion. La dernière argumentation du professeur de médecine opératoire ne reposant sur aucune donnée scientifique, n'appelle point de réponse de cet ordre. L'honorable M. Barth a fait entendre la seule qui convenait en pareille occurrence, celle de la vérité dans les faits, sortant de la bouche d'un honnête homme.

Abandonnant donc une discussion réellement épuisée, nous allons suivre nous-même le conseil que nous donnons aux autres, et jeter un coup d'œil rétrospectif sur quelques travaux dignes d'intérêt, et que nous trouvons dans le BULLETIN DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE pour le dernier trimestre.

Au premier rang, par ordre de dates et d'importance relative, nous citerons plusieurs communications concernant cette classe de maladies si fréquentes que nous rencontrons dans la pratique au chapitre des fractures et des luxations. Dans l'une des premières séances du trimestre, M. Morel-Lavallée a présenté une observation de luxation en avant de l'avant-bras, compliquée de fracture de l'olécrâne et de celle de l'apophyse coronoïde. Cette observation est intéressante au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique.

Il n'y avait dans la science, dit M. Morel-Lavallée, que trois exemples de la luxation de l'avant-bras en avant, avec fracture de l'olécrâne, et il n'y en avait point de cette même luxation, offrant en même temps la fracture de l'apophyse coronoïde. Les pièces présentées à la Société par l'honorable membre offrant toutes ces lésions réunies, lui ont paru dignes de l'attention de ses collègues, tant au point de vue de la rareté des cas que sous celui du diagnostic.

Tout en reconnaissant avec M. Morel-Lavallée la rareté du fait exposé par lui, nous prendrons, dans sa communication, texte pour une remarque sur la valeur et le mérite des discussions auxquelles les chirurgiens sont enclins à se livrer en matière de classification, à propos des déplacements osseux. Et nous nous demanderons s'il n'arrive pas souvent que l'on nuise plus que l'on ne sert au progrès de la science, en fondant son diagnostic sur un aperçu tronqué de la maladie traumatique. Fixons à cet égard nos idées. L'observation présentée par M. Morel-Lavallée témoigne d'une apparence première de luxation en avant de l'avant-bras sur le bras, compliquée, ajoute l'exact observateur, de fractures de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde. Or nous demanderons pourquoi M. Morel-Lavallée a présenté cette lésion comme une luxation compliquée de fracture des deux apophyses cubitales, et non pas comme une fracture du cubitus *suivie* de luxation de l'avant-bras en avant.

L'apparence du membre dans un état consécutif est-elle une raison suffisante à cette dénomination, surtout quand, d'autre part, l'historique du malade annonce *à priori* une cause bien plus propre à fracturer qu'à luxer. Quelle était, en effet, la cause du traumatisme? Une roue avait passé directement sur le coude. Y a-t-il là lieu à recherches sur le mécanisme de l'accident et le fait primitif n'est-il pas une fracture, un écrasement?

L'idée classique de la luxation, c'est un déplacement violent, généralement par cause indirecte, et dans des circonstances où la force agissante est appliquée de telle sorte, eu égard à la situation relative des articles du membre, que leur séparation puisse avoir lieu sans solution dans la continuité osseuse. Maintenant que le décollement d'une petite épiphyse ne soit pas considéré comme suffisant, dans certains cas déterminés, à changer le caractère d'une luxation bien évidente d'ailleurs, nous l'admettrons volontiers; mais dans un cas où un membre se trouve passivement soumis à une cause directe d'écrasement, et où l'on trouve l'os rompu dans le lieu même où ses connexions avec l'os supérieur sont le plus puissantes, nous croyons qu'il y a méprise et que l'on ne doit voir là qu'une fracture grave, une fracture avec plaies, produite par écrasement, et compliquée de luxation secondaire, en avant de l'avant-bras rendu indépendant de l'humérus.

Des remarques analogues nous ont paru applicables à une observation présentée quelques jours plus tard par M. Huguier sous le titre de LUXATION EN AVANT DU POIGNET. Nous croyons avec M. Michon que les caractères présentés par la pièce anatomique mise sous les yeux de la Société sont loin de justifier la dénomination imposée au cas actuel par M. Huguier; et que dans ce cas encore il y a eu fracture du radius, puis luxation consécutive faute de réduction de la fracture. Les circonstances relatées par le savant observateur d'un raccourcissement absolu de 2 centimètres du radius, du côté malade, avec intégrité de la longueur du cubitus de ce même côté, l'étiologie, chute sur la paume de la main, ne suffisent-elles pas à fonder et le diagnostic et la déno-

FEUILLETON.

LES SERRES-FINES ET LE SCARITE PYRACMON.

Sic vos non vobis.

Il y a quelques années qu'en revenant d'Afrique, le docteur Fornari, mon ami et mon confrère, je dirai même mon élève puisqu'il se plaît à le reconnaître lui-même, s'exprimait en ces termes dans son livre intitulé : VOYAGE DANS L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE, p. 309 : « *Bec-de-lièvre*. Les Arabes désignent cette difformité sous le nom de *Chareb-el-Djémel* (bec de chameau). » Comme les médecins européens, les thébib connaissent l'opération du bec-de-lièvre; comme eux, à l'aide du bistouri, ils avivent les deux bords de la solution de continuité; comme eux aussi, quelques-uns se servent de la suture entortillée; mais, dans la plupart des cas, ils ont recours à un procédé qui, quoique infiniment simple, nous semble très-ingénieux. Ce procédé consiste à substituer aux moyens de contention ordinaires (la suture) un insecte carnassier connu en entomologie sous le nom de *scarite pyracmon*. Cet insecte, pourvu de deux mandibules terminées à leur extrémité libre par deux petits crochets, est placé sur la plaie de manière à ce que les bords avivés et affrontés préalablement se trouvent entre les deux crochets, dont l'effet, par l'effort constricteur de l'insecte, est de maintenir la réunion. On place ainsi deux ou trois scarites, selon l'étendue de la solution de continuité; après cela, par un mouvement de rotation, on enlève le thorax de l'insecte en coupant la tête; mais, afin de prévenir l'écartement des mandibules, les thébib recouvrent l'articulation de ces organes avec un peu de mastic très-adhérent.

» Ce procédé nous a paru tellement ingénieux que nous avons pensé qu'il pourrait être d'une grande utilité dans quelques cas d'autoplastie et surtout de blépharoplastie.

» Préoccupé de ces avantages, nous nous sommes empressé de présenter à M. Charrière un de ces instruments, le chargeant de nous faire un instrument remplissant les mêmes indications. N'ayant que le volume de la tête de l'insecte et étant à *pression continue*, notre instrument nous semble destiné à rendre quelques services dans les cas d'entropion, dans les fistules recto-vésicales, etc., etc. »

Comment se fait-il que ceci, écrit en 1845, ait passé si inaperçu, que M. Vidal de Cassis (*sit illi terra levis*) ait présenté, quelque temps après, les serres-fines comme *son invention*, en ait recueilli l'honneur et la récompense?

Quel est le fabricant qui lui a fait les serres-fines? L'on m'avouera que, pour de l'histoire contemporaine, c'est incroyable; et ce qui est encore plus difficile à comprendre, c'est que le premier corps savant du monde, l'Institut de France, ait sanctionné par un suffrage et ses récompenses une spoliation aussi flagrante! Ce que je ne comprends pas, c'est que M. Fornari ait assisté l'arme au bras à la destruction de sa priorité et de sa propriété. Il s'est tenu coi; j'en eusse fait de même, en m'abstenant de publier pour lui et sans lui cette réclamation tardive, inutile, puisque Vidal de Cassis est mort et que la

mination du traumatisme. M. Huguier ne considère la fracture consolidée du radius que comme une petite complication; partant, il se croit en droit de voir là une luxation. Il est permis de lui faire observer que cette manière de voir, qui renverse tout le travail de Boyer, replongerait la jeunesse dans le doute sur un des points de science les mieux établis, et aurait enfin l'immense inconvénient d'exercer une grande et funeste influence sur le traitement. Il peut n'y avoir que demi-mal à traiter une luxation réduite comme une fracture, c'est-à-dire à l'immobiliser un mois; serait-il indifférent au même degré de ne maintenir une fracture qu'une quinzaine de jours dans l'immobilité?

Plusieurs cas de luxations spontanées de la hanche, de coxalgie, ont occupé la Société; dans ces trois cas dont nous ne nous occupons ici qu'à un seul point de vue (notre savant collaborateur et rédacteur en chef les ayant envisagés déjà au point de vue de leur nature et de leur étiologie), nous avons remarqué que malgré ce qui a été écrit sur ce sujet, MM. les chirurgiens sont encore dans de grands dissentiments quand il s'agit de constater le raccourcissement réel ou supposé du membre malade. Chacun a sa méthode de mesure, et chacun sait trouver le résultat qui concorde avec son opinion sur la nature de la lésion. Aussi rien de plus discordant que les constatations contradictoires en cet ordre de faits.

Les dissentiments qui se sont fait jour devant la Société dans les trois cas dont il s'agit, ne nous ont plus surpris quand nous avons vu les membres de la Société qui ont pris part à la discussion, se reprocher les uns aux autres soit de n'avoir pas pris le même point de repère dans la mensuration, soit de n'avoir pas tenu compte de l'obliquité du bassin, etc., etc.

Nous permettrons-nous de rappeler un travail obscur sans doute, puisqu'une réunion aussi distinguée semble ignorer son existence, mais renfermant quelques notions précises qui, nous nous en assurons, eussent permis aux honorables membres de sortir du doute relativement au point de fait qui les divise. Dans le dernier trimestre de 1854, nous avons publié, dans ce recueil même, un travail où sont fixées les conditions faciles d'une mensuration exacte du fémur, ou plus exactement de la distance qui sépare le centre de la cavité cotyloïde d'un point de repère quelconque pris à l'extrémité opposée du fémur. Sous une apparence mathématique, ce mémoire conduisait cependant à une conclusion pratique aisée et positive, applicable dans quelque position que ce fût du membre, et qui n'exigeait, vu les précautions que nous avions cru devoir prendre, aucun calcul de nature à effrayer les praticiens et *à fortiori* des professeurs. Et si cependant, eu égard à l'addition et à la soustraction numériques nécessaires dans cette application, nous pouvions craindre que cette méthode fût écartée de la pratique de tous les jours, nous ne pouvions croire qu'elle fût mise également de côté dans des discussions scientifiques où chacun reconnaît l'infériorité des procédés mis en usage.

Une des discussions les plus intéressantes que nous ayons eu sujet de remarquer dans les séances qui nous occupent a porté sur une certaine espèce de fractures connues, un peu confusément jusqu'ici, sous le nom de transversales (Boyer), dentelées (Malgaigne), et que M. Gosselin propose de caractériser par la dénomination de fractures en *V* ou cunéennes (Larrey). Dans un rapport où se remarque l'excellent jugement de l'auteur, M. Gosselin décrit non-seulement les caractères de ce genre de fracture, mais remonte, par une délicate analyse, à leur mécanisme probable, tout entier compris dans cette expression de « cunéennes » proposée par M. Larrey. Rapprochant la conformation ainsi caractérisée (en coin) du fragment supérieur, des fissures longitudinales observées en constante simultanéité avec elles dans le fragment inférieur, M. Gosselin rattache leur origine au second des modes de production des fractures longitudinales décrit par M. Bouisson, dans son TRIBUT A LA CHIRURGIE (GAZ. MÉD., 8 novembre 1857), et qu'il voit naître sous l'action divellente d'un coin. La forme en *V* du fragment supérieur ferait ici l'office de ce coin; et si l'on suppose, comme l'a très-judicieusement fait observer M. Larrey, qu'à l'action vulnérante agissant dans le sens de la longueur du membre, se joigne une composante horizontale, dans le sens de sa torsion sur son axe, chose assurément commune, on explique aisément la forme spiroïde que présentent quelquefois ces fissures, et dont M. Houel a donné plusieurs exemples. Par le même mécanisme s'expliqueraient aussi l'éclat, l'esquille observés communément à la partie inférieure de la fissure, circonstance qui avait paru à M. Houel de nature à tenir en échec l'opinion de M. Gosselin sur la production de ces fissures longitudinales. Nous y verrions tout au contraire, eu égard à la juste appréciation de M. Larrey, un motif de plus d'adopter les idées du savant chirurgien de l'hôpital Cochin, du nouveau professeur de la Faculté.

— Nous rapportions, il y a quelques semaines, les résultats obtenus par M. Michaux (de Bruxelles), de la méthode du traitement des anévrismes chirurgicaux par la compression digitale intermittente, préconisée par M. Vanzetti (de Milan). Dans la séance du 15 octobre, M. Marjolin a donné à la Société communication d'une observation très-intéressante de l'application de la même méthode à un anévrisme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. C'était sur un enfant de 12 ans, blessé dans une chute sur une bouteille. La compression digitale intermittente fut appliquée sur l'artère humérale, pendant deux heures le matin, deux heures le soir, le premier jour; puis sa durée, augmentée d'une heure chaque fois, les jours suivants. En tout, elle a duré vingt-huit heures, c'est-à-dire n'a été pratiquée que cinq jours de suite. Le succès a été aussi complet que possible.

Cette observation a présenté quelques circonstances remarquables : l'anévrisme, très-reconnaissable aux battements isochrones à ceux du pouls, cessant lors de la compression de l'artère, reconnaissable aussi à l'origine traumatique et à l'historique de l'accident, n'offrait cependant pas de bruit de souffle. Or, vers le cinquième jour, quand les battements commencèrent à diminuer manifestement, le bruit de souffle est apparu pour la première fois. D'après la théorie de M. Chauveau, il faudrait supposer que la compression intermittente aurait eu, dans ce cas-ci, pour premier effet, l'élargissement relatif de la poche anévrismale, eu égard à la section de l'artère à sa pénétration dans cette poche: en d'autres termes que la coagulation y aurait commencé à l'orifice d'entrée du sang, et par diminution du calibre de l'artère afférente. C'est un point à étudier, et qui pourrait, s'il s'observait de nouveau, servir à la confirmation des théories du physiologiste de Lyon.

— Une question dont il a déjà été dit quelques mots dans ce journal, a occupé pendant plusieurs séances la Société de chirurgie, nous voulons parler de la cautérisation en flèches, méthode

---

propriété lui est acquise en vertu de la possession annale, et même de la possession *sommarissime*, comme disaient Faber et autres anciens jurisconsultes. Mais il m'est tombé sous la main un livre intitulé : MEDECINE ET HYGIÈNE DES ARABES, par M. E.-L. Bertherand, ancien médecin de l'hôpital musulman d'Alger. Or l'auteur de ce livre, à l'exemple de Guy de Chauliac, Fabrice d'Acquapendente et Sprenzel lui-même, considère le scarite comme une plaisanterie ridicule, et fait des gorges chaudes de l'insecte et du docteur Furnari. Ce qu'il y a de sûr, c'est que si le scarite eût été importé en France par M. E.-L. Bertherand, il eût crié comme un beau diable à la spoliation, au voleur! De ce que M. E.-L. Bertherand a parcouru un lambeau de la terre africaine, nommé l'Algérie, en résulte-t-il qu'il ait tout vu, tout observé? Je me charge de lui prouver plus tard le contraire, dans l'analyse de sa médecine des Algériens et non des Arabes. J'ai beaucoup voyagé en Afrique et dans des pays où M. E.-L. Bertherand n'a jamais mis le pied, et j'y ai vu employer le scarite pyracmon comme moyen de suture. Si les commentateurs d'Albucasis ont parlé de fourmis pour remplir le même but, ils ont eu raison. Libre à ceux qui n'ont pas voyagé dans des pays lointains, dans des terres non explorées, de se moquer de ce qu'ils n'ont pas vu, *ignoti nulla cupido;* qu'ils aillent à Angola, à Mozambique, et ils verront les nègres réunir les plaies, même celles des intestins, avec de grosses fourmis, qui produisent le même effet et le même résultat que le scarite bafoué. Les nègres transportés dans les colonies du Nouveau-Monde y ont introduit ce système de réunion, que j'ai vu mettre en pratique à la Havane, à Porto-Rico, à Venezuela et au Mexique. Un de mes amis, triste victime de l'incendie de l'*Amazone*, le comte de Bellemare, plus connu sous le nom de G. Ferry, qui ne connaissait ni le scarite pyracmon, ni Vidal de Cassis, ni M. E.-L. Bertherand, ni Furnari, s'exprime en ces termes dans un ouvrage intitulé : MES AVENTURES AU MEXIQUE, p. 198 (Paris, 1847) :

« Il existe pour les plaies un mode de pansement emprunté aux Indiens, » qui est des plus étranges et qui mérite d'être décrit. Le pays abonde en » fourmis d'une grosseur peu commune, mais dont la piqûre n'a rien de venimeux. On en recueille une certaine quantité dans un vase profond, puis, » quand on a étanché le sang qui coule de la blessure, on en rapproche soigneusement les deux lèvres, que l'on expose à la morsure. Quand les deux » tenailles dont la tête de la fourmi est garnie se sont enfoncées de côté et » d'autre, on sépare avec les deux ongles le corselet à l'endroit où il se joint » à la partie postérieure du corps : la fourmi, en expirant, enfonce plus » profondément ses tenailles, qui restent ainsi fixées sur l'une et l'autre lèvre de la plaie. Des herbes aromatiques écrasées, entre autres l'origano, » servent à diminuer l'inflammation. »

Voilà, je l'espère, une citation bien précise faite par un simple voyageur. Maintenant, pour mettre en paix la croyance de M. E.-L. Bertherand, je lui dirai que cette pratique est usuelle parmi les Guayros de l'île de Cuba et parmi tous les Indiens du Mexique, de Venezuela et de la Nouvelle-Grenade; ce n'est pas la moindre des traditions arabes et asiatiques que l'on rencontre dans le Nouveau-Monde. Pour mon compte, non-seulement je l'ai vu mettre en pratique, mais encore je me suis empressé d'y recourir dans de petites opérations pratiquées sur la face ou les paupières.

chirurgicale nouvelle appliquée par M. Maisonneuve à l'ablation des tumeurs du sein. Déjà il avait été établi que, soit que l'on se mit au point de vue d'une généralisation de la méthode sous-cutanée, soit à celui qui a guidé le très-regrettable professeur Bonnet dans l'emploi de ses sétons caustiques, la méthode préconisée par le chirurgien de la Pitié était déjà depuis longtemps dans le domaine public. Il ressort de la discussion sérieuse intervenue devant la Société de chirurgie, du vote unanime de cette société, des citations empruntées à un très-beau travail de MM. Salmon et Maunoury (de Chartres), dont le souvenir est fort récent encore, que la méthode de M. Maisonneuve ne diffère que par le nom et le lieu, beaucoup plus favorable de son application, de celle des ingénieux et savants chirurgiens de Chartres, MM. Girouard, Salmon et Maunoury. Cette conclusion a été assez ardue à établir; mais rendons justice à la Société de chirurgie; éclairée par des citations convaincantes, elle a su assurer par son unanimité, à des hommes de science et de valeur, éloignés du mouvement de la presse, et des discussions de chaque jour, le mérite et la priorité de leurs efforts. C'est un exemple que nous ne saurions trop hautement louer et encourager.

— A propos d'une observation de M. Robert, concernant un malade qui, après avoir présenté une tumeur fibreuse du pied, a succombé à une généralisation de cette affection, la Société de chirurgie a été conduite à faire un retour sur la célèbre lutte jugée à l'Académie de médecine entre la clinique et le microscope en matière de diagnostic des tumeurs malignes. Sans croire que les nouveaux éléments introduits aujourd'hui dans cette discussion aient le pouvoir de renverser les conclusions du débat solennel agité en 1854, disons cependant qu'on ne saurait lire sans intérêt les nouveaux développements fournis par M. Broca sur cette délicate question. On sait la profonde différence qu'établissent les cliniciens, au point de vue du pronostic, entre les tumeurs fibreuses et les tumeurs fibro-plastiques, et combien ils voient les premières d'un œil plus favorable quant à la non-possibilité d'une généralisation ultérieure. En pratique, on passe aisément, s'il s'agit du pronostic, d'une grande probabilité à une quasi-certitude, et d'un caractère significatif à un jugement absolu. C'est contre cette tendance que s'élève M. Broca, et sa dissertation est un remarquable plaidoyer en faveur de l'utilité de l'enseignement micrographique. La conclusion clinique vraie, dans le grand nombre des cas, n'est pas susceptible, dit-il, d'une adoption absolue : fibreuses ou fibro-plastiques, toutes les tumeurs *peuvent* devenir malignes, seulement d'ordinaire ce sont seulement les fibres plastiques qui dégénèrent.

On remarque même, dans la plupart des tumeurs mixtes qui offrent, quant à la proportion relative de leurs éléments, une foule de nuances et de dégradations, que leur danger croit avec la quotité de l'élément fibro-plastique.

M. Broca repousse donc la dénomination de malignes ou bénignes. Le caractère de malignité doit trouver sa place dans la description des tumeurs, mais non dans leur classification.

La clinique peut donc conserver la définition de tumeurs fibro-plastiques ou très-dangereuses, et de fibreuses ou relativement innocentes, pourvu qu'elle n'en fasse qu'une application de probabilité et non de caractères scientifiques absolus.

Une découverte micrographique récente jette beaucoup de jour sur cette question. Les chirurgiens, dans leur appréciation de la malignité, se fondaient principalement sur le caractère généralement bénin des tumeurs fibreuses de l'utérus, type le plus habituel pour eux des tumeurs fibreuses proprement dites. Or on sait l'innocuité ordinaire de ces tumeurs.

M. Broca donne de cette circonstance une explication très-spécieuse, peut-être très-plausible. On avait cru, dit-il, dans l'origine, que ces corps fibreux de l'utérus étaient composés, comme la tumeur présentée par M. Robert, d'un mélange d'éléments fibreux et d'éléments fibroplastiques. Mais lorsque M. Kœlliker eut fait connaître les cellules-fibres des muscles de la vie organique, on ne tarda pas à constater que les cellules allongées et fusiformes qu'on rencontre dans la plupart des corps fibreux de l'utérus sont des fibres-cellules en tout semblables à celles qui rentrent dans la structure normale de la paroi musculaire de la matrice. Ainsi donc, les corps fibreux utérins ne sont pas composés, comme on aurait dû le croire d'abord, d'un mélange de tissu fibreux et d'éléments musculaires de la vie organique. Leur structure est en quelque sorte une répétition de celle de la paroi utérine. Cette notion justifie d'une manière frappante les aperçus pronostiques portés par la clinique sur leur compte.

Cette communication, par laquelle nous terminons ce compte rendu un peu sommaire, sera sans doute appréciée à sa valeur et mise au nombre des points intéressants des discussions récentes de la Société de chirurgie.

GIRAUD-TEULON.

ÉTIOLOGIE.

ÉTUDES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE; par le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux, etc.

Après les travaux de Sydenham, Morton, Méad, Huxham, Borsieri, Rosen et de tant d'illustres maîtres qui sont restés d'excellents modèles à imiter et à consulter, il paraîtrait sans doute téméraire de traiter encore de la variole, si l'introduction de la vaccine n'avait point imprimé aux éruptions varioliques des modifications profondes et d'autant plus importantes à étudier, à mesure que l'on s'éloigne davantage de l'époque où la découverte de Jenner a été révélée.

Aujourd'hui surtout que la vaccine se voit soumise à une épreuve décisive; aujourd'hui qu'elle est plus violemment attaquée que jamais, qu'une sorte de croisade s'est organisée contre elle, il est du devoir d'un médecin consciencieux de recueillir tous les documents possibles pour éclairer sans idée préconçue, sans arrière-pensée, des questions tant de fois controversées.

Ici la statistique peut, sur beaucoup de points, apporter d'utiles renseignements, en même temps qu'elle est contrôlée par l'observation clinique et le dépouillement des faits recueillis avec soin.

Ce travail a pour but de soumettre à un nouveau contrôle les questions les plus importantes de l'étiologie de la variole et de la vaccine.

Il est le résumé de plus de deux cents observations relatives aux

---

Dans l'État de Queretaro (Mexique), on recueille une grande quantité de fruits de figuier d'Inde rouge (*cactus opuntia ruber*), avec lesquels on fabrique un vin rouge très-capiteux, dont les Indiens font de nombreuses libations, toujours suivies de rixes se terminant par des coups de couteau, presque toujours portés sur la face. De même que dans les Universités allemandes, il y a des chirurgiens qui ont la vogue pour rajuster les nez, les joues et les paupières que les étudiants se tailladent en combats singuliers, il y a à Queretaro plusieurs personnes renommées pour appliquer les fourmis, et les Tagliacozzi à peau cuivrée sont très-habiles dans ce genre de restauration.

Pour donner une idée de la fréquence des blessures faites à l'époque de ces vendanges mexicaines, je dirai que j'ai reçu les comptes rendus officiels du mouvement de l'hôpital de Queretaro où l'on reçoit en moyenne 650 malades blessés de cette manière, et Queretaro n'a que 25,000 âmes de population.

Maintenant disons, avec M. Furnari, que les travaux de l'ancienne école arabe mériteraient d'être revus et commentés. Revenons à nos fourmis : si leur taille n'égale pas celle du scarite pyracmon ou du scarite punctatus (*nobis*), elles sont au moins aussi vigoureuses que le *scarite souterrain*.

La fourmi employée pour les sutures chirurgicales est très-commune au Mexique, à Venezuela, à la Havane et surtout au Brésil, où elle fait, dans les plantations de café, des dégâts tels, que le gouvernement brésilien a décrété un prix considérable pour celui qui trouverait des moyens sûrs et faciles pour la détruire. C'est la fourmi écervelée (*fornica cephalotes*), dont les habitants de l'intérieur de l'empire mangent les femelles quelque temps avant la ponte de leurs œufs, plus gros que des grains de riz de la Caroline.

Les pinces du scarite pyracmon sont plus fortes; elles serrent mieux que les meilleures serres-fines, et avec un volume plus petit.

Albucasis avait donc raison ainsi que Dioscoride; le Père Lacuna, leur naïf mais savant traducteur, connaissait trop leur langue pour faire équivoque sur la nature de l'insecte employé, car il dit : *Hormiga*.

M. E. L. Bertherand est un homme trop bien élevé pour ne pas reconnaître qu'il a traité un peu légèrement un homme sérieux et observateur exact comme le docteur Furnari, sous le futile prétexte qu'il n'a rien ouï dire de semblable en Algérie. Cependant il reconnaît *que cette idée vraie ou supposée de M. Furnari* lui a fourni l'idée de faire construire les serres-fines, dont il constate ainsi la propriété en faveur du docteur Furnari, auteur d'une invention utile, dont un autre a retiré les honneurs et les récompenses.

Sic vos non vobis.

Au pied du Corcovado (Brésil), le 8 octobre 1858.

Gl. CHARLES J. F. CARRON DU VILLARDS, D. M. P.

éruptions varioleuses, et de plus de trois mille vaccinations et revaccinations opérées depuis une quinzaine d'années.

Il nous a paru que ces chiffres étaient suffisants pour nous permettre d'établir des conclusions assez précises, sinon rigoureuses et absolues.

SAISONS.

On a dit que la variole se montre ordinairement au printemps, sévit avec plus de force en été, s'adoucit à l'automne, et le plus souvent disparaît en hiver.

Franck (caput XII, § II, n° 1) dit que ses observations et celles de Buchholz apprennent que le contraire peut arriver quelquefois. Il a vu à Wilna, pendant les années 1820 et 1821, la variole régner pendant que le thermomètre de Réaumur variait de 10 à 16 degrés au-dessous de glace.

M. Bousquet (NOUV. TRAITÉ DE LA VACCINE, p. 23) convient que la petite vérole se ralentit en hiver; mais loin de languir en automne, elle n'est jamais plus commune ni plus redoutable que dans cette saison jusqu'en décembre.

Dans les tableaux des décès qui ont eu lieu à Paris, en 1840-41, on voit que le maximum de la mortalité existe dans les mois de septembre, octobre et novembre.

Nos résumés, qui portent non sur le chiffre des décès, mais (ce qui nous paraît plus exact) sur celui des individus atteints, seront en contradiction avec ce qui est répété dans tous les auteurs et peut-être recopié sans un examen bien sévère.

En classant les mois par rapport au nombre d'individus atteints, nous trouvons en première ligne, janvier et décembre, puis avril, juin, février, mars et mai; août, novembre et octobre présentent moins de mortalité; septembre et juillet un chiffre presque insignifiant.

En les réunissant par saisons, nous trouvons :

Pour la saison d'hiver.	78
Pour le printemps . . .	64
Pour l'été.	46
Et pour l'automne . . .	41
	229

Ce qui serait précisément le contraire de ce qui a été avancé jusqu'à présent.

Nous devons donc appeler sur ce point d'étiologie de nouvelles études basées sur des chiffres plus considérables que les nôtres.

Nous ferons observer que la variole sporadique se montre, en effet, de préférence dans la saison chaude; mais qu'à l'état épidémique, elle a toujours eu son maximum en hiver. Sydenham, en effet, a dit que les petites véroles régulière et bénigne commencent vers l'équinoxe du printemps; mais que lorsqu'elles sont épidémiques, irrégulières et dangereuses, elles commencent dès le mois de janvier.

Le docteur Rigler a remarqué que la variole débute ordinairement à Constantinople au commencement de l'hiver et ne cesse guère qu'aux approches de l'été.

SEXE.

Les documents relatifs à l'influence du sexe sont à peu près nuls; la plupart des traités n'en font point mention ou se bornent à dire que les deux sexes y sont également sujets. M. Herpin, dans l'épidémie qu'il a observée, a remarqué que les filles furent moins exposées à la variole que les garçons, dans le rapport de 3 à 4.

Si nous en référons à nos chiffres, nous devons considérer le sexe masculin comme cause prédisposante plus active, puisque sur nos 229 varioles :

127 appartiennent à ce sexe,
et 102 — au sexe féminin.

Bien que la différence ne soit pas énorme, elle est assez tranchée pour qu'il soit bon d'en tenir compte.

AGE.

La variole se montre à tous les âges, chez le fœtus comme chez le vieillard.

P. Franck a soigné pour cette maladie un chasseur de Bruxelles, âgé de 78 ans. Le célèbre naturaliste Lacépède avait cet âge lorsqu'il a succombé à la variole.

Nous avons observé une variole bénigne, mais précédée de symptômes d'une extrême gravité, chez une femme âgée de 65 ans et qui avait été vaccinée à l'âge de 28 ans.

Cette limite extrême n'est pas souvent atteinte. La variole est moins rare dans la première époque de l'existence. On l'a observée chez des fœtus de 3 mois (Bouchut), de 4 mois (Lebert), de 5 mois (Charcot). On a souvent cité l'exemple du célèbre accoucheur Mauriceau, né avec cinq ou six grains de petite vérole. (MALADIES DES FEMMES GROSSES, chap. II, p. 66.) Les exemples sont déjà nombreux dans les anciens auteurs : Malebranche, Forestier, Sckenkins, Fernel, Bartholin, Rhodius, Pechlin (sur des jumeaux), Méad. Ils le sont plus encore parmi les modernes : Jos. Franck en cite plus de 20 cas.

Sur près de 500 enfants admis à l'hospice des Enfants trouvés, pendant l'année 1842, un seul fait de ce genre s'est présenté à mon observation. Je crois devoir le reproduire ici, parce qu'il est fort intéressant, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique.

« OBS. — C..., fille, née le 6 août 1842, a été amenée, le lendemain à midi, à l'hospice des Enfants trouvés; elle était sale et couverte de sang; elle vomit une matière sanguinolente et meurt dans la soirée, sans qu'on ait pu remarquer d'autres symptômes. Nous n'avons pu l'examiner qu'après sa mort.

» L'enfant présente un ictère peu intense. La peau est couverte de pustules varioliques, parfaitement caractérisées, parvenues au septième ou huitième jour; elles sont peu nombreuses et répandues sur toute l'étendue du corps, en égale proportion, à la face, sur le tronc et aux membres, plus abondants à la face dorsale des pieds; elles sont ombiliquées pour la plupart; il n'y en a point dans la bouche, ni dans les autres parties des voies digestives ou respiratoires. Ecoulement de sang spumeux par les narines et la bouche.

» A l'examen de la poitrine, on constate l'existence d'une pneumonie double, occupant toute l'étendue des poumons. Le tissu est d'un rouge foncé, sa coupe inégale et semé de points blanchâtres circulaires, qui sont infiltrés de pus, et plonge dans l'eau; au centre de ces disques est un point rougeâtre.

» Les bronches sont remplies d'un mucus sanguinolent, semblable à celui qui a été expulsé par la bouche; l'estomac est vide, sa muqueuse blanchâtre et molle; l'intestin est revenu sur lui-même, peu distendu et presque vide. Méconium dans le gros intestin et à la fin de l'iléon. Il y a dans toute l'étendue de l'intestin de petites ulcérations à bords élevés et blanchâtres, coupées à pic, de forme allongée, et dirigées transversalement à la longueur de l'intestin. Le fond en est rempli par un petit caillot sanguin noirâtre; elles sont extrêmement nombreuses et se montrent jusqu'à la fin du gros intestin, qui est très-rétréci en plusieurs points, à cause du froncement des tuniques, produit par les ulcérations. Dans plusieurs points, les anses intestinales adhèrent ensemble au point qu'il est impossible de les séparer. Le foie et la rate adhèrent aussi au péritoine pariétal par des filaments serrés. Congestion très-intense de la substance tubuleuse des reins. »

Indépendamment de l'intérêt que présente cette observation au point de vue de la variole congénitale, elle offre aussi l'exemple rare d'une inflammation du péritoine, qui remontait sans doute aux premiers temps de la vie intra-utérine; ulcérations intestinales, rétrécissement et adhérences des intestins, pneumonie développée en même temps que la variole et avant la naissance, etc.

Nous regrettons beaucoup d'avoir été privé de renseignements sur les antécédents de la mère, ce qui aurait donné plus d'importance à ce fait.

Sur un enfant du sexe masculin, j'ai constaté des cicatrices dues à une variole intra-utérine.

« OBS. — Madame B..., âgée de 34 ans, a eu le 27 mai 1855, une varioloïde, précédée de symptômes assez violents : fièvre, douleur lombaire intense, vomissements bilieux, etc. L'éruption s'est faite avec lenteur.

» Madame B... était alors enceinte de quatre mois et demi; sa guérison a été très-rapide.

» Elle accoucha le 12 octobre 1855, d'un garçon assez faiblement constitué et qui présentait sur la peau des taches qui attirèrent l'attention : aux deux joues, au cou, sur le ventre, dans le dos, à chaque cuisse, on voit des cicatrices circulaires, de la largeur d'une lentille à peu près; elles sont déprimées; l'épiderme est, dans ces points, dur, transparent, d'un rouge brunâtre; à leur centre, se voit un point plus déprimé que le reste. L'enfant est faible et ne tette point.

Le 8 novembre, les cicatrices tendent à s'effacer de plus en plus, et à prendre une coloration blanchâtre. L'enfant refuse des aliments, ne crie point, tombe dans un état d'algidité progressive et meurt le 2 décembre 1855.

La variole est surtout fréquente dans l'enfance et dans la jeunesse.

On est à peu près d'accord pour admettre sa rareté avant l'âge de 6 mois.

Plus commune après 6 ans (MM. Rilliet et Barthez), elle s'assoupit jusqu'à l'âge de 20 ans, et prend plus de développement encore dans la période décennale suivante, puis décroît d'une manière à peu près graduelle, à partir de 30 ans. Tel est, au moins, le résultat de nos observations.

D'après nos relevés, nous signalerons plusieurs âges où le chiffre des individus atteints est beaucoup plus élevé, de 5 à 6 ans, de 16 à 17, de 19 à 21, de 27 à 28, par exemple.

En réunissant les âges par périodes décennales, nous obtiendrons des résultats mieux accusés :

Avant un an.	8
De 1 à 10 ans.	60
De 11 à 20 ans.	50
De 21 à 30 ans.	78
De 31 à 40 ans.	26
De 41 à 50 ans.	5
De 51 à 55 ans.	2
Total.	229

Deux époques de la vie paraissent donc plus exposées aux attaques de la variole : de 1 à 10 ans, et de 21 à 30, où elle atteint son maximum. A partir de 40 ans, elle décroît avec une grande rapidité, et ne se montre plus que d'une manière exceptionnelle.

Nous verrons bientôt quelles différences existent, relativement à l'âge, chez les sujets vaccinés ou non, et nous aurons quelques remarques importantes à faire sur ce point. Ici les deux catégories se trouvent confondues à dessein ; nous les séparerons plus tard avec soin, pour établir nettement le rôle que joue la vaccine, à ce point de vue étiologique.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS D'EAU TIÈDE SUR LE COL DE LA MATRICE DANS L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL AU HUITIÈME MOIS DE LA GROSSESSE ; par M. MAUNOURY, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

S'il est un fait dans la pratique qui cause de la préoccupation et de l'anxiété au médecin, c'est le fait d'un accouchement laborieux par suite *d'une étroitesse excessive du bassin.*

Quand le moment fatal arrive, on est dans l'alternative ou de faire une mutilation soit en perçant le crâne, soit en broyant la tête du fœtus, ou de pratiquer une voie artificielle sur le ventre de la mère pour la sortie de l'enfant, heureux quant au moyen de l'application du forceps et de frictions prolongées, on parvient à amener l'enfant mort par les voies naturelles; mais aussi que de désordres peuvent survenir dans le bassin par suite de ces tractions, et combien la vie de la mère se trouve exposée aux accidents de l'inflammation consécutive !

Pour conjurer le péril qui menace la mère et l'enfant dans ces vices de conformation du bassin par excès d'étroitesse, il est un moyen simple, facile, innocent, pour ainsi dire, c'est *l'accouchement prématuré artificiel au moyen des douches ou injections d'eau tiède sur le col de la matrice.* C'est ce moyen que nous avons employé il y a quelques jours, M. Salmon et moi, avec un plein succès dans le cas suivant :

OBS. — Madame M., âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, d'une grande force de caractère, est atteinte d'une luxation congénitale des deux fémurs, et d'une rétraction des muscles adducteurs, rétraction telle que les deux cuisses ne peuvent s'écarter l'une de l'autre, de là une gêne très-difficile dans la marche et une déformation du bassin.

Ce vice de conformation porte principalement sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, par suite de la saillie de l'angle sacro-vertébral ; en effet, ce diamètre sacro-pubien ne mesurait que 7 centimètres et demi au plus, au lieu de 11 centimètres. Au détroit inférieur, le diamètre coccy-pubien avait 9 centimètres au lieu de 12, l'écartement des deux épines iliaques antérieures était de 24 centimètres au lieu de 27 : il y avait donc excès d'étroitesse du petit bassin aux détroits supérieur et inférieur.

Cette femme devint enceinte, et au mois de janvier 1857, *le fœtus étant à terme,* l'accouchement fut très-laborieux ; après trente-six heures de travail, la tête ne put franchir le détroit supérieur ; nous convînmes MM. Harreaux, Rabuem et moi, d'appliquer le forceps, bien que la tête fût au-dessus du détroit supérieur, et ce ne fut qu'à la suite de tractions très-violentes que l'enfant fut amené vivant ; il succomba deux jours après.

Chez la mère, il survint une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire de l'intérieur du bassin par suite de la longueur du travail de l'accouchement et de l'application du forceps, de là, suppuration abondante, paralysie des membres inférieurs, du sphincter de l'anus et du col de la vessie, escarres considérables au sacrum, sur les trochanters et sur les tubérosités sciatiques, toute la région postérieure n'offrait en quelque sorte qu'une plaie.

Malgré une fièvre purulente hectique, cette femme guérit après six mois de traitement, mais elle resta plus infirme des membres inférieurs qu'auparavant.

Pendant l'année 1858, un an environ après son accouchement, elle devint de nouveau enceinte ; consultés de nouveau, nous résolûmes, avec mon confrère Salmon, de *pratiquer l'accouchement prématuré artificiel au huitième mois de la grossesse,* car l'accouchement à terme eût été fait dans des conditions beaucoup plus fâcheuses encore que la première fois.

D'après les présomptions de la mère et d'après notre examen, le 22 septembre dernier la grossesse était arrivée au huitième mois ; le col était élevé, ramolli, non dilaté, à orifice porté en arrière, le fond de la matrice très-saillant et infléchi en avant. Nous procédâmes à l'expulsion artificielle de l'enfant de la manière suivante :

Le mercredi 22 septembre, à neuf heures du matin, première injection d'eau tiède sur le col de la matrice, avec l'irrigateur d'Eguisier pendant vingt minutes ; à deux heures après midi, deuxième injection pendant le même temps; à six heures, troisième injection, la femme étant debout. Après cette troisième douche, le col s'efface et est dilaté comme une pièce de 50 centimes.

Il n'y a pas eu de fièvre; bon appétit ; la nuit a été tranquille sauf quelques douleurs très-légères dans le bas-ventre.

Le 23 septembre, à sept heures du matin, quatrième douche, à midi cinquième douche. Par le palper sur le ventre, on perçoit de petites contractions commençantes; le col dilaté de la largeur d'une pièce d'un franc ; on sent à l'orifice supérieur une dureté convexe qui est manifestement la tête du fœtus.

A six heures, sixième douche ; le col est plus dilaté; il y a quelques contractions intermittentes, un malaise général; cependant pas de fièvre, l'appétit est bon ; douleurs vagues, périodiques, dans les parois de la matrice.

Vers sept heures et demie, une heure après la sixième douche, le travail de l'accouchement commence sérieusement.

A neuf heures du soir, la tête du fœtus, au-dessus du détroit supérieur, est en bonne position ; bombement de la poche des eaux, qui est rompue vers dix heures ; à deux heures du matin, l'accouchement se termine très-heureusement ; l'enfant est bien constitué. Un quart d'heure après l'expulsion de l'enfant, la délivrance se fait naturellement; écoulement de sang très-modéré.

Les suites de couches n'ont présenté rien de particulier; la matrice est revenue parfaitement sur elle-même; la fièvre de lait n'a pour ainsi dire pas existé; et madame M..., parfaitement guérie, a quitté Chartres le 30 septembre, sept jours après l'accouchement, pour être transportée à son domicile à 28 kilomètres de Chartres. L'enfant est bien portant; il tète bien, et la succion qu'il opère est réelle et efficace.

Ainsi par ce procédé si simple des injections ou douches sur le col utérin, nous avons conservé la vie d'un enfant; nous avons exempté la femme de douleurs atroces résultant d'un accouchement laborieux; nous l'avons surtout préservée des accidents consécutifs résultant de l'application du forceps ou d'une autre opération plus dangereuse.

Le succès a été complet, et quand on compare chez cette femme la régularité du second accouchement à la gravité du premier et surtout aux accidents épouvantables qui l'ont suivi, nous devons nous applaudir de la conduite que nous avons tenue, et nous devons engager nos confrères à agir de même en pareille circonstance.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

IV. ARCHIV FÜR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

Par C.-A. WUNDERLICH.

Les deux premiers cahiers de 1858 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Sur la marche normale de quelques formes types de maladies* ; par C.-A. Wunderlich. 2° *Communications tirées de la clinique médicale de Leipzig : Sur l'excrétion de l'urée dans le diabète sucré* ; par les docteurs Thierfelder et Uhle. (La quantité d'urée s'est trouvée en rapport avec la nourriture des malades ; elle a été plus forte que chez les individus bien portants, à cause du régime animal auquel ils ont été soumis.) 3° *Cécité des couleurs pendant la grossesse, avec réflexions sur la cécité des couleurs en général* ; par le docteur Th. Clemens. (Travail fait d'après l'observation d'une dame enceinte qui ne voyait plus la couleur rouge et qui confondait les autres couleurs; l'auteur cherche à expliquer théoriquement cette singulière anomalie.) 4° *Encore un mot sur la théorie des hernies* ; par

M. Roser. (Considérations théoriques sur le mode de formation des différentes sortes de hernies.) 5° *Remarques sur la structure et sur l'accroissement des fibres musculaires striées*; par Jules Budge. 6° *Sept cas d'emploi du caustique galvanique de Middeldorpf*; par le docteur Werner. (Ablation, avec cet appareil, de polypes du nez et du pharynx, 2 cas; d'une tumeur vasculaire de la lèvre inférieure; enlèvement de parties cancéreuses de la langue; extirpation d'un cancer épithélial de la langue; enlèvement de plusieurs kystes.) 7° *La trachéotomie dans le croup chez les enfants*; par le docteur Saxer. (L'auteur est partisan déclaré de la trachéotomie; il traite ses malades comme tout le monde par les vomitifs, quelquefois les sangsues et le calomel; il avoue qu'il a toujours été très-malheureux dans le traitement médical; sur 6 opérations qu'il a faites, il y a eu 3 morts et 3 guérisons.) 8° *Petites communications* : a. *Deux cas d'hypertrophie des glandes lymphatiques*; par C.-A. Wunderlich. b. *Obturation du vagin comme traitement de la fistule vésico-vaginale*; par le docteur W. Roser. c. *Critique de l'hémodynamomètre*; par F. Redtenbacher. 9° *Sur la valeur des moyennes arithmétiques dans l'appréciation des résultats physiologiques*; par le professeur Radicke. (Travail considérable destiné à donner les règles d'une bonne statistique.) 10° *Remarques sur la statistique médicale*; par Ch. Vierordt. (Addition au mémoire précédent, dont M. Vierordt fait ressortir l'importance.) 11° *Mode d'action de l'huile de térébenthine pure et de l'huile de térébenthine ozonisée, et comparaison de ces deux substances*; par le professeur Hoppe. (Les expériences ont été faites principalement sur des organes séparés du corps des grenouilles. D'après ces expériences, l'huile ozonisée est plus active; c'est celle que l'on vend dans les pharmacies; du moins cette huile contient-elle toujours une certaine quantité d'ozone.) 12° *Petites communications* : a. *Tumeur glanduleuse de la région inguinale affectant la forme d'un névrome*; par le docteur E. Wagner. b. *Sarcome gélatineux situé dans le voisinage de la parotide*; par le même. c. *Abcès perforant à l'origine du jéjunum*; *coup sur la moitié inférieure du corps*; *rupture des reins*; *péritonite*; *mort*; par le même. d. *Présence d'échinocoques en quantité innombrable dans le foie, la rate, le péritoine, l'épiploon, le mésentère, l'espace rétropéritonéal, l'artère pulmonaire*; *perforation du péricarde*; par C.-A. Wunderlich.

SUR LA MARCHE NORMALE DE QUELQUES TYPES MORBIDES; par C.-A. WUNDERLICH.

Les différences individuelles que présentent les maladies dans leur marche sembleraient faire croire qu'elles ne sont soumises à aucune règle, et qu'il n'est pas possible de les soumettre à l'analyse. Cependant, si l'on veut considérer avec attention certaines particularités dans les affections aiguës, et les noter graphiquement, on peut reconnaître une certaine uniformité dans des cas qui semblaient différents, et établir des règles fixes.

La fréquence du pouls est un de ces signes qui peut offrir une uniformité relative; mais cette fréquence des pulsations est sujette à trop de causes de variabilité pour qu'on puisse la prendre en considération.

Voilà pourquoi l'auteur a choisi la température comme point de comparaison, afin de rechercher ce qu'il y a de régulier dans la marche d'une maladie.

Si l'on rapproche les observations thermométriques des autres données que fournit l'étude des symptômes, on trouve dans beaucoup de formes morbides un rapport tellement exact entre l'accroissement et le décroissement de la maladie et les degrés correspondants de la température, qu'on peut, dit l'auteur, remonter de ceux-ci aux premiers, sans trop se tromper. Ainsi, par exemple, la plupart des affections qui s'accompagnent de fièvre ont un type réglé, quoique ce type puisse varier suivant certaines circonstances individuelles qu'il est possible d'apprécier.

On comprend l'importance de ces études, car dès qu'on a reconnu un type normal à une maladie, on peut, en examinant la courbe fournie par la température. tirer des conséquences sur la marche de l'affection qu'on observe.

Dans ces recherches, l'auteur appelle l'attention sur le point culminant de la température, qui dépend de la forme et du degré d'intensité de la maladie; sur la durée de la plus haute température, sur les différences entre le matin et le soir.

Le décroissement de la température, c'est-à-dire sa tendance à revenir au type normal, montre, dans les différentes formes morbides un type caractéristique pour chaque forme, ce qui peut être d'un grand secours pour le pronostic.

Ce que nous venons de dire suffira pour faire comprendre la portée des recherches de l'auteur. Il donne, dans son mémoire, les courbes fournies par la température dans les fièvres éphémère, tierce régulière, intermittente quotidienne, intermittente quarte; deux courbes montrent l'accroissement et la décroissance de la température dans un accès de fièvre intermittente, d'après des observations faites de cinq en cinq minutes. Il montre ensuite les courbes dans la rougeole, l'érysipèle de la face, la scarlatine, la varioloïde, la variole et dans plusieurs cas de typhus et de pneumonie.

REMARQUES SUR LA STRUCTURE ET SUR L'ACCROISSEMENT DES FIBRES MUSCULAIRES STRIÉES, par JULES BUDGE.

Les opinions qui ont été émises sur la structure de la fibre musculaire se réduisent aujourd'hui à deux principales. Suivant les uns (Schwann, Valentin, Koelliker), la fibre musculaire (le cylindre primitif) est composée de fibrilles variqueuses ou perlées, dont les renflements sont à égale distance les uns des autres, ce qui produirait les stries transversales. Suivant les autres (Bowman), la fibre musculaire serait formée d'une multitude de très-petits éléments disposés comme des disques (*sarcous elements*). En réalité, la fibre se décomposerait tantôt en fibrilles, suivant sa longueur, tantôt en disques.

L'auteur a pensé que, pour étudier cette question, il fallait arriver à trouver un réactif qui pût désagréger les fibres et les fibrilles de manière à permettre d'en observer facilement les éléments. Il recommande pour cet usage une combinaison de chlorate de potasse et d'acide nitrique, liquide dont s'est servi le professeur Schultz (de Rostock) pour isoler les cellules végétales. Les muscles des grenouilles se prêtent surtout à ces recherches. L'auteur laisse séjourner un muscle gastrocnémien pendant douze ou vingt-quatre heures dans le liquide. Au bout de ce temps, le tendon se sépare facilement du muscle, et celui-ci se décompose en ses éléments par la simple addition d'une goutte d'eau. On voit alors très-nettement les stries transversales, les noyaux et les vaisseaux des muscles; on reconnaît aussi que les cylindres primitifs sont terminés en fuseaux. Si on laisse séjourner plus longtemps la pièce, on distingue les fibrilles dont les fibres sont composées, et on voit que ces fibrilles sont en réalité formées de petites vésicules rangées bout à bout, et qui ne mesurent pas plus de 1/1200e de ligne.

L'auteur a profité de cette facilité de désagrégation des muscles pour rechercher si leur accroissement consiste dans le grossissement de leurs éléments ou dans une augmentation dans le nombre de ces derniers. Beaucoup d'anatomistes se sont occupés de cette question et l'ont résolue de diverses manières; la plupart admettent que la totalité des fibres musculaires existe dès la naissance et qu'elles ne font que se développer. L'auteur a dû compter les fibres musculaires du gastrocnémien dans de jeunes grenouilles et dans des grenouilles plus âgées; il a trouvé dans ce muscle, sur une grenouille, longue de 15 lignes, 1,925 fibres, et sur une grenouille, longue de 40 lignes, 4,256; sur d'autres grenouilles, longues de 13, 5; 15 et 34 lignes, il a compté, 1,395, 2,271 et 4,458 fibres; d'où il conclut d'une manière positive que, pendant l'accroissement, il se forme de nouvelles fibres musculaires. L'auteur a cherché à connaître comment se fait cette multiplication, si elle a lieu entre les fibres musculaires ou dans leur intérieur, mais il n'est arrivé à aucun résultat. Dans le cours de ses recherches, il a pu constater la division des fibres, et il a vu que celles-ci ne sont pas toujours régulièrement cylindriques, mais qu'elles offrent quelquefois des renflements irréguliers.

V. VIERTELJAHRSCHRIFT FUER DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Rédigé par les professeurs HALLA, de HASNER et KRAFT (de Prague).

Le quatrième volume de l'année 1857 renferme les articles originaux suivants : 1° *Mémoire pour servir à une connaissance plus précise des différentes formes du typhus* ; par le professeur Lebert. 2° *Emploi de l'extension volontaire dans les contractures des membres pour remplacer la ténotomie*; par le docteur Parow. (L'auteur prétend qu'à l'aide d'un appareil spécial, il parvient à vaincre la résistance qu'offrent les muscles raccourcis, et que l'usage prolongé de l'appareil peut même provoquer des métamorphoses dans les tissus affectés; l'auteur ne donne pas d'observations particulières, il se contente de dire qu'il a obtenu de nombreux succès.) 3° *Rapport sur les recherches médico-légales faites du 1er janvier à la fin d'avril 1857*; par le docteur Maschka. 4° *Les maladies des régions septentrionales au delà du 60e degré*; par le docteur Meyer-Ahrens. 5° *Séparation de la strychnine du contenu de l'estomac d'un suicidé*; par le docteur Krell. (Un

jeune homme mort subitement après son repas fut soupçonné de s'être empoisonné. L'auteur ayant examiné le contenu de l'estomac six semaines après la mort, put encore retirer la strychnine et l'obtenir en cristaux.) 6° *Trois cas de laryngosténose guéris par l'opération;* par le docteur Güntner. (Ces 3 cas de rétrécissement des voies aériennes ont été produits, le premier par un œdème aigu de la glotte, le second par un abcès du larynx, le troisième par une laryngite suivie d'œdème. Dans le premier cas, on pratiqua la laryngotomie à l'aide du laryngotome de Thomson; dans les deux autres cas on eut recours à la trachéotomie; les malades se rétablirent parfaitement.) 7° *De l'utilité de certaines sources ferrugineuses dans la disposition tuberculeuse et dans la phthisie commençante;* par le docteur Kærner. 8° *Origine et développement des doctrines sur la syphilis;* par le professeur Lebert. (Coup d'œil sur l'histoire de la syphilis, que l'auteur regarde comme une maladie ancienne; dans la seconde partie de son travail, l'auteur passe en revue les théories modernes sur cette maladie et dit que le moment serait venu d'en faire une bonne monographie.) 9° *Rapport sur la clinique chirurgicale du professeur Pitha de* 1854 *à* 1857; par le docteur Güntner.

MÉMOIRE POUR SERVIR A UNE CONNAISSANCE PLUS PRÉCISE DES DIFFÉRENTES FORMES DU TYPHUS; par le professeur LEBERT (de Zürich).

L'auteur se plaint que le véritable typhus soit encore peu connu d'un grand nombre de médecins, à tel point que le cinquième des typhus qu'il a eu à traiter à l'hôpital de Zürich avaient été envoyés sous d'autres dénominations, tandis que plusieurs cas regardés comme des typhus n'en étaient pas. M. Lebert se propose de publier une série d'articles sur cette importante maladie, afin d'arriver à bien préciser les formes qu'elle est susceptible de revêtir. Il commence par la forme qu'il appelle *abortive* et dont il trace le tableau nosologique. Tous les médecins reconnaissent que le typhus peut être léger ou grave; dans le premier cas, il est encore d'usage de désigner la maladie sous le nom de *fièvre muqueuse;* mais cette dénomination est fausse et doit être entièrement rejetée du langage médical. L'auteur trace avec beaucoup de détail et de précision et dans un style clair et facile l'histoire et les différentes phases de la maladie. Nous ne le suivrons pas dans cet exposé, mais nous reproduirons sans commentaires ce qui concerne le traitement.

L'auteur rejette cette prétendue méthode abortive qui consiste dans l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif au début; il a vu quelquefois cette pratique suivie de très-mauvais résultats, et d'un autre côté, dans une maladie qui peut elle-même avorter spontanément, on n'est pas en droit de mettre sur le compte du traitement ce résultat favorable. On ne peut pas davantage attribuer au calomel une influence sur la marche de la maladie. Le traitement doit donc avoir pour base la méthode expectante : boissons rafraîchissantes, limonade, sirop de framboise, etc., ou boissons mucilagineuses, s'il y a diarrhée; elles peuvent être données à la température de la chambre. Comme dans le vrai typhus, l'auteur nourrit ses malades dès le début; ils reçoivent matin et soir un quart de litre de lait, et à midi une soupe légère. S'il existe de violents maux de tête, on applique des compresses froides et des sinapismes à la nuque ou aux extrémités inférieures. Contre la diarrhée persistante, le meilleur remède est le nitrate d'argent à la dose journalière de deux à quatre pilules d'un demi-grain chacune; quelquefois aussi de petits lavements avec 3 à 4 grains (15 à 20 centigr.) du même sel et dix à quinze gouttes de laudanum. On a plus souvent à combattre la constipation; mais il faut agir avec précaution et par des moyens doux (électuaire lénitif, une à deux cuillerées; légère infusion de séné à froid). Ce n'est que pendant la convalescence, lorsqu'il existe un état gastrique persistant, qu'il faut avoir recours aux purgatifs (une ou deux cuillerées d'huile de ricin dans du bouillon, infusion de séné, sulfate de soude). Du reste, il faut être sobre de purgatifs et chercher à rétablir l'appétit par des amers et de légers toniques (infusion de quassia, 6 grammes sur 500 grammes d'eau; 3 grammes d'extrait de quinquina dans 150 grammes de véhicule avec sirop d'écorce d'orange). On ajoute à ce traitement une bonne alimentation.

DE L'UTILITÉ DE CERTAINES SOURCES FERRUGINEUSES DANS LA DISPOSITION A LA TUBERCULOSE ET AU DÉBUT DE LA PHTHISIE; par le docteur M. KÆRNER (de Prague).

On sait que la phthisie n'est pas une maladie incurable d'une manière absolue. L'anatomie pathologique nous montre des cavernes cicatrisées ou des tubercules qui sont restés à l'état rudimentaire. Le grand problème à résoudre est donc de rechercher les moyens de combattre la disposition à la tuberculose, de manière à empêcher l'irruption des tubercules ou à arrêter ces derniers dans leur développement.

Ce problème n'est pas insoluble. Les dépôts tuberculeux ont leur origine dans une dyscrasie particulière du sang. Nous ne connaissons pas la nature de cette dyscrasie, mais nous savons que tout ce qui agit d'une manière débilitante sur la formation du sang et sur la nutrition de l'organisme peut avoir la tuberculose pour résultat. Les malheureux épuisés par les privations et par la faim; les prisonniers qui manquent d'air, de lumière et de mouvement; les personnes minées par les chagrins ou les soucis deviennent tôt ou tard phthisiques. L'expérience nous apprend aussi que les maladies et les excès de tout genre qui affaiblissent la constitution favorisent le développement des affections tuberculeuses. Nous savons encore que l'amaigrissement du corps et la pâleur de la peau sont les premiers symptômes d'une maladie de cette nature, et que souvent la fièvre hectique apparaît dès le début. Enfin l'analyse chimique a montré dans le sang des phthisiques une diminution constante du nombre des globules sanguins. Il est donc de toute évidence que le développement de la tuberculose est lié d'une manière intime à un appauvrissement du sang; d'où il suit que la première indication à remplir doit être de rétablir la composition normale de ce liquide par la nutrition. Ces principes ne sont contestés par personne, et c'est pour arriver à ce résultat que tous les praticiens conseillent l'usage de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie, prescrivent un régime fortifiant et évitent tout ce qui pourrait affaiblir l'organisme. L'auteur insiste beaucoup sur ce point de ne jamais perdre de vue l'indication principale, quand même on est obligé de s'en écarter quelquefois par l'apparition de quelque symptôme particulier. Or, parmi les toniques, ce sont les ferrugineux qui tiennent le premier rang; voilà pourquoi l'auteur recommande l'usage interne et externe des sources ferrugineuses pures, dans lesquelles l'action du fer n'est pas troublée par une trop grande quantité de gaz et de sels.

L'auteur examine et discute l'opportunité de l'emploi du fer, et montre que la théorie et la pratique se réunissent pour légitimer cette médication. L'opinion que le fer peut occasionner des irritations inflammatoires est erronée; car il est prouvé que la formation des tubercules n'est pas nécessairement précédée ou accompagnée d'hypérémie. D'ailleurs une foule de bons praticiens conseillent l'usage des eaux ferrugineuses. L'auteur préfère ces eaux à toutes autres préparations, parce que, suivant lui, elles sont mieux supportées, surtout celles dans lesquelles le fer se trouve à l'état de bicarbonate. Il recommande de les unir au petit-lait, et il insiste pour qu'on donne toujours la préférence aux eaux qui renferment le moins d'acide carbonique et de sels étrangers. Ces eaux, dit-il, sont parfaitement digérées et ne causent pas le moindre malaise. Elles doivent être prises en grande quantité, non-seulement le matin, mêlées à du petit-lait, mais aussi dans le cours de la journée. L'auteur prescrit aussi les bains ferrugineux; pris avec toutes les précautions nécessaires pour éviter les refroidissements, ils agissent d'une manière favorable sur la peau, et diminuent les sueurs nocturnes; seulement il faut les donner tièdes ou même frais. La toux, de légers mouvements fébriles, et même une expectoration sanguinolente sans éréthisme vasculaire ne sont pas, suivant l'auteur, des contre-indications à l'usage des bains. L'auteur déclare en terminant que le traitement par les eaux ferrugineuses lui a rendu plus de services que toute autre méthode; il a vu même des phthisiques avancés éprouver une amélioration sensible, et reprendre un peu d'embonpoint; quant à ceux qui avaient une disposition bien prononcée à la tuberculose, ils ont quitté l'établissement de Sternberg dans un parfait état de santé.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1858. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

RENOUVELLEMENT ANNUEL DU BUREAU ET DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections des sciences mathématiques.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 56,

M. Chasles obtient	38 suffrages.
M. Duhamel	13 —
M. Morin	2 —
MM. Liouville et Laugier, chacun	1 —

Il y a un billet blanc.

M. Chasles, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1859.

M. de Senarmont, vice-président pendant l'année 1858, passe aux fonctions de président.

REMARQUES SUR LA VALEUR DES FAITS QUI SONT CONSIDÉRÉS PAR QUELQUES NATURALISTES COMME ÉTANT PROPRES A PROUVER L'EXISTENCE DE LA GÉNÉRATION SPONTANÉE DES ANIMAUX; par M. MILNE EDWARDS.

Les physiologistes sont depuis longtemps partagés d'opinion au sujet de l'origine de la vie dans les êtres organisés. La plupart d'entre eux admettent que cette force n'existe que là où elle a été transmise; que depuis la création jusqu'au moment actuel, une chaîne non interrompue de possesseurs de cette puissance se la sont communiquée successivement, et que la matière brute ne saurait s'organiser de façon à constituer un animal ou une plante, si elle n'est soumise à l'influence d'un être vivant ou d'un germe sorti d'un corps de cet ordre.

D'autres, au contraire, ont soutenu que la matière inerte, placée dans certaines conditions physiques et chimiques, était apte à prendre vie sans le concours d'un être générateur; que les animaux et les plantes pouvaient se constituer de toutes pièces, sans avoir puisé dans un autre corps vivant le principe de leur existence, et que par conséquent la vie elle-même devait être considérée, non comme la conséquence d'une force qui aurait été donnée en propre aux corps organisés, mais comme une propriété générale de la matière organisable, qui se manifesterait dès que les circonstances extérieures deviendraient favorables à son apparition.

Dans mon enseignement et dans mes écrits, j'ai souvent combattu cette dernière doctrine, et l'hypothèse de la *génération spontanée* me semblait compter aujourd'hui si peu de partisans parmi les zoologistes, que j'aurais craint d'abuser des moments de l'Académie, en venant la discuter dans cette enceinte, si je n'avais vu, par le compte rendu de l'une de nos dernières séances, qu'un de nos savants correspondants, M. Pouchet, en avait fait l'objet d'études nouvelles, dont ressortirait, si ses conclusions étaient exactes, la preuve du fait si souvent annoncé, mais jamais démontré, de la naissance d'animaux et de plantes qui ne seraient pas engendrés par des êtres vivants et qui seraient produits uniquement par l'action des forces générales dont dépendent les combinaisons chimiques dans le règne inorganique. Mais en lisant ce mémoire, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de soumettre au jugement de mes collègues les motifs qui me portent à repousser ces conclusions, car il me paraissait désirable de connaître l'opinion des autres physiologistes sur un sujet si important; et d'ailleurs les questions que cette discussion soulève ne sont pas seulement du domaine des sciences naturelles, et pour les résoudre il faut avoir recours aussi aux lumières des chimistes.

Longtemps avant que l'invention du microscope eût permis aux zoologistes de découvrir les animalcules d'une petitesse extrême qui naissent par myriades dans les eaux où infusent des débris organiques, on avait remarqué que souvent les cadavres abandonnés à la putréfaction se peuplent pour ainsi dire d'une foule de corps vivants, et n'apercevant dans ce phénomène l'intervention d'aucun être animé par lequel ces corps auraient être procréés, les anciens naturalistes supposaient qu'ils étaient un produit de la putréfaction des matières animales; que ces matières, après avoir cessé d'appartenir à un être vivant, pouvaient s'organiser spontanément sous une forme nouvelle, et constituer ainsi des animaux qui n'auraient pas de parents; enfin que la vie n'est pas la cause, mais la conséquence d'un certain mode d'arrangement des molécules dont ces substances se composent, et que ce genre de groupement moléculaire pouvait être déterminé par le jeu des forces générales de la nature.

C'est de la sorte que, pendant fort longtemps, on crut pouvoir se rendre compte de l'apparition des larves vermiformes qui fourmillent dans les charognes. Mais dès que la question de l'origine de ces animaux fut étudiée par l'Académie florentine, si heureusement nommée *del Cimento*, et soumise à un examen sévère par un des membres de cette compagnie, François Redi, on vit clairement que les larves nées dans les cadavres, loin d'être le produit d'une génération spontanée, sont la progéniture d'insectes bien connus, et que si on ne les rencontre qu'au milieu des matières animales en putréfaction, c'est parce que là seulement elles trouvent réunies toutes les conditions nécessaires à leur développement, et parce que leur mère, guidée par un instinct merveilleux, les y dépose à l'état de germe.

Les expériences de Redi, qui datent du milieu du dix-septième siècle, ne laissèrent subsister aucune incertitude au sujet de l'origine des larves dont je viens de parler; mais ce qui était facile à constater quand il s'agissait d'animaux aussi gros que le sont les mouches de la viande, l'est beaucoup moins quand il est question d'une monade ou de tout autre animalcule infusoire dont notre œil ne distingue l'existence qu'à l'aide du microscope, et dont les germes, à raison de leur extrême petitesse, échappent le plus souvent à tous les moyens d'observation que l'optique nous fournit. Aussi, lorsque Leuwenhoek et ses successeurs nous eurent révélé la présence des animalcules dont les infusions de matières végétales et animales fourmillent, vit-on l'hypothèse des générations spontanées reprendre faveur, et les physiologistes se diviser d'opinion au sujet de l'origine de ces petits êtres. Suivant les uns, ils ne seraient autre chose que le produit du développement de germes comparables aux œufs des mouches de la viande, dont il vient d'être question, mais d'une petitesse en rapport avec l'exiguïté de la taille des infusoires dont ils proviennent: germes qui seraient répandus en nombre immense dans la nature, flotteraient dans l'atmosphère comme le font les poussières les plus fines, et se déposeraient à la surface de tous les corps en contact avec l'air, mais ne se développeraient que là où ils rencontreraient de l'eau et des matières organiques en voie de désagrégation, qui leur serviraient d'aliments. Suivant les autres, ces infusoires ne proviendraient d'aucun germe de ce genre et seraient des portions de la substance organique morte, qui, devenues indépendantes par suite de l'action dissolvante de l'eau, prendraient vie et constitueraient autant d'êtres nouveaux.

L'analogie fournit de puissants arguments en faveur de la première de ces deux hypothèses. Pour soutenir la seconde, on a souvent invoqué les résultats d'expériences dans lesquelles on a vu des animalcules se développer dans des infusions que l'on pensait avoir placées dans des conditions telles, que tous les germes préexistants dans la matière organique soumise à l'action désagrégeante de l'eau devaient avoir perdu leur vitalité, et que ni ce liquide ni l'air ambiant ne pouvaient y avoir introduit d'autres corpuscules du même ordre. Frey et plusieurs autres observateurs ont cru avoir réalisé ces conditions, et ont néanmoins vu leurs infusions se peupler de végétaux et d'animalcules microscopiques. Aussi en ont-ils conclu que ces êtres vivants pouvaient naître par voie de génération spontanée.

Il ne m'appartient pas de me prononcer sur le mode d'origine des végétaux microscopiques, car on doit laisser aux botanistes cette tâche difficile; mais en ce qui concerne les animaux, je ne crains pas de dire que les conditions qui doivent nécessairement être remplies pour que les expériences dont je viens de parler aient quelque valeur dans la discussion de la question de la transmission de la vie ou de la formation spontanée des êtres vivants n'avaient été réalisées par aucun des prédécesseurs de M. Pouchet.

Ce naturaliste, dont les recherches ont été communiquées à l'Académie dans une de nos dernières séances, a-t-il écarté les objections que l'on était en droit de faire aux expériences de ses devanciers? Je ne le crois pas, et avant de rendre compte de quelques observations que j'ai eu l'occasion de faire sur le même sujet, je crois devoir exposer brièvement les raisons qui me portent à en juger ainsi.

Je n'élève aucun doute sur l'exactitude des faits annoncés par M. Pouchet; mais ces faits ont-ils la signification que ce naturaliste semble leur attribuer? Je ne le crois pas.

Effectivement, voici en peu de mots l'expérience de ce zoologiste. Après avoir fait bouillir de l'eau et avoir soustrait ce liquide du contact de l'air, il le met en rapport avec de l'oxygène pur, et y introduit une certaine quantité de foin, qui avait été préalablement renfermé dans un flacon et chauffé pendant une demi-heure dans une étuve dont la température était portée à 100 degrés. L'infusion ainsi préparée fut convenablement séquestrée, et au bout de quelques jours, M. Pouchet vit des infusoires s'y développer.

Pour conclure de ces faits que les animalcules dont je viens de parler ne provenaient pas de germes qui se seraient trouvés dans le foin mis en infusion, il faut supposer que la vitalité a été nécessairement détruite dans tous ces germes par l'élévation de température déterminée dans ces corpuscules pendant leur séjour dans l'étuve. M. Pouchet présume qu'il devait en être ainsi, parce qu'en faisant bouillir dans de l'eau des spores d'un *penecillium*, il a vu ceux-ci se décomposer. Mais cette raison ne me satisfait pas.

Et d'abord le foin renfermé dans un flacon qui, pendant trente minutes, avait séjourné dans une étuve à 100 degrés, avait-il été réellement porté à la température de l'eau bouillante? M. Pouchet semble le croire; mais je suis persuadé du contraire, et je pense que les chimistes, ainsi que les physiciens, en jugeront de même. Ce n'est pas dans de pareilles conditions qu'on voit l'équilibre de température s'établir si promptement, et il me paraît fort probable que le foin renfermé dans un vase de verre et entouré par de l'air en repos, substances qui conduisent fort mal la chaleur, n'avait été en réalité que fort peu chauffé par l'action de l'étuve où ce flacon a été placé pendant un espace de temps si court.

Mais en admettant, par hypothèse, que l'expérience eût été prolongée suffisamment pour que les substances organiques mêlées au foin ou constituant cette matière sèche se fussent mises presque en équilibre de température avec l'air de l'étuve, pourrait-on en conclure légitimement que les germes d'infusoires contenus dans ces matières végétales ont dû perdre leur viabilité et être rendus inaptes à se développer? Non, car il y a ici une distinction essentielle à établir entre l'action de la chaleur sur les corps organisés qui renferment de l'eau et sur ceux qui se trouvent à l'état sec. Cela ressort nettement des recherches déjà anciennes de notre savant collègue M. Chevreul, et bien que, dans les circonstances ordinaires, nous voyions toujours la mort survenir chez les animaux dont le corps a éprouvé une élévation de température suffisante pour déterminer la coagulation de l'albumine hydratée contenue dans leurs tissus, nous savons qu'il n'en est pas toujours de même chez ceux qui ont été préalablement desséchés. En effet, M. Doyère a fait voir, il y a quinze ans, que certains animalcules, tels que les tardigrades, quand ils sont suffisamment desséchés, peuvent conserver la faculté de vivre, après un séjour de plusieurs jours dans une étuve dont la température est de beaucoup supérieure à celle du milieu où M. Pouchet a placé le flacon contenant le foin employé dans ses expériences. J'ai vu des animalcules résister de la sorte à l'action très-prolongée de l'air d'une étuve dont la température marquait 120 degrés centigrades; et dans les recherches de M. Doyère, la chaleur du milieu ambiant a été portée jusqu'à 140 degrés sans que la mort des animalcules préalablement desséchés ait résulté de cette grande élévation de température.

Ce qui est vrai pour les tardigrades, animaux d'une structure très-com-

plexe, peut être vrai aussi pour les germes des infusoires en général, et j'en conclus que rien, dans l'expérience de M. Pouchet, ne nous autorise à penser que les germes des animalcules observés par ce naturaliste ne préexistaient pas dans le paquet de foin dont il faisait usage ou avaient dû être tués par le degré de chaleur auquel ce foin avait été exposé. Je dirai même que les expériences de notre savant correspondant ne me semblent ajouter aucune probabilité nouvelle en faveur de l'hypothèse des générations spontanées.

J'ai souvent fait des expériences analogues, et toujours j'ai vu que l'apparition d'animalcules vivants dans l'eau où des matières organiques mortes avaient été mises en infusion devenait d'autant plus rare que je prenais plus de précautions pour préserver ces liquides de toute introduction de germes viables. Dans plus d'un essai de ce genre, j'aurais pu croire que des générations spontanées s'étaient produites sous mes yeux, si, en réfléchissant aux conditions dans lesquelles j'avais opéré, je n'avais aperçu des sources d'erreur, et si, en écartant les causes auxquelles je pouvais attribuer la préexistence de germes viables dans mes infusions, je n'avais vu les résultats négatifs se multiplier.

Je n'entretiendrai pas davantage l'Académie de la plupart de ces essais, mais je demanderai la permission de rendre brièvement compte d'une série d'expériences dans lesquelles des infusions qui, exposées au contact de l'atmosphère, auraient, suivant toute probabilité, donné naissance à des animalcules, ne m'en ont pas offert quand les matières emprisonnées dans des vases hermétiquement fermés avaient été soumises à une température assez élevée pour déterminer la coagulation des matières albuminoïdes contenues dans leur intérieur.

Pour arriver à ce dernier résultat, je plaçais dans deux tubes, en forme d'éprouvette, l'eau et les matières organiques dont je voulais faire usage. L'un de ces tubes, dont les deux tiers étaient occupés par de l'air, fut alors fermé à la lampe et, ainsi que l'autre tube, plongé ensuite dans un bain d'eau bouillante. Le bain fut maintenu en ébullition pendant le temps nécessaire pour que l'équilibre de température ait dû s'établir, à peu de chose près, entre les deux infusions et le liquide extérieur, puis on laissa refroidir les tubes et on les abandonna à eux-mêmes, en ayant soin d'examiner de temps en temps leur contenu à travers leurs parois transparentes. Au bout de quelques jours, je vis des infusoires se mettre en mouvement dans celui des deux tubes qui était resté en communication avec l'atmosphère, tandis que, dans l'autre tube, dont la clôture hermétique avait précédé l'action présumée mortelle de la chaleur, je ne vis jamais apparaître un seul animalcule vivant.

Jusqu'ici je m'étais borné à citer ces expériences dans mes leçons publiques, et je n'avais pas cru devoir en entretenir l'Académie, parce que des résultats négatifs n'acquièrent de l'importance que lorsqu'on les a obtenus d'une manière constante un bon nombre de fois, et parce que la génération spontanée des animaux me paraissait si peu probable, que je ne voulais pas consacrer beaucoup de temps à répéter des recherches au sujet d'une question qui me semblait résolue. Mais aujourd'hui qu'un naturaliste distingué est venu communiquer à l'Académie de nouvelles observations à l'appui de cette hypothèse, et que quelques-uns de nos jeunes physiologistes voudront peut-être se livrer à des recherches ultérieures sur le mode d'origine des animalcules microscopiques, il m'a semblé qu'il pourrait y avoir quelque utilité à exposer dans cette enceinte les raisons qui me portent à persister dans mon opinion touchant l'inutilité de l'hypothèse de la génération spontanée des êtres vivants pour l'explication de tous les faits connus relatifs à la multiplication des animalcules.

Or une hypothèse qui n'est pas nécessaire pour l'intelligence des phénomènes constatés par l'observation, et qui est en désaccord flagrant avec tout ce que l'analogie nous conduirait à admettre, ne me semble pas devoir prendre place dans la science. Il me paraît probable que la chimie parviendra à créer de toutes pièces les substances qui servent comme matériaux pour la constitution des corps vivants; mais quant à la genèse des organismes animés sans le concours de la puissance vitale, je ne vois aucun motif pour y croire. Jusqu'à plus ample informé, je continuerai donc à penser que, dans le règne animal, il n'y a point de génération spontanée; que tous les animaux, les petits comme les grands, sont soumis à la même loi, et qu'ils ne peuvent exister que lorsqu'ils ont été procréés par des êtres vivants.

M. Payen demande la parole pour ajouter un fait concernant un végétal microscopique aux observations relatives aux animalcules citées par M. Milne-Edwards.

Lorsqu'en 1853 survint un phénomène d'altération du pain par une rapide végétation cryptogamique, après avoir déterminé avec M. de Mirbel la cause de ce phénomène qui inquiétait la population, M. Payen voulut constater la température à laquelle les sporules de l'*oïdium aurantiacum* perdraient leur faculté germinative. Ces sporules furent chauffées d'abord pendant une heure à 100 degrés, dans un tube au bain d'huile. Une partie fut alors retirée du tube et mise dans les circonstances où leur germination pût avoir lieu, et se réalisa en effet.

Les portions des sporules chauffées ensuite jusqu'à 120 degrés ne manifestèrent aucun changement dans leur aspect, ni dans leur coloration, et avaient conservé leur propriété de développement.

Enfin, ce qui restait des sporules fut chauffé une heure à + 140 degrés.

Dès lors l'aspect était changé, la coloration avait passé du rouge orangé au jaune fauve, et la faculté germinative était anéantie.

Ces résultats viennent, pour les végétaux rudimentaires, à l'appui de l'opinion de M. Milne-Edwards sur les animalcules.

Observations de M. de Quatrefages. — J'ai bien souvent exprimé sur la génération spontanée des opinions semblables à celles que vient d'exposer M. Edwards. Je ne puis donc que donner une adhésion entière au travail de mon savant confrère. Si je prends la parole, c'est seulement pour communiquer à l'Académie une observation qui, tout incomplète qu'elle est, confirme des idées aujourd'hui d'ailleurs généralement admises.

Pour expliquer la plupart des faits sur lesquels s'appuient les partisans de la génération spontanée, tout en restant fidèle à la doctrine de la génération par voie de parenté, il est nécessaire d'admettre l'existence d'un nombre très-considérable de germes végétaux et animaux constamment répandus dans l'atmosphère et prêts à se développer aussitôt qu'ils se trouvent placés dans des conditions favorables. Or les partisans de l'hétérogénie, on bien nient d'une manière presque absolue l'existence de ces germes, ou bien assurent qu'ils doivent être en nombre insuffisant pour expliquer l'apparition, dans les infusions, de ces myriades d'animaux et de végétaux microscopiques qui se montrent au bout d'un temps parfois très-court. C'est ce point de fait que j'ai cherché à éclaircir par des observations directes.

Dans ce but, j'ai profité de l'obligeance de notre savant confrère M. Boussingault. Grâce à lui j'ai pu examiner les poussières restées sur le filtre à la suite de ses curieuses études sur les pluies d'orage. A l'état sec, celle de ces poussières qui avaient une origine organique ne présentaient guère qu'un assemblage confus de corpuscules indéterminables. Il en était encore à peu près de même dans les premiers moments de l'immersion. Mais après quelques heures de séjour dans l'eau, je reconnus aisément sur le porte-objet des spores en très-grand nombre, des infusoires enkystés et plusieurs de ces petits corps sphériques ou ovoïdes que connaissent bien tous les micrographes et qui font naître involontairement l'idée d'un œuf d'une excessive petitesse. Je trouvai encore dans ces mêmes poussières un ou deux rotateurs de petite taille qui avaient déjà repris à peu près leurs formes, mais ne donnaient aucun signe de vie, soit qu'ils fussent réellement morts, soit que l'immersion dans le liquide n'eût pas encore duré assez longtemps pour les sortir de leur torpeur, si semblable à la mort, que produit chez eux la dessiccation. Quelques poussières recueillies sur des plaques de verre, dans des caves et dans un appartement élevé, me montrèrent des faits analogues. J'ai vu plusieurs fois certaines monades se mettre en mouvement au bout de trois à quatre heures d'immersion. J'avais alors l'intention de poursuivre ces recherches d'une manière comparative, mais des occupations plus pressantes me forcèrent d'abandonner ce travail à peine commencé.

Si l'on rapproche des faits précédents ceux que M. Ehrenberg a fait connaître depuis longtemps sur l'excessive rapidité de multiplication des infusoires, on se rendra compte, je crois, de tous ceux que présente l'apparition de ces petits êtres dans nos infusions, et l'on comprendra surtout combien doivent être minutieuses les précautions destinées à écarter ces germes presque invisibles des liquides mis en expérience.

Qu'il me soit permis d'ajouter quelques réflexions très-courtes à ce qui précède.

Il y a bien peu de temps encore, les partisans de la génération spontanée appuyaient leurs doctrines sur les faits alors connus, présentés par deux groupes animaux dont l'étude est presque également difficile, unique, par des raisons très-différentes, les vers intestinaux et les infusoires. Les belles recherches de MM. Van Beneden et Küchenmeister, couronnées par l'Académie, celles des divers helminthologistes qui ont répété et étendu leurs expériences et leurs observations, ne peuvent guère laisser de doute sur le mode de propagation des animaux appartenant au premier de ces groupes. Il ne peut plus être question d'espèces agames naissant spontanément dans les êtres vivants et se propageant d'une manière mystérieuse.

Tous les faits qui ont pendant si longtemps arrêté les naturalistes et fourni un point d'appui apparent aux doctrines de l'hétérogénie, trouvent aujourd'hui une place toute naturelle dans cet ensemble de phénomènes que j'ai proposé de désigner par le nom de *généagénèse*.

Chez les helminthes, tout aussi bien que chez les animaux bien plus anciennement connus, la reproduction s'opère par l'intervention de deux éléments, l'un mâle, l'autre femelle, par un *œuf fécondé* (1). Seulement celui-ci donne naissance à un être qui ouvre un cycle de générations parfois fort nombreuses, et toutes agames, cycle qui se clôt par la réapparition des attributs sexuels. Tout donc se passe ici comme chez les méduses et les autres animaux marins, dont le mode de reproduction a modifié d'une manière si remarquable les idées reçues par nos devanciers sur cette partie importante de la physiologie générale.

(1) Voir dans la Revue des Deux-Mondes une série d'articles sur les métamorphoses, commençant au 1er avril 1855. J'ai eu soin, dans ce travail, de distinguer nettement les phénomènes de *parthénogénèse* de ceux de la *généagénèse*. Les premiers n'avaient pas encore été l'objet des curieuses recherches qui s'accumulent chaque jour. Cependant je crois que les quelques réflexions que je faisais alors sur le petit nombre de faits connus conservent encore leur valeur, au moins en grande partie. Je ne crois pas que la parthénogénèse soit un phénomène aussi simple qu'on paraît le croire généralement.

La classe des helminthes, une fois rapprochée des animaux sous le rapport dont il s'agit, les partisans de l'hétérogénie ne pouvaient plus s'appuyer que sur des faits empruntés à celle des infusoires. Voilà pourquoi l'Académie crut devoir mettre au concours pour 1857 la question de la reproduction des animaux de ce groupe. On sait quel fut le résultat de cet appel. Des travaux importants furent adressés à l'Académie qui, tenant compte de la difficulté du sujet, décerna le prix tout en signalant d'importantes lacunes. Parmi ces dernières se trouvait surtout l'absence de notions positives sur la *génération sexuelle*.

Cette lacune si grave semble être aujourd'hui comblée, grâce à un travail de M. Balbiani, travail présenté à l'Académie, mais que je ne puis que rappeler ici, parce qu'il doit être l'objet d'un rapport. Si les faits annoncés par ce jeune observateur sont reconnus exacts, les infusoires iront se placer à côté des vers intestinaux et parmi les groupes dont la génération présente des phénomènes de généagénèse, tout en restant fondamentalement sexuelle.

S'il en est ainsi, que devient la doctrine de l'hétérogénie?

N'en fût-il pas ainsi, l'analogie nous permettrait-elle d'admettre, à moins de preuves parfaitement décisives et de nombreuses confirmations, que la génération spontanée, exclue de tout le règne animal, existe en réalité dans la seule classe des infusoires? Évidemment non.

Les faits et les réflexions que viennent de nous communiquer MM. Edwards et Payen me semblent établir que les preuves irrécusables, nécessaires ici pour forcer les convictions de tout naturaliste, n'ont pas encore été fournies. Je ne vois donc aucune raison pour modifier sur ces divers points les opinions que j'ai puisées soit dans les travaux de mes confrères, soit dans mes études personnelles sur les organismes les plus inférieurs.

M. Claude Bernard : Parmi un grand nombre d'expériences que j'ai faites autrefois pour connaître l'influence de la matière sucrée dans les liquides où se développent des végétaux microscopiques, j'en ai fait une que je vais citer, parce qu'elle peut se rapporter au sujet de la génération spontanée actuellement en discussion.

Le 1er septembre 1857, dans deux ballons de verre ayant chacun un demi-litre de capacité environ, j'ai introduit à peu près 50 centim. cubes d'une même dissolution très-légère de gélatine dans l'eau, à laquelle on avait ajouté quelques milligrammes de sucre de canne. Ensuite le liquide fut porté et maintenu à l'ébullition pendant un quart d'heure dans les deux ballons, dont on avait préalablement étiré une partie du col à la lampe, afin de pouvoir plus tard les sceller plus facilement.

Jusqu'alors il n'y avait aucune différence entre les deux ballons. C'est à ce moment seulement, lorsque les liquides des ballons étaient depuis un quart d'heure en pleine ébullition, et que par conséquent la vapeur d'eau remplissant toute leur capacité en avait chassé l'air, qu'on différencia les deux ballons en laissant rentrer dans l'un de l'air ordinaire et dans l'autre de l'air surchauffé. Pour cela, pendant que l'ébullition continuait, on adapta le col d'un des ballons à une des extrémités d'un tube de porcelaine rempli de fragments de porcelaine et porté au rouge sur un fourneau ; à son autre bout, le tube de porcelaine était muni d'un tube de verre effilé, afin que l'air ne pût entrer qu'en petite quantité à la fois et passât lentement sur les fragments de porcelaine portés au rouge. Tout étant ainsi disposé, la vapeur d'eau du liquide en ébullition se rendait dans le tube de porcelaine et chassait l'air qu'il contenait. On vit bientôt, en effet, la vapeur d'eau sortir par le tube effilé qui était placé sur l'extrémité opposée à celle où était fixé le ballon. C'est alors qu'on enleva la lampe placée au-dessous du ballon pour arrêter l'ébullition. Peu à peu par le refroidissement la vapeur d'eau se condensa, et l'air rentra dans le ballon ; mais on conçoit qu'il ne pouvait y rentrer qu'après avoir passé par le tube de porcelaine porté au rouge dont il a été parlé précédemment. Après le refroidissement du liquide, on scella à la lampe le ballon dans le point de son col qu'on avait préalablement étiré.

Quant à l'autre ballon, on ne l'adapta pas au tube de porcelaine, de sorte que lorsque l'ébullition cessa, l'air qui rentra dans son intérieur était l'air ordinaire, c'est-à-dire l'air du laboratoire, qui n'avait pas été surchauffé comme dans le cas précédent. Lorque le ballon fut refroidi, il fut scellé à la lampe comme le précédent.

Les deux ballons furent ensuite placés dans les mêmes conditions, dans une chambre au midi, à la température ambiante et exposés à la lumière.

Après dix à douze jours, on voyait à la surface du liquide, dans le ballon avec l'air ordinaire, des végétations, c'est-à-dire des moisissures très-caractérisées, tandis que, dans le ballon avec l'air chauffé, le liquide était resté parfaitement limpide, et on n'apercevait rien à sa surface. Après un mois, les moisissures avaient considérablement augmenté dans le ballon à air ordinaire, et rien n'était apparu dans le ballon avec l'air chauffé ; seulement le liquide s'était légèrement troublé.

Après six mois (4 mars 1858), les moisissures étaient restées stationnaires dans le ballon avec l'air ordinaire. Le liquide du balon avec l'air chauffé avait toujours le même aspect ; on n'y voyait aucune moisissure.

A cette époque, on cassa l'extrémité des deux ballons sous le mercure. Dans celui à l'air chauffé, il y eut une absorption assez considérable de mercure qu'on ne remarqua pas dans le ballon à air ordinaire.

L'air des ballons étant analysé, on ne constata pas d'oxygène d'une manière appréciable ni dans l'un ni dans l'autre. L'air renfermait en volume 13,48 pour 100 d'acide carbonique dans le ballon à air ordinaire où les moisissures s'étaient développées, et 12,43 pour 100 dans le ballon à air chauffé où il n'y avait pas de moisissures.

Le liquide du ballon à air ordinaire avait une odeur putride très-désagréable, ce qui n'avait pas lieu pour le liquide du ballon à air chauffé.

Les deux liquides ont été examinés par M. Montagne. Notre confrère a constaté que les moisissures développées dans le ballon à air ordinaire étaient constituées par le *penicillium glaucum* qui y était en pleine fructification. Dans le liquide du ballon à air chauffé, M. Montagne n'a pu constater aucun végétal, ni aucun animalcule microscopique.

On voit que cette expérience, comme celles qui ont été précédemment citées, n'est pas favorable à la théorie des générations spontanées.

M. Dumas se trouve dans le même cas que ses honorables confrères. Il y a trente ans environ, il a examiné avec soin la question dont M. Edwards vient d'entretenir l'Académie avec une si haute autorité, et il est arrivé exactement aux mêmes conclusions.

Il fut provoqué à entreprendre quelques observations à ce sujet par une publication de M. Fray qui avait annoncé des résultats analogues à ceux que M. Pouchet a communiqués à l'Académie.

M. Dumas s'assura que des matières organisées chauffées à 120 ou 130 degrés, de l'eau artificielle produite par l'hydrogène et l'oxyde de cuivre, enfin de l'air artificiel enfermés dans des tubes dont le verre avait été récemment chauffé au rouge, ne produisaient ni végétations ni animalcules. En ouvrant ces tubes et y laissant rentrer de l'air ordinaire, on ne tardait pas à y voir apparaître des végétations ou des animalcules. Ces résultats surprirent M. Dumas, qui était disposé à penser que les germes de ces végétations ou de ces animalcules pouvaient se trouver déposés dans les matières organisées aussi bien que dans l'air lui-même, et que certains de ces germes pouvaient bien être organisés pour résister à la température de 100 degrés ou même à des températures un peu supérieures.

Comme les tardigrades absolument secs résistent à 140 degrés et que les sporules de l'*oïdium aurantiacum* résistent même à 100 degrés dans un milieu humide, il ne suffirait certainement pas, pour établir le principe de la génération spontanée, qu'on eût vu apparaître, dans quelques cas particuliers, des êtres vivants dans l'eau bouillie, au milieu d'un air artificiel, avec le concours de matières organiques préalablement chauffées, surtout si ces matières avaient été chauffées à sec.

Ainsi, pour certains animaux inférieurs et pour les plantes peu développées encore, la vie peut être suspendue par une dessiccation absolue, et elle se ranime avec le retour de l'humidité, comme si tout être capable d'être desséché sans périr, pouvait rester ensuite très-longtemps vivant de cette vie latente qui semble le privilége des germes. Il y a donc lieu de s'étonner qu'en mettant des matières organiques chauffées en rapport avec l'oxygène et l'eau artificielle, on n'ait pas vu quelquefois se manifester des êtres vivants. Cela n'eût certainement pas suffi pour établir que la génération spontanée dût être admise, et que les germes de ces êtres n'eussent pas été déposés antérieurement dans les matières organiques employées.

Mais en fait, tandis qu'avec le contact de l'air des êtres vivants apparaissent, sans ce contact ils n'apparaissent pas lorsque les précautions indiquées plus haut sont prises.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies soumet une analyse détaillée de l'eau minérale de Hammam-el-Louan (Algérie) (Commission des eaux minérales).

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Herschel, sur l'alimentation des enfants nouveau-nés au moyen de lait de vache modifié par un nouveau procédé ayant pour effet de donner à cette substance les qualités essentielles du lait d'une femme saine et robuste (Commissaires : MM. Chevallier, Bouvier et Blache) ;

2° Plusieurs rapports sur différentes épidémies qui ont régné pendant les années 1856, 1857 et 1858, par MM. les docteurs Rozier (de Rhodez), Cressant (de Guéret), Bonnefon (de Manriac), Nicaise (de Châlons-sur-Marne), et Bocamy (de Perpignan) (Comm. des épidémies).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une note de M. le docteur A. de Lignerolles, sur une opération césarienne pratiquée avec succès, en 1852, par une méthode nouvelle (Comm. : M. Danyau) ;

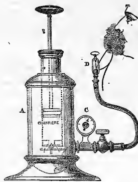
2° Un travail sur les causes et la nature de la maladie de la vigne, par M. Guérin-Méneville (Comm. : MM. Huzard, Chatin, Devergie) ;

3° La lettre suivante de M. le docteur Sales-Girons, sur un appareil portatif pour diviser les liquides et les rendre respirables :

« Monsieur le président,

» Encouragé par la récompense (médaille d'argent) que l'Académie a dai-

gné accorder à mes recherches relatives aux *salles de respiration à l'eau pulvérisée*, que j'ai instituées à l'établissement thermal de Pierrefonds, j'ai l'honneur de lui soumettre aujourd'hui un petit appareil, dont le jeu a pour objet de réduire les liquides froids à un état de division telle, qu'ils soient par le fait rendus aussi facilement respirables qu'à l'état de vapeurs.



» L'épreuve clinique de la poussière d'eaux sulfureuses, respirée par des malades de poitrine, ayant été plus que suffisante durant la saison thermale, l'induction permet de penser qu'à domicile, soit avec les mêmes eaux sulfureuses, soit avec des liquides médicamenteux formulés par le médecin, cette inhalation respiratoire aura une efficacité analogue.

» Avec cet appareil, tous les agents thérapeutiques, liquides ou susceptibles de dissolution, peuvent désormais être quasi naturellement administrés par les voies respiratoires, utilisant ainsi cette surface muqueuse, la plus vaste, la mieux placée et la mieux douée pour l'absorption et la généralisation des médicaments.

» En travaillant à rendre portatif cet appareil, qui doit permettre aux malades de continuer chez eux une médication utilement commencée dans une station d'eaux minérales, j'ai eu principalement en vue les maladies chroniques de la poitrine; mais j'ai pensé aussi à d'autres maladies, et l'Académie de médecine jugera s'il ne serait pas possible de l'utiliser pour faire respirer les solutions de chlorate de potasse, de soude ou autres, dans le traitement du croup et des angines couenneuses, dont la discussion occupe ses séances depuis longtemps.

» Il me semble qu'une inspiration continue de ces solutions, qui empêcheraient les membranes de se former en couches épaisses, vaudrait mieux que des applications par intervalle ayant pour but de les dissoudre quand elles sont formées. Dans les cas d'hémoptysie, il peut servir à porter par la respiration la solution appropriée de perchlorure de fer, sur les points lésés, comme topique.

» L'appareil peut être de toutes les contenances; celui-ci contient un litre de liquide, et la pulvérisation en dure près de vingt-cinq minutes, autant qu'il faut pour une séance ordinaire.

» Puissent mes recherches avoir bien mérité l'attention de l'Académie et l'honneur de la médaille qu'elle m'a accordée. » (Comm. : MM. Gavarret, Patissier et Poiseuille.)

— M. Cloquet présente, au nom de l'auteur, M. Baud, de nouvelles recherches sur l'emploi médical des corps gras phosphorés extraits de la moelle allongée des ruminants.

— M. Trousseau dépose sur le bureau la traduction française, faite par madame Loreau, d'un ouvrage en anglais de M. Livingstone, intitulé : Exploration dans l'intérieur de l'Afrique australe.

Ce livre renferme, dit M. Trousseau, un grand nombre de faits relatifs à l'histoire naturelle, à l'anthropologie, à l'hygiène publique et privée, à la médecine et à l'art vétérinaire.

— M. Depaul offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Gauthier, un mémoire sur le rhumatisme de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement.

— M. Depaul présente ensuite un travail manuscrit sur l'iodisme constitutionnel, par M. le docteur Rilliet (de Genève). (Renvoi à la commission chargée de rendre compte du travail de M. Boinet sur l'alimentation iodée.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le trachéotomie. La parole est à M. Delafond.

Discussion sur la trachéotomie.

M. Delafond se propose d'entretenir l'Académie de l'existence du croup chez les animaux domestiques et des moyens médicaux et chirurgicaux que les vétérinaires emploient pour chercher à en obtenir la guérison.

Après avoir établi, d'après un grand nombre d'observations faites par divers auteurs, tels que Buniva, Double, Barrère, Noolle, Rochelubain, Reynal et par lui-même, que le croup existe à l'état épizootique et sporadique chez les animaux; que cette maladie affecte plus spécialement les animaux jeunes que les adultes ou les vieux, M. Delafond énumère les principales circonstances étiologiques sous l'influence desquelles la maladie se développe chez les diverses espèces animales.

M. Delafond cite également un certain nombre d'expériences tentées dans le but de produire artificiellement le croup chez les animaux par l'inhalation des vapeurs ou par l'injection de solutions irritantes dans le pharynx et les voies aériennes. Il établit ensuite, comme une chose certaine, que le croup spontané n'est jamais aussi grave chez les animaux que le croup épizootique et enzootique, et que sous ce double rapport le croup des animaux est comparable à celui des enfants.

Un fait important a frappé M. Delafond, c'est que chez les animaux les surfaces pharygienne et respiratoire ont, dès le début même de la maladie, une tendance remarquable à une sécrétion de produits morbides organisables qui donnent naissance aux pseudo-membranes et qui tend à se généraliser à toutes les surfaces membraneuses de l'économie animale. C'est ce qui a été constaté également dans le croup humain. Or, ces observations sont de nature à infirmer l'opinion des auteurs qui, avec MM. Bretonneau et Trousseau, pensent que le croup est d'abord une maladie locale qui se généralise ensuite par sa persistance et devient infectante. On est autorisé à se demander si cette généralisation des fausses membranes au début même du mal n'est pas plutôt, dans ces cas, l'expression d'une maladie spécifique, primitivement générale, caractérisée par une grande tendance à l'exsudation morbide de produits fibrino-albumineux organisables sur les parties malades et spécialement sur les surfaces des voies aériennes et digestives.

Cette opinion est corroborée par les résultats des traitements généraux et locaux, à l'aide desquels les vétérinaires ont cherché à combattre le croup des animaux.

J'ai hâte, dit M. Delafond, d'arriver à ces moyens curatifs du croup.

Quand il apparaît sur les amygdales, le pharynx, le voile du palais, il envahit promptement aussi le larynx; il faut lui opposer dès son début des moyens locaux et généraux. Comme le voulait M. Bretonneau, nous cautérisons toutes les parties envahies par les fausses membranes avec l'acide chlorhydrique mélangé au miel. En même temps, nous donnons pendant trois à quatre jours 60-120 grammes de sulfate ou de carbonate de soude à l'intérieur, dans du lait, du petit lait ou du bouillon. Nous avons ainsi guéri un grand nombre de porcs et de volailles.

Chez les grands herbivores affectés de croup pharyngo-laryngien, la bouche étant profonde, l'écartement des mâchoires très-borné et le voile du palais formant une valvule presque complète, la cautérisation des amygdales, et surtout du pharynx, n'est pas facile à exécuter. On a recours ici aux insufflations d'alun, de calomel, ou d'un mélange, à parties égales, de calomel et de poudre de quinquina. Ce moyen réussit bien, mais moins promptement que le précédent.

Les grandes saignées réitérées, les révulsions puissantes obtenues à l'aide de larges vésicatoires, des sinapismes et des sétons, l'administration de l'émétique avec la sonde œsophagienne à la dose de 4, 8 et même 10 grammes, chez les bœufs et les chevaux (qui ne vomissent pas), l'adjonction aux boissons, ainsi que l'a conseillé M. Reynal, de 60 grammes de sulfate, de bicarbonate de soude, ou d'azotate de potasse, enfin les lavements irritants sont les moyens généraux les plus employés. Nous ne les avons jamais vus suivis, chez les animaux, des inconvénients que M. Trousseau a signalés chez les enfants.

Mais ces médications ne sont pas assez puissantes pour dispenser les vétérinaires de pratiquer la trachéotomie.

M. Delafond fait ici l'histoire de la trachéotomie. Cette opération, dit-il, a été pratiquée dès le XVIIe siècle par des vétérinaires dans différentes maladies des voies respiratoires, et en 1702 Bourjelat la fit le premier sur un cheval atteint d'angine croupale. M. Bretonneau n'a eu l'idée de placer une large canule dans la trachée des enfants, qu'après avoir constaté les bons résultats d'un tube de gros calibre qu'il voyait fonctionner sur des chevaux corneurs.

Pour les vétérinaires la trachéotomie doit être faite, non pas pour remédier à l'asphyxie commençante, mais pour la prévenir; en un mot, elle est indiquée du moment où la dyspnée se manifeste et commence à devenir inquiétante.

Avant que les symptômes de suffocation ne se soient montrés, on a recours aux moyens généraux indiqués plus haut, mais on se hâte d'opérer à la première menace d'asphyxie.

M. Delafond cite ensuite différents auteurs qui font autorité dans l'art vétérinaire, et qui ont tous recommandé de faire la trachéotomie de très-bonne heure.

Si le croup est moins souvent mortel chez les grands animaux, cela tient à la longueur considérable de leur trachée, et au diamètre assez grand de ce conduit et du larynx; cependant, le croup est encore très-grave chez eux, et une des causes qui en font la gravité, c'est *l'anhématosie*, et c'est précisément la nécessité de rétablir au plus tôt l'hématose qui doit faire adopter la trachéotomie hâtive.

Les soins ultérieurs à la trachéotomie, qui jusqu'à présent ont été donnés aux animaux, ont consisté à les placer dans des habitations où la chaleur est

tempérée, à enlever, à nettoyer le tube, afin de faciliter constamment l'entrée et la sortie de l'air.

Lorsque le danger de l'asphyxie a été éloigné par la trachéotomie, et que le croup existe dans le pharynx, le larynx et la partie supérieure de la trachée, les vétérinaires attendent patiemment la résolution de l'inflammation, le retour de la sécrétion muqueuse, le décollement et l'expulsion des fausses membranes. Dans le but, cependant, d'exciter et de favoriser la sécrétion de la muqueuse respiratoire, ils administrent à l'intérieur, si la déglutition est possible, le calomel bien pur, le sulfure d'antimoine et l'oxymel scillitique. Puis ils provoquent l'expulsion des fausses membranes en excitant la toux par la pression du larynx, l'ouverture du tube étant momentanément bouchée.

En même temps, les aliments d'une facile digestion, et surtout très-nutritifs sous un petit volume, sont recommandés.

Quant à la gravité de la trachéotomie, il résulte des expériences nombreuses de M. Reynal, et des faits observés par M. Delafond, que cette opération pratiquée sur les grands et sur les petits animaux en bonne santé, n'est une opération ni grave ni dangereuse dans l'immense majorité des cas.

Les chevaux trachéotomisés dans le cas de cornage gardent impunément un gros tube dans la trachée, jour et nuit, pendant six mois, un an, plusieurs années même.

La trachéotomie faite pour le croup chez des animaux donne-t-elle des résultats favorables? Du relevé statistique fait par M. Delafond, il appert que la trachéotomie, lorsque le croup existe soit dans le pharynx et le larynx, soit tout à la fois dans le larynx, la trachée et les bronches, même compliqué de pneumonie, procure 67 à 68 guérisons sur 100 opérés. Dans cette statistique figurent seulement les opérations pratiquées *in extremis*; mais, ajoute l'auteur, en ne prenant que les guérisons obtenues par la trachéotomie préventive, nous pourrions, sans nous éloigner de la vérité, établir un chiffre de 75 à 80 succès sur 100 opérés. Ces guérisons ont été obtenues sur de grands animaux. M. Delafond ne connaît pas d'exemple de trachéotomie pratiquée chez les petits animaux (chien et chat) pour l'angine croupale.

En définitive, dit-il, nous arrivons à cette conclusion : que chez les grands animaux, la trachéotomie contribue pour une très-large part à la guérison du croup.

Après avoir insisté sur la nécessité de recourir à la trachéotomie avant que des accès de suffocation soient très-rapprochés, M. Delafond termine en adjurant les médecins et les chirurgiens, qui hésitent encore sur le moment opportun d'opérer, de vouloir bien prendre en considération les résultats heureux que la trachéotomie a fournies dans le croup des animaux.

M. Barth : Je m'attacherai à être très-court dans les quelques remarques que je désire communiquer à l'Académie sur l'opportunité du rapport de M. Trousseau, sur les conditions du succès de la trachéotomie, et sur les indications de cette opération. Ces questions vont en effet être reprises par M. Bouvier et par M. Trousseau, et leur solution définitive n'est plus douteuse en ce moment pour la plupart d'entre nous.

J'ai été étonné d'entendre M. Malgaigne, contester l'opportunité et même la convenance du rapport qui a soulevé ce débat. Si en effet le tubage, simple essai, à peine ébauché, n'était pas de nature à provoquer une enquête, il n'en était pas de même des calomnies dont la trachéotomie avait été l'objet ; en l'accusant d'avoir augmenté la mortalité du croup, M. Bouchut ne faisait pas seulement une chose regrettable pour lui-même et pour la dignité de l'Académie; cette imputation devait avoir les conséquences les plus fâcheuses dans les familles, et soyez bien convaincus que plus d'une mère, au milieu de tout le bruit qui a été fait sur les dangers de la trachéotomie, a regretté de l'avoir accordée à son enfant, et que ce remords mal fondé a fait couler bien des larmes de douleur et de regret.

L'accusation était d'ailleurs fausse, et par conséquent le rapport de M. Trousseau était opportun à tous les égards. Il était tout aussi naturel que le tubage n'y jouât qu'un rôle secondaire.

A l'occasion du moment où il faut opérer, M. Malgaigne a cru devoir soulever une nouvelle difficulté en faisant remarquer que l'on ne s'entend pas tout à fait sur la meilleure division à adopter pour la marche du croup. A mon avis, c'était se donner une peine inutile, car je crois que tout le monde s'entend parfaitement quand il s'agit de la plaie à laquelle la trachéotomie devient nécessaire.

D'une part, en effet, nous trouvons la trachéotomie *hâtive*, qu'on a nommée *prématurée*, et que je nommerai *opportune*; de l'autre, l'opération *tardive* qui a été à son tour qualifiée d'opportune par ses partisans.

Or, ne résulte-t-il pas pour nous tous de ce qui a été dit sur les résultats de ces deux opérations, que la première compte beaucoup de succès et la seconde beaucoup de revers? On nous dit bien : la trachéotomie hâtive réussit parce qu'elle est faite trop tôt; mais ne sommes-nous pas en droit de répondre : La trachéotomie tardive échoue parce qu'elle est faite trop tard? M. Malgaigne a beaucoup insisté sur les difficultés du pronostic et sur les guérisons spontanées inattendues; mais des difficultés semblables ne se rencontrent-elles pas dans une foule de maladies chirurgicales? M. Malgaigne lui-même n'hésite pas à amputer une extrémité atteinte de fracture comminutive, broyée, menacée de gangrène, et pourtant il sait fort bien que quelques rares malades ont guéri dans ces conditions par les seuls efforts de la nature. Pour être logique, il devrait toujours renoncer à l'amputation dans ces cas, ou bien il faudra qu'il nous accorde que, si parfois un enfant atteint de croup guérit spontanément après avoir rejeté des fausses membranes, il est impossible d'y compter; c'est un événement dont il faut se réjouir, mais qui n'enlève rien à la précision de la science et à la netteté des indications.

M. Trousseau a été fort mal compris au sujet de l'influence néfaste qu'exerce sur les résultats de la trachéotomie le traitement médical préalable. M. Trousseau n'a pas dit, il n'a pas pu dire qu'à moins de faire la trachéotomie, il faut attendre, les bras croisés, l'asphyxie, qui ne laissera plus d'autre ressource. Il n'a fait que signaler un fait d'observation facile à comprendre si l'on songe que le traitement premier du croup est toujours plus ou moins débilitant; mais il ne concluait pas que ce traitement doit être abandonné. Quand vous êtes forcé à opérer une hernie étranglée, ne serez-vous pas infiniment mieux à l'aise, et n'aurez-vous pas beaucoup plus de chances de succès si votre malade n'a pas subi des tentatives répétées de taxis? Irez-vous pour cela proscrire le taxis en toute circonstance?

Parmi les conditions qui influent sur les résultats de la trachéotomie, nous trouvons encore les formes si diverses du croup. Je n'insisterai pas sur cette question bien connue de tous les praticiens, et je rappellerai seulement qu'il est un croup plus ou moins localisé qui tue par asphyxie, et un autre, lié à une cause générale, dans lequel la mort est le résultat d'un véritable empoisonnement. Les complications du croup doivent aussi être considérées très-sérieusement. Mais j'ai hâte d'arriver à la question de l'urgence de la trachéotomie, la plus importante, sans contredit, de toutes.

Il me semble qu'il existe des signes qui méritent toute confiance à cet égard. Vous saurez toujours que votre malade court de très-grands dangers si la respiration est sifflante à distance, si la toux est éteinte, rauque, sifflante, si la voix est perdue, que ces symptômes dénotent d'ailleurs la présence de la fausse membrane dans le larynx ou seulement le gonflement inflammatoire de sa muqueuse. Ajoutez-y le teint plombé, le refroidissement, l'anesthésie, si vous voulez, et certains signes fournis par l'auscultation qui indiquent sûrement l'imminence du danger et l'urgence de la trachéotomie. Si le bruit vésiculaire est éteint partout, vous savez que la mort est possible d'un instant à l'autre; s'il est considérablement affaibli, il y a peut-être encore du danger à ajourner l'opération d'une heure. Vous savez encore que dans ces cas l'obstacle au passage de l'air siége probablement dans le larynx ou dans la trachée, tandis que des fausses membranes ont probablement gagné les bronches, si le bruit respiratoire est seulement affaibli ou éteint partiellement. Ce signe vous dira que le succès de l'opération est fort problématique et vous décidera parfois à vous abstenir. Je puis dire que je connais beaucoup de cas où ces signes sthétoscopiques ont permis, pour ainsi dire, de mesurer et d'apprécier l'urgence de l'opération.

Ces indications ne sont-elles donc pas assez précises? Sont-elles donc plus élastiques, plus obscures que celles qui décident le chirurgien à agir dans le traitement des plaies graves, etc.?

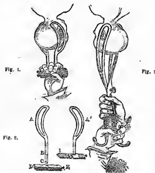
Je conclus : la trachéotomie a été calomniée quand on lui a imputé des méfaits dont elle n'est pas coupable, et il ressortira de cette discussion que cette opération a été une des découvertes les plus utiles à l'humanité. Quant au tubage, je n'en puis rien dire : c'est un sujet qui est encore à l'étude, et à l'égard duquel il est impossible de conclure formellement. L'Académie trouvera sans doute, dans le rapport de M. Trousseau, quelques éléments de jugement, mais elle ne peut actuellement, ni accepter, ni rejeter le tubage. C'est une question d'avenir, et l'Académie ne doit pas, par un vote prématuré, compromettre cet avenir. (Applaudissements.)

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

LÉNICEPS.

Le forceps, dit M. le docteur A. Mattei, est un instrument qui a subi de nombreuses modifications. Lui-même y a apporté quelques changements dans son Essai sur l'accouchement physiologique. La pratique cependant lui a démontré d'autres nécessités qu'il a heureusement réparées par la construction de l'instrument qu'il présente aujourd'hui, et qu'il appelle le léniceps (*leniter capiens*, qui prend avec douceur), par contre au forceps qui vient très-probablement de *fortiter capiens* (qui saisit avec force).

La fig. 1 représente le léniceps articulé ; la fig. 2, le même désarticulé, et la fig. 3 le forceps ordinaire.



AVANTAGES. — Le léniceps remplace le forceps dans tous les cas. M. Mattei l'a appliqué dans tous les cas difficiles comme les plus faciles. Mais cet instrument a d'autres avantages.

1° La femme repousse souvent l'application du forceps après la vue d'un instrument énorme comme est le forceps, ou parce qu'elle redoute une opération. Avec le léniceps, on peut faire l'application sans avertir la femme, sans la déranger de son lit, ni même la découvrir complétement.

2° Les cuillers étant plus étroites, l'application peut être faite avec une dilatation moindre des parties.

3° Ces cuillers étant plus courbes tiraillent moins les tissus de la mère que le forceps.

4° Le forceps ne peut pas saisir sans comprimer, ce qui est nuisible à l'enfant et au mécanisme du travail. Le léniceps avec ses branches immobiles pousse, au contraire, la tête d'arrière en avant, comme le fait la contraction.

5° Sans être plus cher, il est plus commode, et désarticulé il peut être placé dans la poche d'un habit de visite.

6° Il n'exige pas d'aides pour son application.

7° L'articulation comme l'introduction sont plus faciles qu'avec le forceps.

8° Il indique, à un demi-centimètre près, quelle est l'étendue du diamètre saisi.

9° Le manche transversal permet de faire des tractions très-efficaces et avec une seule main, ce qui n'est guère possible avec le forceps.

10° Cet instrument permet de graduer le passage de la tête à travers les parties sexuelles pour en éviter la déchirure.

11° Enfin ce manche peut servir à porter d'autres instruments.

L'application de cet instrument est presque la même que celle du forceps, si ce n'est qu'elle est faite sans déranger la femme de son lit et sans l'avertir. Le moment de la douleur est le plus préférable pour toutes les manœuvres, si la femme ignore l'opération. Dans tous les cas, la traction est faite pendant les contractions.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

SOUVENIRS HISTORIQUES MILITAIRES ET MÉDICAUX DE L'ARMÉE D'ORIENT; par M. F. QUESNOY, médecin-major au 4e régiment des voltigeurs de la garde, officier de la Légion d'honneur. — 1 vol. in-8° de 256 pages. — Paris, chez Labé. — 1858.

HISTOIRE MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA GUERRE DE CRIMÉE; par M. A. ARMAND, de l'ambulance de la garde impériale, médecin-major, etc. — 1 vol. in-8° de 464 pages. — Paris, chez Rozier. — 1858.

MM. Quesnoy et Armand sont au nombre de ces vaillants confrères qui, après avoir noblement payé leur dette à la science, à la patrie et à l'humanité sur les champs de bataille de la Crimée, ont mis à profit les loisirs de la paix pour recueillir leurs souvenirs et revoir des notes improvisées sous le feu du canon ou dans le sein d'une ambulance. Aujourd'hui, que la profonde émotion causée par ce grand drame militaire est calmée, et qu'on peut en suivre avec plus de sang-froid les sanglantes péripéties, le moment nous semble favorable pour rechercher avec impartialité les enseignements élevés qui en sortent pour la civilisation comme pour la politique, pour l'art médical comme pour l'art militaire. De telles occasions d'étudier les importants problèmes qui se rattachent à la médecine des armées ne se présentent pas fréquemment de nos jours, Dieu en soit loué! Hâtons-nous donc de les mettre à profit.

On connaît les nombreuses publications que cette mémorable guerre a déjà fait surgir, et auxquelles plusieurs médecins militaires ont apporté leur contingent de lumières et d'expérience. Et ce n'est pas, certes, un des moindres titres que nos confrères aient conquis à la reconnaissance publique. Porter l'esprit scientifique dans la vie des camps; poursuivre les labeurs de la pensée au milieu du tumulte et des formidables vicissitudes d'une lutte gigantesque; s'abstraire ainsi au milieu des périls et des scènes de carnage qui vous enveloppent de toutes parts; être présent partout et à toute heure, sans repos ni trêve, là où une souffrance vous réclame; montrer enfin sur le champ de bataille le courage d'un soldat, et dans les asiles de la douleur la curiosité savante et le calme réfléchi d'un observateur à la poursuite d'un problème, ce n'est pas là assurément le fait d'une âme vulgaire. Ce n'est pas qu'il n'y ait pour la créature intelligente une vive jouissance dans cette complète expansion des forces physiques et morales de l'être. Il faut bien, après tout, que l'héroïsme du dévouement, comme tous les genres d'héroïsme, ait un puissant attrait, et qu'il porte avec lui sa récompense, car sans cela il serait trop rare; et nous nous figurons que ce n'est pas sans une émotion mêlée de quelque orgueil que nos confrères de Crimée relisent ces notes rapides qu'ont maculées peut-être à plus d'une page le sang d'un blessé ou la boue soulevée par un éclat d'obus. *Forsan et hæc olim meminisse juvabit....* Mais ces plaisirs-là ne sont ni à la portée ni du goût de tout le monde; car enfin, pour de telles épreuves, il faut des corps a l'unisson des âmes; les forts s'y trempent, les faibles y succombent.

M. Quesnoy ne s'est pas proposé uniquement pour but d'apporter de nouveaux documents à l'histoire des maladies qui ont sévi sur notre armée d'Orient; reprenant la question de plus haut, il s'est surtout appliqué à étudier les différents milieux dans lesquels ces maladies ont pris naissance, et la connexion des événements militaires avec les circonstances physiques, hygiéniques, physiologiques dans lesquelles se sont trouvés nos braves soldats. En regard de la situation matérielle de l'armée, il place sa situation sanitaire, le mal en regard des causes. C'est là un point de vue trop négligé dans l'historique des actions de guerre. Sans aucun doute, l'habileté des chefs et la bravoure des combattants sont les conditions premières de succès, et sans remonter plus haut qu'à notre première République, on a vu quels prodiges peuvent enfanter chez des soldats mal nourris et à peine vêtus l'enthousiasme patriotique, la confiance dans un chef, et l'irrésistible élan de la victoire. Mais ce sont là des faits en dehors du cours régulier des choses, et les prodiges ne se renouvellent pas tous les jours. Quiconque, dit M. Commissetti, médecin en chef de l'armée sarde en Crimée, quiconque a médité l'histoire des plus grands capitaines et porté ses investigations sur les triomphes ou les défaites des armées en campagne, sera facilement persuadé qu'une des causes qui ont le plus contribué à l'issue plus ou moins heureuse des entreprises, c'est celle qui a trait à l'hygiène en général, et en particulier aux subsistances (RELAT. SUR LES MALAD. DE L'ARMÉE SARDE). Que d'armées détruites sans s'être battues! C'est que leur plus terrible agent de destruction, ce n'est ni le fer, ni le feu, c'est la maladie : la maladie, qui peut revendiquer les deux tiers ou les trois quarts des victimes des campagnes les plus meurtrières! Quelles lumières ne jeterait donc pas sur l'histoire des guerres l'écrivain qui, abordant cette étude à peine ébauchée de la *physiologie des armées*, et suivant dans le déshabillé des camps le soldat, qu'on ne nous fait voir qu'au jour de bataille, sous son uniforme de parade, montrerait comment de la négligence à veiller sur la quantité ou sur la qualité des subsistances, de l'oubli de mesures préventives contre l'imminence d'une épidémie; comment de fatigues disproportionnées avec l'état physique et moral des hommes, des vices de leur équipement, de l'insuffisance du personnel médical, de la mauvaise organisation des asiles offerts aux blessés et aux malades, de l'assiette insalubre d'un camp; comment, enfin, de circonstances topographiques et climatériques défavorables peuvent naître des obstacles devant lesquels viendront se briser le génie des chefs et la valeur des soldats! Que de fois l'inobservance des plus rigoureux préceptes de l'hygiène, l'ignorance des grandes lois physiologiques et des circonstances spéciales que crée pour elle le fait même de l'agglomération n'a-t-elle pas été la source de désastres dont la véritable cause a été souvent méconnue des acteurs de ces événements comme des historiens qui les ont racontés! C'est que les actions de guerre n'ont guere eu jusqu'à présent que deux classes d'interprètes. Les uns, hommes d'épée, appliquant au récit des guerres les données de l'art dont ils ont fait l'objet de leurs travaux exclusifs, ont concentré toute leur attention sur les combinaisons savantes de la stratégie. Les autres, historiens lettrés, étrangers ou indifférents aux questions scientifiques, n'ont vu souvent dans l'histoire de nos campagnes que matière à des espèces d'épopées guerrières où la vérité risque fort d'être sacrifiée aux besoins de la mise en scène et à la pompe un peu théâtrale du récit. Ils croiraient déroger à la dignité de l'histoire ou enlever aux événements qu'ils racontent quelque chose de leur prestige s'ils en cherchaient l'explication dans des faits d'un ordre vulgaire, et l'on pourrait leur appliquer ce que Descartes disait des *historiens même les plus fidèles*, « qui, s'ils ne changent ou n'augmentent la valeur des choses pour les rendre plus dignes d'être lues, en omettent presque toujours *les plus basses et les moins illustres circonstances*, d'où vient que le reste ne paraît pas ce qu'il est. » (DICTIONNAIRE DE LA METHODE, 1re partie.)

M. Quesnoy, signalant cette lacune en tête de son livre, avec la double autorité du talent et de l'expérience, explique ainsi la position intermédiaire qu'il y prend entre les simples narrateurs des faits médicaux et ceux des actions de guerre qui s'y lient si intimement. J'ajouterai qu'en prouvant à chaque page de ses émouvants récits combien il importe que l'autorité et la médecine militaires, parties d'un même tout, s'unissent étroitement pour agir de concert, il n'a fait que mieux

ressortir les inconvénients qui résultent de la subalternisation et de l'isolement où vivent les médecins de notre armée; il ne fait aussi que plus vivement regretter l'ignorance où on laisse nos officiers des principes d'hygiène dont l'application serait, en campagne, d'une utilité journalière, ignorance que Baudens déplorait amèrement pendant le cours de sa mission en Crimée, mais qui, par malheur, n'est pas seulement particulière à l'armée en France.

L'histoire médicale d'une guerre doit embrasser trois grands sujets d'étude : le théâtre même de cette guerre, ou les circonstances physiques dans lesquelles elle s'est accomplie; l'armée qui l'a faite; enfin, les maladies qui sont venues l'assaillir.

Se plaçant à ces divers points de vue, M. Quesnoy nous fait passer successivement sous les yeux, dans un récit coloré, rapide, où l'histoire et la science se côtoient sans cesse en s'éclairant mutuellement, la description pittoresque des lieux, le tableau animé des camps et des grands faits d'armes de notre armée; la peinture saisissante de ses poignantes misères et de son héroïque persévérance; enfin, des appréciations fermes et élevées des faits médicaux. Nulle part l'héroïsme de nos soldats ne nous a paru briller d'un plus vif éclat que dans cette courte et simple relation; c'est que nul n'est mieux placé que le médecin pour en juger. Si nos soldats, en effet, furent magnifiques d'élan et d'intrépidité sur le champ de bataille; combien ne se montrèrent-ils pas plus admirables encore dans ces hôpitaux où, loin des enivrements du combat et n'ayant que le médecin pour témoin de leur courage, ils attendaient la mort avec la même résignation qu'on leur avait vue à la tranchée; dans ces ambulances où l'on n'entendait pas un cri, pas une plainte sortir de la bouche des blessés, qui, tout entiers au bonheur d'avoir vaincu, ne paraissaient même pas s'apercevoir de leurs blessures (p. 70); dans ces plaines désolées de la Dobrutscha, d'où s'exhale un souffle empesté, et où nos intrépides légions ayant à endurer des maux dont aucune plume ne saurait, dit M. Quesnoy, retracer le tableau (1), montrent encore cette intelligence inventive, ce dévouement sans bornes qui ne les quitte jamais (2).

Mais dans l'impossibilité où nous sommes de reproduire ici, dans ses mille détails, cette narration si pleine d'événements, si riche en souvenirs patriotiques et glorieux, à l'attrait desquels nous nous laissons trop longtemps aller, nous nous hâtons d'aborder les documents de nature à intéresser plus particulièrement nos lecteurs, en comparant les observations recueillies par M. Quesnoy avec celles qui se trouvent disséminées dans les divers mémoires que M. Armand a eu l'heureuse idée de réunir en un seul volume, pour en composer son Histoire médico-chirurgicale de la guerre de Crimée (3).

(1) Un mot qui peint la situation : Un colonel se plaignait au guide des colonnes de ce qu'il lui avait fait dresser sa tente au milieu des ossements et des tombeaux. « Mais c'est comme cela partout, répondit cet homme; *ici tout le monde meurt* (p. 57)... » Disons que si les nécessités de la guerre — dont nous ne sommes pas juges — commandèrent cette fatale expédition, la médecine militaire fit son devoir et se déchargea de toute responsabilité en en signalant les dangers. Dans un mémoire manuscrit remis au médecin en chef à son arrivée à Varna, M. Quesnoy disait : « Je ne sais si les nécessités de la guerre nous forceront à aborder ces parages, mais, dans notre appréciation, ce serait une nécessité *désastreuse*, et qu'il faudrait *à tout prix* éviter (p. 23). »

(2) Les moyens de transport manquaient pour les malades : les chasseurs du 9e bataillon accourent munis de leurs petites tentes-abris, et de bâtons qu'ils s'étaient procurés en détruisant les clôtures d'un village, et ils improvisent ainsi des brancards sur lesquels ils transportent leurs camarades. (*Ibid.*, p. 56.)

(3) Voici les titres des travaux contenus *in extenso* dans ce volume, dont M. Armand a donné des extraits : *Instruction médicale pour l'armée d'Orient*, par le conseil de santé; — *Topographie de Constantinople*, par M. Sandwith; — *Constitution médicale d'Andrinople*, par M. Cazalas; — *Épidémie cholérique de la Dobrutscha*, par le même; — *Emploi des bains de vapeur dans le choléra algide*, par le même; — *Topographie médicale de la Crimée*, par M. Armand; — *Esquisse des maladies d'Orient*, par M. Scrive; — *Traitement des plaies par armes de guerre*, par M. Valette; — *De l'ostéo-myélite des amputés*, par le même; — *De la désarticulation coxo-fémorale*, par M. Legouest; — *De la pourriture d'hôpital*, par M. Bonnard; — *Des congélations*, par M. Legouest; — *De la congélation des pieds et des mains*, par M. Valette; — *Résultats des amputations après congélation*, par M. Lustremann; — *Une mission médicale à l'armée d'Orient*, par Baudens; — *Du typhus en Crimée*, par le même; — *Traitement du typhus*, par M. Barudel; — *Des maladies mixtes*, par le même; — *Revue d'ensemble*, par M. Armand; — *Résumé sanitaire de l'armée sarde*, par M. Commissetti; — *Retour de l'armée*, par M. Armand; — *Typhus de Frioul*, par M. Billot; — *Considérations générales*, par M. Armand; — *Des quarantaines et de la peste*; par le même.

C. Saucerotte.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— Par décret du 30 décembre 1858, ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier, MM. Rollet et Varné, médecins principaux de première classe;

Au grade de chevalier, MM. Muller, chirurgien de la marine de première classe; Salis et Petit, chirurgiens de la marine de deuxième classe.

— Par arrêté en date du 27 décembre 1858, M. Moynier, docteur en médecine, est nommé chef de clinique de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Blondeau, dont les fonctions expirent le 31 décembre 1858.

M. Taulin, docteur en médecine, est nommé chef de clinique pour le service d'accouchements de l'hôpital des Cliniques de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Charrier, dont les fonctions expirent également le 31 décembre 1858.

— Par décret du 30 décembre 1858, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

A deux emplois de médecin principal de première classe, MM. Fenin et Leclerc;

A trois emplois de médecin principal de deuxième classe, MM. Marmy, Cardaillac, Catteloup;

A un emploi de pharmacien principal de première classe, M. Jeannel;

A deux emplois de pharmacien principal de deuxième classe, MM. Rohillard et Fournez.

— Par décret du 30 décembre 1858, M. Petit, second médecin en chef de la marine à l'île de la Réunion, a été promu au grade de premier médecin en chef dans cette colonie.

— Par arrêté en date du 6 janvier 1859, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Toulouse :

1° Professeur titulaire de clinique médicale, M. Desbarreaux-Bernard, professeur adjoint du même enseignement, en remplacement de M. Dassier, décédé;

2° Professeur adjoint de clinique interne, M. Noguès, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Desbarreaux-Bernard, nommé professeur titulaire;

3° Professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, M. Joly, en remplacement de M. Noguès.

M. le docteur Ballot continuera à être chargé, jusqu'à la fin de la présente année classique, des fonctions de professeur suppléant spécialement attaché à la chaire de clinique externe.

— Par arrêté en date du 6 janvier 1859, M. Guitard, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, et chef de clinique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé officier d'académie.

— Dès que seront terminés les travaux d'appropriation nécessaire, on placera dans les anciens bâtiments de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, le plus grand nombre possible de lits pour recevoir les malades occupant actuellement la partie de l'Hôtel-Dieu comprise dans la Cité. Ces travaux dureront trois mois, et aussitôt après leur achèvement, on s'occupera de la démolition des bâtiments du vieil hôpital, qui ne sera que provisoirement remplacé par le nouveau local approprié.

L'emplacement qu'occupera le nouvel Hôtel-Dieu n'est pas encore déterminé; toutefois, l'intention de l'administration paraît être de le faire rebâtir sur le quai Montebello, à la suite des bâtiments qu'il occupe déjà sur ce point.

— Une lettre de Benghazi du 20 décembre, adressée à la Presse d'Orient, résume en ces termes la situation fâcheuse de la contrée :

» Quelques mots seulement pour vous donner les dernières nouvelles.

» Les autorités locales continuent à refuser tout concours à la commission médicale.

» La population veut assassiner les médecins.

» Le médecin envoyé à Ogéla n'a pu sauver sa vie qu'en fuyant. On voulait le tuer parce que, disaient les habitants, cet infidèle souillait cette sainte ville de sa présence.

» Dans la soirée du 12, un corps de garde, établi pour protéger les gardiens sanitaires et pour leur prêter main-forte, a été attaqué par les Arabes, qui ont blessé un soldat, contusionné un caporal et tué deux chevaux.

» La garnison de Benghazi, dans des circonstances si graves, n'est que de 12 hommes.

» Le gouverneur Mahmoud-Bey, le pire des gouverneurs, a invité la commission médicale à suspendre ses fonctions.

» Depuis cinquante-six jours que la commission a mis le pied sur le territoire de Benghazi, elle n'a reçu aucune lettre de l'intendance sanitaire de Constantinople. Il est vraiment fâcheux qu'en envoyant une commission en ce pays on n'ait pas établi un moyen sûr de correspondance. »

— Le mercredi 9 février, un concours pour une place de pharmacien en chef sera ouvert à l'administration de l'Assistance publique.

Le registre d'inscriptions sera fermé le 24 janvier 1859.

Le Rédacteur en chef, Jules Guerin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LA TRACHÉOTOMIE.

La discussion sur la trachéotomie est enfin close à l'Académie de médecine. Grâce à la patience de la savante compagnie, après avoir bien complétement gagné son procès au mois de décembre, il lui a fallu le regagner une seconde fois en janvier. Mais il n'y a là qu'un demi-mal, puisqu'en définitive son triomphe n'en est que plus assuré : son triomphe relatif, devons-nous dire, puisqu'à nos yeux, comme dans l'esprit de tout ami de l'humanité, quoique supérieure à tout autre moyen curatif connu du croup confirmé, cette méthode n'est encore qu'une sorte d'aveu d'impuissance de la médecine, la restauration des fonctions naturelles au moyen d'une opération sanglante ne pouvant être assurément considérée comme le *nec plus ultrà* de la science.

Quoi qu'il en soit, pour assurer ce résultat, une longue, très-longue discussion a été nécessaire; de très-nombreuses communications ont été apportées à la tribune. L'Académie a reçu le témoignage de toutes les voix autorisées en matière de maladies de l'enfance que l'on a évoquées du dehors devant elle, depuis les maîtres jusqu'à leurs intelligents et loyaux élèves. De ce concours d'observations, de témoignages, devait ressortir la vérité: malencontreusement attaquée, l'opération hardie que l'on doit à la patiente action de l'école de Tours, a reçu de l'Académie et du public médical un éclatant et sérieux assentiment.

Un résultat aussi important mérite que nous reprenions ici sommairement une vue d'ensemble de ces graves et longs débats, en rappelant les points saillants de la discussion, les points d'abord frappés de doute, les conséquences de leur analyse.

On se rappelle que c'est à propos d'un essai, trop promptement érigé en méthode, d'une tentative encore à l'état embryonnaire, ayant pour objet de dilater artificiellement le larynx au moyen d'un tube plongé dans la glotte, à propos du tubage enfin, que l'opération de la trachéotomie a été, par le fait, citée à la barre de l'Académie.

Avec la plupart des orateurs qui ont paru à la tribune, nous dirons que cette citation à comparaître était un fait grave, grave au point de vue de la science, grave pour les familles nécessairement mises en éveil par l'éclat incontestablement acquis à semblable discussion. Et ce retentissement extérieur était d'autant plus inévitable que la science elle-même était moins fixée sur la valeur de l'opération; que son bilan n'était pas fait; que ses indications, en réalité fixées, ne l'étaient que pour un nombre limité d'adeptes; que les chirurgiens les plus distingués, mais étrangers à la spécialité des maladies de l'enfance, n'en possédaient qu'un manuel opératoire insuffisant à assurer le succès; que les suites de l'opération exigeaient des soins déterminés plus importants à la réussite de l'opération que cette opération elle-même au salut du malade; enfin, point essentiel, que la science ignorait absolument la valeur de la méthode prise dans son ensemble et comparée avec toute autre méthode de traitement.

Eh bien ! rendons grâce à la cause occasionnelle de tant de bruit et du renouvellement de tant d'émotions au dehors. Tous ces points, inconnus de la plupart des médecins, et des plus capables et des plus au courant du mouvement de la science, tous ces points ont été fixés.

Attaquée d'abord sur le terrain de la mortalité, la trachéotomie a irrévocablement établi que, d'une proportionnalité moyenne de 86 p. 100 de mortalité du croup, avant son introduction dans la thérapeutique, elle avait abaissé les décès au chiffre moyen relatif de 75 p. 100. Les débats les plus acharnés n'ont pu faire varier ces succès, pris sans distinction de période, qu'entre 25 et 27 p. 100.

Cela seul était un triomphe, un énorme triomphe. On pouvait supposer, si l'on voulait, que la moitié de ces cas-là eussent guéri par les seuls secours de la nature, la trachéotomie n'en arrachait pas moins clairement à la tombe l'autre moitié.

Mais cette étude statistique, analysée cas par cas, observation par observation, a montré davantage; elle a conduit forcément à des classifications, à l'établissement de catégories dont les signalements ont créé la symptomatologie des périodes. Comme toute tentative sur un terrain aussi mobile, au milieu de difficultés si énormes, contre un ennemi si formidable, la marche de la nouvelle opération avait dû être hésitante, troublée, mise souvent en déroute par le caractère plus ou moins fatal de telle ou telle épidémie. Elle avait donc dû être un certain temps à se reconnaître elle-même, à apprendre à marcher sur un sol aussi entrecoupé.

La discussion a déroulé comme sur un tableau la série de ces oscillations, de ces hésitations bien concevables, inséparables de la conquête de toute vérité. Déterminant les périodes naturelles de la cruelle affection, envisagée d'après la probabilité ou l'imminence d'une issue fatale, elle a fixé, précisé l'époque à laquelle cette ressource suprême doit être mise en réquisition. Elle a donné la raison d'être des variations de la formule de ses auteurs. Comment, après n'avoir osé la mettre en usage que tout près du moment fatal, *in extremis*, ils avaient été conduits par la nature des choses à avancer l'instant de l'opération. La statistique ici, suivant l'heureuse expression de M. Barth, a fait voir que ce moment d'élection, appelé d'abord, par les auteurs eux-mêmes, prématuré, devait au contraire être qualifié d'époque opportune, et celle *in extremis* de tardive.

D'où une foule de conséquences concernant l'état du malade, conséquences très-naturelles, sans doute, aisées à deviner, mais accueillies mollement tant que leur passe-port n'était pas encadré de la bordure noire dont les entoure la statistique raisonnée; nous voulons parler de l'adynamie croissant avec l'asphyxie (phénomène assurément bien naturel), mais devenant terrible et fatal dans une maladie de nature adynamique elle-même.

Ce que la temporisation amenait de funeste, un traitement initial mal conçu le produisait également. Quand tous les cas à peu près étaient mortels, comment distinguer les vraies causes dynamiques de la mort, d'un épiphénomène grave, comme la strangulation progressive? C'était très-difficile évidemment. Mais voilà un certain nombre, assez respectable même, de succès, d'enfants arrêtés sur la pente fatale : on commence à distinguer. On reconnaît alors que ceux qui ont subi le plus tôt (dans des limites données) l'opération, les moins affaiblis par conséquent, ont survécu en bien plus grande proportion que les autres, opérés tardivement ou dans l'asphyxie avancée. Notion précieuse, établie, certaine; ce n'est plus une conjecture, une con-

---

FEUILLETON.

REVUE DES SCIENCES ACCESSOIRES.

Maisons électriques de New-York : MM. Loomis et Saint-John. — Météorologie. Influence de la lune sur la température : M. Harrison. — Classification des corps simples par familles naturelles. — Les corps simples sont-ils bien certainement indécomposables ? MM. Dumas et Despretz.

Parmi les faits surprenants que révèle parfois l'observation de la nature, nous empruntons à des savants américains les narrations suivantes, que nos lecteurs trouveront sans doute dignes de leur intérêt. Ce qui nous arrive du Nouveau-Monde offre souvent un caractère d'étrangeté qui doit mettre en garde les auditeurs ; et peut-être cette réserve serait-elle de mise en la présente occasion. Cependant nous ne voudrions pas mettre sous le boisseau des faits qui, pour être fort extraordinaires, ne sont pas physiquement impossibles : nous imiterons donc deux des organes les plus autorisés de la presse scientifique, M. Léon Foucault et M. le rédacteur en chef du Cosmos, et reproduirons après eux ces singulières observations.

« Un professeur de l'Université de New-York, M. Loomis, venant l'année dernière visiter l'ancien continent, racontait dans les réunions scientifiques que, pendant les belles journées d'hiver, il avait vu, à l'intérieur des habitations bien chauffées, des personnes s'électriser en marchant sur les tapis, au point de donner des étincelles comparables à celles qu'on tire des instruments construits *ad hoc*. Comme de pareils faits ne se sont jamais produits dans notre pays, où ne manquent ni les hivers rigoureux ni les tapis épais, mais où les maisons ne sont pas chauffées avec continuité, et séchées comme à New-York, on n'a cru qu'à moitié aux récits merveilleux du professeur Loomis. Cependant l'hiver de 1858, quoique plus doux qu'à l'ordinaire, est venu fournir une nouvelle occasion de mettre en évidence la vertu des maisons électriques de New-York. Cette fois M. Loomis avait comme témoin un autre savant, M. Saint-John, professeur de chimie, qui, ayant vu ces choses par lui-même, en a fait un récit que le journal LE COSMOS a traduit dans notre langue. »

Les chambres dans lesquelles les expériences ont eu lieu avaient leurs parquets revêtus de tapis de velours, étaient chauffées et maintenues à une température constante de 21 degrés centigrades. Les expériences ont été faites par le maître et la maîtresse de la maison, et par M. Loomis, qui avaient chaussé des pantoufles très-sèches. Après qu'ils avaient marché rapidement en zig-zag, on voyait des étincelles sortir de leurs mains et de leurs doigts, quand ils les approchaient des candélabres ou autres corps conducteurs en communication avec le sol. Le gaz de l'un des becs fut allumé par l'étincelle partie d'une clef que la dame tenait dans la main ; elle enflammait avec le doigt l'éther contenu dans une coupe métallique communiquant avec la

séquence tirée de la raison pure, c'est un fait, et un fait logique. Il n'y a plus place pour la discussion : on a conquis une vérité. *Le traitement préalable du croup ne doit pas être débilitant.*

La trachéotomie n'eût-elle donné à la science que ce grand fait, qu'elle doit avoir place dans la reconnaissance du genre humain, dût-elle être détrônée demain comme méthode de détail. Ce que nous espérons, tout en nous portant ses défenseurs, ne nous résignant pas à cet arrêt de 33 p. 100 de succès, si beau qu'il soit comparativement au passé; la science ne peut avoir dit là son dernier mot, et l'avoir placé au bout d'un bistouri.

Nous venons de dire 33 p. 100 ; on se rappellera effectivement que tel est bien le chiffre auquel doit être arrêtée la proportionnalité des guérisons, non pas au *lieu*, mais à l'*époque* d'élection ; car cette époque aussi a été nettement déterminée ; c'est celle de l'*asphyxie commençante*. Dans le cours de nos articles, nous en avons reproduit la symptomatologie, telle qu'elle est ressortie du consensus des juges en cette matière.

Cette grande discussion nous a fait entendre encore d'autres enseignements. Elle a une fois de plus montré qu'il n'y a rien d'indifférent dans les détails d'une opération. Combien d'insuccès dus, dans le début, à l'emploi de canules en disproportion de calibre avec l'étendue du jeu des fonctions respiratoires ! Il a fallu un certain temps, le coup d'œil si sûr du judicieux chef de l'École de Tours, pour assigner les dimensions relatives de ces canules ; et cette cravate de mousseline ou de tout autre tissu à grandes mailles, destinée à maintenir humide l'air qui va se précipiter à travers les bronches, n'est-ce pas, en apparence, un bien minime détail, si on le met en regard des procédés opératoires qui guident la main du chirurgien ! Eh bien ! pourtant ce détail a, nous le répétons, autant de part au succès final que tout le reste à la fois. Sans son secours, l'air froid et sec qui pénètre les ramifications de l'arbre pulmonaire amène presque infailliblement à sa suite des pneumonies en ce cas-ci le plus souvent mortelles.

Voilà donc autant de faits acquis qui établissent d'une manière absolue le mérite des longs et patients efforts de M. Trousseau et de ses collègues et élèves, unis dans un même but, luttant victorieusement 33 fois sur 100 contre un ennemi qui ne faisait guère grâce qu'au dixième des malheureux enfants qu'il touchait.

C'est, en effet, ce qui est ressorti nettement, clairement, incontestablement de cette lutte acharnée qui a eu pour théâtre la tribune de la rue des Saints-Pères. Il importe que les esprits soient fixés, à cet égard, au dehors comme ils l'ont été *unanimement* au dedans. Il convient que l'on sache que, sur le même terrain, deux victoires absolues ont été coup sur coup obtenues, et sans qu'il restât de poste tenable pour l'attaque.

L'opinion s'est justement émue en ville, et au loin sans doute. Cette angine couenneuse, ne le sait-on pas, l'effroi constant des jeunes mères, prononce-t-on son nom sans faire vibrer bien des terreurs ou couler bien des larmes? Quel champ de bataille pour l'esprit de démolition !

Et quand on se reporte surtout à la trop tranquille ignorance où se tenaient les organes naturels de la science auprès des familles, sur la mesure exacte, le mérite de la méthode, on voit comme avaient beau jeu les allégations malveillantes, les doutes de mauvais aloi, les réticences perfides.

Que nos confrères rassurent donc au dehors et les familles et les administrations hospitalières, également émues par ces manœuvres, également intéressées à connaître la vérité. Qu'ils calment les regrets du passé et précisent les indications et les ressources de l'avenir. Après une passagère émotion, il n'y aura, assurons-le, que du bien à retirer de cet ébranlement momentané.

L'Académie elle-même, fixée sur une limite importante de son domaine, ne sera pas la dernière à se féliciter d'une lutte où elle a eu à saluer dans son propre sein un beau triomphe. Elle aura pu également y étudier la valeur et les procédés d'argumentation d'un de ses plus bruyants orateurs, apprécier le danger qui peut suivre une parole habile mise au service d'une mauvaise cause, un esprit faux dans l'appréciation d'éléments scientifiques délicats, un génie funeste dans les choses qui intéressent l'humanité. Elle y aura jugé combien, somme toute, il est facile, quand l'esprit n'est pas naturellement révolté par le contact des contre-vérités, d'édifier des plaidoyers spécieux sur des faits déviés de leur sens propre ou sur des témoignages mis à la gêne, torturés pour prononcer contre leur signification naturelle. Cet enseignement a aussi sa valeur : il est venu un peu tardivement peut-être pour la généralité de la savante compagnie, alors que d'autres en avaient subi dès longtemps les tristes conséquences; nous pensons pourtant qu'il est aujourd'hui complet pour tout le monde et qu'il portera certainement ses fruits.

GIRAUD-TEULON.

ÉTIOLOGIE.

ÉTUDES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE; par le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CONTAGION ; INFLUENCE NOSOCOMIALE.

Il est inutile d'insister sur cette cause, dont l'action est incontestable ; nous nous bornerons à signaler l'influence fâcheuse qu'exerce le séjour prolongé ou même fort court dans les hôpitaux.

M. Hervieux a attiré le premier l'attention sur ce point (UNION MÉD., 1855, n° 120). Il a fait voir combien d'individus, non prémunis par la vaccine, venaient contracter, dans les hôpitaux, la variole, maladie souvent plus grave que celle qui les y amenait. Il recommande, avec raison, la vaccination préventive. Ne pourrions-nous pas même, à certaine époque de la vie, exiger la revaccination?

M. Pellarin, praticien distingué de Montrouge, a signalé, dans cette commune (UNION MÉD., n° 127), le grand nombre de cas de variole dont le principe avait été puisé directement ou indirectement dans les hôpitaux de la capitale, et qui servaient de point de départ à de véritables foyers épidémiques, et il insiste pour obtenir, dans les hôpitaux, la séparation des varioleux.

---

terre ; elle fit jaillir l'étincelle entre deux boules de laiton isolées, placées à la distance de 6 millimètres. Lorsque, dans l'obscurité, on touchait avec les doigts les papiers de tenture, on voyait des sillons de feu serpenter entre les ornements dorés sur un espace de plus de 30 centimètres.

A cette occasion, M. Saint-John rappelle que, dans l'hiver 1854-55, il avait été témoin de phénomènes absolument pareils qui s'étaient produits dans une institution de demoiselles établies dans la ville de Cleveland (Ohio), dans des circonstances identiques à celles que nous venons de rapporter.

« Nous ne prendrons pas à charge, dit avec sagacité M. Léon Foucault (MONITEUR SCIENT.), de garantir la rigoureuse exactitude de tous ces phénomènes transatlantiques; cependant, comme ils ne sont nullement contraires aux lois de la physique, comme ils ne présentent d'extraordinaire que l'intensité qu'on leur attribue et qui a peut-être un peu grandi par l'effet de la distance, nous ne refusons nullement d'admettre que le frottement développé par la marche entre des chaussures bien desséchées et des tapis plus ou moins privés de leur eau hygrométrique par un chauffage prolongé pendant les froids soutenus d'un hiver très-sec, puisse développer de l'électricité libre à la surface des corps des personnes vivantes. Au reste, il ne serait pas nécessaire d'aller chercher les frimas de l'Amérique du Nord pour s'assurer du fait. Rien n'empêche, à la première saison d'hiver, de réunir artificiellement dans une de nos habitations parisiennes toutes les conditions requises : l'épaisseur des tapis, le chauffage prolongé et des expérimentateurs munis de pantoufles bien sèches. »

— On sait que parmi les sciences naturelles, l'une des plus imparfaites encore, et qui réclame pour se fonder le plus de temps, d'observations et de progrès dans les sciences collatérales, c'est la météorologie. Cette science dont chacun, depuis le plus simple berger jusqu'à plus d'un célèbre astronome, croit posséder quelques notions personnelles, sur laquelle on se prononce souvent avec la plus facile légèreté, à peine peut-on dire qu'elle soit même dans l'enfance. Les démentis ne manquent pas aux prédictions, aussi bien à celles proclamées du haut des observatoires qu'à celles des gens moins éclairés et moins officiellement observateurs qui récoltent sur les mers ou dans nos nuits d'été leurs observations spontanées. En voici une pourtant qui semblerait devoir mettre d'accord ces deux sources inégales de renseignements : l'étude régulière du ciel d'une part, et de l'autre son observation quasi-involontaire.

Les marins et habitants des côtes ont depuis longtemps une grande foi dans la relation des variations atmosphériques avec les âges de la lune ; c'est un fait connu, mais on sait aussi que l'astronomie savante ne pouvant trouver dans la théorie aucun rapport entre des éléments sans analogie apparente, a toujours combattu cette croyance. Une communication récente faite à l'Association britannique pour l'avancement des sciences par M. Harrison, astronome anglais, paraîtrait devoir faire cesser plus ou moins prochainement ce dissentiment. Dans un mémoire intitulé : NOUVELLES PREUVES DE L'INFLUENCE DE LA LUNE SUR LA TEMPÉRATURE TERRESTRE, ce savant prétend établir : 1° que la température avant le premier quartier est plus basse que le second jour après ce premier quartier ; 2° que cette chute et cette élévation de température sont plus sensibles dans les mois d'hiver et au mois de mai ; 3° qu'il y

Nous pourrions ajouter de nombreux exemples à ceux qu'il rapporte.

Obs. I. — Mademoiselle L... va visiter son frère qui se trouvait dans un hôpital de Paris ; il était dans la période de desquammation d'une variole confluente. Quinze jours après, elle tombe malade. Éruption scarlatine bien prononcée, et quatre jours après, apparition de papules varioliques assez nombreuses à la face, plus rares sur le tronc et les membres. L'éruption variolique marche rapidement et tend à la dessiccation. La malade avait de belles cicatrices vaccinales.

Obs. II. — Madame B..., bien vaccinée, âgée de 35 ans, a été visiter, à la maison de santé, un malade près duquel se trouvait placé un varioleux. Huit jours après, elle est prise de fièvre ; elle éprouve des syncopes, douleurs dans les lombes et les membres. Variole discrète.

Obs. III. — Un de nos intimes amis, âgé de 38 ans, M. A..., va voir une personne malade à la Charité. Quinze jours après, il a de l'anorexie, de la tristesse ; la langue est jaune, et bientôt se développe une variole confluente dont il a conservé des traces profondes, bien qu'il ait été vacciné.

Obs. IV. — Madame C... se fait admettre à l'hôpital pour une affection très-légère ; elle n'y reste que trois jours. Au bout de quinze jours, elle a une variole discrète qu'elle communique à sa sœur. Celle-ci tombe malade huit jours après.

Obs. V. — Madame Re... (d'Arcueil) va, le 14 octobre 1854, voir sa sœur qui est malade à l'hôpital. Le 1er novembre, elle est prise de fièvre, de vomissements, de douleur lombaire. Elle est bien vaccinée et possède à chaque bras de magnifiques cicatrices. Elle a une éruption très-discrète ; mais bientôt les enfants d'un de ses voisins sont tous atteints de la maladie, qui, de là, s'étend dans tout le village, où elle règne pendant une année presque tout entière.

Obs. VI. — M. A. B. (de Chatenay) va conduire sa domestique, atteinte d'une fièvre typhoïde, à l'hôpital Cochin ; elle se trouve placée près d'un varioleux. Douze jours après, il est pris de douleur lombaire, fièvre, etc., et, trois jours plus tard, d'une varioloïde très-bénigne.

Nous ferons expressément remarquer que nous avons choisi ces faits dans des localités et à des époques où aucun cas de variole ne s'était montré.

Il nous serait très-facile de multiplier ces exemples, qui prouvent que le plus souvent c'est dans les hôpitaux de Paris qu'est puisé le principe de la plupart des épidémies de variole qui se manifestent dans ses environs. Il importe que les individus qui s'exposent à cette cause incessante, et en même temps à peine soupçonnée, soient prévenus du danger qu'ils peuvent courir. Il serait plus utile encore d'isoler, dans les établissements hospitaliers, les malades atteints de variole.

INCUBATION.

La détermination exacte du temps qui s'écoule entre le moment où le virus varioleux est introduit dans l'économie, et celui où il se manifeste par les symptômes généraux (la fièvre d'invasion et non l'éruption), constitue un problème aussi délicat qu'il est important à résoudre. Jusqu'ici les opinions sont loin d'être unanimes, et les documents sur lesquels elles reposent paraissent insuffisants.

Si l'on en croyait Jos. Franck, cette période de la maladie pourrait, dans certains cas, être supprimée : il dit que ses effets sont quelquefois rapides comme la foudre, en rapportant cette observation, que nous transcrivons surtout à cause de sa singularité.

Obs. — « L'épouse du comte Maximilien Litta, femme d'une très-grande beauté, me raconta, en 1801, qu'elle n'avait pas eu la variole. Lorsque je l'eus entendue, je la suppliai de se soumettre aussitôt à la vaccination. « Je » le ferai, me répondit-elle, lorsque j'aurai achevé le voyage que je vais » faire ces jours-ci. » Je l'avertis que, en ce moment, la variole faisait des ravages, que chaque minute était précieuse, et je lui envoyai le docteur di Carro, pour la vacciner. Cette femme obstinée partit pour Newstada, auprès de Vienne ; elle y visita une amie dont, par plaisanterie, elle mit le manteau. « Ne faites point cela, lui cria son amie, car je suis allée avec ce manteau » dans une maison où il y avait des personnes prises de variole. » La comtesse, effrayée par ces paroles, tomba aussitôt en lipothymie, suivie de symptômes du stade d'invasion de la variole. Dès le second jour, les varioles sortirent confluentes, et avant que je fusse arrivé auprès de la malade, la malheureuse victime avait rendu le dernier soupir. »

Il indique la durée de l'incubation comme variant du septième au quatorzième jour.

D'après Van Genns, cité par M. Bousquet (p. 41), la fièvre paraîtrait du huitième au neuvième jour après l'infection. Elle pourrait aller jusqu'au dixième jour, d'après Hoffmann. MM. Guersant et Blache la fixent à neuf jours.

M. Bousquet admet, en général, que le virus varioleux ne couve guère au delà de sept à huit jours. MM. Rilliet et Barthez concluent, d'expériences faites à l'hôpital, que la période d'incubation dure au moins trois ou quatre jours, et quarante-six jours au plus. Cette limite est tellement étendue qu'elle peut être considérée comme non avenue. Dans leur deuxième édition, ils paraissent avoir renoncé à la détermination de ce problème, et ils se sont bornés à dire que la durée de l'incubation était assez indéterminée (t. III, p. 6).

Pour bien déterminer la durée de l'incubation, il ne faut tenir compte que des individus qui ne vivent point au milieu des varioleux, et s'attacher exclusivement, comme le recommande M. Bousquet, à ceux qui traversent, pour ainsi dire, la contagion sans s'y arrêter. Les faits que nous avons déjà signalés, en traitant de l'influence nosocomiale nous paraissent bien remplir ces conditions : un individu sain quitte une localité où la variole ne règne point et n'a pas régné depuis longtemps ; il va passer quelque temps dans un hôpital auprès d'un parent, d'un ami atteint de la petite vérole, ou à côté duquel se trouve un varioleux ; il revient chez lui sans s'exposer à d'autres causes de contagion, puis tombe malade au bout d'un temps qu'il est facile de préciser. Évidemment ici, toutes les conditions du problème à résoudre se trouvent réunies. Voyons donc ce que nous apprennent ces faits.

Dans la première observation, après visite faite à un frère varioleux, la fièvre débute au bout de quinze jours, et après une éruption scarlatiniforme, les pustules varioliques paraissent. Dans la seconde et la cinquième observation, la fièvre se manifeste au bout de huit jours ; dans la troisième, la limite a été de quinze jours. C'est encore au bout de quinze jours (obs. IV) que nous voyons la variole éclater chez une jeune fille qui en avait puisé le germe dans un hôpital où elle n'avait passé que trois jours. Chez le sixième malade, apparition de la

---

a une réciprocité d'action entre les jours correspondants de l'axe de la lune ; ainsi pendant qu'on trouve, à Dublin et à Greenwich, que, pour vingt et une années consécutives d'observation, la température moyenne s'abaisse plus souvent au premier quartier qu'elle ne s'élève, cette température, au contraire, s'élève plus souvent qu'elle ne s'abaisse au dernier quartier ; de plus, les deux seules années où il y a eu, au premier quartier, abaissement de température, au lieu de l'élévation ordinaire, il y a eu au dernier quartier élévation au lieu d'abaissement ; cette réciprocité d'action est plus apparente encore lorsqu'on compare la nouvelle et la pleine lune. Sur les vingt et une années en question, il y a eu, pour treize années, abaissement après la nouvelle lune, et, pour treize années, élévation après la pleine lune ; et sur les huit cas où l'on trouve, au contraire, élévation au lieu d'abaissement à la nouvelle lune, il y a en huit fois, à la pleine lune, abaissement au lieu d'élévation. L'observation donne les mêmes résultats pour chaque mois lunaire considéré isolément. » Voilà pour faire méditer les astronomes.

M. Harrison est convaincu, en outre, qu'on doit accepter comme vrai le fait de la dispersion des nuages par l'action de la lune et qu'appuie le témoignage de Humboldt, de S. John Herschell, etc. Ce pouvoir de dissiper les nuages se manifesterait vers le quatrième ou cinquième jour après la nouvelle lune et continuerait à s'exercer jusqu'à ce que la lune se fût rapprochée du soleil de la même quantité du côté opposé. Ces aperçus ont une grande probabilité ; il est, en effet, très-naturel, remarque M. l'abbé Moigno, de rattacher la récurrence remarquable de l'abaissement de température avant le premier quartier à l'éclaircissement de l'atmosphère par la dispersion des nuages qui a lieu alors, et celle de l'élévation de température après le premier quartier à un état plus nuageux du ciel. Le travail de patiente observation de M. Harrison qui vient mettre en échec les opinions accréditées par Arago et justifier les croyances vulgaires, sera certainement l'objet d'un contrôle sérieux de la part de nos savants, et conduira, il y a lieu de l'espérer, à quelques résultats précieux pour l'agriculture et la navigation.

— L'Académie des sciences a été émue, dans ces derniers temps, par une de ces grandes questions scientifiques qui touchent aux bases mêmes, à la philosophie de la science. On se rappelle les communications faites l'an dernier par M. Dumas au sujet des intéressantes recherches qu'il poursuit sur la classification, suivant la méthode des familles naturelles, des radicaux de la chimie inorganique. Nous en avons, à l'époque même, entretenu nos lecteurs. Reprenant, pour la généraliser, une idée du docteur Prout, M. Dumas avait formulé devant l'Académie, les deux propositions suivantes : « La classification naturelle des corps non métalliques est fondée sur les caractères des composés qu'ils forment avec l'hydrogène, sur le rapport en volumes des deux éléments qui se combinent et sur leur mode de condensation. » (Le quart de l'équivalent en poids de l'hydrogène devient l'unité de ce nouveau système dans lequel tous les autres équivalents deviennent des multiples exacts de ce dernier.)

2° La classification naturelle des métaux, et en général celle des corps qui ne s'unissent pas à l'hydrogène, doit être fondée sur les caractères des composés qu'ils forment avec le chlore, corps doué d'une affinité très-nette pour les métaux et donnant avec eux les composés les plus nets et les plus vo-

fièvre douze jours après qu'il s'est exposé au foyer variolique, et trois jours après, développement de l'éruption.

Voici un fait d'un autre genre :

Obs. — « M. G..., âgée de 48 ans, présente aux deux bras des cicatrices vaccinales bien accusées ; elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une affection typhoïde de moyenne gravité. Aucun cas de variole ne régnait autour d'elle, dans le quartier qu'elle habitait à Montrouge.

» Le 3 novembre 1847, elle va à Versailles par le chemin de fer ; en face d'elle se trouvait un jeune homme à peine convalescent de la variole et dont la face était encore couverte de croûtes.

» Le 13 novembre, après un état de santé parfaite, elle est prise, après le dîner, d'un frisson suivi de fièvre et de vomissements ; céphalalgie légère.

» Le 16, l'éruption variolique apparaît, reste discrète, et vers la fin du mois, la guérison est complète. »

S'il était permis d'ajouter quelque importance aux faits que nous venons d'analyser, on serait fortement disposé à étendre de beaucoup la durée de l'incubation, et à placer l'explosion des symptômes dans la seconde huitaine après l'infection.

Je trouve la confirmation de ce que j'avance dans des exemples tout récents, tirés de la dernière épidémie que je viens d'observer.

Obs. I. — Madame Ch... a une varioloïde dont les pustules commencent à se dessécher le 9 octobre 1854.

Son mari présente les symptômes caractéristiques le 22, et le 25, l'éruption se manifeste, accompagnée d'accidents graves sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Une parente qui l'a soigné pendant sa maladie est prise de fièvre le 7 novembre suivant, et l'éruption papuleuse se montre le 10.

Obs. II. — M. Verg... a une variole grave dont les pustules se dessèchent le 16 novembre ; sa fille est prise de l'éruption variolique le 30.

Nous pourrions multiplier ces observations qui, si elles ont moins de valeur que les précédentes, prendront un certain degré d'importance de leur nombre considérable. Nous ne pouvons les rapporter toutes ici.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

SUR UNE MÉTHODE PARTICULIÈRE POUR GUÉRIR L'HYDROCÈLE SANS OPÉRATION CHIRURGICALE ; par J. E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La science possède déjà, pour le traitement de l'hydrocèle, un grand nombre de méthodes opératoires, et ce sujet, de sa nature, assez simple et borné, a d'ailleurs été tellement travaillé et rebattu qu'il peut aujourd'hui paraître en quelque sorte épuisé ; toutefois je viens faire connaître encore une méthode nouvelle tout à fait en dehors, ce me semble, des errements de la pratique ordinaire. C'est un emprunt fait aux sciences physico-chimiques, dont l'application a la chirurgie est une mine féconde pour la thérapeutique ; je leur dois déjà plusieurs innovations chirurgicales, notamment des méthodes nouvelles soit pour la cure de diverses tumeurs sanguines à l'aide d'injections coagulantes (voy. Bull. thérap., juillet 1848, et Gaz. Méd., 1848, p. 775), soit pour la guérison de certains anévrismes à l'aide de la galvanopuncture (voy. Gaz. Méd., 1846, p. 736) et sans opération sanglante (voy. l'ensemble de ces recherches dans ma Clinique chirurg. de l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1850, p. 68).

Voici sur quel ordre d'idées reposent le fait et les corollaires qui vont faire l'objet de cette communication ; en faisant mes expériences sur le traitement galvanique des anévrismes, j'avais été frappé d'un phénomène remarquable : je veux parler de l'action que la pile exerce non-seulement sur l'innervation, mais encore sur la circulation capillaire et les fonctions vitales de nos organes, au premier rang desquelles doivent figurer les fonctions sécrétoires par l'activité propre qu'elles reçoivent. En réfléchissant depuis aux conséquences thérapeutiques qu'on peut en tirer, j'avais cru entrevoir une série d'applications utiles pour l'art de guérir dans les cas de cette catégorie où il existe une perturbation fonctionnelle, sans lésions organiques. Il restait à établir cette conception sur une base scientifique et à en préparer rigoureusement la réalisation clinique.

Prenons les sécrétions pour sujet d'études, et pour but l'hydrocèle qui doit ici nous occuper. Il n'est personne qui ne connaisse l'influence du bain électrique sur la sécrétion cutanée. « Le phénomène le plus fréquemment observé dans ce mode d'électrisation est une *augmentation d'activité de la peau* et en particulier de la *transpiration*. » (Guérard, Dict. en 30 vol., XI, 236.) Il en est de même des autres sécrétions, comme le prouvent les travaux bien faits sur cette matière ; parmi eux les auteurs s'accordent à citer, « comme un modèle à suivre, » le détail des expériences de Mauduyt, consignées dans les *Mémoires* » de l'ancienne Société de médecine (t. II, III, IV et V) ; elles eurent » pour témoins une commission de cette Société et de l'Académie des » sciences auxquelles se joignit plusieurs fois Franklin, qui était alors » à Paris. » (Guérard, *ibid.*, p. 238.) Or nous voyons que Mauduyt obtint de beaux succès dans les cas où le mal consistait surtout dans un trouble des fonctions des appareils sécrétoires, et que notamment il réussit fort bien à rappeler la sécrétion menstruelle qui était supprimée. « L'électricité, écrit M. Guérard, a triomphé plusieurs fois » d'aménorrhées qui avaient résisté à tous les autres moyens. » (*Ibid.*, p. 240.) Le professeur Hallé, qui avait assisté, comme Franklin, à l'enquête de l'ancienne Société de médecine, n'est pas moins explicite quand il dit : « Les observations rapportées par M. Mauduyt annon- » cent, dans ce cas, des succès presque constants, quand d'autres cir- » constances ne s'y opposent pas. » (Dict. en 60 vol., XI, 306.) Je puis ajouter que la pratique de M. Gubian (de Lyon) a reproduit parmi nous des guérisons analogues. Voici un exemple non moins probant pour la membrane pituitaire. Monro était tellement sensible à l'action du galvanisme qu'il était pris d'épistaxis, aussitôt qu'ayant enfoncé très-doucement un barreau de zinc dans les fosses nasales, il le mettait en contact avec une armature appliquée sur la langue (Médic. extr., vol. I). Enfin, tout le monde connaît les expériences de M. de Humboldt sur les modifications que le galvanisme imprime aux sécrétions des plaies et à la qualité du pus.

Voilà pour les *sécrétions* ; voici maintenant pour l'*absorption*. Nous citerons comme exemple de l'influence que l'électricité exerce sur les

---

latils, circonstance importante pour la mesure des volumes des éléments et leur mode de condensation.

Tant que l'on s'en était tenu à étudier les composés oxygénés, on ne pouvait espérer élucider cette grave question de familles, qui est appelée à jeter un si grand jour sur le nombre et le mode d'existence des corps simples de la nature et leur identification avec les corps simples de la chimie. Les composés oxygénés sont fixes en général et ne pouvaient fournir de classification fondée sur l'état moléculaire : c'était une simple classification pratique, artificielle. Et cette qualification ne pouvait plus être contestée quand on eut montré que tous les métaux qui ont pu être rapprochés sans incertitude en familles naturelles (et il y en a 22 sur 42 aujourd'hui), se ressemblent par la manière d'être et les affections de leurs chlorures, ainsi que par la composition en volumes et le mode de condensation de ces composés. Il est facile de voir, en outre, que, pour la plupart, ces chlorures sont cristallisables ou donnent du moins naissance à des composés qui cristallisent, ce qui permet d'ajouter aux données précédentes toutes celles qui peuvent être empruntées aux lois de l'isomorphisme.

Or en rapprochant les résultats obtenus à leur égard de ceux que donne la comparaison de deux séries ou familles naturelles de radicaux de la chimie organique, tels que les ammoniums et les éthyliums, M. Dumas a trouvé entre les uns et les autres la plus profonde analogie.

« Les radicaux de la chimie minérale, de même que les radicaux de la chimie organique, étant rangés, quant au poids de leurs équivalents, sur une même droite, pour une même famille, se rangent sur des droites parallèles pour deux familles comparables, c'est-à-dire que si, dans la série organique, on passe d'un terme à l'autre par l'addition ou la soustraction des mêmes éléments, dans la série minérale on passe également d'un terme au prochain par la soustraction ou l'addition des mêmes quantités. »

Il y a donc lieu de rapprocher les deux chimies plus étroitement encore qu'on ne le fait aujourd'hui. En d'autres termes, l'indécomposition éternelle des corps réputés simples aujourd'hui devient un fait soumis au doute, quoique assurément on ne puisse nettement conclure de ces résultats que les corps simples soient, au fond, des corps composés. Il y a lieu, de l'avis même de M. Dumas, à conserver une réserve motivée sur une matière aussi délicate où l'expérience seule peut prononcer ; mais on peut avouer sans scrupule n'être pas convaincu que les corps simples des chimistes soient l'expression des dernières limites du pouvoir d'analyser que la science puisse prétendre connaître jamais.

Ces conclusions, prévues dès les premières communications de M. Dumas, n'ont pas été du goût de tout le monde. Dans un long et patient travail que M. Despretz était venu lire à l'Académie, abandonnant à cet effet pour un moment son fauteuil présidentiel, cet éminent physicien avait reproduit une série d'expériences desquelles résulte pour lui l'impossibilité d'admettre que les corps réputés simples soient aucunement décomposables. Traités par tous les agents dont la chimie dispose, par toutes les forces qu'elle puisse mettre en jeu, indifférence complète, telle a été leur réponse. Chaleur, lumière, électricité, actions chimiques, tout a été inutile : le nom de corps simples est donc encore bien justifié, les opinions de M. Dumas sont donc

phénomènes de ce genre, deux faits que Hallé et Nysten signalent parmi les expériences de Mauduyt et qu'ils intitulent *lait épanché*. « Les deux malades qui ont été électrisées pour suites de couche, qu'on attribue à un lait épanché, étaient spécialement affectées de douleurs rhumatismales *avec œdèmes* douloureux, qui se sont dissipées. » (DICT. EN 60 VOL., XI, 301.) Nous rapprocherons de ces œdèmes, que l'électricité a fait résoudre, des engorgements glandulaires qui lui ont cédé également; M. Philippeaux a publié récemment des observations d'adénites chroniques guéries par ce moyen; Hallé, insistant sur la nécessité de lui associer alors une médication interne, ajoute: « Nous avons vu un exemple dans les traitements mêmes qui ont été faits sous nos yeux chez M. Mauduyt, » et il rapporte à ce sujet l'observation d'un soldat qui, traité par l'électricité seule, vit disparaître en quelques semaines les tumeurs scrofuleuses dont il était atteint; mais elles recommencèrent un mois plus tard à paraître de nouveau, pour se dissiper ensuite sans retour par une nouvelle application du fluide électrique, auquel cette fois on adjoignit des amers et des antiscorbutiques, *qui seuls n'auraient pas pu opérer la résolution de ces tumeurs*. (Hallé, *ibid.*, XI, 303; Guérard, DICT. EN 30 VOL., XI, 239.)

Ainsi il est démontré que l'électricité exerce sur l'absorption, comme sur les sécrétions, une modification profonde, et de fait ces deux fonctions sont essentiellement corrélatives, et leur équilibre est nécessaire pour l'intégrité de l'état normal; mais si le fluide électrique a la puissance de déterminer une résorption aussi difficile que celle de tumeurs dures et compactes, comme les engorgements glandulaires qui se composent de corps solides, *à fortiori* doit-il être capable de faire résoudre de simples tumeurs hydropiques, sans altération organique, et uniquement formées d'éléments liquides; c'est là une conséquence rigoureuse; et si quelque chose étonne, c'est que de pareils faits ne soient pas aujourd'hui vulgaires dans la pratique de l'art.

Or parmi toutes les hydropisies, la plus simple, la plus accessible, celle où l'on a le moins à redouter des accidents quelconques, c'est sans contredit l'hydrocèle qui est extérieure, visible, palpable, et où le pire qui puisse arriver, c'est de laisser le mal dans le même état. Ces pensées me préoccupaient depuis longtemps; et mes occupations et une série d'autres travaux commencés avaient pu seuls m'empêcher de les mettre à exécution, lorsque je fus consulté en 1857 par un négociant qui portait une hydrocèle volumineuse du côté gauche. La maladie était déjà ancienne, et l'on ne pouvait lui assigner d'autres causes que le genre même de vie du consultant, qui voyageait beaucoup pour son commerce. C'était un homme d'environ 45 ans, d'un tempérament lymphatique, jouissant d'ailleurs d'une assez bonne santé. Il demandait qu'on le guérit sans opération, et ne voulait entendre parler, ni de séton, ni d'injection, ni de ponction simple. Il savait que je m'étais beaucoup occupé d'électricité médicale; et nous convînmes qu'il serait soumis à l'emploi de ce moyen, après avoir préalablement subi un traitement interne par des motifs que je développerai plus loin.

Ici se présentaient de sérieuses difficultés d'exécution : et d'abord, fal'ait-il choisir l'électricité, le galvanisme ou la faradisation? Devais-je donner la préférence à la machine électrique, à la pile voltaïque, ou aux appareils à courants d'induction? Enfin, quel était le meilleur mode opératoire? On le voit, méthode, instruments et procédé constituaient trois problèmes à résoudre. Je cherchai vainement des lumières à cet égard dans les ouvrages les plus récents sur la matière, et en particulier dans le remarquable traité de M. Duchenne (de Boulogne) *sur l'électrisation localisée*. Bien que ce livre soit consacré aux applications de l'électricité à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique, l'auteur ne traite nullement de l'ordre d'idées qui nous occupe, les recherches de ce genre lui paraissent étrangères, et, de même que la plupart des expérimentateurs modernes, il s'est borné à peu près exclusivement à la pathologie de l'appareil musculaire et à quelques désordres de l'innervation, etc. Ce n'était pas là ce que nous cherchions.

On peut dire que, dans l'espèce, les trois méthodes pourraient sans doute réussir; les deux premières surtout ont déjà fait leurs preuves, comme je l'ai démontré; c'est entre elles que j'avais à choisir, et j'optai pour le galvanisme comme ayant une action plus constante, plus énergique, plus continue et plus facile à manœuvrer.

Par des motifs analogues, je donnai la préférence à la pile; nous nous servions d'une pile de Bunsen que nous avions sous la main.

Restait la question du manuel opératoire : la première idée qui se présentera peut-être à plus d'un lecteur, c'est que je devais procéder comme je l'avais fait en 1845 pour les anévrismes, où j'implantais deux à quatre aiguilles dans l'intérieur du sac; mais c'eût été une faute de ma part, car ce n'était pas le contenu qu'il fallait avoir spécialement en vue, mais le contenant; et en effet, le fluide électrique aurait alors agi surtout sur le liquide vaginal et eût pu sans doute le décomposer, mais sans procurer la guérison. C'était l'organe producteur bien plus que le produit de sécrétion qu'il importait de modifier, et l'on avait à suivre ici une marche différente.

L'indication essentielle était de porter l'action électrique sur la tunique vaginale pour stimuler sa vitalité et rétablir l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion, en provoquant la résorption du fluide épanché; c'est ce qu'on obtient par une excitation médiate en agissant sur la peau du scrotum mise en contact avec les pôles de la pile.

C'est ainsi que fut traité mon malade; les deux pôles d'une pile de Bunsen furent appliqués, l'un sur la base, l'autre sur le sommet de l'hydrocèle; la séance dura environ une demi-heure; outre l'impression douloureuse qu'on ne peut guère éviter dans ces cas, notre opéré éprouva la sensation toute particulière d'un mouvement vermiculaire, d'une agitation intime, comme si le liquide se fût mis à couler et à remonter vers le ventre. La tumeur semblait avoir un peu diminué; on le mit au lit où il demeura jusqu'au lendemain; et alors, à notre grande surprise, son hydrocèle avait disparu. On lui appliqua un suspensoir modérément compressif; il continua le traitement interne, et, quelques jours après, il fut purgé. Je le vis encore par intervalle pendant un mois : la guérison ne s'était pas démentie; et je tiens à constater qu'il ne survint d'ailleurs aucun accident.

Il arrivera sans doute des cas moins heureux où il faudra une deuxième ou une troisième séance d'électrisation.

Il est à craindre aussi qu'on ait des rechutes, et alors il faudrait modifier le procédé opératoire pour qu'il devînt curatif; c'est un problème à résoudre; je crois même en avoir déjà trouvé la solution;

---

plutôt de vaines et gracieuses théories que les enseignements de la vérité. C'est à cette opposition qu'est venu répondre le savant et hardi mémoire que nous analysons ici.

Etudions les magnifiques conceptions de Lavoisier, dit M. Dumas, nous y reconnaîtrons ce qu'il a entendu, ce que nous entendons tous ici par cette expression de corps simples.

Un corps est simple, ou radical non décomposable se reconnaît à ces trois signes :

1° Qu'il résiste aux forces physiques;

2° Qu'il résiste aux forces chimiques;

3° Qu'il est apte à se combiner sans perdre de son poids avec les corps simples ou radicaux déjà connus.

On peut affirmer dès lors que toute recherche tendant à reconnaître si les radicaux ou corps simples ainsi définis résistent à l'application de forces chimiques et surtout à celle des forces physiques, est sans objet, puisqu'on est convenu de ne les appeler simples qu'autant qu'ils jouissent de ces propriétés. Il n'est pas plus nécessaire d'apprendre aux chimistes que les corps qu'ils ne peuvent pas décomposer ne se décomposent pas, qu'il ne le serait de leur apprendre que les corps composés se décomposent; ce sont deux vérités du même ordre. Les chimistes ont poussé, en effet, l'analyse aussi loin que le permettait la puissance des forces dont ils disposent, ou l'énergie des réactions dont les formules leur sont connues. Ils ont fait mieux encore, car ils ont ramené par cette analyse, tous les corps de la nature à se réduire à certains corps métalliques ou non métalliques, montrant par des caractères communs incontestables et par une affinité mutuelle énergique qu'ils sont tous des radicaux du même ordre.

Lorsque, dans cette situation, il apparaît une raison de douter que ces radicaux soient des corps simples et que la chimie ait dit son dernier mot à leur sujet, faut-il recommencer cette suite de démonstrations parfaitement acquises qui prouvent qu'on n'a pas pu jusqu'ici les décomposer? Les manipulations infinies des laboratoires de la science et de l'industrie depuis un siècle, n'ont pu laisser sur ce sujet aucun nuage dans les esprits. Il n'est pas question de revenir sur le passé; ce qu'il nous lègue, tout le monde le tient pour vrai et pour suffisamment prouvé. Ce qu'il importe, c'est d'envisager l'avenir et de voir s'il est possible de faire un pas de plus, et accessoirement de se demander si ce pas est rationnel, si l'on ne court pas risque de se lancer dans le vide, dans une nuit absolue.

Ce n'est pas nous assurément qui oserons trancher un doute de cet ordre et émettre une opinion entre des autorités aussi élevées. Reproduisant les conclusions de M. Dumas, hornons-nous à y reconnaître l'esprit éminemment philosophique de l'un des auteurs de la belle formule de la statique des corps organisés.

Après avoir formulé derechef ses propositions de classification des trois règnes de la nature en familles naturelles, et rappelé les analogies de leurs caractères, M. Dumas ajoute :

« Mais les radicaux de la chimie minérale diffèrent des radicaux de la chimie organique, en ce sens que s'ils sont composés, ils jouissent du moins d'une stabilité telle que les forces connues sont incapables d'en opérer la dé-

mais, comme je n'en ai pas encore la démonstration clinique, j'attendrai jusque-là pour en faire part.

J'ai parlé plus haut de la nécessité d'un traitement interne ; je m'appuie à cet égard sur l'étude des crises et des accidents qui peuvent suivre les répercussions et les métastases; accideots qu'une médication préparatoire est destinée à prévenir. Hallé, qui avait concouru aux expériences de Mauduyt, professait que les traitements électriques n'obtenaient de succès complets et durables qu'autant qu'ils avaient pour auxiliaires des traitements internes; il citait à ce sujet l'observation du soldat dont nous avons parlé précédemment. Les auteurs du DICTIONNAIRE DE MEDECINE ont répété aussi que les traitements galvaniques devaient être secondés par une médication interne (Guérard, *loc. cit.*, XI, 239) ; ce qui prouve une fois de plus combien est précieuse et indispensable l'alliance de la médecine à la chirurgie. A l'appui de cette doctrine, on peut remarquer, dans les observations recueillies par les anciens, que la disparition brusque d'une fluxion, la résorption rapide d'un dépôt ou d'épanchements divers, sont fréquemment suivies de complications plus ou moins graves, de fievres, d'éruptions à la peau, etc.; chez le malade dont il s'agit, comme antérieurement il avait été pris d'une affection eczémateuse à la suite d'une émotion vive, un traitement préventif me semblait indiqué plus impérieusement encore. Je le mis dooc au régime et à l'usage de la liqueur de Fowler et d'uno tisane dépurative de saponaire et de chicorée amère. L'opération galvanique eut lieu au bout d'un mois, et les suites en furent simples et heureuses, grâce non-seulement au procédé opératoire mis en usage, mais encore à la médication préparatoire, aiosi qu'à la purgation qui fut administrée quelques jours après la guérison de l'hydrocele.

Notre opération telle qu'elle est présente, ce semble, une certaine importance, non-seulement par la valeur qu'elle a en elle-même, mais encore par l'extension qu'elle peut recevoir, et parce qu'eu réalité elle ouvre une voie nouvelle; c'est surtout comme innovation susceptible d'une grande généralisation que nous devons y attacher quelque prix. Qu'il me soit permis, pour conserver la priorité de l'idée, de signaler rapidement ici quelques-unes des applications qu'il est possible d'entrevoir : nombre d'*hydropisies simples* (c'est là un point capital sur lequel j'appelle l'attention) pourront y trouver un moyen efficace de traitement; ainsi *certaines ascites* pourront être traitées et guéries de la sorte, si l'électricité est convenablement administrée, et qu'il n'y ait pas d'ailleurs de complication organique. Quelques *hydropisies enkystées de l'ovaire* seront encore de nature à être attaquées par cette méthode. Il sera rationnel, si l'on procède selon les règles de l'art, de compter sur les réussites quand il s'agira spécialement de modifier la vitalité des organes sécrétoires et de rétablir l'harmonie entre l'exhalation et l'absorption.

Indiquons encore d'autres applications. En ophthalmologie, il y aura espoir de triompher ainsi de certaines *hydropisies de l'œil*, et en particulier de l'hydrophthalmie qui ne dépendra pas d'une dégénérescence anatomique. En médecine, il sera permis de demander à cette méthode la cure de certaines *hydro-péricardes*; on a osé pratiquer des injections iodées jusque dans les enveloppes du cœur; une main habile et expérimentée pourra leur appliquer l'électricité sans accident et avec profit.

Bornons-nous à ces quelques exemples; on comprendra le reste sans qu'il soit besoin d'insister davantage. La méthode d'ailleurs, fût-elle bornée à l'hydrocèle seule (ce qui n'est pas), constituerait encore une conquête qui ne serait pas certainement à dédaigoer.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Les numéros du 4 juillet au 31 décembre 1857 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Deux cas d'ablation de la mâchoire inférieure*; par M. Pettigrew. 2° *Rupture de l'utérus pendant le travail*; par M. Gramshaw. 3° *Ablation du cuboïde*; par M. Edwards. 4° *Peau bronzée, avec altération des capsules surrénales*; par M. Cotton. 5° *Existence du mercure dans le foie des ouvriers miroitiers*; par M. Burton. 6° *Ablation sous-cutanée des corps étrangers mobiles de l'article du genou*; par M. Square. 7° *Nouvelle méthode pour apprécier les influences météorologiques de la vie humaine*; par M. Morris. 8° *Remarques sur l'anatomie des capsules surrénales*; par M. Hirschfeld. 9° *Cancer du foie*; par M. Budd. 10° *Effets secondaires des blessures par armes à feu*; par M. Marston. 11° *Fracture de l'humérus par action musculaire*; par M. Smith. 12° *Des rapports de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec les maladies de l'aorte et de ses branches*; par M. Kirkes. 13° *Resection du genou*; par M. Price. 14° *Luxation des vertèbres cervicales*; par M. Williams. 15° *Cas de mort par l'amylène*; par M. Snow. 16° *Expectoration de membranes hydatiques*; par M. Leared. 17° *Le gonflement du thymus peut-il causer la mort subite des enfants?* par M. Pretty. 18° *Opération d'adhérences vicieuses de la paupière*; par M. Warton Jones. 19° *Mortalité à Londres pendant l'été dernier*; par M. Fox. 20° *Transmission héréditaire des tumeurs cancéreuses ou autres*; par M. Paget. 21° *Paralysie progressive*; par M. Rose. 22° *Blessure de l'artère poplitée*; par M. Wordsworth. 23° *Blessures et maladies des doigts*; par le même. 24° *Mode de vision après l'opération de la cataracte d'un seul côté*; par M. Graefe. 25° *Urines chyleuses*; par M. Elliotson. 26° *Responsabilité dans l'administration du chloroforme*; par M. James. 27° *De la position la plus naturelle de la femme pendant le travail*; par M. Righy. 28° *Trois cas de trachéotomie*; par M. Dehenham. 29° *Enfoncement des os du crâne chez un enfant de 6 mois*; par M. Gay. 30° *Perfectionnements de l'amputation pratiquée pour les ankyloses des jointures*; par M. Quain. 31° *Trois cas d'affections intestinales*; par M. Jones. 32° *Congrès des naturalistes à Bonn*; par M. Laurence. 33° *Statistique des affections du système nerveux dans les Indes*; par M. Gordon. 34° *Pupille artificielle*; par M. Walton. 35° *Paralysie faciale avec pleuropneumonie*; par M. Goodwin. 36° *Note sur l'invasion du choléra à West-Ham*; par M. Snow. 37° *Hydropysie de l'amnios*; par M. Evans. 38° *Examen d'un cadavre trouvé près du pont de Waterloo*; par M. Taylor. 39° *Identité du choléra anglais et asiatique*; par M. Lindsay. 40° *Trois cas d'anévrismes thoraciques*; par M. Soltan. 41° *Nouvel in-*

---

composition; toutefois cette analogie, qui se révèle entre les radicaux de la chimie minérale et ceux de la chimie organique, autorise certainement à se demander si les premiers comme les seconds, ne sont pas des corps composés. Il est nécessaire d'ajouter enfin qu'elle ne donne aucune lumière sur les moyens d'opérer leur décomposition, et que si celle-ci se réalise jamais, ce sera par l'emploi de forces ou de réactions que nous ne soupçonnons même pas. »

GIRAUD-TEULON.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, sont institués agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Paris et attachés en cette qualité, à dater du 1er janvier 1859, à la section de physique, de chimie et de toxicologie :

M. Riche (Jean-Baptiste-Léopold-Alfred) ;

M. Bouis (Dominique-François-Raymond-Jules).

Conformément à l'art. 34 du statut du 19 août 1857, cette décision ne sera définitive qu'après l'expiration du délai de dix jours accordé aux concurrents pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours.

— Par arrêté en date du 30 décembre 1858, M. Lemaistre, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. Raymondeau, nommé professeur adjoint de pathologie interne à ladite École.

— On lit dans le TÉLÉGRAPHE DE BRUXELLES :

« Un journal anglais donne le moyen suivant de guérir le croup :

» Un grand nombre d'enfants atteints de la maladie du croup sont en ce moment portés à l'usine à gaz de Preston, où on leur fait respirer les exhalaisons de la chaux des épurateurs; on prétend que beaucoup ont été guéris par ce remède bien simple.

» Nous savons de bonne source que l'administration du gaz de notre ville se fera un plaisir de mettre ses épurateurs à la disposition des personnes qui se présenteraient. »

— Un accident dont on n'avait encore guère vu d'exemple est raconté ainsi par la GAZETTE D'AUGSBOURG :

« Le docteur Causé (de Mayence) exerçait la médecine et la chirurgie à Büdesheim, d'où il rayonnait dans le duché de Nassau. Durant sa dernière tournée, il voulut fumer un cigare. En frottant l'allumette, il fit jaillir une assez grande quantité de phosphore sur l'un de ses doigts. La douleur produite par ce phosphore devint bientôt si vive que le chirurgien, qui avait sa trousse sur lui, coupa la partie lésée et fit saigner son doigt autant que possible. Ce remède n'ayant pas suffi, M. Causé se vit forcé de retourner à Büdesheim, où il se fit couper entièrement le doigt. Mais cette douloureuse opération fut à son tour insuffisante, et à Bingen l'amputation du bras fut jugée nécessaire. Ce nouvel et dernier sacrifice n'empêcha pas M. Causé de succomber au bout de quelques heures. On se demande maintenant s'il faut s'en prendre au phosphore, ou à quelque virus caché dans les instruments dont on s'est servi pour provoquer une guérison qui a fait défaut. »

strument pour comprimer l'œil pendant l'opération de la cataracte; par M. Salomon. 42° *Mortalité de la métropole pendant le printemps dernier*; par M. Fox. 43° *Gastrite aiguë et chronique*; par M. Moore. 44° *Effets thérapeutiques du galvanisme*; par M. Grantham. 45° *Pleurésie diaphragmatique*; par M. Stone. 46° *Abcès du foie guéri par ouverture à travers les parois abdominales*; par M. Graham. 47° *Excision d'une carie de l'astragale*; par M. Statham. 48° *De l'action du cœur*; par M. Pavy. 49° *Avortement criminel*; par M. Hinds. 50° *Fausses membranes du pharynx dans la scarlatine*; par M. Moore. 51° *Traitement de la pleuropneumonie*; par M. Habershon. 52° *Récidive d'une tumeur fibroïde*; par M. Handwich. 53° *Luxation verticale de la rotule*; par M. Wilson. 54° *Péritonite par perforation*; par M. Moore. 55° *Tympan artificiel*; par M. Yearsley. 56° *Administration de l'huile de foie de morue en capsules*; par M. Wells. 57° *Diagnostic différentiel de la larygite aiguë et du spasme laryngien des femmes hystériques*; par M. Jenner. 58° *Observations sur le cas de Stafford*; par M. Griffin. 59° *Du coup de soleil*; par M. Beatson. 60° *Hémorrhagie après l'accouchement, avec inertie utérine*; par M. Pretty. 61° *Emploi du kamela comme anthelmintique*; par M. Leared. 62° *Aphorismes sur quelques affections de l'œil*; par M. Wilde. 63° *Circulation sanguine et fonction du ventricule droit*; par M. Shaptor. 64° *Traitement des paralysies par l'électricité*; par M. Althaus.

EXISTENCE DU MERCURE DANS LE FOIE DES OUVRIERS MIROITIERS; par M. BURTON.

L'auteur relate une intéressante observation de M. Gorup Besanez.

OBS. — Un homme, après avoir travaillé pendant seize ans dans une manufacture de glaces, fut atteint d'hydrargyrie, et mourut après une maladie d'une année entière.

Pendant cet espace de temps, il avait été complétement soustrait à l'influence du mercure. Cependant l'analyse chimique démontra la présence de ce métal dans le tissu hépatique.

On conçoit toute l'importance d'un fait semblable au point de vue médico-légal.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS PAR ACTION MUSCULAIRE; par M. SMITH.

OBS. — M. Smith fut appelé pour voir un jeune homme qui avait une lésion du bras. Il le trouva dans son lit; l'épaule et la partie supérieure du bras étaient considérablement gonflées. Les douleurs étaient si vives que, ne pouvant bien connaître la nature de la lésion, M. Smith endormit le patient et put alors constater une fracture du col chirurgical de l'humérus.

Vingt heures auparavant, se promenant sur le bord de la Tamise, ce jeune homme lança de toutes ses forces dans le fleuve une pierre du poids de 2 onces environ. Au moment où la pierre s'échappait de sa main et que le bras était tendu, il éprouva une subite douleur, et le membre retomba inerte.

C'était donc bien un cas de fracture par cause musculaire; cependant ce jeune homme jouissait d'une santé parfaite, était doué d'une puissance musculaire remarquable; il n'avait jamais été affecté de syphilis ni d'affection du système nerveux; il n'avait jamais eu de douleurs dans les membres.

CAS DE MORT PAR L'AMYLÈNE; par M. SNOW.

OBS. — M. Hawkins devait enlever une petite tumeur épithéliale sur le dos d'un tailleur âgé de 24 ans, d'une robuste constitution, à qui on avait déjà enlevé, à diverses reprises, trois tumeurs semblables avec l'aide du chloroforme.

Au bout de trois minutes, le malade fut endormi facilement et complétement. An moment où on voulut retourner le malade pour l'opérer, il se débattit, et on lui administra une nouvelle dose de l'anesthésique.

Dès lors il commença à pâlir, sa respiration devint entrecoupée, son pouls faible, et malgré tous les moyens mis en usage, il expira.

On perça même le cœur avec des aiguilles pour réveiller ses contractions par le passage d'un courant électrique.

DE LA POSITION NATURELLE DE LA FEMME QUI ACCOUCHE; par M. RIGBY.

Les observations ont dû porter principalement sur des primipares, accouchant en secret ou surprises par les douleurs de l'enfantement.

Sur 100 cas recueillis par M. Cobeu, 50 fois la position ne fut pas celle que les femmes prennent habituellement; 30 fois la femme était debout; 18 fois elle était accroupie ou assise; 2 fois elle était agenouillée.

Un autre relevé recueilli à Berlin présente une proportion un peu plus grande des femmes accouchant debout.

Les femmes des Hébreux accouchaient sur des tabourets.

D'après Deventer et d'autres auteurs, la position assise fut la plus usitée chez les peuples civilisés des siècles derniers, et on voyait fréquemment des fauteuils pour le travail.

Suivant Smellie, dans certaines parties reculées de l'Angleterre, les femmes accouchent sur des tabourets demi-circulaires. Dans d'autres endroits, elles sont placées sur les genoux d'une femme vigoureuse; ailleurs elles se mettent à genoux sur un large coussin, et on les délivre par derrière.

Actuellement, en Angleterre, c'est le décubitus dorsal qui a prévalu.

En Écosse, on accouche indifféremment dans la posture assise ou couchée, et les auteurs ont alternativement conseillé l'une ou l'autre.

M. White (de Manchester) pense que la position est de peu d'importance dans la première partie du travail; mais lorsque l'enfant est sur le point de sortir, il veut qu'on fasse coucher la femme sur le dos pour pratiquer plus facilement et plus expéditivement les manœuvres obstétricales, comme la délivrance, par exemple.

M. Tolver a observé qu'à Bruxelles, où le fauteuil de Deventer est mis en usage, les déchirures de la fourchette et du périnée sont très-fréquentes.

D'après White, une jeune femme de bonne santé, abandonnée à son instinct, se couchera dans les derniers moments de la parturition.

Le professeur Nægelé a fait à ce sujet une expérience intéressante. Une fille sur le point d'accoucher, et qui, par son extrême simplicité, semblait être un excellent sujet d'expérimentation, fut placée dans une chambre séparée, où on avait placé des chaises, un lit, un sofa et un fauteuil de travail. On ne lui donna aucune indication. Après avoir changé plusieurs fois de position, elle se mit au lit en ressentant les dernières douleurs; et enfin, au moment de l'expulsion de la tête, elle se coucha sur le côté gauche.

C'est la position dite anglaise et que Boer introduisit à Vienne.

GUÉRISON D'UNE HYDROCÈLE PAR DES FROTTEMENTS EXERCÉS SUR LA TUNIQUE VAGINALE.

OBS. — Un mécanicien de 59 ans, d'une bonne santé, affecté d'ulcères variqueux, avait en même temps une hydrocèle contenant environ une pinte et demie de liquide.

M. Blakman lui fit la ponction, puis frotta la tunique vaginale pendant quelques secondes, sans grande douleur pour le patient.

Quelques heures après, le scrotum était gonflé, rouge, douloureux. On lui fit, au lit, des applications froides et opiacées.

Au bout de quelques jours, la guérison était complète.

Le frottement fut vraisemblablement exercé au moyen de l'extrémité de la canule.

LUXATION DE LA HANCHE SURVENANT DANS LE COURS D'UN RHUMATISME AIGU.

OBS. — Un enfant de 6 ans, d'une bonne constitution, était atteint d'un rhumatisme aigu depuis quatre mois; plusieurs grandes jointures furent atteintes.

Un abcès de la hanche gauche fut ouvert, et l'enfant se rétablit rapidement.

Plus tard, on s'aperçut avec étonnement que le membre de ce côté était plus court que l'autre et qu'il présentait tous les signes d'une luxation du fémur dans la fosse iliaque; on ne savait à quelle époque elle s'était produite.

M. Cock, dans le service duquel il fut placé, l'endormit avec le chloroforme et fit de vains efforts de réduction.

La position du membre pendant le rhumatisme n'a pas été notée, mais il est fort probable que la cuisse était dans une forte adduction.

NOUVEL INSTRUMENT POUR COMPRIMER L'ŒIL PENDANT QU'ON PRATIQUE L'EXTRACTION DE LA CATARACTE; par M. SALOMON.

Ce petit instrument est destiné à favoriser l'issue du cristallin en exerçant sur le globe oculaire une compression plus commode.

Il se compose d'une petite cupule d'un métal léger d'argent, par exemple, et devant jouer le rôle d'un dé à coudre; cette cupule est découpée en quatre petites branches élastiques pour s'adapter au médius de la main droite. Du centre de la convexité de cette cupule part une tige courbée d'un demi-pouce de longueur, terminée par un bouton de forme ovalaire, et transversalement dirigé.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

COMMUNICATION SUR UN CAS DE CONCRÉTION INTESTINALE (ENTÉROLITHE) TROUVÉE DANS LE CADAVRE D'UN CHEVAL; par M. JULES CLOQUET.

Le bezoard que M. Cloquet présente a l'Académie pèse 680 grammes; il est oblong; il a pour noyau une de ces grosses aiguilles dites *passe-lacet*. Ce corps étranger est recouvert de couches calcaires formées par du phosphate ammoniaco-magnésien. Plusieurs de ces couches sont séparées entre elles par d'autres couches d'un gris verdâtre, formées par un feutrage de fibres ligneuses qui ont résisté à la digestion.

Ce calcul sera déposé dans le musée anatomique de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

SUR UNE NOUVELLE FONCTION DU PLACENTA; par M. CLAUDE BERNARD.

L'objet de ma communication est d'établir anatomiquement et physiologiquement que, parmi ses usages, qui sont sans doute divers et multiples, le placenta est destiné pendant les premiers temps du développement fœtal à accomplir la fonction glycogénique du foie, avant que celui-ci ait acquis chez le fœtus le développement et la structure qui lui permettent plus tard de fonctionner.

J'ai été pendant très-longtemps détourné du but auquel ont abouti mes recherches, parce que je faisais mes expériences sur les placentas multiples des ruminants qu'on se procure le plus facilement dans les abattoirs de Paris. Pendant plusieurs années, j'ai fait infructueusement des observations multipliées sur des veaux et des moutons pris à tous les âges de la vie intra-utérine, et il me fut impossible de trouver jamais aucune partie du placenta de ces animaux qui contînt de la matière glycogène. Malgré ces premiers insuccès si complets, j'eus cependant recours par la suite aux placentas des lapins, des cochons d'Inde, etc.

Or je trouvai qu'il y avait dans le placenta de ces animaux une substance blanchâtre formée par des cellules épithéliales ou glandulaires agglomérées. Je constatai de plus que ces cellules, comme celles du foie de l'animal adulte, étaient remplies de matière glycogène. Cette masse de cellules glycogéniques m'a semblé être située principalement entre la portion maternelle et la portion fœtale du placenta, et après s'être développée elle m'a paru s'atrophier à mesure que le fœtus approche du moment de sa naissance. J'avais ainsi reconnu que le placenta des lapins et des cochons d'Inde est formé de deux portions ayant des fonctions distinctes : l'une vasculaire et permanente jusqu'à la naissance, l'autre glandulaire préparant la matière glycogène, et ayant une durée plus restreinte.

Cependant il me restait toujours les observations négatives faites en si grand nombre sur les ruminants, expériences négatives qui étaient pour moi tout aussi indubitables que celles dans lesquelles j'avais obtenu des résultats positifs.

En reprenant ces recherches, je suis arrivé à constater une disposition remarquable qu'on n'aurait certainement pas pu prévoir, c'est que chez les ruminants, tandis que la portion vasculaire du placenta, représenté par les cotylédons multiples, accompagne l'allantoïde et s'étale à sa face externe, la portion glandulaire du placenta s'en sépare et se développe sur la face interne de l'amnios. D'où il résulte que si, chez les rongeurs et les autres animaux à placenta simple, on trouve les parties vasculaire et glandulaire du placenta mélangées, on voit au contraire chez les ruminants les portions vasculaire et glandulaire de cet organe se développer séparément sur des membranes distinctes, et pouvoir par conséquent être observées chacune isolément dans leur évolution respective. Grâce à cette disposition anatomique, nous pourrons prouver clairement que la portion vasculaire du placenta persiste et s'accroît jusqu'à la naissance, tandis que nous verrons sa portion glycogénique attachée à l'amnios grandir dans les premiers temps de la gestation et atteindre, vers le troisième ou quatrième mois (1) de la vie intra-utérine, son summum de développement, puis disparaître peu à peu en passant par des formes variées d'atrophie et de dégénérescence; de telle sorte qu'à la naissance du mammifère il n'existera plus de traces de cette portion hépatique temporaire du placenta. Mais il faut encore ajouter, pour achever de caractériser ces organes, que pendant tout le temps que s'accroît et fonctionne le placenta hépatique de l'amnios, on voit le foie du fœtus ne posséder encore ni sa structure ni ses fonctions, et que c'est précisément au moment où le foie est développé et que ces cellules ayant acquis leur forme définitive commencent à sécréter la matière glycogène, que l'organe hépatique de l'amnios tend à disparaître.

Les plaques hépatiques de l'amnios chez les ruminants apparaissent dès les premiers temps de la vie embryonnaire. Elles se développent peu à peu sur la face interne de l'amnios, en recouvrant d'abord le cordon ombilical jusqu'au point où une ligne bien nette sépare la peau de l'amnios. Ensuite ces plaques, qui sur la portion de membrane qui revêt le cordon affectent plus particulièrement la forme de villosités, s'étendent sur les autres portions de l'amnios à mesure que les vaisseaux sanguins qui les accompagnent se développent eux-mêmes. Elles augmentent peu à peu de volume; formées d'abord d'une matière transparente, elles deviennent plus tard plus opaques, surtout vers leurs bords, qui se relèvent un peu et les font parfois ressembler pour l'aspect à des plaques de lichen. Elles ont d'ailleurs des formes aplaties ou filiformes très-variées, et se confondent quelquefois les unes avec les autres de manière à devenir confluentes. Dans leur entier développement les plaques offrent une épaisseur qui peut aller quelquefois à 3 ou 4 millimètres; celles qui sont filiformes présentent souvent une plus grande longueur et sont parfois renflées en forme de massue à leur extrémité. Plus tard ces plaques hépatiques de l'amnios cessent de se développer. Dans certains points elles deviennent jaunâtres, d'apparence graisseuse; dans d'autres endroits elles tombent et flottent dans le liquide amniotique et laissent d'abord sur la membrane des espèces de cicatrices qui disparaissent ensuite complétement.

On peut constater, avec la plus grande facilité, la présence de la matière glycogène dans les plaques hépatiques de l'amnios à toutes les périodes de leur développement. Dès qu'elles apparaissent, il est facile de reconnaître cette matière sous le microscope à l'aide de l'iode. Lorsque les plaques sont complétement développées, on peut en retirer la matière glycogène en grande quantité et étudier ses caractères. Pour l'obtenir facilement, le procédé consistera à tremper la membrane amnios dans de l'eau bouillante, ce qui permettra de détacher facilement les plaques, afin de les broyer dans un mortier et d'en extraire la matière par l'ébullition, absolument comme pour la matière glycogène du foie. Quant à ses caractères, on peut dire que la matière glycogène des plaques amniotiques offre l'identité la plus parfaite avec la matière glycogène du foie. Elle se dissout dans l'eau en lui donnant un aspect laiteux, est précipitable par l'alcool et par l'acide acétique cristallisable. L'iode lui donne une couleur rouge vineuse intense qui disparaît par la chaleur et réapparaît par le refroidissement. Cette coloration par l'iode de la matière glycogène des plaques amniotiques a lieu, non-seulement lorsque la matière a été extraite des cellules par l'ébullition, mais elle s'observe aussi sur les cellules mêmes de l'organe, ainsi que nous le verrons bientôt. Comme la matière glycogène du foie, la matière des plaques amniotiques se change en dextrine et en sucre fermentescible (glycose) avec la plus grande facilité sous l'influence des ferments diastatiques animaux et végétaux, et par l'action de l'ébullition avec les acides énergiques.

Lorsqu'on étudie la structure et le développement histologique des plaques hépatiques du fœtus, on suit très-nettement la formation des cellules glycogènes ainsi que le développement de la matière dans leur intérieur.

La membrane amnios, chez le veau, semble être au début dépourvue d'épithélium bien caractérisé, et on trouve son tissu constitué surtout par des fibres de tissu élastique avec des noyaux contenus dans des réseaux de cellules d'apparence fusiforme. Au moment même de l'apparition des plaques, on aperçoit au microscope, sur la face interne de l'amnios, et d'abord sur la partie de cette membrane qui revêt le cordon ombilical, des sortes de taches formées par des cellules épithéliales, puis au centre de cette tache se voient des groupes de cellules glandulaires d'abord en très-petit nombre, et même il arrive qu'on voit la plaque tout à fait à son début et n'être formée encore que par une ou deux cellules glandulaires. On distingue très-facilement les cellules glandulaires ou glycogéniques d'avec les cellules épithéliales qui les accompagnent, d'abord par leur forme et ensuite par leur réaction avec l'iode. En effet, lorsqu'on ajoute à une papille ou à une plaque amniotique, sur le porte-objet du microscope, un peu de teinture d'iode acidulée avec l'acide acétique, on voit bientôt les cellules glycogéniques prendre une couleur rouge vineuse, tandis que les cellules épithéliales restent incolores ou deviennent légèrement jaunes. Peu à peu, par le développement, les groupes de cellules glycogènes augmentent et prennent la forme de papilles, particulièrement sur la partie de la membrane qui revêt le cordon. Examinées au microscope, ces papilles sont constituées par des cellules glycogéniques recouvertes par un épithélium. Lorsqu'on ajoute de la teinture d'iode acidulée, on voit les cellules glycogéniques des papilles se colorer en rouge vineux, surtout à leur base qui se sépare nettement du tissu environnant. Les plaques hépatiques sont composées des mêmes éléments que les papilles : toutefois il est difficile de savoir si dans leur agglomération elles doivent être considérées comme des papilles soudées ou comme ayant un autre mode d'accroissement. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'on les voit s'étendre par leur circonférence qui offre des cellules glycogènes très-bien développées, tandis que dans le centre, ces cellules paraissent quelquefois être à un degré de développement moins avancé.

Lorsqu'on brise les plaques ou les cellules et qu'on en sépare mécaniquement les éléments histologiques, on obtient des cellules isolées pourvues d'un noyau et parfois d'un nucléole, et contenant une substance granuleuse. La substance granuleuse se colore en rouge vineux par la teinture d'iode acidulée; le noyau, dont le volume m'a semblé susceptible de varier avec les réactifs, ne prend pas toujours la même coloration par l'iode. Les cellules des plaques hépatiques de l'amnios offrent d'ailleurs une grande analogie de forme et de réaction avec les cellules du foie en état de fonction.

En effet, on peut isoler les cellules des plaques amniotiques et celles du foie, en laissant macérer pendant quelque temps une petite portion du tissu de ces organes dans une solution alcoolique concentrée de potasse caustique. On voit alors que le contenu des deux ordres de cellules reste insoluble dans ce réactif et tombe au fond de la liqueur sous forme d'une matière blanchâtre qui offre sous le microscope, soit la forme primitive des cellules conservées, soit des granulations amorphes. Lorsque alors, sous le microscope, on sature

(1) Je ne puis donner ici ces limites que d'une manière approximative, en raison de l'impossibilité où l'on est de connaître l'âge des veaux que l'on se procure dans les abattoirs.

l'excès de potasse par l'acide acétique cristallisable et qu'on ajoute ensuite de la teinture d'iode, on voit la couleur rouge vineuse apparaître, et même avec plus d'intensité que si l'on agissait sur les cellules fraîches.

Lorsque les plaques hépatiques de l'amnios commencent à jaunir, à tomber, à se résorber ou à dégénérer en matière grasse, on aperçoit des changements dans leur structure microscopique. Les cellules glandulaires perdent en général, d'abord leur noyau en même temps que la matière glycogène, de sorte qu'en traitant sous le microscope un fragment de ces plaques altérées avec la teinture d'iode acidulée, on voit un mélange de cellules, dont les unes se sont colorées en rouge vineux, tandis que d'autres sont restées incolores. On constate, en outre, que les cellules qui sont restées incolores sont dépourvues de noyau et de contenu granuleux. On aperçoit même quelquefois un passage entre ces deux états extrêmes, c'est-à-dire qu'on voit des cellules dans lesquelles le noyau et la matière granuleuse sont presque disparus et chez lesquelles la couleur rouge vineuse est à peine perceptible.

Un peu plus tard, lorsque les plaques de l'amnios ne forment plus que des cicatrices, on trouve seulement des cellules aplaties, toutes dépourvues de noyaux et dans lesquelles il est impossible de constater la moindre trace de matière glycogène. Ces cellules finissent plus tard par disparaître ellesmêmes. Lorsque les plaques, au lieu de tomber et disparaître, dégénèrent en matières graisseuses, on constate au microscope la présence de la matière grasse, en même temps qu'on voit mélangés avec elle de très-beaux cristaux tétraédriques, qui offrent les caractères des cristaux d'oxalate de chaux, en ce sens qu'ils sont insolubles dans l'eau et dans l'acide acétique. Il est inutile d'ajouter qu'il y a alors absence complète de matière glycogène dans ces plaques hépatiques dégénérées.

Si maintenant nous examinons, parallèlement à l'évolution des plaques hépatiques de l'amnios, l'organisation et le développement de texture du foie du fœtus, nous serons frappés du rapport constant et inverse qu'on observe entre le développement des cellules du foie et celui des cellules des plaques hépatiques.

Dans les premiers temps de la vie embryonnaire (1), lorsque les plaques amniotiques sont bien remplies de matière glycogène, on constate que le foie du fœtus très-mou est seulement constitué par des cellules embryonnaires, arrondies ou fusiformes, se dissolvant dans la solution alcoolique de potasse, ne colorant pas par l'iode et n'ayant aucun des caractères des cellules glycogéniques. A cette époque le tissu du foie ne donne pas les moindres traces de matière glycogène.

A la fin de leur période d'accroissement, lorsque les cellules glycogènes des plaques amniotiques commencent à disparaître on à dégénérer, on trouve dans le foie du fœtus des cellules ayant acquis leur forme définitive de cellules du foie, renfermant un ou plusieurs noyaux avec un contenu granuleux, ne se dissolvant pas dans la solution alcoolique de potasse et prenant la couleur rouge vineuse par l'iode, après qu'on a saturé l'alcali par l'acide acétique. C'est à cette époque que l'on commence à pouvoir retirer du tissu du foie du fœtus, qui est devenu plus ferme, de la matière glycogène tout à fait semblable à celle que produit le foie adulte. Plus tard encore, lorsque les plaques sont complétement disparues ou qu'elles sont entièrement dégénérées en matière grasse et que le fœtus est près de l'époque de sa naissance, on trouve que le tissu du foie, devenu aussi résistant que chez l'animal adulte, est constitué par des éléments anatomiques qui tous ont pris leur forme définitive; toutes les cellules du foie sont alors remplies de matière glycogène, et à cette époque on peut retirer du foie du fœtus de la matière glycogène en aussi grande abondance que chez l'animal adulte le mieux nourri.

En résumé, de tous les faits contenus dans ce travail, je crois qu'on peut tirer les conséquences qui suivent:

1° Il existe dans le placenta des mammifères (2) une fonction qui jusqu'alors était restée inconnue et qui paraît suppléer la fonction glycogénique du foie pendant les premiers temps de la vie embryonnaire. Cette fonction est localisée dans un élément anatomique glandulaire ou épithélial du placenta qui, dans certains animaux, se trouve mélangé avec la portion vasculaire de cet organe, et qui chez les ruminants se présente séparé, de manière à former sur l'amnios des plaques d'apparence épithéliale que tout le monde avait sans doute pu voir, mais dont on avait ignoré jusqu'ici la signification.

2° Cet organe hépatique temporaire du placenta, en permettant d'étudier directement dans un élément anatomique isolé la production de la matière glycogène, confirme et complète par un exemple nouveau ce que j'ai dit depuis longtemps, que la formation de la matière amylacée glycogène est une faculté commune au règne animal et au règne végétal. Les observations contenues dans ce travail nous fournissent encore des analogies nouvelles, puisque nous voyons la matière amylacée glycogène s'accumuler autour de l'embryon animal, de même que chez les plantes elle s'accumule dans les graines autour de l'embryon végétal.

(1) Dès le début de la vie embryonnaire sur des embryons de veaux de 2 à 3 centimètres de long, je n'ai pas pu apercevoir encore les plaques de l'amnios. Peut-être alors trouverait-on des cellules glycogènes dans la vésicule ombilicale.

(2) Dans les oiseaux (poulet), j'ai constaté, avant le développement des cellules glycogènes du foie, l'existence de cellules glycogènes qui se développent dans les parois du sac vitellin; mais n'ayant pu suivre encore complétement leurs évolutions, je traiterai ce sujet dans une autre communication, me bornant aujourd'hui à parler des mammifères.

3° La fonction glycogénique chez les animaux commmence donc dès le début de la vie fœtale, et avant que l'organe dans lequel cette fonction est localisée chez l'adulte, soit développé. Mais alors elle est localisée dans un organe temporaire, appartenant aux annexes du fœtus.

4° Tout ce qui a été dit dans ce travail se rapporte uniquement à la fonction glycogénique du foie; mais actuellement il s'agirait d'examiner si la fonction biliaire que le foie possède chez l'adulte est également accomplie par l'organe hépatique placentaire que nous avons décrit. La question doit être posée en ces termes, à savoir: si les mêmes cellules glandulaires sont chargées des deux fonctions qui dès lors seraient solidaires et connexes, ou bien si, au contraire, le foie ne doit pas plutôt être considéré comme un organe complexe, dans lequel se trouveraient mélangés des éléments anatomiques distincts et destinés les uns à la formation de la matière amylacée, les autres à la formation biliaire. Cette question, qui jusqu'ici n'a pu être résolue par les anatomistes, malgré les travaux histologiques nombreux dont le foie a été l'objet, me paraît susceptible d'être éclairée et même décidée par les recherches physiologiques faites d'une part sur le développement embryonnaire de la fonction, et d'autre part sur les animaux inférieurs. J'ai entrepris à ce sujet des recherches dont je rendrai compte à l'Académie aussitôt qu'elles seront terminées.

DES CORPS GLUCOGÉNIQUES DANS LA MEMBRANE OMBILICALE DES OISEAUX; par M. SERRES.

La communication si importante de M. Bernard sur la fonction glucogénique du placenta a dissipé les doutes que m'avait fait naître, dans l'embryogénie des oiseaux, l'usage des petits corps glanduleux que l'on observe sur la surface de la membrane ombilicale du poulet en voie de formation.

On sait que dans le cours du deuxième et du troisième jour de l'incubation, il se développe sur l'aire opaque du champ du poulet une membrane composée de vaisseaux capillaires si nombreux, que toute sa surface en est entièrement recouverte.

Ces vaisseaux débutent vers la vingtième heure de l'incubation, par l'apparition de petites cellules qui deviennent les points sanguins de Wolff. Sans communication d'abord les unes avec les autres, ces cellules se couvrent, vers la vingt-quatrième heure, de vaisseaux capillaires extrêmement déliés; elles forment alors des îles sanguines, isolées encore, mais se réunissant de la trentième à la quarantième heure, de manière à former le plus beau réseau capillaire que l'on puisse voir dans l'organisme des animaux. Ces faits sont connus.

Mais, ce qui ne l'est pas, ce sont de petits corps glanduleux interposés entre les îles sanguines, et disséminés sur toute la surface de la membrane ombilicale. On les voit au microscope, dès la vingt-cinquième et trentième heure de l'incubation. Leur couleur blanchâtre les fait distinguer des îles sanguines qui sont d'une couleur rougeâtre. A la trente-cinquième heure, ils deviennent d'une couleur jaune clair, et le volume qu'ils ont acquis permet de les distinguer plus facilement.

C'est à cette période si importante du dévelobppement du poulet que je les ai fait représenter dans les ARCHIVES DU MUSÉUM. Sur l'embryon qui a servi à dessiner cette figure, leur nombre s'élevait au delà de 500. Ils étaient disséminés, non-seulement sur l'aire opaque de la membrane ombilicale, mais encore sur la presque totalité du champ transparent, dans lequel ils étaient plus saillants, par la raison qu'à cette période la lame vasculaire de la membrane germinative, encore nuageuse, n'est pas sillonnée par les vaisseaux capillaires qui vont s'y former plus tard. Du troisième au sixième jour, leur volume continue de croître, mais la plénitude des artères et des veines les cache en partie.

Ainsi que je l'ai déjà dit, la nature de ces petits corps, de même que leur usage, m'étaient entièrement inconnus. Mais en entendant la démonstration si claire et si précise que vient de donner M. Bernard, des cellules ou des glandes glucogéniques du placenta, je ne mets plus en doute que ces corps n'en soient les analogues dans la classe des oiseaux; classe dans laquelle le placenta est représenté par la membrane ombilicale, d'une part, et de l'autre, par l'allantoïde.

Si l'analogie de ces corps est justifiée, ne pourrait-on pas dire qu'il existe chez les oiseaux un organe hépatique diffus, ou un foie transitoire analogue à celui dont M. Bernard vient de démontrer l'existence dans le placenta des ruminants?

En sommettant ces observations à notre collègue, je ferai remarquer que celles qu'il a présentées sur l'action tardive du foie ordinaire chez les ruminants, sont parfaitement justifiées chez les oiseaux. Quoique, dans cette classe, le foie apparaisse comme un double diverticule du canal intestinal, sur la fin du troisième jour, néanmoins le système vasculaire de la veine porte qui lui correspond ne se développe que beaucoup plus tard; d'après la lenteur de formation de la structure de cet organe, ce n'est guère que vers le onzième ou le douzième jour de la formation du poulet qu'il serait en mesure d'entrer en action. Or c'est précisément l'époque à laquelle disparaît la membrane ombilicale ou la branchie hépatique du poulet, qui est remplacée par l'allantoïde, sur la surface de laquelle on ne voit pas de glandes glucogéniques.

Relativement à l'embryogénie générale, une des conséquences de la découverte de M. Bernard est d'établir, comme il l'a fait, que, dans le cours de la vie embryonnaire, il existe deux organes glucogéniques, l'un transitoire, résidant dans le placenta, l'autre permanent, qui est l'organe hépatique. Il prouve, de cette manière, la glucogénie continue du sang pendant la durée de la vie utérine.

Appliquée au développement normal de l'embryon, cette vue est très-juste; mais, dans l'état anormal, quand un embryon dégradé se développe sans organe hépatique et avec un placenta quelquefois si rudimentaire qu'il égale à peine la centième partie du placenta ordinaire, comment s'établit alors la fonction glucogénique? On a compris qu'il s'agit ici du développement des acéphales.

On sait que, chez ces êtres anormaux qui, par leur fréquence, constituent la plus grande partie des monstruosités par défaut, on sait, disons-nous, qu'ils sont tous privés de foie, de cœur et de tête, et que leur placenta est extrêmement réduit dans ses dimensions. Dans cet état leur existence ne saurait être comprise, si la nature ne suppléait à cette imperfection placentaire. Or elle y supplée en transformant l'enveloppe tégumentaire de l'acéphale en des vastes poches remplies d'un liquide séro-albumineux, et dont les parois sont recouvertes par un réseau de vaisseaux capillaires artériels et veineux; vaisseaux communiquant par des troncs particuliers avec le système sanguin général du corps. En outre de cette disposition si favorable pour suppléer à l'imperfection de la respiration placentaire, l'intérieur de ces poches est tapissé par une membrane de nature séreuse, au-dessous de laquelle se trouvent des corps jaunâtres arrondis et quelquefois formant de petites plaques par leur réunion : ces corps ne seraient-ils pas des glandes glucogéniques? Sur un acéphale dont j'ai fait figurer les dessins dans le travail qui paraîtra incessamment dans le XXVe volume des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE, les poches sus-scapulaires contenaient chacune plus de 80 de ces corps; les poches scapulaires postérieures en contenaient chacune de 30 à 40, et les sinus axillaires en avaient de 15 à 20; les poches dorsales et inguinales en renfermaient également, mais en nombre bien moindre.

Il est inutile d'ajouter qu'avant la communication que nous venons d'entendre, j'ignorais entièrement la nature et l'usage de ces corps.

Telles sont les observations que je désirais soumettre à l'appréciation de notre collègue M. Beroard.

—M. WANNER adresse une note concernant une méthode de traitement pour l'angine couenneuse, méthode dont il avait déjà, dit-il, constaté l'efficacité lorsqu'il la soumit, il y a environ quatre ans, au jugement de l'Académie de médecine, et dont il a depuis cette époque continué à être satisfait. Revenant sur une communication qu'il avait faite à la précédente séance, il annonce qu'un examen plus attentif des productions développées à la surface d'une fausse membrane détachée de l'arrière-gorge d'un enfant malade, ne sont point, comme il l'avait supposé, de nature végétale. Sa note contient en outre l'indication de ce qu'il a observé récemment en examinant au microscope des plaques de Peyer, détachées de l'intestin d'un sujet qui avait succombé à une fièvre typhoïde. (Commissaires : MM. Serres, Montagne.)

LETTRE SUR LA QUESTION DES GÉNÉRATIONS SPONTANÉES, adressée à M. MILNE EDWARDS; par M. LACAZE-DUTHIERS.

Jules Haime, dont le nom est bien connu de l'Académie, avait, lui aussi, voulu répéter les expériences célèbres sur la génération spontanée. En étudiant les infusoires, il avait trouvé, fait curieux, que ces microzoaires se métamorphosent comme tant d'autres animaux, et il avait été conduit par là à rechercher si réellement les êtres prennent naissance, oui ou non, spontanément. Car le fait qu'il découvrait lui montrait une origine jusque-là inconnue, d'une forme d'un même individu que l'on aurait pu croire issu d'un développement spontané.

Voici les expériences de M. Haime :

Il avait rempli d'eau à moitié à peu près un très-grand ballon, dans lequel il avait placé de la viande et des légumes ordinaires et variés, toutes substances qui lui avaient d'abord fourni des infusions riches en organismes animaux et végétaux; puis il avait bouché avec un excellent bouchon à analyse et des mastics bien choisis. Du bouchon partaient trois tubes de verre, deux très-courbes, un vertical; celui-ci servait de soupape de sûreté quand on mettait l'appareil en expérience. Quant aux deux autres, ils s'unissaient à deux séries semblables de tubes en U et de boules de Liebig, disposées comme le font les chimistes pour les analyses délicates. Des fragments de pierre ponce, imprégnés d'acide phosphorique, d'acide sulfurique, de potasse, de chaux, ou bien ces réactifs liquides, étaient placés dans ces tubes et dans ces boules, et les positions respectives des réactifs étaient telles, que le ballon placé au milieu ne pouvait recevoir d'acide. Quand le tube vertical était bouché, une aspiration produite par l'écoulement d'un liquide d'un petit tonneau déterminait un courant d'air qui traversait successivement : 1° dans les boules de Liebig, de l'acide phosphorique, de l'acide sulfurique, de la potasse, de la chaux; dans les tubes en U, de l'acide phosphorique, de l'acide sulfurique, de la potasse, de la chaux; 2° le ballon; 3° de la potasse, de la chaux, de l'acide phosphorique et de l'acide sulfurique, dans les tubes en U; encore les mêmes réactifs liquides dans les boules de Liebig; 4° enfin le tonneau.

Dans ces conditions l'air arrivait au ballon très-probablement dépouillé de matières organiques, et l'inclinaison des tubes courbés portés par le bouchon, comme la lenteur du courant d'air, ne permettaient guère de supposer que la chaux ou la potasse pussent être entraînées dans l'infusion.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES DENTS ET DES MACHOIRES; lettre de M. JOLY.

Commissaires désignés pour l'examen du mémoire de M. Natalis Guillot sur le même sujet : MM. Flourens, Coste, J. Cloquet.)

Le rapport sur les récents travaux de M. Natalis Guillot, relatifs au développement des dents et des mâchoires, a ramené l'attention de l'auteur sur plusieurs pièces anatomiques qu'il a déposées dans les collections de la Faculté des sciences de Toulouse, pièces tout à fait confirmatives des vues émises par M. Natalis Guillot. Il saisit l'occasion qui se présente pour faire connaître à l'Académie ces curieux spécimens.

DES OS INTERMAXILLAIRES DANS L'ESPÈCE HUMAINE; par M. LARCHER.

(Commissaires : MM. Serres, Flourens, Geoffroy-Saint-Hilaire.)

Le 6 décembre 1858, j'ai présenté un cas de *rhinocéphalie* caractérisé surtout par l'excessive dimension en tous sens, et par le relief de l'os vomer, lequel porte avec lui et en avant de lui les deux os *intermaxillaires* avec les alvéoles des dents incisives. Ici, dans des conditions anormales, il est vrai, la présence des os intermaxillaires dans l'espèce humaine est parfaitement démontrée; cependant M. Em. Rousseau sonmettait, le 20 du même mois, à l'Académie de nouvelles recherches, desquelles il semblait résulter que l'os intermaxillaire existe chez tous les mammifères, chez tous les singes, même chez les orangs-outangs, et qu'il n'y a absolument que l'homme qui n'en offre pas de traces.

Cette assertion, ce me semble, est ruinée d'avance par le fait anomal de rhinocéphalie que j'ai présenté; mais il s'en faut que les faits exceptionnels soient seuls appelés à témoigner de l'existence des intermaxillaires chez l'homme. Les os intermaxillaires existent tout aussi bien chez l'homme que chez les autres mammifères; seulement, chez le premier, c'est dans la période embryonnaire, c'est pendant la vie fœtale ou intra-utérine qu'il faut les étudier. L'os incisif, comme l'a dit Béclard, se réunit si promptement au reste du maxillaire supérieur, qu'il est rare et difficile de le trouver isolé. Il forme les alvéoles qui renferment les dents incisives, et l'épine nasale antérieure. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur ce sujet à l'hospice de la Maternité, en 1826 et 1827, et celles que j'ai pu faire depuis, ne laissent aucun doute à cet égard, et j'ai plusieurs fois constaté chez des fœtus humains l'existence des os intermaxillaires, soit dans des conditions anormales, soit à l'état physiologique.

MÉMOIRE SUR LES CAUSES DES AFFECTIONS DE LA CORNÉE DITES KÉRATITES; par M. le docteur CASTORANI.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Nous croyons : 1° que les diverses affections de la cornée réunies sous la dénomination générale de *kératite* suppurative, sont produites par la pénétration dans la cornée des sécrétions anormales de la conjonctive, non-seulement lorsque l'inflammation de cette membrane est primitive, mais encore quand elle est consécutive à celle des autres membranes de l'œil : cette pénétration a pour effet de ramollir la cornée et en même temps de la rendre opaque; 2° que lorsque la cornée est vasculaire, les vaisseaux n'en altèrent pas les tissus; mais, au contraire, le ramollissement et l'opacité, quand ils existent, sont toujours l'effet de l'imbibition; 3° que l'ulcère de la cornée est occasionné par le frottement des paupières et par l'écoulement des sécrétions anormales et des larmes sur la partie de la membrane devenue molle et opaque.

Pour nous en assurer, nous avons irrité sur un lapin la conjonctive oculo-palpébrale au moyen d'une pince à torsion, et nous avons obtenu une sécrétion abondante. La cornée, après trois jours environ, ne brillait presque plus, étant devenue trouble comme un miroir terni par le souffle; la conjonctive oculo-palpébrale était rouge et sécrétait abondamment; les paupières étaient tuméfiées et à demi fermées. Après sept à huit jours, la cornée devenait plus ou moins opaque et blanche; les paupières étaient unies ensemble par le muco-pus desséché, pendant que la conjonctive était plus rouge et la sécrétion plus abondante. Dans ce moment, nous avons attiré l'œil en dehors, afin de l'isoler de tout contact avec les paupières et avec les liquides, et nous l'avons tenu exposé à l'air. La cornée, après une heure environ, reprenait toute sa transparence par le fait de l'évaporation.

Nous ne nous sommes pas arrêté à ce résultat; mais nous avons voulu confirmer cette première expérience plusieurs fois répétée par une autre plus concluante encore. A cette fin, nous avons fait tomber sur la cornée diverses substances colorantes, et cette membrane, après une heure environ, se colorait en rouge, en jaune, en bleu, en violet, en noir, suivant le liquide employé.

Ayant observé que la conjonctive était plus humide sur l'endroit où elle avait été irritée, nous avons cherché à produire l'opacité sur tous les points de la cornée, afin de reconnaître ceux qui se prêtent plus facilement à ce travail d'ambition. Dans ce but, nous avons irrité la conjonctive en haut, en bas, en dedans et en dehors, et constamment l'opacité suivait de plus ou moins près l'irritation produite sur la conjonctive, et les points opaques de la cornée correspondaient exactement aux points irrités de la conjonctive. En dehors cependant, la cornée offrait une opacité légère, parce qu'elle est peu recouverte par les paupières et que les liquides ne peuvent pas y séjourner. Enfin nous avons coupé les paupières de telle sorte, qu'elles ne recouvraient plus le bord de la cornée que sous la forme de deux demi-cercles, et, dans ce cas, cette membrane présentait une opacité presque complétement circulaire. Dès que nous exposions l'œil à l'air, la cornée reprenait sa transparence.

Quant aux membranes internes, après les avoir irritées, la conjonctive se vascularisait, suivant les degrés d'inflammation de ces membranes, de telle sorte que la cornée se présentait tantôt opaque, tantôt trouble, tandis que quelquefois elle conservait sa transparence. Mais si nous faisions cesser

tout contact de l'œil avec les paupières et avec les liquides, la cornée reprenait son état normal.

La cornée était-elle opaque et vasculaire, nous produisions un exophthalmos artificiel, et l'opacité disparaissait de la manière que nous avons indiquée. Nous ferons observer que l'opacité de la cornée a presque toujours précédé la formation des vaisseaux, et que les points vascularisés étaient aussi opaques; seulement les vaisseaux masquaient l'opacité.

La cornée, comme on le sait, offre une grande analogie avec le cristallin dans sa transparence, dans sa composition chimique, dans ses fonctions, et dans le rapport qu'elle a avec l'humeur aqueuse. Ces analogies nous ont suggéré l'idée que si l'on déchirait la face postérieure de la cornée, peut-être cette membrane deviendrait-elle opaque en peu de temps, comme cela arrive pour le cristallin lorsqu'on ouvre la capsule, et que si l'on pratiquait la même opération sur la face antérieure de la cornée, cette membrane ne présenterait qu'une opacité légère ou nulle à cause du défaut de liquide et de l'évaporation. Voilà notre hypothèse, les expériences l'ont confirmée.

Comme nous avions remarqué un rapport intime entre les sécrétions analogues de la conjonctive, l'opacité de la cornée et l'évaporation de liquides, nous avons pensé que si on laissait un animal les yeux fermés pendant un temps plus ou moins long, peut-être les sécrétions naturelles de la conjonctive s'accumuleraient-elles par défaut d'évaporation, et qu'alors la cornée deviendrait opaque. En effet, ayant condamné plusieurs lapins à l'occlusion des paupières pendant quinze à vingt jours et même davantage, nous avons observé que la cornée se présentait tantôt trouble, tantôt opaque, et quelquefois perforée, de sorte qu'il existait une hernie de l'iris, et que les sécrétions de la conjonctive étaient accumulées en grande quantité.

Quand la cornée est blanche, opaque et épaisse, elle est encore molle. C'est le ramollissement de cette membrane qui sert de base à la formation de l'ulcère; car le frottement des paupières et l'écoulement des liquides peuvent alors enlever les parties les plus molles et les plus superficielles de la cornée. Dans ce cas, l'ulcère n'est qu'une *abrasion* de la cornée.

Chez l'homme, les faits qu'on observe dans les affections dites kératites sont tout à fait en harmonie avec nos principes, de sorte que nous avons cru nécessaire d'exposer une nouvelle nomenclature.

Le traitement doit être dirigé contre les affections qui occasionnent les sécrétions anormales de la conjonctive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemoine, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Château Chinon, en 1858 (Comm. des épid.);

2° Un rapport de M. le docteur Dimbarre, sur le service médical des eaux minérales de Cauterets (Hautes-Pyrénées), pendant l'année 1858 (Comm. des eaux minérales).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une note dans laquelle M. le docteur Guyot, de Tromarey (Haute-Saône) réclame la priorité de l'idée-mère de l'anesthésie faradique, qu'il a indiquée pour la première fois, il y a deux ans, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences (Comm. nommée);

2° Un travail de M. le docteur Pétrequin (de Lyon), intitulé : MÉTHODE PARTICULIÈRE POUR GUÉRIR L'HYDROCÈLE PRESQUE EXTEMPORANÉMENT ET SANS OPÉRATION (Voir plus haut) (Comm. : MM. Gavarret et Jobert);

3° Un travail de M. le docteur Pons, de Bez (Hérault), intitulé : ÉTUDES SUR LES APHORISMES D'HIPPOCRATE, 5e section;

4° Un mémoire sur l'influence de la vaccine sur la variole, et sur l'opportunité des vaccinations et des revaccinations pendant les épidémies varioliques, par M. le docteur Chevance, de Vassy (Haute-Marne) (Commission de vaccine);

5° Une note sur le traitement médical et préventif du croup, par M. Loiseau (de Montmartre) (Comm. MM. Blache, Nélaton, Trousseau).

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que la commission des épidémies a émis le vœu qu'une médaille d'argent soit décernée à M. Ragaine pour son rapport sur une épidémie de dyssenterie qui, arrivé tardivement à l'Académie, n'a pu être mentionné dans le rapport général des prix.

Cette proposition est soumise à l'approbation de l'Académie, qui l'adopte après quelques explications échangées entre MM. Desportes et Trousseau.

RAPPORT.

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes nouveaux, donne lecture d'une réponse adressée par cette commission à M. le ministre, relativement à une demande faite par MM. Laharraque et Ce, à l'effet d'obtenir la délivrance d'une copie du rapport adopté par l'Académie dans sa séance du 24 février 1857, et portant approbation de la formule de l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux.

La commission conclut qu'il n'y a pas lieu de délivrer cette copie, évidemment réclamée pour livrer à la publicité un rapport préparé pour l'Académie et destiné à elle seule.

L'Académie adopte.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubage de la glotte et de la trachéotomie.

La parole est à M. Bouvier.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA TRACHÉOTOMIE.

M. BOUVIER : Messieurs, il y a dans le dernier discours de mon honorable collègue M. Malgaigne des parties auxquelles, pour toute réponse, j'appliquerai ces paroles de Cicéron : « Il est bien difficile aux esprits naturellement plaisants et railleurs d'avoir égard aux personnes et aux circonstances, et de retenir un trait facétieux lorsqu'il se présente à eux. »

Après ce court exorde, M. Bouvier, entrant en matière, déclare qu'il est heureux d'abord de constater que, sur un point, sur le chiffre brut de la statistique de l'hôpital des Enfants, le différend est à peu près terminé. En effet, de la discussion des divers chiffres donnés par les statistiques de cet hôpital, il résulte que le nombre des guérisons de croup obtenues par la trachéotomie, dans cet hôpital, est, de l'avis même de M. Malgaigne, de 24 à 25 sur 100 malades, au lieu de 26 à 27, proportion indiquée par MM. Roger et Sée. Cette différence importe peu.

M. Malgaigne a fait à cette statistique un grave reproche : suivant lui, ce sont les cas de croup opérés sans nécessité qui grossissent le chiffre des guérisons; on n'a pas les mêmes succès en ville, dit-il, *parce qu'on n'y a pas ses coudées franches*, parce qu'on n'y est pas libre d'opérer des croups qui n'en ont pas besoin; si on a plus de guérisons à l'hôpital des Enfants depuis 1850, cela ne dépend pas des perfectionnements du traitement consécutif, c'est parce que M. Trousseau y a apporté l'idée d'opérer sans traitement préalable, dès que l'existence du croup est constatée, en un mot l'idée de l'opération prématurée.

M. Bouvier réfute l'argument de M. Malgaigne, et démontre par les témoignages écrits des chefs de service et des internes qui se sont succédé à l'hôpital des Enfants de 1850 à 1852 : MM. Blache, Bouley, Labrique, Beauvais, Sainet, Gondoin, Dufour, Becquet, Caillault, Archambault, Axenfeld, Duchanssoy et Moynier, M. Bouvier démontre, par ce faisceau de témoignages, que pendant le séjour de M. Trousseau à l'hôpital des Enfants, la trachéotomie n'a jamais été pratiquée prématurément, mais à une époque où déjà les moyens ordinaires de traitement avaient échoué, et où la mort était devenue imminente par un commencement d'asphyxie.

Tels étaient à cette époque l'enseignement et la pratique de M. Trousseau, parfaitement conformes du reste, quoi qu'en dise M. Malgaigne, à l'enseignement et à la pratique des autres chefs de service de l'hôpital des Enfants. Tous les internes se sont religieusement conformés à l'enseignement de leurs maîtres, sauf un seul, Letixerant, qui en théorie, sinon en pratique, avait des idées et des allures plus hardies que celles de ses maîtres et de ses collègues. Toute l'argumentation de M. Malgaigne repose sur la thèse de Letixerant, laquelle ne représente ni les doctrines ni les pratiques de l'hôpital, mais les opinions exceptionnelles et personnelles de l'auteur.

Ne croyez pas, d'ailleurs, poursuit M. Bouvier, qu'il fût alors aussi facile que M. Malgaigne veut bien le dire, de pratiquer à notre hôpital des trachéotomies prématurées. L'administration avait pris de sages mesures en ne permettant à l'interne de garde d'opérer qu'après avoir pris l'avis de ses collègues présents, et après avoir averti le directeur qui consultait les familles elles-mêmes toutes les fois que cela se pouvait.

M. Malgaigne a prétendu que dans les observations de Letixerant, on en trouvait 16 dans lesquelles l'opération avait été faite, quoiqu'il y eût à peine une légère dyspnée.

A peine une légère dyspnée! Si je n'avais pas écrit ces mots sous la dictée de M. Malgaigne, je n'y croirais pas.

M. MALGAIGNE : C'est une erreur formelle, je ne les ai pas dits.

M. BOUVIER : Je m'étonne que j'aie pu me méprendre, mais du moment que M. Malgaigne l'affirme, je m'incline.

L'orateur passant rapidement en revue les 16 observations incriminées, fait voir que dans tous les cas l'opération n'a été faite que quand elle était suffisamment indiquée par la gravité des accidents de suffocation.

Reste une dernière observation, celle qui, suivant M. Malgaigne, aurait converti les internes à l'idée de la trachéotomie prématurée; mais en publiant lui-même cette observation en 1851 (voir l'UNION MÉDICALE), M. Trousseau ne faisait pas même allusion à *l'idée* que lui prête M. Malgaigne. M. Trousseau, loin de faire une loi des trachéotomies prématurées, explique, excuse, pour ainsi dire, sa conduite dans ce cas particulier. Il aurait pu attendre quelques heures de plus, mais il a craint les lenteurs qui pouvaient suivre l'appel du chirurgien dans la journée. Ce que M. Trousseau a prêché, c'est d'opérer avant que l'asphyxie soit trop avancée; voilà où il a fait des conversions, et celle de M. Malgaigne lui-même qui a formulé les indications de la trachéotomie comme le feraient M. Bouvier et M. Trousseau.

M. Bouvier démontre ensuite par des citations empruntées au TRAITÉ DE LA DIPHTHÉRITE de M. Bretonneau, et à la médecine opératoire de M. Velpeau, que M. Bretonneau, loin d'être partisan de l'opération tardive, a, au contraire, parfaitement tracé les avantages de la trachéotomie non prématurée, mais hâtive.

Les thèses de Bataille, de MM. André, Thibaut et Millaud, ne renferment pas

d'autre doctrine, et dans aucun de ces travaux on ne trouve l'idée de l'opération appliquée au début du croup.

C'est sur ces thèses qu'était fondée la statistique à l'aide de laquelle MM. Roger et Sée ont confirmé les principes de MM. Bretonneau et Trousseau. M. Malgaigne a encore contesté la signification de cette statistique partielle. Permettez-moi, dit M. Bouvier, de vous lire une courte réponse de M. Sée, aux objections de notre honorable collègue; cette réponse sera en même temps la mienne.

LETTRE ADRESSÉE PAR M. SÉE A M. BOUVIER.

Mon cher collègue,

M. Malgaigne a cru devoir, dans l'intérêt de sa critique, rapporter à l'Académie la première partie d'une conversation que je l'ai autorisé à reproduire tout entière. Les doutes de l'honorable professeur se sont traduits par autant de blâmes contre la valeur de notre statistique générale des trachéotomies, contre les opérations dites prématurées et le triage des croups à opérer.

On commence par mettre en suspicion nos succès, qui sont cependant tous consignés nominativement depuis neuf ans dans un registre spécial de l'administration, relevés successivement chaque année par M. Guersant, et relatés en grande partie dans quatre thèses, qui nous ont servi de critérium, pour rectifier quelques divergences minimes, et pour donner à nos chiffres le caractère ainsi que la précision scientifiques.

Il en est résulté que si tous ces documents s'accordent à constater approximativement une guérison sur 4, nos indications plus rigoureuses permettent de maintenir hardiment la proportion de 26 à 27 p. 100; c'est la déduction légitime des observations livrées à la publicité; la médecine n'a pas de bases plus positives, ni de procédé plus régulier.

Un autre reproche, qui n'est ni moins sévère ni mieux fondé, pèse sur le résultat partiel des trachéotomies pratiquées avant l'asphyxie prononcée. Il n'existe que deux monographies qui jugent cette question d'opportunité; il n'y a que 39 observations connues dans la science qui se rapportent à ces opérations hâtives.

L'amputation de la cuisse pour causes traumatiques, à laquelle on a comparé la bronchotomie, n'a été appréciée qu'à l'aide de 44 cas, relevés exclusivement dans les registres des hôpitaux, et l'influence spéciale de l'âge n'a été jugée que par 4 exemples; c'est là la base du mémoire sur les amputations, publié par M. Malgaigne; c'est là la statistique qu'il propose comme modèle.

Or si, après l'analyse minutieuse de nos 39 cas, analyse qu'on a pu vérifier, j'ai moi-même, dans l'intérêt de la vérité, récusé 6 et même 8 cas, dont les détails paraissaient insuffisants pour démontrer l'imminence de l'asphyxie ou pour entraîner une conviction, que M. Malgaigne veuille bien, à son tour, révéler les 31 cas restants, qui portent tous l'indication précise des signes de l'asphyxie commençante, et par conséquent la justification de l'opérateur. Sur ces 31 cas, 17 ont guéri, ce qui établit une portion de 6 sur 10, c'est-à-dire exactement la même que celle que nous avions annoncée primitivement. Voilà le corollaire qui avait été oublié par l'éminent orateur.

Ce résultat décisif ne doit cependant pas faire perdre de vue le sort des malades qui ont subi les effets d'une intervention soi-disant intempestive; 5 ont guéri malgré et peut-être par l'abus qu'on dénonce; les 3 autres qui ont succombé étaient des enfants de 17, 24 et 28 mois; si quelqu'un était en droit de reprocher aux médecins ces 3 insuccès, ce ne serait certes pas M. Malgaigne, qui a recommandé aux internes d'opérer dans ces conditions d'âge, si universellement reconnues comme fâcheuses.

Il reste une troisième et dernière question à résoudre, et que nous nous garderons bien d'étouffer dans le silence. Après avoir incriminé les opérations trop précoces, on nous accuse maintenant d'éviter les opérations tardives, et en général ce qu'on appelle les mauvais cas.

Il semble qu'à l'hôpital des Enfants on n'ait souci que d'établir le meilleur bilan de la trachéotomie, en ne considérant la vie de l'enfant que comme l'enjeu de la science.

Heureusement les faits vont répondre encore d'une manière péremptoire.

Outre les 466 enfants opérés, on en compte 96 qui n'ont subi que le traitement médical. Si l'on s'est abstenu d'opérer ces croups, c'est qu'on les a jugés trop bénins ou trop compromis par l'infection générale pour les soumettre à une opération que contre-indiquaient d'ailleurs l'absence d'asphyxie.

L'événement a justifié nos prévisions dans la moitié des cas; on constate, en effet, 49 guérisons. Quant aux 47 malades qui ont succombé, leur mort ne saurait être attribuée, la plupart du temps, qu'à l'intoxication diphthérique, ainsi que j'ai pu, depuis deux ans, le vérifier 13 fois par l'autopsie. Il reste donc 34 cas douteux.

Or en supposant, ce qui est désormais inadmissible, qu'ici l'extrême gravité du mal ait été le motif secret du refus d'intervention, on est amené à conclure que, sur un total de 562 croups et pendant l'espace de neuf ans, il ne s'est rencontré à l'hôpital que 34 croups de nature grave.

L'absurdité d'une pareille hypothèse permet donc d'affirmer que l'opération a été instituée en réalité pour toutes les catégories de croup asphyxiants, quel qu'ait été leur degré de gravité; et ils se trouvent, en effet, tous compris dans cette statistique à laquelle on ne pardonne pas d'enregistrer 1 succès sur 4 opérations.

Ainsi, sans avoir refusé aux malades, même *in extremis*, les bénéfices de la trachéotomie, sans leur avoir infligé une épreuve inutile ou prématurée, nous avons pu réaliser le vœu de l'éminent professeur, c'est-à-dire sauvegarder à la fois les intérêts de l'humanité et ceux de la science.

Agréez, etc.

G. SÉE, médecin de l'hôpital des Enfants.

A l'appui des considérations qui terminent cette lettre, M. Bouvier cite le relevé des cas de croup non opérés reçus dans son service en 1858. Ces cas sont au nombre de 19; huit enfants ont guéri, et chez les autres l'empoisonnement diphthéritique, évident même dans les cas où il y avait de l'asphyxie, ne permettait pas de songer à l'opération, ou bien le croup n'était qu'un épiphénomène surajouté à un état déjà mortel par lui-même.

Le dernier cas, qui est relatif à un enfant de 18 mois, me fournit l'occasion, ajoute M. Bouvier, d'aborder la question de l'âge, soulevée dans la lettre des internes.

Après avoir expliqué le véritable but de cette lettre si malicieusement interprétée et dénaturée par M. Malgaigne, M. Bouvier demande de quel droit son honorable collègue blâme les internes de l'hôpital des Enfants de ne point opérer les sujets au-dessous de 2 ans.

Les statistiques établissent qu'on ne compte pas un succès dans les opérations de trachéotomie pratiquées sur les maladies de cet âge à l'hôpital des Enfants. Cependant, si toutes les autres conditions sont bonnes, si l'enfant paraît fort pour son âge, si la suffocation est prononcée, si l'obstruction du larynx en est la cause essentielle, on devra opérer, quelque faible que soit la chance de vie de l'enfant. Ces cas sont rares, et cela justifie suffisamment la déclaration de MM. les internes.

Quant à la phrase qu'admire M. Malgaigne, et dans laquelle il voit une révolution, qu'exprime-t-elle autre chose, si ce n'est la doctrine adoptée depuis longtemps à l'hôpital des Enfants par les maîtres et par les élèves? Ce qui a induit en erreur M. Malgaigne, c'est ce mot malencontreux de période, la cause de toutes nos dissidences, et que M. Barth a bien raison de vouloir bannir de cette discussion. Mettons de côté la division par périodes, voyons uniquement les symptômes; il n'y aura plus d'équivoque; les internes de 1858 seront d'accord avec leurs devanciers, et M. Malgaigne n'aura plus le droit de chanter victoire ni de s'écrier que le drapeau de M. Trousseau a été déchiré et roulé dans la poussière.

Mais les paroles de M. Malgaigne ont peut-être eu un autre résultat : c'est de faire hésiter dans des cas où la trachéotomie aurait pu sauver la vie d'un enfant; M. Trousseau en a déjà cité un exemple emprunté à la pratique de M. Barthez.

M. Bouvier pourrait, dit-il, rapporter d'autres exemples d'une temporisation funeste qu'il est permis d'attribuer à l'interprétation fâcheuse donnée aux paroles de M. Malgaigne.

M. Malgaigne, dit en terminant M. Bouvier, nous a engagé à deux reprises à être sur nos gardes, afin de prévenir l'abus de la trachéotomie. L'avis est sage, il est charitable; nous en ferons notre profit si nous en avons jamais besoin. Mais, à mon tour, ne serais-je pas plus en droit de dire : Mon cher collègue, prenez garde de vous atteler à reculons au char du progrès! Prenez garde de prendre pour un pas en avant ce qui pourrait bien n'être qu'un pas rétrograde! Prenez garde, en arrêtant trop longtemps la main des opérateurs, d'avoir un jour le pénible souvenir des malheurs que vos paroles auraient causés.

Je vote pour les conclusions de la commission. (Applaudissements.)

M. LE PRÉSIDENT : Aucun orateur n'étant plus inscrit, je mets les conclusions de la commission aux voix.

M. MALGAIGNE : J'ai eu l'honneur de déposer sur le bureau une troisième conclusion dans laquelle l'Académie remercierait M. Bouchut de sa communication et l'engagerait à lui communiquer les résultats de ses recherches ultérieures. Je maintiens ma proposition.

M. TROUSSEAU : Je proteste contre cette motion au nom de la commission. M. Bouchut a manqué à ses devoirs, à l'Académie. La commission l'avait prié de lui adresser les faits qui pourraient l'éclairer sur la valeur du tubage, et il ne lui a pas communiqué les expériences qu'il avait faites sur des animaux quinze jours avant la lecture du rapport. Il a fallu que la commission répétât ces expériences, et vous en avez vu les résultats.

M. MICHEL LÉVY : Je repousse également la proposition de M. Malgaigne, mais ce n'est pas par les mêmes raisons que M. Trousseau. Si l'Académie votait les conclusions de M. Malgaigne, elle encouragerait très-directement M. Bouchut à poursuivre ses essais, elle accepterait en quelque sorte la responsabilité de ces nouvelles tentatives, et c'est ce qu'elle ne peut ni ne doit faire.

M. CAZEAUX : Je ne pense pas qu'en adressant des remercîments à M. Bouchut, l'Académie fasse acte d'approbation ou qu'elle accepte la responsabilité de ses actes à venir; il ne s'agit là que d'une simple formule de politesse qui n'engage nullement les convictions de l'Académie.

M. VELPEAU : Il me semble que l'Académie doit éprouver un certain embarras en présence des conclusions qu'on lui propose de voter. La discussion que nous avons entendue et le rapport qui en a été l'origine se sont occupés bien plus de la trachéotomie que du tubage; et si ce qui a été dit sur le tubage n'est pas très-encourageant, il ne faut pas oublier que le tubage n'a pas été l'objet de recherches bien nombreuses. Nous savons d'ailleurs déjà que le tube de M. Bouchut a pu rester en place chez l'homme pendant un certain temps sans inconvénient. Je suis, pour mon compte, peu disposé à admettre l'efficacité du tubage tel qu'il a été pratiqué jusqu'ici, mais j'avoue que mon opinion n'est pas faite sur ce qui pourra peut-être en être obtenu un jour.

je crois que l'Académie elle-même n'est pas assez éclairée pour blâmer le tubage d'une manière absolue et qu'on doit éviter de le faire.

M. Trousseau : Les conclusions que nous avons proposées à l'Académie ne renfermaient pas de blâme; elles déclaraient le tubage insuffisant, et c'était certes en dire plus de bien qu'il ne méritait; elles affirmaient qu'il est souvent dangereux, et nos expériences ne l'ont que trop prouvé. Je demande en conséquence que ces conclusions soient maintenues et qu'elles soient mises aux voix, après celle de M. Malgaigne.

M. Velpeau : Ne pourrait-on pas substituer aux conclusions de la commission la rédaction suivante, qui exprimerait, je crois, mieux les sentiments de l'Académie :

« Le tubage, tel qu'il a été appliqué jusqu'ici, ne paraît ni assez efficace ni assez dépourvu de dangers pour mériter l'approbation de l'Académie. »

M. Trousseau : La commission ne demande pas mieux. (Hilarité prolongée.)

M. Michel Lévy : J'appuie la proposition de M. Velpeau et je demande qu'elle soit mise aux voix.

M. Malgaigne : Si M. Velpeau veut bien ajouter à sa conclusion : *sans rien préjuger de l'avenir*, j'y souscris volontiers et je retire la mienne.

M. Trousseau : Je m'oppose à l'amendement de M. Malgaigne; ce serait une superfétation; jamais l'Académie ne s'engage pour l'avenir en votant une conclusion, quelle qu'elle soit.

M. Londe : Je suis au contraire d'avis que cet amendement serait fort utile, car si un jour le tubage venait à réussir, on nous bafouerait. L'Académie ne peut pas s'engager, ni condamner le tubage. Ne voyez-vous pas que les expériences de la commission ne prouvent rien contre le tubage appliqué dans le cas de croup, parce que la canule doit agir différemment, suivant que la muqueuse du larynx est saine ou recouverte de fausses membranes?

M. Barth voudrait que les conclusions, sans approuver ni improuver l'idée du tubage, fussent de nature à ne pas en compromettre l'avenir. Il connaît bon nombre de praticiens (et lui-même se range parmi eux) qui tremblent et qui reculent devant la trachéotomie. Le tubage ne pourrait-il pas, dans ces cas, permettre au médecin de reculer le terme de la trachéotomie et d'attendre l'arrivée d'un chirurgien?

M. Larrey appuie la motion de M. Velpeau, et il rappelle, à l'appui de son opinion, que beaucoup d'opérations aujourd'hui acceptées, telles que l'amputation coxo-fémorale et la trachéotomie elle-même ont eu à triompher, à leur début, de difficultés aussi considérables que le tubage.

M. Gibert : Je désire que, si cela est possible, on ne passionne pas le débat; il est évident pour moi que si les faits connus ne démontrent pas les avantages du tubage, les expériences faites sur des animaux n'en prouvent pas les dangers.

L'Académie, consultée, rejette la motion de M. Malgaigne, et adopte, avec une forte majorité, les conclusions de la commission, ainsi modifiées :

1° Le tubage du larynx, tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent, ne nous a paru ni assez utile, ni assez exempt de dangers pour mériter l'approbation de l'Académie.

2° La trachéotomie, dans l'état actuel de la science, est le seul moyen à employer lorsqu'il ne reste plus d'autres chances de salut dans l'emploi des moyens médicaux.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ANALYSE DU TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU FOIE DE FRERICHS, professeur de clinique médicale à Breslau (KLINIK DER LEBERKRANKHEITEN; erster Band; Braunschweig, 1858); précédée de quelques remarques sur la tendance actuelle de la pathologie en Allemagne; par H. Lebert, professeur de clinique médicale à Zurich.

Lorsqu'il y a huit ans M. Frerichs a publié sa monographie sur la maladie de Bright, le premier mouvement du public médical allemand a été celui de la surprise, de voir un physiologiste de premier rang aborder un des sujets les plus difficiles de la pathologie. Mais bientôt on a pu se convaincre que dans cet ouvrage l'expérimentation, les recherches chimiques et microscopiques étaient partout invoquées, pour mieux faire comprendre la valeur des phénomènes cliniques. Une vaste expérience personnelle était confrontée avec l'analyse sévère de près de trois cents observations tirées des meilleurs auteurs sur la matière. A côté de la physiologie pathologique et de fort bonnes descriptions nosographiques, se trouvait l'exposé critique des principales méthodes de traitement. Aussi fit-on à cette œuvre un accueil comme de longtemps on n'en avait fait à aucun autre en Allemagne, et l'auteur prit, dès lors, place parmi les premiers pathologistes et parmi les praticiens du plus haut renom de son pays.

Depuis cette époque, M. Frerichs a commencé à préparer, comme il nous l'apprend dans la préface du Traité clinique des maladies du foie, toute une série de travaux sur plusieurs groupes de maladies, dont aujourd'hui nous avons sous les yeux la première partie qui, à peine publiée depuis quelques mois, nécessite déjà, de préparer une seconde édition et se traduit dans ce moment en plusieurs langues. Nous allons bientôt entrer dans quelques détails sur le plan et le contenu de ce livre; mais, auparavant, nous croyons nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur la tendance actuelle des sciences médicales en Allemagne. Non-seulement on comprendra mieux la place qui revient à l'œuvre de M. Frerichs, mais on pourra en même temps se convaincre que les reproches, formulés récemment dans un des journaux des plus estimés de la presse médicale française contre ce qu'il appelle le *physiologisme allemand* sont injustes, et qu'au contraire, à aucune autre époque, l'Allemagne médicale n'a été engagée dans une voie plus franche du progrès, ni dans une direction à la fois plus vraie et plus hautement philosophique.

Pendant longtemps la médecine allemande, tout en produisant quelques pathologistes observateurs d'un grand mérite, était bien plus préoccupée par la thérapeutique que dominée par le désir de perfectionner l'art d'observer. Aussi la voyons-nous peu à peu envahie par un empirisme dans lequel la polypharmacie tenait souvent la place de l'expérience impartiale, et par un vitalisme exagéré qui préparait les esprits à cette école de la philosophie de la nature dont on a tant parlé, mais à laquelle on a rarement rendu justice. En effet, sous les dehors d'un langage obscur et d'analogies forcées, elle cachait pourtant une forte pensée, celle de subordonner la constatation des faits à la recherche des causes fondamentales et de la compréhension des phénomènes, dans leur essence pour ainsi dire. On s'était habitué, à cette époque qui touche pour ainsi dire à la nôtre, de parler à l'étranger des brouillards de la science allemande, sans tenir compte, de ce qu'une nation de penseurs, à tendance plutôt abstraite, n'arrive pas du premier coup à l'observation pure. Cependant, si ces longs efforts de construire la science par les seuls efforts de l'esprit et par la déduction logique ne pouvaient aboutir qu'à des notions inexactes et à des méthodes vicieuses, ce travail de la pensée n'a point été tout à fait perdu. Aussi est-ce de l'école de la philosophie de la nature que sont sortis plus tard beaucoup d'hommes fort distingués dans le domaine de l'observation. C'est ainsi que les doctrines de Oken ont eu leur part dans la philosophie anatomique de Geoffroy-Saint-Hilaire, si justement admirée en France; c'est ainsi que le célèbre physiologiste Jean Müller a été élevé d'abord à cette école, et que Schaentein, qui bientôt devait fonder, dans cette belle et brillante école de Würzburg, la pathologie basée sur les sciences naturelles, a été nourri, pour ainsi dire, de ses doctrines dans sa jeunesse. C'est à Würzburg, en effet, que nous voyons Schaentein allier le premier, il y a quarante ans bientôt, avec les résultats exacts de l'anatomie pathologique et de la clinique éclairée par les méthodes physiques, les recherches chimiques, microscopiques et demander, en un mot, aux sciences naturelles des notions positives et l'excellence de leurs méthodes. Aussi les beaux travaux des médecins français contemporains, de Laennec, de Louis, d'Andral, de Rayer, de Cruveilhier et de tant d'autres, furent-il utilisés presque aussi vite au lit du malade à Würzburg qu'à Paris. Si des esprits superficiels n'ont voulu juger la portée de l'esprit et de l'enseignement de Schaentein que d'après un système de pathologie mutilé dans une contrefaçon inexacte de ses leçons, ils ont prouvé qu'ils n'ont point compris ce qu'il y avait de grand, d'élevé, d'avenir dans cette école. Après que Schaentein eut fondé, pour ainsi dire, la pathologie physiologique, deux jeunes et ardents médecins de Tübingen, Roser et Wunderlich, ont travaillé dans la voie du progrès, en déblayant le terrain médical encombré par l'arbitraire des nombreuses traditions sans preuves. Et certes, ils ont bien mérité de cette science qu'ils devaient enrichir plus tard par des travaux plus positifs. Arrivant ainsi près du temps actuel, nous voyons surgir, en Allemagne, deux tendances en apparence bien divergentes qui plus tard devaient cependant se rencontrer pour se réunir et pour se compléter mutuellement. Dans le Nord de l'Allemagne, les phénomènes les plus délicats de la morphologie sont invoqués pour la fondation de la physiologie pathologique, tandis qu'à Vienne, quelques hommes d'élite s'appliquent à une observation clinique et anatomo-pathologique très-sévère, et recherchent les lois physiques qui président aux phénomènes nosologiques.

Schleiden avait le premier formulé sa théorie cellulaire pour le règne végétal. Schwann en fit l'application à l'organisme animal. Cette théorie, pour les imperfections de laquelle nous sommes souvent trop sévères, nous tous qui y avons trouvé le ferment d'une partie de nos travaux, était un grand progrès à l'époque de son apparition. Lors même que la formation de la cellule, telle que Schwann l'indique, n'est pas exacte, la grande idée que le corps se compose de cellules consti-

tuant à la fois l'élément essentiel de sa composition et le foyer de ses fonctions, était dès lors formulée et mise en circulation. Aussi Jean Müller a-t-il rendu un vrai service à la pathologie en démontrant qu'un même ordre d'éléments et des lois en tout semblables dominaient le corps malade et les produits morbides, aussi bien que l'état sain. Nous n'avons pas adopté davantage une partie des doctrines de Müller que de celles de Schwann, mais nous n'apprécions pas moins ce qu'il y avait d'élevé et de philosophique dans l'idée mère qui l'a conduit à entreprendre ses recherches sur les tumeurs. Ghege, Valentin, Henle, Vogel, Frerichs, Reinhart, Virchow, avec bon nombre d'autres savants d'un vrai mérite, suivent bientôt cette voie dans laquelle l'expérimentation, les recherches chimiques et microscopiques devaient rendre de grands services à la pathologie. Nous regardons comme une des manifestations à la fois des plus récentes et des plus caractéristiques dans ce sens, la pathologie cellulaire que Virchow vient de publier. Basant l'étude des phénomènes et des produits morbides sur l'appréciation des éléments qui composent les règnes végétal et animal, il pose la cellule comme unité de la vie, depuis la monade et la diatomée jusqu'aux animaux et les plantes le plus hautement organisés, depuis le germe primitif de l'embryon jusqu'à l'état adulte, et, à travers les causes si multipliées d'altération, jusqu'à la mort. C'est la réunion et le groupement des cellules qui président à toutes les modifications de forme et de fonctions de la vie à l'état normal et pathologique. S'il faut tenir compte des modifications physiques et chimiques et des influences étiologiques, pour ne pas tomber dans des idées exclusives et exagérées, il n'est pas moins vrai que les recherches modernes nous font de plus en plus admettre avec Virchow que la vie n'est pas attachée uniquement à quelques centres, desquels elle émanerait et se répanderait dans les diverses directions, mais que chaque partie élémentaire, chaque cellule ou dérivé de cellules a sa vie propre, tout en fournissant sa part à la vie générale, état que l'on pourrait désigner sous le nom de *panzoïsme*. Les caractères de tous les divers tissus et organes et des principaux produits pathologiques sont successivement passés en revue. Toutefois nous trouvons dans ce livre remarquable comme une de ses thèses fondamentales, le *« omnis cellula è cellula, »* négation hardie de toute formation cellulaire libre, pour ne plus admettre d'autre que celle par division de cellules préexistantes, dogme que nous ne saurions point admettre encore comme ayant droit de domicile dans la science sous cette forme absolue, mais qui bien certainement est fait pour pousser à des recherches fructueuses. Une appréciation impartiale ne permet pas de méconnaître qu'aujourd'hui les sciences médicales en Allemagne n'abordent plus, comme autrefois, les questions les plus difficiles et les plus délicates par la déduction logique et la dialectique principalement, mais avec des recherches considérables de détail et avec une multitude de notions exactes qu'il aurait été bien difficile de soupçonner, il y a vingt ans seulement. Si l'hypothèse n'est point exclue là où la notion cesse, on ne saurait s'en passer tout à fait comme lien provisoire entre le connu, le vraisemblable et l'inconnu.

En même temps que la physiologie pathologique fut fondée sur les données des sciences naturelles, mouvement auquel la France et l'Angleterre n'ont pas moins pris une part brillante, à Vienne quelques esprits d'élite ont contribué à une véritable rénovation des doctrines plus strictement nosologiques en Allemagne. L'anatomie pathologique, devenue science depuis Morgagni, avait été cultivée en France, grâce à l'impulsion donnée par Laennec et Dupuytren, avec un zèle et une sagacité, par les hommes les plus éminents qui l'ont fait avancer davantage en un demi-siècle que pendant tout le temps précédent. Cultivée pendant longtemps en Allemagne d'une façon plutôt isolée, elle trouve en Rokitansky un de ces chaleureux adeptes qui en peu d'années réunit non-seulement des matériaux immenses, mais les classe, les coordonne et les réunit en un corps de doctrines, et fait d'une science naguère délaissée une des plus populaires dans tous les pays germaniques. En même temps à peu près la ville natale d'Auenbrugger voit paraître les premiers travaux de Skoda, qui prend la découverte de Laennec pour sujet de ses recherches, de ses méditations et d'une expérimentation physique qui ne devaient pas tarder de perfectionner et de réduire à des généralités simples et à des lois fixes ce qui auparavant avait plutôt eu une base empirique, magnifique toutefois de faits nouveaux et bien observés.

A l'exemple de Skoda et de Rokitansky, nous voyons bientôt ce même esprit d'investigation exact être appliqué à toutes les branches de la médecine et se répandre d'abord sur l'école de Vienne et celle de Prague, ce berceau des universités germaniques, et de là bientôt sur toute l'Allemagne. Aujourd'hui l'examen des malades est certainement fait dans toutes les cliniques médicales de ce pays avec autant de précision et de consciencieuse exactitude et d'après les méthodes aussi perfectionnées que dans quelque autre pays que ce soit, y compris la France. D'un autre coté, le secours des méthodes et des résultats de la physiologie ainsi que des sciences naturelles pénètre à Vienne et à Prague aussi bien que partout ailleurs, et les deux tendances, d'abord si différentes, se réunissent de plus en plus intimement. Le nihilisme thérapeutique qui, un moment, menaçait de frustrer la pratique de tous ces progrès de la science, n'existe déjà plus aujourd'hui nulle part comme tendance dominante, et le clinicien allemand commence par remplir au lit du malade et vis-à-vis des élèves son devoir d'homme désireux de reconnaître les souffrances de ses semblables pour les guérir ou au moins les soulager. Mais pénétré du grand nombre de lacunes de son savoir et de son pouvoir, il sort de ses salles d'hôpital pour interroger avec la plus scrupuleuse exactitude, la plupart du temps par l'intermédiaire de prosecteurs spéciaux, les altérations que présentent et le corps mort et les parties détachées du vivant au moyen d'opérations chirurgicales. Mais là ne se termine pas encore sa tâche. Des laboratoires ou des instituts pathologiques sont annexés dans les grands centres aux cliniques médicales, et dans des universités plus petites des médecins assistants spéciaux sont chargés de faire continuellement des recherches physico-chimiques au service de la clinique, soit sur le sang et sur les diverses sécrétions, soit sur les altérations de fonction, de structure et de composition chimique des organes dans les maladies. Tandis que les autres fois on était prompt à conclure avec des matériaux pathogéniques fort imparfaits, aujourd'hui, au contraire, on accumule partout les faits et on multiple les recherches délicates, pour n'en tirer parti que lorsque, d'un coup d'œil étendu, on pourra embrasser tout ce qui, sans exagération aucune, résulterait d'une manière nette et incontestable de ces données d'une longue et laborieuse investigation. Qu'on jette, pour s'en convaincre, un coup d'œil sur les principaux journaux de médecine d'Allemagne, soit sur ceux qui rapportent plus particulièrement les leçons de clinique des professeurs, soit sur ceux plutôt destinés à des recherches originales. Que l'on parcoure les meilleurs traités de pathologie interne publiés ces dernières années, qué l'on prenne connaissance des travaux de cette société fondée par Vogel, Beneki et Hasse, pour des travaux faits en commun sur la physiologie pathologique, sur les applications des sciences exactes, sur la statistique des maladies et de la mort, et on trouvera partout ce même esprit dont nous venons d'esquisser les principaux traits. L'Allemagne n'a, du reste, en aucune façon la prétention du monopole dans cette direction, et elle ne cesse de profiter de toutes les lumières qu'ont jetées sur la physiologie appliquée à la pathologie les travaux français sur la composition du sang et des urines dans les maladies, sur la théorie du diabète, de la polyurie, de l'inflammation, des principaux phénomènes morbides du système nerveux, sur l'application si remarquable de la faradisation au diagnostic, à l'anatomie et à la thérapeutique, etc. La Société de biologie a été fondée dans le but d'étudier physiologiquement et dans leur ensemble les phénomènes normaux et anormaux de la vie, et son journal, ainsi que son illustre rédacteur, qui me donnent aujourd'hui, comme déjà souvent antérieurement, une gracieuse hospitalité, n'ont-ils pas toujours combattu l'esprit étroit, et par cela même intolérant d'un organicisme exagéré, pour lui substituer un esprit à la fois physiologique et philosophique ?

Nous devons donc envisager comme un véritable anachronisme les sarcasmes lancés contre la pathogénie physiologique en Allemagne. Il est temps, en effet, que ces préjugés internationaux cessent et que les bons esprits de toute nation se réunissent pour fonder une science générale et cosmopolite, dans laquelle les tendances exclusives et les petites passions seraient d'autant plus faciles à éviter qu'elle aurait un but plus noble et plus élevé, et que la recherche de la vérité et rien que de la vérité fasse disparaître la moquerie, la jalousie et toutes ces mauvaises scories qui ont si souvent terni l'honneur des savants et entravé les progrès de la science.

(La fin au prochain numéro.)

(La fin au prochain numéro.)

— Une fièvre contagieuse, de nature typhique, règne en ce moment à Windsor. On la regarde généralement comme le résultat des émanations d'égouts installés dans de mauvaises conditions. Depuis l'épidémie de typhus, déterminée l'été dernier par l'infection de la Tamise, la mortalité de Londres est d'ailleurs restée toujours considérable.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : LA GÉNÉRATION SPONTANÉE.

La GAZETTE MÉDICALE n'a pas besoin de s'excuser auprès de ses lecteurs en revenant sur la question si intéressante et si importante de la génération spontanée. Aucun sujet n'est fait pour captiver autant l'attention. Qu'on l'envisage au point de vue des idées ou au point de vue des faits, il offre un vaste champ à la réflexion et à l'expérience. Pour nous, nous y voyons quelque chose de plus encore : la question de la génération spontanée est de celles qui mettent en scène les grandes diversités psychologiques de l'esprit humain, avec leurs tendances, leurs mérites, leurs méthodes, leurs passions et jusqu'à leurs préjugés. Certes il ne nous appartient pas de vouloir niveler ni diminuer personne, surtout quand on a devant soi les noms les plus considérables de la science ; mais à quelque rang du grand et libre observatoire que nous nous placions, il nous est permis de regarder sans préjugé, de constater sans passion, et de raconter sans crainte ce que chacun peut regarder, constater et raconter aux risques et périls de son degré de considération scientifique. Cette anté-réflexion, motivée par le caractère tout particulier de la discussion, l'est encore par certaines critiques qui s'imprègnent, dans l'espèce, d'un esprit de parti tour à tour philosophique, scientifique ou religieux. Or nous qui, depuis notre entrée dans la science, n'avons cessé de traiter les hommes et les choses au seul point de vue de l'observation, de l'expérience et de la raison humaines, considérées dans leur plus libre indépendance, nous n'avons qu'à continuer nos vieilles habitudes, sauf à demander pardon aux esprits qui en ont d'autres de ne point ni changer les nôtres, ni accepter les leurs. Si la liberté, la tolérance et l'indépendance peuvent compter quelque part sur un abri sûr, ce doit être dans l'esprit et la conscience de ceux qui se vouent au culte de la science et de la philosophie. Cela dit, nous aborderons la question de la génération spontanée avec tout le respect possible pour les personnes, mais sans merci pour les faits et les raisonnements d'où qu'ils partent et où qu'ils tendent. Nous en désirerions autant de tout le monde.

Dans deux articles précédents sur la génération spontanée, nous avons cherché à caractériser l'état actuel de la question, considérée au point de vue de la logique et de l'expérience. A part quelques malices décochées avec plus d'adresse que de force contre la forme et la résolution de nos convictions, nous avons eu la satisfaction de retrouver tous nos arguments dans les nombreux articles qui ont fait des réserves au profit du fait et de la théorie de l'hétérogénie. Par contre, il s'est produit, surtout au sein de l'Académie des sciences, une opposition presque unanime. A quelques rares exceptions près, la Presse et l'Académie ont ainsi présenté deux camps : la première comprenant les esprits pour, et la seconde les esprits contre la génération spontanée. Les savants d'élite qui ont pris fait et cause contre les expériences de M. Pouchet ont produit un double résultat utile : ils ont marqué en quelque façon officiellement le point où en est la science à l'égard de l'hétérogénéité ; et ils ont résumé, avec l'autorité qui leur appartient, les arguments de fait et de raisonnement qui forment le rempart de leurs convictions magistrales. Le lecteur nous saura gré de passer en revue les uns et les autres.

On a déjà vu, dans l'avant-dernier numéro, ce qu'il est permis de penser des expériences négatives qu'on a opposées jusqu'ici à l'expérimentation directe. Nous avons surtout discuté l'expérience particulière de M. Bernard. MM. Milne Edwards, Dumas, Payen et de Quatrefages ont agrandi singulièrement le terrain de la discussion ; ils ont résumé l'opposition dans sa généralité historique et expérimentale ; ils en ont donné comme le bilan officiel.

M. Milne Edwards affirme que, depuis les expériences de Redi sur le dépôt des larves de la mouche sur la viande, et depuis surtout les révélations du microscope de Leuwenhoeck, qui a fait voir les myriades d'animalcules infusoires qui peuplent les infusions végétales, le champ de l'hypothèse de l'hétérogénie a été toujours en se rétrécissant, tandis que l'observation directe ne s'est enrichie d'aucun fait incontestable pour appuyer cette théorie. Concluant par analogie, l'éminent académicien suppose que l'hypothèse de la génération spontanée, dépouillée successivement des faits dont elle s'était targuée, et réduite en dernier lieu aux seuls infusoires, sera bientôt dépossédée de cette seule et dernière ressource.

Telle est l'argumentation de M. Milne Edwards. MM. Dumas, Payen et de Quatrefages n'ont fait qu'appuyer les remarques de leur collègue ; tous sont d'accord pour prétendre que certains germes organiques sont capables de résister à une température de 140 degrés, et ils en concluent que toute expérience faite avec des infusions dont la température n'aura pas été maintenue quelque temps à ce degré, ne sera d'aucune valeur pour la doctrine de l'hétérogénie.

M. Pouchet a répondu victorieusement, suivant nous, à cette argumentation. Il s'est engagé à faire connaître bientôt toute une série de nouvelles expériences, dans lesquelles le corps putrescible n'a été employé qu'après avoir subi une température de 200 à 250 degrés, et dans certains cas après avoir été complétement charbonné. Que devient alors l'argument ou plutôt l'hypothèse de la présence des ovules dans l'air ? Il y avait encore deux autres manières d'y répondre : ou bien en prouvant que l'air ne renferme pas les richesses qu'on lui suppose ; ou bien en prouvant que les animalcules qui se développent dans les infusions composent une faune à part, distincte de celles qu'on suppose encombrer l'atmosphère. M. Pouchet s'est attaché surtout à cette dernière démonstration. Il a fait voir, en effet, que *jamais* les espèces qu'on trouve dans l'intérieur des ballons ne sont les mêmes que celles qui fourmillent au dehors. Pourquoi ne s'est-il pas attaché en outre à prouver directement que l'air ne renferme pas ces animalcules ? Il suffisait de faire pénétrer une certaine quantité de cet air dans de l'eau distillée et bouillie à 140 degrés. Le microscope lui aurait révélé probablement la présence ou l'absence de cette population mystérieuse ; et plus tard il aurait pu la comparer à celle qui se développe malgré une température de 200 degrés. Restait cependant cette allégation de M. de Quatrefages, qui aurait vu des corpuscules pulvérulents chariés par l'air, et qui, déposés dans l'eau, y apparaissaient bientôt sous la forme d'œufs ou d'animalcules. M. Pouchet a vérifié cette expérience, et jamais elle ne lui a donné le résultat annoncé par l'expérimentateur de l'Institut. « J'ai répété » plusieurs fois, dit-il, l'expérience qui suit : sur une des tables de » mon laboratoire, encombrée d'animalcules, on a rempli d'eau distillée, » d'eau filtrée ou d'eau bouillie, de grandes cuvettes en cristal de » 30 centim. de diamètre, et jamais je n'ai vu aucun animalcule enva-

---

FEUILLETON.

CONSULTATION (1).

Hélas ! chez ton amant, tu n'es point ramenée,
Tu n'as point revêtu la robe d'hyménée,
L'or autour de tes bras n'a point serré de nœuds,
Et le bandeau d'hymen n'orna point tes cheveux !
ANDRÉ CHÉNIER.

. . . .

C'était, il m'en souvient, une belle journée
Que celle où cette enfant, par sa mère amenée,
Se présenta chez moi... le caprice du sort
Place souvent la vie en croupe avec la mort ;
Il cache dans les fleurs l'insecte qui sommeille
Et couve son poison dans la rose vermeille !

Ainsi chez cette enfant ! Sa jeunesse annonçait
Dix-huit ans environ ; chez elle, en chaque trait,
Respirait la beauté. Sa démarche était fière
Et timide à la fois ; sous sa molle paupière,
De beaux cils noirs et longs ombraient un cercle mat
Qui tranchait brusquement sur le vif incarnat
D'un visage animé. Brève et comme heurtée,
Sa parole indiquait une haleine écourtée.
Que cachait tout cela ? Son œil était brillant ;
Elle affectait en outre un ton trop sémillant
Pour n'être pas trompeur. Son allure mutine
Etonnait tout d'abord ; bientôt on y devine,
Au destin, un défi ; peut-être un soin pieux
De cacher à sa mère et dérober aux yeux
Les craintes du dedans. Ses yeux avec des larmes
N'en eussent pas dit plus : des précoces alarmes
La jeunesse se rit. Douce, mais courte erreur,
Que plus tard à la mort elle paie en terreur !

La mère commença ; cette chère enfant tousse,
Me dit-elle, Monsieur ; bien qu'elle se courrouce
Quand nous le remarquons. Ses membres amaigris,
Son teint, rose autrefois, ses yeux, se sont flétris ;
Sa gaîté l'abandonne, et souvent la faiblesse

(1) Nous recevons d'un de nos amis, qui désire garder l'anonyme, la pièce suivante, qui ne peut guère trouver place que dans un recueil médical. (NOTE DU RÉD. EN CHEF.)

» hir la surface.... Mais lorsque, après quinze jours d'attente inutile, » on mettait dans l'eau un corps organisé fermentescible, vingt-quatre » heures après la surface de l'eau était constamment peuplée par une » immense population d'animaux microscopiques. » Cette expérience nous paraît péremptoire, et il est à regretter qu'au lieu de la noyer dans vingt pages de réflexions et de réfutations moins sérieuses, l'auteur ne se soit pas borné à en faire ressortir l'importance. Elle répond, en effet, aux trois allégations des adversaires de l'hétérogénie : elle montre que ni l'air, ni l'eau, ni la matière putrescible ne renfermaient avant l'expérience les animalcules que l'on a constatés après.

Qu'importe après cela que cette panspermie dont on gratifie tous les milieux conduise aux conséquences les plus imprévues, les plus impossibles; à ce point, par exemple, qu'au dire d'un des zoologistes les plus illustres de l'époque, il ne se trouve pas moins de cinq cent millions de ces animalcules dans une seule goutte d'eau!

Enfin, on a donné comme dernier argument sans réplique la découverte d'organes sexuels et d'œufs véritables, chez quelques grosses espèces d'infusoires. Mais on n'y a pas songé. Pourquoi des animalcules une fois nés ne posséderaient-ils pas tous les attributs de l'animalité? Pourquoi feraient-ils exception à la loi de la génération sexuelle? L'exception contraire aurait bien plutôt lieu d'étonner. La présence des sexes dans les animaux produits de la spontéparité n'est donc aucunement contradictoire à cette origine.

Tel est l'état de la question. Au point de vue de l'observation, la génération spontanée repose sur une innombrable quantité de faits, obscurs encore, et que tendent à obscurcir davantage les allégations des adversaires de cette théorie : mais cette généralité, ou plutôt cette universalité, les soutient, en attendant que l'expérimentation parvienne à les reproduire, dégagés de tous les éléments d'obscurité qui les compliquent. C'est à cela que doit tendre l'expérimentateur : c'est là son lot, sa tâche, et ce doit être son but.

Au point où en est la discussion, nous ne craignons pas de nous avancer en prédisant que, dans un avenir peu éloigné, les doutes sérieux auront fait place à un examen sérieux. A quelque conséquence philosophique que l'on soit conduit, il faut se garder de la repousser, sous le prétexte qu'elle génera certaines croyances, certains principes. La vérité ne peut géner que ce qui n'est pas elle; et ceux qui voudraient fermer les yeux à la lumière, sous le prétexte qu'elle mettrait l'erreur en évidence, font injure à la cause élevée qu'ils prétendent défendre.

La cause de l'hétérogénie s'est renforcée tout à coup d'une communication aussi intéressante qu'imprévue de M. l'amiral du Petit-Thours, au sujet de la faune des îles Galapagos. Toutes ces îles sont d'une création volcanique encore récente. Or la végétation et la faune qu'on y rencontre n'ont rien de commun avec celles des lieux environnants; animaux et végétaux forment autant d'espèces à part. D'où viennent ces espèces? M. l'amiral du Petit-Thouars n'hésite pas à admettre que quelques-unes sont nées sur place, qu'elles sont le produit d'une génération spontanée en rapport avec les éléments terrestres et l'influence des milieux ambiants. La haute signification de ces faits n'a guère été atteinte par les réserves de M. Milne Edwards. Le savant contradicteur, pour concilier la présence dans les îles Galapagos de végétaux et d'animaux sans analogues avec le système de la génération sexuelle, a été obligé de supposer que ces îles, en apparence de formation récente, *pourraient* n'être que des débris d'un continent ou d'un grand archipel ancien qui aurait existé jadis dans ces parages, mais submergé depuis. Et après? Cela ferait-il que la faune des îles Galapagos ne fût pas une faune à part? Cela donnerait-il à cette faune et aux animaux qui la composent une autre origine que la spontéparité? On ne fait donc, par cette hypothèse de l'ancien continent, que reculer la difficulté; on ne fait que renvoyer à quelques siècles de plus la date de ce grand acte de génération spontanée. Or qu'importe pour la nature la date? Ce qu'elle a fait il y a trente siècles, pourquoi ne pourrait-elle pas le faire encore aujourd'hui? Les conditions générales se sont modifiées sans doute; mais parallèlement à cette modification des conditions un changement s'est opéré dans le résultat, voilà tout.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LES ALTÉRATIONS ET LA GANGRÈNE DE L'APPAREIL PULMONAIRE QUE L'ON RENCONTRE CHEZ LES HOMMES ATTEINTS DE SCORBUT; par M. AUG. HASPEL.

L'histoire d'une maladie ne se compose pas seulement de monographies qui en embrassent l'ensemble, elle comprend aussi toutes les acquisitions partielles faites sur des points isolés de son domaine. Or si la science est très-riche en descriptions générales du scorbut, elle offre encore quelques points particuliers à éclaircir, quelques lacunes à combler.

Presque tous les médecins anciens ont signalé dans les grandes épidémies de scorbut, comme satellites de l'affection générale, des fluxions, des extravasations sanguines dans les poumons, donnant lieu à un ensemble de symptômes, affectant une marche et une terminaison particulières, et qu'il fallait bien se garder de confondre avec ces fluxions qui caractérisent les affections essentielles franchement inflammatoires, telles qu'on a coutume de les voir en hiver dans notre pays. C'est dans la grande épidémie de scorbut qui a sévi naguère sur l'armée d'Orient que nous avons eu l'occasion de rencontrer quelquefois cette forme d'altération pulmonaire, qui a pu tromper quelques praticiens sur sa véritable nature et imprimer à la thérapeutique de ces affections une direction vicieuse. Or, comme ces cas ne sont pas très-communs, il ne saurait être inutile de livrer à la science ces matériaux dans le but d'en tracer une histoire spéciale.

J'ai été étonné, en parcourant les divers traités de pathologie moderne, de voir que ce point important de l'étude du scorbut était presque entièrement passé sous silence; car à peine trouve-t-on quelques observations qui lui soient relatives, et encore sont-elles rapportées d'une manière confuse et la nature de la maladie est-elle pour ainsi dire méconnue. Ces fluxions pulmonaires se sont montrées assez fréquentes à l'armée d'Orient, surtout lorsque les circonstances leur étaient favorables, pour que nous nous proposions aujourd'hui d'appeler de nouveau sur ce sujet intéressant l'attention des praticiens; déjà nous avons signalé ce fait dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS; mais à

Interrompt des plaisirs qu'avec charme elle laisse.
Sa main, souvent brûlante, avec quelque moiteur,
Offre, en d'autres moments, du marbre la froideur.
Il arrive parfois qu'avec un peu de fièvre
Quelques gouttes de sang viennent rougir sa lèvre.
Enfin, dit-elle encor, d'un ton un peu confus,
Le tribut régulier, nous ne le voyons plus.
Tout cela nous fait peur. — Rassurez une mère,
Où dites-nous, docteur, ce que nous devons faire
Pour conjurer un mal peut-être menaçant.

Sa parole éveillait un intérêt croissant;
Quel affligeant début! Pauvre fleur entamée
Par le termite humain, ta corolle fermée
N'étalera jamais sous les cieux sa fraîcheur!
Examinons pourtant; un symptôme trompeur
En impose souvent pour un signe fidèle.

Ne vous effrayez pas, dis-je, mademoiselle;
Et comme à votre mère, il faut au médecin
Laisser voir les secrets cachés en votre sein.
A ses yeux livrez-vous en toute garantie;
La science a pour sœur, enfant, la modestie,
Et demeurant toujours en parfaite froideur,
Sous le voile sait voir, sans blesser la pudeur.
Permettez que mon doigt, ainsi que mon oreille,
S'assurent rencontrer sonorité pareille
Et mêmes résultats d'un et d'autre côté :
Ce qu'il faut avant tout, c'est que la vérité
Pour moi se fasse jour, afin que ma parole
Ne puisse, pour vous-même, être un discours frivole!

Oh! le cruel moment et l'affreux crève-cœur
Vous glacent tout à coup, vous le savez, lecteur,
Quand, sous la majesté d'une vierge poitrine,
Éclatante en sa fleur, du poison qui la mine
L'oreille reconnaît la présence et les pas
Ou rapides ou lents, mais sûrs, vers le trépas!
Quand le souffle inégal d'une haleine enchaînée
Dans son rhythme coupé, montre la destinée
Qui marque sa victime impitoyablement!
De tous côtés contraste : en ce même moment,
Où mon cœur se serrait à la triste évidence
De la fatalité frappant cette innocence,
Pendant que je sentais, dans l'immobilité,
Un œil fixe et fiévreux sur mes yeux arrêté,
Que chaque mouvement de physionomie
Un regard inquiet le recherche et l'épie,

cette époque nous avons plutôt cherché à poser les questions qu'à les résoudre. Trop préoccupé par les grands événements pathologiques sur le théâtre desquels nous nous trouvions, pour pouvoir présenter avec ordre et méthode les documents que nous avions péniblement recueillis, nous avons dû nous borner à l'énonciation du fait, sauf plus tard à l'étudier d'une manière plus complète. Ne sachant, d'ailleurs, si ce que nous apercevions était propre à notre épidémie, si c'était un fait exceptionnel, nous avons dû consulter quelques-uns de ceux qui ont plus particulièrement écrit sur la matière. Or nous trouvons que ce fait vaguement aperçu de nos jours, où cette maladie est devenue très-rare par suite des progrès de l'hygiène et de la médecine, avait été signalé d'une manière plus nette et plus précise par les anciens, qui avaient eu des occasions beaucoup plus nombreuses que nous d'observer les grandes épidémies de scorbut.

Or s'il est démontré qu'indépendamment de la marche insolite qu'affecte cette fluxion, de ses signes essentiels, les investigations cadavériques font découvrir des caractères anatomiques spéciaux, et si la médication, cette pierre de touche de la nature de la maladie, vient à l'appui de l'idée que nous avons conçue de cette fluxion, ne serons-nous pas autorisé à la faire rentrer dans la catégorie de ces nombreux accidents fluxionnaires qui caractérisent le scorbut, mais qui, en raison de son siége, acquièrent une importance bien autre, et de lui appliquer le traitement qui convient à la maladie génératrice?

Sans doute il n'y a pas de rapports bien constants à établir entre les affections du poumon et le scorbut; néanmoins, par suite de l'état diathésique qui domine tout l'organisme, l'appareil pulmonaire, comme tous les autres, en reçoit une modification qui, vu ses fonctions spéciales, peut être portée, dans quelques cas, au point de compromettre l'existence et qui mérite sous ce rapport une mention particulière.

Les lésions anatomiques qui se développent dans les poumons à l'occasion du scorbut, mais surtout les phénomènes symptomatiques qui se manifestent dans ces circonstances étaient déjà, comme je l'ai dit tout à l'heure, connus depuis longtemps; quelques observateurs, Lind et Huxam, entre autres avaient vivement insisté sur ces faits; mais sous le vain prétexte que ceux-ci n'avaient aucune donnée ou que des données imparfaites d'anatomie pathologique (or nous verrons plus loin si ce reproche est complétement exact), on a dédaigné de les consulter en traçant les tableaux des épidémies de scorbut, et on a cru devoir refaire à neuf la pathologie. Eh bien! cette vérité que les observateurs anciens avaient établie, d'après des aperçus encore incomplets et les seules leçons de l'empirisme, il appartient à la médecine de nos jours et surtout à l'anatomie pathologique de la démontrer et de la rendre scientifique.

En étudiant ainsi les différentes conditions qui impriment aux maladies une nature spéciale, on séparera complétement des phlegmasies franches des états morbides quelquefois opposés et qu'on aurait pu confondre, lors même qu'à une certaine époque de leur durée, on verrait s'élever au milieu d'eux une réaction inflammatoire.

II.

Lind, dans son TRAITÉ DU SCORBUT, dit très-explicitement : Dans cette affection, la poitrine est souvent le siége de douleurs scorbutiques; la constriction et l'oppression de cette partie, avec des points de côté aigus lorsqu'on tousse, sont ordinaires dans cette maladie. Cette douleur vague qui se fait sentir seulement lorsqu'on tousse, se fixe ordinairement dans un des côtés à une époque plus avancée de la maladie; elle devient extrêmement vive, de sorte qu'elle empêche la respiration; ce symptôme est très-dangereux vers la fin de la maladie, il s'y joint de la constriction et une oppression violente... Il y a des cas où, sans aucune douleur, la respiration devient courte et laborieuse, et les malades meurent subitement. En 1747, il se déclara des pleurésies et des pneumonies causées par le froid : le scorbut affectait alors principalement la poitrine; il causait une oppression, une constriction dans cette partie, une toux fâcheuse qui faisait expectorer avec beaucoup de peine un phlegme très-visqueux. Cette toux n'était pas continuelle, mais elle fatiguait extrêmement le malade, et *tous les scorbutiques s'en plaignaient...* Je crois, ajoute encore Liod, que la poitrine est toujours plus ou moins affectée dans les progrès de cette maladie.

Des pneumonies malignes attaquent fréquemment les marins après des voyages de long cours, de même que les personnes scorbutiques(1); de toutes les matières que l'on rend dans ces pneumonies par l'expectoration, il n'y en a pas de plus mauvaise que celle qui est livide, corrompue et sanieuse, et souvent semblable à la lie de vin rouge quelquefois plus noire et fétide; car elle procède de la gangrène du poumon ou de la dissolution scorbutique du sang. J'en ai vu plusieurs exemples chez les mariniers revenus récemment de l'Amérique. Le sang de ces sortes de péripneumonies est dissous, noir et corrompu; les gencives couvertes d'une matière noire et fétide; l'haleine puante, l'urine noirâtre; des pétéchies, des dyssenteries. Ailleurs (2) il décrit ainsi la *péripneumonie scorbutique* : Elle se manifeste d'abord par de la difficulté de respirer, de l'abattement, des syncopes fréquentes, des frissons et des chaleurs vagues. Il survient une fièvre accompagnée de l'oppression des hypocondres, d'une toux sèche ou suivie de l'expectoration d'une matière ténue, putride, sanguinolente et noirâtre d'une odeur infecte infecte, d'un pouls petit et fréquent, plus mou que dans les pneumonies inflammatoires; des sueurs froides irrégulières, de l'inquiétude et des anxiétés perpétuelles; il se présente, en outre, des pétéchies rouges, brunes, livides ou noires, des urines noirâtres sans sédiment semblant contenir en solution du sang (3).

Lieutaud signale aussi des symptômes pectoraux et des douleurs vives de côté (4). M. Vaidy, dans son article *Scorbut* du DICTIONNAIRE EN 60 VOLUMES, signale les douleurs de poitrine avec constriction et oppression, toux avec évacuation d'un sang corrompu par les poumons; puis la respiration devient courte, laborieuse, et le malade meurt subitement. Les poumons sont infiltrés d'un sang noir, fluide et très-fétide, et quelquefois de pus et de sérosité.

(1) Huxam, ESSAI SUR LES FIÈVRES, p. 227.
(2) Huxam, ESSAI SUR LES FIÈVRES, p. 225.
(3) Huxam, ESSAI SUR LES FIÈVRES, p. 227.
(4) Lieutaud, t. I, p. 165.

Et qu'un souci pareil nous presse également
De surprendre ou cacher tout indice alarmant.
— Eh bien! docteur, voyons, fait la railleuse fille,
N'êtes-vous pas content? Ne suis-je pas gentille
Et patiente assez? Qu'entend-on là-dedans
Qui m'empêche de vivre au moins jusqu'à cent ans?
Je vous le disais bien; c'est cette bonne mère
Qui s'est mis en la tête une sotte chimère.
Allons, rassurez-la, dit-elle, en l'embrassant.

C'était vraiment cruel autant qu'embarrassant;
Quel ton prendre en tel cas? Cette mère si tendre
Comment la diriger, et que lui faire entendre,
Sans la blesser au cœur; j'avais, tout à la fois,
Le sourire au visage et le trouble en la voix.
Dure condition de notre triste rôle,
De tenir suspendus au seuil d'une parole
L'espoir ou bien la mort! De songer que deux mots
Renferment dans leur sein l'alarme ou le repos,
Et qu'un même danger s'attache à l'imprudence
De prédire le mal ou donner confiance!
Et quoique vous sachiez tous tes soins impuissants,
Il faut savoir trouver, en son cœur, des accents
Qui, sans trop rassurer, relèvent le courage,
Et ranimant l'espoir, n'ôtent pas tout nuage
De ces fronts abattus. Le découragement
Qui succède au bonheur est un nouveau tourment;
Et chacun sait combien est terrible ta chute,
Lorsqu'après une joie, une nouvelle lutte
Est à recommencer. La sombre vérité
Sans s'exposer à nu, doit, de nécessité,
Quelque peu se montrer en la forme confuse
D'une menace, au loin; mais il n'est pas d'excuse
Pour qui, brutalement, sous ses tristes couleurs,
Annoncerait le mal et ses longues douleurs.

Je fis donc de mon mieux, parlai de quiétude,
Tout en recommandant mainte sollicitude;
Je formulai, d'ailleurs, la suite de conseils
Qu'un savoir incertain prescrit en cas pareils.
J'indiquai du Midi cette côte animée
Que, sous des cieux dorés, une flore embaumée
Berce dans ses parfums, dont l'air calme et constant
Ne fut jamais troublé par le souffle d'autan.

Mais je voyais déjà, sous le léger feuillage
De l'olivier grandi qui borde ce rivage,
Dans ces bois transparents où l'air circule en paix,

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Lorqu'on fait l'examen de l'appareil pulmonaire chez un scorbutique qui a présenté, avant sa mort, des symptômes plus ou moins graves du côté de la poitrine, on rencontre à la surface des poumons des taches, des marbrures violacées analogues à celles de la peau : elles paraissent d'un rouge violacé d'autant plus tranché que dans l'intervalle le tissu pulmonaire est ordinairement d'un gris pâle; en pratiquant des incisions on retrouve dans les coupes ces mêmes taches à une profondeur variable, cependant communément superficielles. A l'intérieur, les vésicules et les petites bronches contiennent un produit mucoso sanguinolent; puis une infiltration sanguine légère ou intense, ordinairement partielle dans les interstices cellulaires des vésicules pulmonaires occupant surtout la base des poumons, et caractérisée par une teinte rouge vineuse avec imprégnation de sang noir. Dans certains cas, en outre, le poumon offre en quelques points tous les caractères de l'engouement le plus complet, perte d'élasticité, de crépitation et de perméabilité, augmentation de volume et de poids. Son tissu plus compacte est d'une couleur rouge livide uniforme. Jamais, cependant la perte de la crépitation et de l'élasticité physiologique n'est portée aussi loin que dans la pneumonie ordinaire. C'est principalement à la face diaphragmatique postérieure et inférieure que l'on rencontre cette extravasation et cet engouement; ce qui prouve qu'outre l'affection scorbutique, la physique a une large part dans ce résultat, car dans une pneumonie véritable, jamais le sang n'obéit si manifestement à la pesanteur. Mais ce qui établit surtout une ligne de démarcation bien tranchée entre ces altérations et celles qui résulteraient d'une inflammation proprement dite, c'est la texture même des parties malades. Prenez un morceau du poumon d'un scorbutique de manière à en exprimer tout le sang qu'il contient; si l'altération n'est pas trop forte, vous pourrez lui rendre à peu près l'intégrité de son tissu. Essayez maintenant la même expérience sur un poumon véritablement enflammé, vous aurez beau laver, jamais vous ne trouverez l'organisation normale, parce que dans un cas, le sang s'est échappé des vaisseaux sans léser leurs parois ni les tissus environnants, tandis que dans l'autre les parois et les tissus ont été profondément désorganisés ou ramollis : ce qui explique dans le premier cas la possibilité du maintien de la fonction pendant un temps plus ou moins long, malgré l'imperméabilité d'une partie de l'organe.

Au lieu de se répandre en nappes peu étendues à la surface de la muqueuse ou dans les aréoles du tissu pulmonire, le sang extravasé peut se réunir en foyers; il en résulte dans les divers points des poumons une quantité plus ou moins considérable de petits dépôts de sang non coagulé d'un volume variable, sorte de noyaux ecchymotiques qui compriment et oblitèrent peu à peu les vésicules pulmonaires: ils ont quelquefois un volume tel qu'ils forment des tumeurs bleuâtres, violacées, fluctuantes, constituées par un sang liquide et sans caillots contenu dans des cavités plus ou moins irrégulières, dont la plupart ne sont tapissées par aucune membrane; la rupture subite de ces tumeurs donne lieu à une hémoptysie quelquefois considérable. Nous avons trouvé une fois une de ces cavernes presque entièrement vide après des vomissements abondants de sang noir et fétide. Autour, le poumon est infiltré d'un sang noir; quelquefois nous l'avons trouvé envahi par une large surface gangrenée. Ces épanchements n'offrent, en général, aucun des caractères des produits de l'inflammation, quoique cependant celle-ci puisse exister en même temps que la diathèse. C'est donc la tendance aux épanchements qui doit dominer toute l'anatomie pathologique des congestions pulmonaires scorbutiques.

Il est curieux de rapprocher de cette description anatomo-pathologique ce que dit Huxam à ce sujet : « Lorsqu'une de ces tumeurs » scorbutiques des poumons se rompt, le sang s'épanche dans la cavité » des bronches en si grande quantité qu'il suffoque sur-le-champ le » malade, à moins qu'on ne l'évacue promptement, ou bien il s'insinue » lentement dans les vésicules pulmonaires et en sort successivement » par l'expectoration; mais dans ce cas une autre partie s'arrêtant » dans les dernières ramifications et dans les interstices cellulaires des » bronches, engorge les poumons, comprime les vaisseaux, se cor- » rompt et corrode tout ce qui l'environne, d'où résulte une suffoca- » tion subite, une vomique dangereuse ou une gangrène. Cette ma- » tière peut encore être expectorée en partie sous la forme d'une » sanie sanguinolente ou de concrétions noires ou livides; mais cette » évacuation est pour l'ordinaire si imparfaite qu'il en reste assez dans » les poumons pour produire des effets funestes; elle annonce pour » l'ordinaire une mortification actuelle ou prochaine (1). »

Gangrène pulmonaire. Dans ces sortes de congestions, la mortification des poumons s'établit de bonne heure; elle se forme ordinairement dans l'intérieur du parenchyme sain ou simplement congestionné sans hépatisation préalable, et se présente sous forme de fragments verdâtres, grisâtres, lie de vin, noirâtres, imprégnés de bulles d'air et d'un liquide ichoreux mêlé de sang tombant en bouillie sous la moindre pression. Ces lambeaux sont traversés par des filaments qui ne sont autres que le tissu vasculaire en partie respecté. Ils forment des masses noirâtres plus ou moins volumineuses d'une fétidité gangréneuse insupportable. Ces débris gangréneux du tissu pulmonaire sont le plus souvent contenus dans une caverne creusée dans l'épaisseur des poumons, d'où ils se détachent en partie lorsqu'on fait une incision sur une des parois de cette caverne. Dans un cas, leur excavation était tapissée par une couche de lymphe plastique mince, lisse et polie paraissant être le germe d'une membrane qui plus tard devait séparer la cavité gangréneuse du tissu plus ou moins congestionné du poumon. Mais dans la plupart des cas, la gangrène n'était pas ainsi limitée. Les parois de la caverne présentaient la même disposition gangréneuse que la masse qu'elles renfermaient, et l'on y voyait fixés par des ramifications bronchiques ou vasculaires des lambeaux mortifiés dont l'extrémité libre flottait dans la cavité. D'autres fois elle n'occupait qu'un seul point du poumon, et autour d'elle on remarquait une épaisseur variable de tissu pulmonaire sans trace d'induration et de suppuration, mais offrant en général une teinte violacée et une coloration beaucoup plus foncée qu'à l'état physiologique. Il semblait n'avoir éprouvé dans sa texture aucune altération appréciable, quoique cependant dans cinq cas le poumon ait été trouvé, après la mort, hé-

(1) Huxham, *loc. cit.*

Où l'été voit fleurir le laurier, l'aloès,
Où l'hiver on récolte et l'orange dorée,
Le fier camélia, la violette ambrée,
Où les fêtes du ciel aiment à rayonner,
Je voyais, vers sa fin, lente, s'acheminer
Sous l'inflexible doigt d'un sort inexorable,
Cette pure beauté ! vierge trop adorable !
Demain vont te pleurer une mère, un amant
Qui renferment encor leur noir pressentiment.
Des décrees de mort déjà sont étendues
Les trop agiles mains, à ton fil suspendues !
— Mais aussi j'aperçois, sœurs en un même sort,
Prêtes à t'escorter en un touchant accord,
L'élégante Myrto, la chaste Virginie,
La Rose de Malherbe ainsi que toi ravie
A l'amour, au bonheur, aux maternels devoirs,
A tous les biens d'un monde aussi riche en espoirs!

X.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Robiquet, agrégé de la section des sciences physiques (physique) près l'École supérieure de pharmacie de Paris, dont le temps d'exercice a expiré le 1er janvier 1859, est maintenu pour trois ans dans ses fonctions à partir du 1er janvier 1859;

MM. Figuier et Reveil, agrégés de la section des sciences physiques (chimie et toxicologie) près la même École, dont le temps d'exercice a expiré également le 1er janvier 1359, sont maintenus pour un an dans leurs fonctions.

— Les membres de l'Association des médecins du département de la Seine sont convoqués en assemblée générale le dimanche 30 janvier prochain à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Cette réunion a pour objet :

1° Le tirage au sort de la commission générale;
2° Le compte rendu de l'année 1858;
3° L'élection des membres du bureau.

— Le 14 février prochain s'ouvrira à la Faculté de Strasbourg un concours :

1° Pour deux places d'internes civils;
2° Pour une place d'interne militaire.

Le 18 aura lieu un concours pour cinq places d'externes.

patisé et les plèvres recouvertes de fausses membranes et contenant une abondante suppuration; mais ce ne sont là que des exceptions. Ne voyons-nous pas tous les jours se manifester des abcès dans l'épaisseur des muscles qui ont été le siége d'épanchements sanguins scorbutiques sans que pour cela nous soyons dans la nécessité de leur donner une origine inflammatoire? Très-rarement, d'ailleurs, nous avons observé pendant la vie les symptômes caractéristiques d'une inflammation suraiguë des poumons, et, chez la plupart des sujets ouverts, au contraire, nous n'avons rencontré aucune des lésions anatomiques qui auraient dû exister si la gangrène eût été le résultat d'une inflammation pure et simple, savoir des portions de poumon à l'état d'hépatisation rouge ou grise au milieu de détritus gangréneux.

Le plus grand vague règne encore sur les causes de la gangrène pulmonaire. A une époque encore peu éloignée où l'on se contentait de mots pour toute explication, où surtout on croyait avoir satisfait à toutes les exigences, répondu à toutes les questions par le mot inflammation, toutes les lésions anatomiques que nous venons de décrire auraient été attribuées à l'inflammation suraiguë des poumons, et l'on se serait mis peu en peine de prouver l'exactitude de cette assertion. Or, comme nous l'avons vu, l'inflammation n'est plus ici que la forme secondaire, une complication, un accident de la maladie: selon d'autres, comme l'anthrax, comme la pustule maligne, cette affection est essentiellement gangréneuse. Pour nous, il faut absolument rapporter ces altérations si étendues, si caractéristiques des poumons à l'action scorbutique, et cela sans effort, parce que la même lésion développée en toute autre circonstance et dans les mêmes organes ne suivrait pas une marche semblable et accomplirait ses phases dans le temps voulu par les lois ordinaires de la pathologie. Rien de plus commun, d'ailleurs, que de voir la gangrène se développer sous l'influence d'une altération des fluides; mais là s'arrête tout ce que nous savons. Quant à la manière d'agir de cette cause pour produire la gangrène, nous n'avons que des données fort incertaines. Y a-t-il, comme l'a observé M. Genest (1), d'abord un épanchement de sang dans le tissu des poumons, puis altération de ce sang par le contact de l'air, et enfin gangrène du poumon avec destruction partielle de cet organe? C'est aussi l'opinion de MM. Barthez et Rilliet, qui considèrent cette gangrène comme consécutive à l'épanchement sanguin dans les poumons. Il résulte de cette manière d'envisager les faits, qui est aussi la nôtre, que le scorbut est une affection générale due à une modification de composition du sang d'où procèdent une variété de lésions pathologiques qui ont toutes pour caractère commun l'épanchement et comme tendance la gangrène.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OPÉRATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES ET SOUS-CAPSULAIRES; par le docteur LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

EXTRACTION ET REPRODUCTION SOUS-PÉRIOSTÉES D'UNE PORTION DE TROIS CÔTES.

OBS. I. — César Bianco, âgé de 12 ans, jeune enfant vif et spirituel, venait me consulter chez moi le 6 février 1843, pour une tumeur qu'il avait à la partie latérale inférieure droite de la poitrine, située au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. La maladie était survenue à la suite d'un choc violent qu'il avait éprouvé dans cette région l'année précédente.

Il fut reçu à l'hôpital de Verceil le 12 février 1845, sous le numéro d'ordre 1034, et sous le numéro de lit 131.

Le petit malade ne présente aucun signe de rachitisme; il est agile de corps, d'une taille élevée, d'une constitution grêle; et cependant il n'avait pas souffert de maladies antérieures. Je soupçonnai aussitôt que, outre les dégâts des parties molles, il y avait aussi lésion de quelques côtes. Je m'appliquai à l'étude de leur resection, et m'étant transporté au théâtre anatomique, je mis à découvert les côtes d'un cadavre, au-dessous de l'angle de l'omoplate. Je coupai quelques fibres des muscles intercostaux superficiels et profonds, selon les méthodes décrites pour la resection des côtes, et je ne poussai pas plus loin l'étude des méthodes indiquées ci-dessus. Je coupai le périoste sur le milieu des côtes, et j'éloignai les deux lambeaux jusqu'à la marge supérieure et à la marge inférieure; je fis passer une aiguille de Dechamps, munie d'un cordon de soie, et je vis aussitôt qu'avec le secours du cordon, on dépouillait facilement de leur périoste un long espace des côtes, en les tirant au dehors. Cette épreuve me démontrait que, pour faire la resection des côtes, je n'aurais plus à couper les muscles intercostaux, évitant ainsi le danger de blesser les plèvres, l'artère et les nerfs intercostaux. Le procédé opératoire était plus simple et moins dangereux que l'ancienne extirpation; j'étais donc autorisé à le mettre en pratique. J'en crus l'exécution facile à cause de l'augmentation d'épaisseur du périoste et de sa moindre adhérence à l'os. Je comptais sur la reproduction des os; mon attente ne fut pas trompée.

Lorsque j'eus pourvu à la *vermination*, je pratiquai avant tout une ponction sous-cutanée, puis je fis des injections iodées, après lesquelles je tâchai de faire adhérer les parois de l'abcès par une pression convenable, mais je n'obtins pas l'adhérence.

Le 24 avril, je fis une exploration par l'ouverture, et je sentis que deux côtes étaient découvertes. Je résolus donc de faire une large incision elliptique à la région inférieure de la tumeur, et de me régler d'après l'état des parties.

Après avoir fait cette incision elliptique à convexité inférieure, un vaste abcès enveloppé de la membrane ordinaire se trouva mis à découvert; il y avait une grande excavation faite aux dépens des muscles dentelé et dorsal; je trouvai dans le fond de la cavité, après l'avoir nettoyée, trois côtes nécrosées sur l'espace d'un pouce environ. Les côtes nécrosées présentaient, au centre de l'affection, une dilatation en guise d'une fleur, avec une cavité d'une certaine profondeur. Je fis une incision au périoste, en deçà et au delà de la corrosion qui se présentait sur la côte supérieure; je le détachai avec le levier dans l'étendue d'un demi-pouce de chaque côté; cela fait, je détachai tout doucement le périoste jusqu'aux marges, vers la surface interne tournée vers la plèvre; je passai au-dessous l'aiguille de Dechamps entre le périoste et la marge supérieure, et je la fis sortir entre le périoste et la marge inférieure de la côte. Alors il me sembla que j'avais presque achevé l'opération. En tirant le cordon de l'un et de l'autre côté, je détachai complétement le périoste de la côte.

La portion dépouillée avait une longueur de 2 pouces. Je pus, en la soulevant, pousser au-dessous la scie à chaîne, avec laquelle je sciai la côte du sternum; du côté du dos, je coupai la côte avec le sécateur.

J'opérai de la même manière successivement pour les deux côtes, et je fis l'extraction d'une partie osseuse de la même longueur.

Je retrouvai le périoste converti en membrane rouge et épaisse; il manquait dans l'endroit où les côtes présentaient l'excavation indiquée ci-dessus; et il n'y avait là que la face antérieure de l'étui périosté, du côté de la plèvre. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; je fis un pansement simple; l'opération ne présenta pas la moindre difficulté. Il n'y eut pas une vive réaction, et je ne fis aucune saignée ni aucune application de sangsues; mais l'enfant, peu docile, ne voulut jamais permettre qu'on lui appliquât un bandage pour fixer le bras contre le tronc; c'est pour cette raison, et aussi à cause des désordres qu'avaient éprouvés les muscles grand dentelé et grand dorsal, que la cicatrisation fut très-lente. Cependant le malade quittait le lit un mois après l'opération.

Au mois de juillet, il ne restait qu'un très-léger sinus fistuleux, que l'enfant ne voulut jamais laisser cautériser. Ce sinus se ferma ensuite spontanément.

Comme le petit César n'était pas pressé de reprendre son état de menuisier, il resta à l'hôpital jusqu'au 27 décembre 1845, s'utilisant dans le service de l'infirmerie. Je ne le renvoyai pas, pensant qu'il reprendrait toujours assez tôt à son pénible métier.

J'examinai, dans les premiers jours de 1855, le jeune César: il présente une large cicatrice inférieurement à l'angle de l'omoplate. Les mouvements du bras sont libres, mais l'angle inférieur de l'omoplate, quand le bras s'élève, reste fixe. L'endroit où fut pratiquée l'extraction est couvert par la peau tendue, sans plis, et non mobile sur les os. Les côtes de l'angle de l'omoplate en bas sont rapprochées l'une de l'autre et adhérentes; il n'y a pas d'espace intercostal, mais seulement un léger abaissement. Le sillon est aussi ossifié. Les côtes présentent un tout continu, comme serait une cuirasse; elles ont conservé l'ensemble de leur convexité et de leur configuration.

Autant qu'on peut en juger extérieurement, l'ossification nouvelle est donc surabondante. J'attribue cet excès de l'ossification à ce que, par suite de la maladie, la face postérieure de l'étui périosté manquait, de sorte que, n'étant plus contenu dans sa matrice et dans son moule réguliers et naturels, l'os nouveau surgit surabondamment.

REPRODUCTION DE L'OS ILÉON DROIT PAR L'EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE.

OBS. II. — Pagano (Jacques), de Ronceno, province de Verceil, scrofuleux, âgé de 15 ans, fut reçu à l'hôpital de Verceil, dans la salle chirurgicale placée sous ma direction, le 30 mars 1845, sous le numéro d'ordre général 801, et sous le numéro du lit 140. Le malheureux enfant se présente avec l'extrémité inférieure droite plus longue de quatre doigts en travers que la gauche. Il avait déjà passé, il y a maintenant sept ans, plus d'une année à l'hôpital, dans une autre section.

La crête iliaque droite est plus basse que celle de gauche; le trochanter droit est aussi beaucoup plus bas que le gauche. Il y a un sinus antérieur au grand trochanter; la compression, faite avec les doigts, tout autour de

(1) Genest, RECHERCHES SUR LA GANGRÈNE DES POUMONS, in GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

l'os iléon et sur lui, donne une sensation distincte d'élasticité. Je jugeai qu'il y avait luxation de l'iléon sur le sacrum. C'est l'os iléon qui a glissé en bas. Le sinus et la compression font voir que l'os est devenu mou, ce qui est aussi prouvé par l'exploration faite par le sinus fistuleux qui conduit à l'os.

Le 22 avril, je me déterminai à entreprendre l'extraction de la portion iliaque de l'os innominé.

M. le docteur Gallifanti, chirurgien distingué de l'hôpital, est présent à l'opération. J'introduis une branche de forts ciseaux dans le sinus situé antérieurement au grand trochanter, et je la conduis en haut en incisant d'un seul trait ses parois. Arrivé à l'épine antérieure supérieure de l'os iliaque, je porte autour du bord supérieur de l'os l'instrument tranchant jusqu'à l'épine iliaque postérieure. L'incision comprend non-seulement le périoste, mais encore la table externe et une portion de la substance réticulaire de l'os, devenues molles. J'abaisse le grand lambeau cutanéo-périosté; après quoi j'extrais, avec des tenailles en forme de double cuiller, toute la substance de l'os iliaque; j'évide en dedans le bord antérieur de l'os, en laissant à sa place la substance corticale externe. Il faut plus de temps pour décrire l'opération que pour la faire; en procédant toujours avec d'autant plus de lenteur que j'approchai davantage de la face postérieure du périoste vers le péritoine, j'évidai toute la paroi osseuse de l'iléon jusqu'auprès de son articulation avec le sacrum, et jusqu'auprès de la portion qui s'approche de la cavité cotyloïdienne. Les viscères du ventre se mouvant par la respiration comprimaient et poussaient en dehors la face interne du périoste. C'était une chose émouvante, même pour un opérateur de sang-froid. L'énorme cavité périostée, dont on avait évidé une partie si considérable d'os, était formée par le périoste changé en une membrane forte, épaisse et rouge écarlate. Je relevai le lambeau cutanéo-périosté, et le fixai à la place qu'il devait occuper au moyen de six points de suture entrecoupée faite avec un petit ruban. Je plaçai le membre sur un plan incliné ascendant. Il n'y eut pas de réaction. J'enlevai les points de suture le cinquième et le sixième jour. Je ne pratiquai aucune saignée. Il ne survint ni phlegmon ni érysipèle.

Dans les premiers jours, la plaie sécrète une humeur sanguinolente copieuse, suivie d'une humeur jaunâtre albumineuse. Il n'y eut d'hémorrhagie ni pendant l'opération ni pendant le traitement. L'énorme cavité se ferma peu à peu.

Le 30 août, le malade quitta le lit et marcha à l'aide de béquilles. Le 23 septembre, il sortit de l'hôpital sans béquilles.

Je revis le malade au commencement de l'année 1852. Il rentra à l'hôpital, où il resta depuis le 17 février jusqu'au 3 mars 1852; affecté, sur le trochanter droit, d'un abcès froid qui s'ouvrit spontanément par une petite ouverture et guérit rapidement.

Voici dans quelles conditions je retrouvai le malade à cette époque, et les réflexions que me suggéra son état :

La mollesse extrême de l'iléon nécessita l'extraction. On ne pouvait remédier à la triste condition de l'os iléon qu'en le renouvelant, c'est-à-dire en en provoquant la reproduction; on ne pouvait cependant élever l'os de nouvelle formation jusqu'au niveau naturel de l'os iléon gauche correspondant. Quand le malade partit de l'hôpital, on sentait qu'à l'os ancien avait succédé un os nouveau; mais voici quel est son état actuel :

L'os iliaque nouveau a repris en grande partie la forme de l'ancien. Le bord supérieur de l'os nouveau est plus bas de 2 centim. que celui de l'os iliaque gauche.

Il y avait déjà abaissement total de l'os avant l'opération, étant causé par l'ancienne luxation de l'iléon avec le sacrum. L'épine iliaque antérieure supérieure s'incline vers l'épine antérieure inférieure; ce qui est un effet de la formation irrégulière et déprimée de l'os nouveau. L'os entier incline aussi un peu antérieurement, ce qui, je crois, dépend aussi de l'irrégularité de l'ossification nouvelle.

Le trochanter droit est moins saillant que le gauche, et il est plus bas que ce dernier de 7 centim., par conséquent le malade a l'extrémité droite plus longue d'une quantité égale à celle que nous venons de nommer.

L'incision cutanéo-périostée fut exécutée tout au tour de la crête de l'iléon; maintenant la cicatrice est devenue antérieure, longitudinale et oblique de devant en arrière.

REPRODUCTION DE L'HUMÉRUS DROIT PAR L'EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE.

Obs. III. — Frolla (Bernard), cordonnier de Parone, province d'Ivrée, âgé de 20 ans, fut reçu à l'hôpital de Verceil sous le numéro d'ordre général 1842 et sous le numéro du lit 55, le 20 juin 1845; il fut opéré le 28 et sortit guéri le 30 août.

Il est d'une constitution éminemment scrofuleuse. Le volume de l'humérus a au moins augmenté du double dans sa partie moyenne. Il existe trois trous le long du côté externe du bras d'où s'écoule une sérosité infecte; les mouvements de l'articulation avec l'épaule sont libres, ainsi que les mouvements de l'articulation avec l'avant-bras. Les articulations que nous venons d'indiquer sont également saines.

Le tissu laminaire est devenu gros et dur autour du bras, et les muscles sont roidis.

La maladie dure depuis six mois. D'après ce que raconte Frolla, il sortit, les années précédentes, plusieurs esquilles osseuses. Le malade insiste pour être délivré de son mal, et il est même disposé à subir l'amputation conseillée par quelques chirurgiens. La dureté qu'avait prise l'humérus, et que l'on reconnaissait principalement dans la région externe du bras, me fit croire que la surface externe de l'os était affectée d'*éburnisation*. L'exploration par le moyen de la sonde faisait connaître que l'on entrait dans une grande cavité. Je pensai aussitôt qu'on devait recourir à l'extraction sous-périostée. Voici le plan que je suivis sur le cadavre :

Incision cutanéo-intermusculaire, qui s'étend des proximités de l'épine de l'omoplate au voisinage du condyle radial de l'humérus. L'incision doit comprendre la peau, le tissu laminaire, l'aponévrose; elle doit être très-ample, afin de vaincre la résistance des masses musculaires. Elle côtoie supérieurement avec le lambeau supérieur le bord postérieur du deltoïde, avec le lambeau inférieur le bord du triceps. Elle côtoie inférieurement avec le lambeau supérieur les bords externes des muscles brachial antérieur et biceps, avec le lambeau inférieur le bord externe de la partie inférieure du triceps.

Il faut écarter, s'il se peut, le nerf radial, puis inciser au delà même de la maladie le périoste dans la direction de l'incision cutanéo-intermusculaire. Il ne faut pas blesser les vaisseaux et les nerfs circonflexes, et pour cela on doit les éviter en les écartant et en les tirant en haut, s'il est possible; il faut détacher les bords du périoste de l'os, avec le levier, avec la lame triangulaire, etc., et ainsi isoler la partie de l'os qu'il est nécessaire d'amputer.

Je fis une longue incision intermusculaire entre le deltoïde et le triceps, entre le brachial antérieur et le triceps qui s'étendait de la proximité de l'épine de l'omoplate jusqu'auprès de la tubérosité radiale de l'humérus. D'un seul coup, je fis l'incision de la peau et de l'aponévrose.

Incision périostée. J'incisai le périoste au bas du col chirurgical de l'humérus, et je la continuai jusqu'à quatre doigts en travers au-dessus de la tubérosité radiale de l'humérus. Voilà la voie tracée et ouverte pour l'isolement et l'extraction de l'os.

Je commençai à détacher avec le levier et avec la lame triangulaire les bords du périoste, et comme ils étaient adhérents à l'os autour du sinus, leur détachement fut très-lent; à mesure que la dissection s'avança, elle devint plus facile, attendu que je pus faire une plus grande prise avec le levier, avec l'index et avec la lame courbe introduite entre l'os et le périoste. Ayant poussé plus loin la dissection du périoste, je fis passer les angles réunis d'une longue pièce de toile, avec laquelle, en tirant les deux extrémités dans différents sens, je parvins à isoler entièrement l'os. Je fis la section de l'os avec la scie à chaîne. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et je ne pratiquai aucune ligature. La cavité périostée fut conservée dans sa totalité, et elle ne fut pas du tout blessée. Le périoste était comme du velours rouge épinglé.

Je fis sept points de suture entrecoupée, dans laquelle je ne compris que la peau et le tissu adipeux; évitant surtout d'y comprendre le périoste. Lorsque j'eus terminé les sutures, le membre n'étant plus retenu par les assistants se contracta énormément. Après lui avoir laissé un moment de repos, je le couvris avec un voile humecté d'onguent *réfrigérant*, puis je l'entourai de deux couches épaisses de compresses et de deux cartons; je contins le tout avec un bandage circulaire. Je plaçai le membre légèrement courbé sur un coussin. Il n'y eut aucune réaction. Je fis le premier pansement le cinquième jour, en commençant par enlever les points extrêmes de la suture, puis j'enlevai les moyens le sixième jour. Il n'y eut pas de séparation, et au dixième jour il avait sa forme cylindrique. Ayant vu cela, et la suture et l'incision étant déjà cicatrisées, je faisais chaque jour une légère extension et contre-extension aux extrémités du membre, afin qu'il ne restât pas plus court qu'il ne devait l'être dans son état naturel. Je ne palpai jamais le membre dans l'endroit où l'os avait été extrait jusqu'au trentième jour; à ce moment, je mis la main au-dessous; je l'embrassai, le soutins, et je sentis la continuité de l'os. Peu à peu le malade commença à relever son bras; il a la même longueur que l'autre qui est sain, mais il est plus gros.

Le 10 août j'explorai de nouveau, et je sentis décidément avec les doigts l'os nouveau. Le malade lève facilement le bras pendant les jours suivants. Il voulut absolument sortir le 30 du mois d'août, quoique je désirasse le retenir pour observer les modifications qui surviendraient dans l'os nouveau.

Quand le malade sortit de l'hôpital, il remuait aisément le membre; car il s'en servait pour porter les aliments à sa bouche, pour s'habiller, etc. Le succès de l'opération fut très-heureux, parce que la réunion eut lieu par première intention; que non-seulement l'os renaquit, mais qu'il conserva la longueur naturelle; et que la main, l'avant-bras, le bras conservèrent l'intégrité de leurs mouvements.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. BRITISH MEDICAL JOURNAL.

(Suite.)

Les numéros de juin à décembre 1857 renferment les articles originaux suivants : 1° *De la fièvre à Leicester*; par M. Sloane. 2° *Action du chloroforme*; par M. White. 3° *Opération de hernie obturatrice*; par M. Pultai. 4° *Physiologie, pathologie et thérapeutique des fonctions motrices de l'uterus*; par M. Vernon. 5° *Heureux effets du drainage dans le village de Worthing*; par M. Collet. 6° *Cancer intra-tho-*

racique; par M. Cockle. 7° *Présence de l'air dans les veines après la mort*; par M. May. 8° *Empoisonnement par la strychnine*; par M. Bryan. 9° *D'un cas qui réclama l'accouchement prématuré*; par M. Williams. 10° *Association médicale*; par M. Jeaffreson. 11° *Métrorrhée pendant la grossesse*; par M. West. 12° *Ponction abdominale dans un cas d'obstruction intestinale*; par H. Cooper. 13° *De l'engorgement des amygdales et de la luette. qui accompagne la surdité*; par M. Williamson. 14° *Occlusion du museau de tanche chez une femme en travail*; par M. Hatton. 15° *Tumeur considérable de la vessie datant de quarante-sept ans*; par M. Collyns. 16° *Symptômes cérébraux inquiétants après un violent exercice dans un temps fort chaud*; par M. Bowles. 17° *Guérison d'un cas de téléangiectasie*; par M. Mackinder. 18° *De l'élimination dans la fièvre*; par M. Handfield. 19° *Des nœuds du cordon*; par M. West. 20° *Des convulsions puerpérales*; par M. Daniell. 21° *Rétroversion utérine guérie par un nouveau pessaire*; par M. Coats. 22° *Névralgie sciatique traitée par application du narcotique, directement sur le point douloureux*; par M. Lindsay. 23° *Oblitération complète du museau de tanche chez une femme en travail*; par M. Mayne. 24° *Du cathétérisme dans les cas difficiles*; par M. Rhousson. 25° *Observations de hernies étranglées*; par M. Mackinder. 26° *Abcès péri-utérin ouvert dans la vessie*; par M. Melland. 27° *Analyse de l'urée au point de vue clinique*; par M. Trudichum. 28° *Paralysie rhumatismale*; par M. Dudley. 29° *Effets de l'opium à haute dose*; par M. Pritchard. 30° *Fracture intra-utérine*; par M. Herbert. 31° *Placenta inséré sur le col, avec hydatides et absence de fœtus*; par M. Jones. 32° *Cas de résurrection*; par M. Mackinden. 33° *De l'immunité variolique des vaccinés*; par M. Rigden. 34° *Maladie rebelle nécessitant deux fois l'accouchement prématuré*; par M. Garaway. 35° *Inflammation des gaînes tendineuses*; par M. Probert. 36° *Des diverses formes de malaria*; par M. Jones. 37° *Privation des doigts, transmise pendant six générations*; par M. Mackinder. 38° *Ablation d'un cancer encéphaloïde; ligature de la carotide; guérison*; par M. Smyth. 39° *Du choléra à Londres*; par M. Snow. 40° *Fracture intra-utérine*; par M. Dawies. 41° *Idem*; par M. Murray. 42° *Traitement du rhumatisme aigu*; par M. Inman. 43° *Traitement des plaies de tête*; par M. O'Donovan. 44° *Traitement du choléra par les purgatifs*; par M. Davey. 45° *Obstruction intestinale, avec vomissements stercoraux*; par M. Jennings. 46° *Conformation vicieuse de la tête chez un fœtus*; par M. Trend. 47° *Effets de la strychnine sur les chiens*; par M. Sloane. 48° *Invagination du colon*; par M. Nicholson. 49° *Blessure du poumon avec fracture de côte*; par M. Davies. 50° *Empoisonnement par le précipité blanc et les têtes de pavôts*; par M. Michael. 51° *Métrorrhagie interne survenue accidentellement*; par M. Rudland. 52° *Désordres nerveux causés probablement par la malaria*; par M. Jones. 53° *Coma hystérique avec paralysie*; par M. Williams. 54° *Statistique médicale de Bedfort*; par M. Blower. 55° *Blessure de la gorge*; par M. Thurnall. 56° *Emploi du café dans les étranglements herniaires*; par M. Sammut. 57° *Traitement de l'apoplexie et de l'hémiplégie*; par M. Inman. 58° *Hernie fémorale*; par M. Brown. 59° *Traitement du rhumatisme aigu*; par M. Fuller. 60° *Idem*; par M. Steele. 61° *Tétanos traumatique*; par M. Chadwick. 62° *Lésions intra-utérines*; par M. West. 63° *Traitement de l'angine maligne*; par M. Bryden. 64° *Affection maligne du foie*; par M. Newman. 65° *Diphthérite conjonctivale*; par M. Pritchard. 66° *Paraplégie suite d'épanchement médullaire*; par M. Walker. 67° *Compresseur pour la cataracte*; par M. Salomon. 68° *Traitement des blessures des mains et des doigts*; par M. Houghton. 69° *Issue d'un calcul biliaire à travers les parois abdominales*; par M. Mackinder. 70° *Delirium tremens*; par M. Duncalfe. 71° *De l'iritis*; par M. Moore. 72° *Lithotomie médio-périnéale*; par M. Walter. 73° *Convulsions puerpérales avec oblitération complète du museau de tanche*; par M. Thompson. 74° *Blessures des mains*; par M. Birkett. 75° *Fistule vésico-utérine*; par M. Harrinson. 76° *Inflammation des poumons causée par un corps étranger des bronches*; par M. Barrett. 77° *Effets de la diète saccharine dans le diabète sucré*; par M. Williams. 78° *Balle ayant séjourné dans la poitrine pendant quarante-deux ans*; par M. Leach. 79° *Instruments pour conserver le vaccin et l'inoculer*; par M. Gavstang.

SUR LA FIÈVRE DE LEICESTER; par JOHN SLOANE, médecin de l'infirmerie de Leicester.

Cet article a pour but de montrer les principales différences entre la fièvre typhoïde et le typhus.

Depuis les publications du docteur Jenner (1849), on s'accorde, en Angleterre, à considérer la fièvre typhoïde et le typhus fever comme deux maladies différentes, de même qu'après les travaux de Withering, on cessa de confondre la scarlatine avec la rougeole, dont on ne la distinguait pas auparavant.

Les principaux caractères distinctifs se tirent :

1° De la cause et de la propriété contagieuse.

Le typhus est dû à la misère et à l'encombrement, et il est éminemment contagieux. La fièvre typhoïde se produit dans des circonstances très diverses, encore mal déterminées, et n'est que faiblement et accidentellement contagieuse. De plus, le typhus ne paraît pas pouvoir engendrer la fièvre typhoïde, et réciproquement; de même qu'on ne voit pas la scarlatine produire la rougeole, et *vice versâ*. Ce sont donc deux espèces morbides distinctes et irréductibles l'une à l'autre.

2° De l'éruption.

Les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde rares, légèrement saillantes, arrondies, s'effaçant entièrement sous la pression du doigt, n'ont aucune ressemblance avec l'éruption, abondante, générale, morbilliforme, *exanthemo-ecchymotique* du typhus où les taches ne sont pas saillantes, ne s'effacent pas sous le doigt ou ne pâlissent qu'à la surface, deviennent de véritables ecchymoses et persistent comme telles pendant un ou deux septénaires. Elles apparaissent d'ailleurs plus tôt que dans la fièvre typhoïde, affectent la disposition générale de l'éruption de la rougeole et s'accompagnent presque toujours de véritables pétéchies. L'éruption caractéristique ne se montre pas toujours dans le typhus, non plus que dans la fièvre typhoïde, mais elle fait moins souvent défaut dans le typhus.

Le docteur Sloane ne l'a jamais vue manquer à Leicester; le docteur Peacock, sur 55 cas observés à l'hôpital Saint-Thomas n'a pas trouvé une seule exception. Il en existe, toutefois; ainsi, sur 130 cas rapportés par Henderson et Reid (d'Edimbourg), l'éruption a manqué 16 fois.

De ce qu'elle ne se produit pas constamment, il ne faut pas conclure qu'elle n'est pas caractéristique lorsqu'elle se montre. Il en est d'ailleurs de même pour la scarlatine qui ne présente pas toujours son éruption et la modifie plus souvent peut-être que le typhus ne modifie la sienne.

3° De l'invasion plus rapide des symptômes nerveux et de la plus courte durée du typhus.

4° De l'absence dans le typhus des lésions caractéristiques de l'intestin et du mésentère propres à la fièvre typhoïde.

Ajoutons à ces excellentes distinctions que M. le professeur Godélier avait signalées il y a deux ans, dans la GAZETTE MÉDICALE, à l'ocasion du typhus du Val-de-Grâce, le résumé du traitement, très-curieux pour des praticiens français, que l'on applique très-habituellement de l'autre côté de la Manche, à la fièvre typhoïde et au typhus. Nous traduisons fidèlement.

Un traitement simple est le meilleur, à mon avis. On devra appliquer ici le principe du docteur Graves « nourrir la fièvre, » et je crois très-important d'administrer de bonne heure le vin et les autres stimulants.

Nous savons que ces deux affections sont accompagnées d'une prostration profonde, et les cas qui m'ont paru marcher de la manière la plus favorable sont ceux dans lesquels on a donné le vin aussitôt que les symptômes de dépression se sont montrés. Le malade, à moins qu'il ne dorme, doit prendre toutes les heures ou toutes les demi-heures du vin ou de l'eau-de-vie, en petite quantité à la fois, afin que leur action stimulante puisse être continuellement maintenue. On lui donnera du thé de bœuf, de l'arrow-root et d'autres aliments analeptiques de facile digestion qu'on pourra lui faire prendre; j'ai vu des malades qui ne pouvaient avaler, restaurés par des lavements de thé de bœuf concentré et de vin. Les cas simples sont ordinairement traités à leurs premières périodes par la solution de sesquicarbonate d'ammoniaque ou la mixture de campbre, et durant la convalescence par la décoction de quinquina unie au sesquicarbonate d'ammoniaque. D'après mon expérience, ce qui arrête le mieux la diarrhée de la fièvre typhoïde, c'est la mixture de craie unie à la teinture de cachou et à de petites doses de laudanum. Je me suis souvent très-bien trouvé de petits lavements d'amidon contenant environ une drachme (1 gr. 77 c.) de teinture d'opium.

Je traite habituellement la bronchite typhoïde par de doux expectorants, en faisant souvent changer le malade de position, le faisant coucher tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, en soutenant ses forces et en m'abstenant de larges vésicatoires que j'ai vus souvent amener l'adynamie; mais de petits vésicatoires au devant du thorax peuvent être utiles.

Une complication fréquente et redoutable du typhus, c'est le délire violent, qui, s'il n'est combattu, se termine par le coma et la mort. Le docteur Graves a fortement préconisé, dans ce cas, l'emploi de petites

doses d'opium et de tartre émétique. Je me suis souvent servi de ce remède, et il a toujours procuré une amélioration rapide. On doit le prescrire seulement dans les cas de délire violent et aigu, et non dans le délire faible qui se montre dans la dernière période de la maladie; alors ces médicaments ne feraient qu'avancer la mort.

OPÉRATION DE HERNIE OBTURATRICE; par M. PUTTALI.

Les hernies obturatrices étant rares, chaque fait nouveau est digne d'intérêt.

OBS. — Une femme de 75 ans était depuis huit jours prise de tous les signes d'une hernie étranglée. Le pouls était à 100; le ventre tendu et douloureux; la percussion suffisait pour produire des vomissements bilieux; les régions inguinales ne présentaient rien de particulier; mais en pressant un peu vivement dans la région crurale gauche, sur un espace très-petit, on déterminait de vives douleurs et même des vomissements bilieux; on se borna à administrer du calomel et de la coloquinte jusqu'au lendemain.

Ce jour-là les symptômes avaient augmenté d'intensité, les vomissements étaient devenus stercoraux; on soupçonna une hernie obturatrice.

L'opération fut pratiquée comme pour une hernie crurale; puis on insinua le doigt entre les muscles adducteurs; là on sentit une petite tumeur arrondie, dure, élastique, qui se réduisit brusquement sous l'influence d'une pression légère. La malade éprouva un soulagement immédiat; mais malgré l'opium, les purgatifs, etc, elle succomba le quatorzième jour de l'opération.

A l'autopsie, on trouva une ulcération de l'iléon aussi nette que si c'était une plaie par instrument tranchant; les matières fécales ne s'en étaient point cependant échappées. Le trou obturateur n'était pas plus grand que celui du côté opposé.

PRÉSENCE DE L'AIR DANS LES VEINES; par M. MAY.

Cet observateur rapporte trois faits où de l'air fut constaté dans le système veineux à l'autopsie. Dans un de ces cas la mort survint après des vomissements, dans un autre après des spasmes nerveux. Dans le troisième, on crut à un empoisonnement.

D'après l'auteur, de l'examen des faits connus dans la science, on peut tirer les déductions suivantes:

L'air peut entrer dans les veines et causer subitement la mort:
1° Pendant les opérations chirurgicales;
2° Après l'accouchement, en pénétrant par les sinus utérins;
3° Dans certaines conditions spéciales;
4° Sous l'influence des poisons.

EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE; par J. M. BRYAN, D. M., Northampton.

OBS. — On donna par méprise à un enfant de 2 ans une dose de poudre insecticide contenant de la strychnine.

Roideur tétanique presque immédiate, persistant pendant vingt-quatre heures, et par intervalles accès convulsifs.

L'enfant fut tenu dans un bain chaud pendant cinq heures. Le sulfate de zinc ni l'eau sinapisée ne peuvent déterminer le vomissement. L'huile de ricin par la bouche et en lavement amena quelques selles; après lesquelles les accès épileptiformes s'affaiblirent et devinrent moins fréquents. L'enfant conservait de l'intelligence et sentait venir les accès.

On lui administra alors, toutes les quatre heures, de l'esprit d'ammoniaque, de l'éther nitrique, de l'acétate d'ammoniaque, de la mixture de camphre. L'amélioration persista.

Les jours suivants, on administra des purgatifs. Tous les accidents cessèrent, mais l'enfant était fort languissant; il fut dix jours sans pouvoir prendre de nourriture; quinze jours sans pouvoir se tenir debout, et il ressentit longtemps encore une grande débilité générale.

GROSSESSE QUI NÉCESSITA L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ; par M. WILLIAMS.

OBS. — Une dame très-petite, en apparence bien conformée, ayant un mari grand et plein de vigueur, enceinte pour la première fois en 1851, fut délivrée par la craniotomie. En 1852 elle dut subir une opération semblable. Il en fut de même en 1853. M. Williams, qui la vit à cette époque, lui conseilla de se soumettre à l'accouchement prématuré, si elle devenait enceinte de nouveau.

Au mois de juin 1855, cet accoucheur pensant qu'elle était grosse de sept mois, lui administra 3 drachmes d'ergot de seigle, associé dans une potion avec de l'acide sulfurique et du benjoin. Le lendemain quelques douleurs se produisirent, le col s'entr'ouvrit, et on perfora les membranes. Le quatrième jour l'accouchement eut lieu, mais l'enfant succomba. La mère se rétablit rapidement.

En 1856, nouvelle grossesse; au huitième mois on administra le même mélange d'ergot de seigle; au bout de quelques heures, rupture des membranes, et peu de temps après accouchement d'un enfant bien portant.

GUÉRISON D'UN CAS DE TÉLÉANGIECTASIE; par M. MACKINDER.

OBS. — Une jeune personne de 12 ans portait, depuis sa naissance, une tumeur érectile volumineuse de la paupière inférieure gauche. On essaya inutilement le séton, l'acupuncture, la cautérisation électrique. Après deux ans de traitement, M. Mackinder fit, avec un mince bistouri, à lame doublement tranchante, l'incision sous-cutanée des vaisseaux, et arrêta l'écoulement de sang par une injection de lactate de fer très-concentrée. Il obtint seulement une diminution de volume.

Quelque temps après, il fit encore une injection avec la même solution, et cette fois toute la partie superficielle de la tumeur se gangrena; au-dessous de l'escarre se développèrent des bourgeons charnus de bonne nature, et la guérison fut parfaite.

Mieux eût valu employer ici une cautérisation méthodique, que de s'exposer au bénéfice douteux de la gangrène.

OCCLUSION COMPLÈTE DU MUSEAU DE TANCHE CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL; par M. HATTON.

Idem; par M. MAYNE.

M. Hatton rapporte le fait suivant:

OBS. — Une femme de 40 ans, mariée depuis trois ans, était aux douleurs d'une première grossesse depuis vingt-quatre heures. M. Hatton fut appelé par la sage femme, qui lui dit ne pouvoir constater la présentation et n'avoir vu sortir aucune trace de liquide amniotique. Après beaucoup d'hésitations, n'ayant point trouvé d'orifice utérin, il pratiqua une petite incision avec des ciseaux, puis il l'agrandit crucialement avec un bistouri boutonné; les eaux s'écoulèrent, la tête s'engagea; mais la malade, qui avait eu des douleurs très-fortes avec vomissements, était dans un état d'épuisement complet. Le travail ne marchant plus et l'enfant étant mort, on fit la craniotomie.

Lorsque la mère fut rétablie, on constata que l'orifice utérin avait persisté.

Le cas rapporté par M. Mayne présente les mêmes circonstances; seulement la femme avait eu déjà des enfants. Au bout de quelques heures d'attente, le chirurgien fit trois scarifications transversales avec la pointe d'une lancette, rompit les membranes, et l'accouchement se termina heureusement pour la mère et l'enfant.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

REMARQUES SUR LES OBJECTIONS RELATIVES AUX PROTO-ORGANISMES RENCONTRÉS DANS L'OXYGÈNE ET L'AIR ARTIFICIEL; par M. POUCHET.

Nous extrayons de cette note les passages suivants:

Pas un mot dans mon mémoire, je le pense, ne peut faire supposer que des animaux et des plantes seraient produits uniquement par l'action des forces générales dont dépendent les combinaisons chimiques dans le règne organique.

Le point culminant de cette discussion est de savoir si l'air de l'extérieur a pénétré ou non dans mon appareil.

Si c'était l'air qui, en s'insinuant dans nos appareils, y introduisit des germes d'animalcules, on rencontrerait constamment dans nos flacons des spécimens de toute la faune qui, selon les partisans de la dissémination aérienne, encombre nécessairement l'atmosphère. Et au contraire, *jamais* dans les expériences que l'on conduit avec soin, et dans lesquelles les appareils parfaitement clos se remplissent d'animalcules, *jamais* les espèces que l'on trouve à l'intérieur ne sont les mêmes que celles qui fourmillent au dehors.

Pourquoi? La raison en est fort simple: c'est que dans nos vases fermés les conditions de pression et de composition atmosphérique sont différentes; c'est de là que provient la différence de la faune.

Dans toutes les expériences en question, en voyant les vases hermétiquement fermés ne présenter aucune population zoologique particulière, il faut se prononcer sur cette remarquable particularité. Et comme on ne peut supposer que les fissures des appareils choisissent la faune qu'elles introduisent dans leur intérieur, il est rationnel de penser que celle-ci s'y développe par l'une de ces mystérieuses voies que nous ne pouvons connaître.

Sans cela se pourrait-il que, de deux vases plongés dans la même atmosphère, l'un y aspirât seulement une portion des germes qui y voltigent et plusieurs espèces qu'aucun vase ouvert ne peut récolter? que l'autre, lui, n'aspirât rien de tout cela, au milieu de cette abondance, et se contentât d'une simple plante?

M. Milne Edwards a rappelé ses expériences sur la génération spontanée, mais s'il est de doctrine que les germes des animalcules ne périssent pas à la température de 100 degrés, on ne voit réellement pas pourquoi, à l'ouverture de son appareil, il ne l'a pas trouvé rempli d'infusoires.

M. Milne Edwards nous a rappelé heureusement le nom de Redi. Mais malgré la voie nouvelle tracée par ses découvertes, l'illustre membre de l'Académie del Cimento, il ne faut point l'oublier, ne fut pas un adversaire absolu de la génération spontanée, et de place en place l'aveu lui en échappe dans son œuvre. Il y croit pour les vers intestinaux et pour certaines larves qui vivent dans l'intérieur des plantes.

A l'appui de la dissémination atmosphérique des germes, M. de Quatrefages rapporte qu'il a vu des corpuscules pulvérulents charriés par l'air, et qui, déposés dans l'eau, y apparaissaient bientôt sous la forme d'œufs ou d'animalcules.

M. de Quatrefages est connu pour un observateur trop rigoureux pour que j'élève le moindre doute sur ses observations, et je les admets même avec une vive satisfaction, car elles forment le plus magnifique argument que l'on puisse invoquer contre cette panspermie aérienne que je combats de toutes mes forces.

Je répète souvent, dans le travail qui m'occupe, que si les œufs des animalcules étaient *réellement* en masse dans l'air atmosphérique, ils tomberaient en même abondance dans l'eau pure et dans les macérations. Or cela n'est pas.

J'ai répété plusieurs fois l'expérience qui suit :

Sur une des tables de mon laboratoire, encombré d'animalcules, on a rempli d'eau distillée, d'eau filtrée ou d'eau bouillie, de grandes cuvettes en cristal de 30 centimètres de diamètre, et jamais je n'ai vu aucun animalcule en envahir la surface. Si les œufs de ceux-ci étaient suspendus dans l'atmosphère, une conséquence des observations de M. de Quatrefages est qu'en tombant dans l'eau ils y décèleraient bien rapidement leur présence. Or, je le répète, on n'y en aperçoit pas le moindre vestige.

Mais lorsque, après quinze jours d'attente inutile, on mettait dans l'eau un corps organisé fermentescible, vingt-quatre heures après la surface de l'eau était constamment peuplée par une immense population d'animaux microscopiques.

Personne n'oserait avancer, je l'espère, que la présence du corps fermentescible a déterminé une pluie de germes dans nos cuvettes, et l'observation de M. de Quatrefages constate que, sans celui-ci, les œufs subissent parfaitement leur évolution. L'expérience bien simple que nous venons de raconter suffirait donc pour démontrer que l'air n'a nullement le rôle qu'on lui prête communément. Si, lorsqu'on ajoute le corps fermentescible, les animalcules apparaissent, ce n'est ni lui, ni l'air, ni l'eau qui les contenaient, car cette expérience réussit très-bien avec du foin chauffé à 200 degrés dans de l'eau distillée.

On n'objectera pas sans doute, à cette simple expérience, qu'il faut un élément nutritif..... Il n'en faut pas aux œufs, et les jeunes s'en passent fort bien.

Ehrenberg, dont l'opinion en semblable matière a tant d'autorité, vient lui-même corroborer nos assertions. En effet, dans son premier écrit sur la distribution des microzoaires, il combat vivement ceux qui prétendent que l'air est le véhicule des germes de nos infusions. Ce savant rapporte, à l'appui de son opinion, qu'il n'a jamais pu trouver un seul animalcule dans l'eau de la rosée immédiatement après qu'elle avait été recueillie.

Pour moi, j'ai cherché vainement dans la poussière de mon laboratoire si je pourrais y rencontrer des œufs d'animalcules, et jamais je n'y en ai observé un seul (1).

L'imagination est effrayée du nombre d'œufs et de spores qu'il faudrait encombrer l'air pour qu'il suffise à l'universelle dissémination qu'on lui prête et que l'expérience récuse de toutes parts. Partout où vous placiez une infusion, elle se remplira de monades crépusculaires, et celles-ci sont tellement petites et tellement tassées, que l'un des plus illustres zoologistes de notre époque compte qu'il n'en entre pas moins de cinq cents millions dans une goutte d'eau.

L'objection de M. de Quatrefages, reposant sur la découverte des sexes par M. Balbiani, est plutôt aussi un argument en faveur de la spontéparité qu'une objection contre elle. Ainsi que M. Balbiani, j'aperçois parfaitement des œufs à l'intérieur de quelques grosses espèces d'infusoires ; ce n'est pas douteux. Mais ce mode de reproduction est si rare, que, lorsqu'on est adonné aux études microscopiques, on s'aperçoit immédiatement qu'il lui serait impossible de suffire à l'incalculable nombre d'animalcules qu'on voit surgir de toutes parts.

Je vais immédiatement répondre à l'objection que l'on pourrait tirer de la fécondité des infusoires, peuplant instantanément les infusions à l'aide d'extraordinaires moyens de reproduction.

Pour les observateurs, sa marche réelle est beaucoup plus lente. M. Balbiani l'a parfaitement reconnu. Et l'on voit qu'il dit lui-même que le seul accouplement de la paramécie verte dure cinq à six jours (2). C'est cet accouplement qui me paraît être également long dans les kérones, que l'on a pris pour un phénomène de scissiparité longitudinale. A l'égard des vorticelles, qu'on représente dans tous les ouvrages se multipliant par cette même scissiparité, c'est, selon moi, un fait que l'on reproduit depuis Spallanzani, mais qui est absolument inexact. Des milliards de vorticelles ont passé sous mes yeux, dans toutes les saisons, et je n'ai vu que cinq à six fois en ma vie deux vorticelles accolées. C'étaient des cas tératologiques beaucoup plus rares chez elles que les doubles fœtus de mammifères ou d'oiseaux que l'on m'apporte au muséum de Rouen.

Les deux seules expériences que la science oppose à l'hétérogénie, celles de Schultz et de Schwann, ont été faites avec fort peu de précision, et je m'étonne qu'on ne s'en soit pas aperçu plus tôt. M. Cl. Bernard est entré tout à fait dans la bonne voie à cet égard. On ne devait pas attendre moins du grand observateur. Mais qu'il me permette de faire quelques objections au cas dont il a entretenu l'Académie.

Quoiqu'il soit évident que plus vous tourmentez les éléments génésiques par vos agents chimiques, plus vous entravez la marche naturelle de l'expérience, j'aborderai plus franchement la question. A l'égard de l'expérience de Schultz, chacun peut la voir eo ce moment en marche dans mon laboratoire où le ballon, pour la sixième fois et plus, se peuple encore de *Penicillium ;* si c'était dans l'été, on y rencontrerait des animalcules.

Dès l'instant que l'on proclamera que la température de 100 degrés est insuffisante pour tuer les œufs et les spores, les conclusions que l'on a tirées pendant vingt ans des expériences de Schwann et de Schultz deviennent absolument nulles. Et si, partant de ce principe, on considère aussi comme non avenues les expériences que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, le même arrêt frappe également celles de MM. Milne Edwards et Claude Bernard ; et alors on a droit de s'étonner que dans les appareils des quatre savants que je viens de citer, on n'ait rencontré ni aucun animalcule ni aucune végétation cryptogamique.

C'est là, comme on le voit, une conséquence excessivement grave, car tout est à recommencer.

Les expériences analogues à celles de M. Cl. Bernard sont extrêmement délicates, parce que l'ébullition de la substance, en opérant de profondes altérations chimiques, entrave la production des proto-organismes. Citons un seul fait : Si l'on met une substance donnée dans un vase, après une journée les animalcules y fourmilleot. Si vous soumettez la même substance à l'ébullition, les animalcules se montrent beaucoup plus lentement, et parfois un mois après vous n'en apercevez pas encore un seul. Et de même dans nos appareils on n'y suscite pas toujours à volonté l'état qui seul devait produire un résultat positif.

Une chose frappera tous ceux qui liront le récit de l'expérience de notre illustre physiologiste, c'est que l'air de ses deux ballons offrait des propriétés absolument différentes : dans l'un il était d'une odeur putride très-désagréable, ce qui n'avait pas lieu dans l'autre. J'aurais été moi-même étonné de rencontrer des produits analogues dans les deux cas (1).

Je traiterai la question des températures dans un autre écrit. Mais je me contenterai de dire ici que M. Morren a prétendu qu'une chaleur de 45 degrés suffisait pour tuer tous les infusoires ; que Bugès assure avoir anéanti sans retour les germes des vibrions à l'aide d'une température de 60 à 80 degrés, et qu'enfin Spallanzani a soutenu, d'après ses nombreuses expériences, que 100 degrés suffisaient pour frapper de mort tous les germes des animaux et des plantes.

Pour moi, dans toutes mes expériences, j'ai toujours vu les œufs et les semences perdre leur faculté génésique par une ébullition de moins d'une heure de durée, lorsque la température de l'eau bouillante lès avait absolument pénétrés.

En réponse aux objections de M. Dumas, je me contenterai de dire que, dans mon ouvrage sur l'hétérogénie, il existe des observations dans lesquelles, en me servant de corps putrescibles chauffés à 220 degrés, et en employant de l'eau artificielle, j'ai obtenu des animalcules. Sans doute que là, à moins de prétendre que les germes sont presque incombustibles, on avouera qu'ils ont dû succomber (2).

OBSERVATIONS SUR LA FAUNE DES ILES GALAPAGOS, ET EN PARTICULIER SUR LA GÉNÉRATION SPONTANÉE ; par M. l'amiral DU PETIT-THOUARS.

En visitant les îles Galapagos, dont j'ai fait l'exploration, j'ai été saisi par l'aspect qu'elles m'ont offert. Toutes ces îles, d'une création volcanique encore récente, sont dans un état de développement progressif et bien marqué qui permet de constater d'une manière certaine l'ancienneté comparative de leur origine. L'une d'elles, Albe Marle, est encore à l'état d'incandescence ; le volcan qui l'a produite jette toujours de la fumée et parfois des flammes. Cette île est élevée et n'offre à la vue qu'un monceau de pierres volcaniques,

(1) Je n'y ai rencontré que des corpuscules extrêmement fins, des grains de pollen, des brins de laine provenant de mes habits, des fragments de tissus de végétaux, des grains de fécule et des filaments des papiers colorés employés dans mes expériences, etc., pas un œuf de kolpode ou de kérone.

(2) L'accouplement de la paramécie verte n'a jamais été observé par moi ; mais j'y crois, ayant vu souvent celui des kérones. Mais sur tant de millions de paramécies que j'ai élevées, je n'ai point vu un seul cas de scissiparité. Dans les kolpodes, au contraire, on rencontre parfois des individus accolés, qui pourraient faire croire à l'existence de la génération scissipare, si on n'y regardait scrupuleusement.

(1) Je n'ai nulle connaissance des microzoaires observés dans l'appareil à air renfermé de M. Cl. Bernard ; mais je serais excessivement trompé si l'on n'y rencontre autre chose que des monades, des vibrions et des bactérium. Si sa doctrine est vraie, pourquoi donc n'y aurait-il pas de paramécies, de kérones, etc. ?

(2) HÉTÉROGÉNIE, p. 235 et 237.

de laves et de scories non agglomérées qui rendent le marcher difficile et presque impossible. Il n'y a point de terre végétale et elle est entièrement stérile. Dans les autres îles, les volcans sont éteints depuis plus ou moins longtemps, ce qui n'est pas facile à déterminer. Quelques-unes n'ont encore aucune végétation et sont partout pénétrables par la pluie.

La végétation qui s'est développée sur ces îles n'est pas également répandue; elle n'existe sur quelques-unes que tout à fait au sommet; dans d'autres, au sommet seulement, et dans quelques anfractuosités des montagnes qui, par cette végétation, ressemblent aux oasis du désert; sur d'autres enfin, en se développant successivement par la décomposition répétée des plantes qui forment une espèce d'humus qui sert à agglomérer les parties du sol, à lui donner de la fertilité et permet l'écoulement des eaux, la végétation s'étend peu à peu en descendant et arrive enfin jusqu'au rivage. Dans les îles dont la végétation n'est pas complète, le sol inférieur à la région qu'elle occupe reste toujours à l'état primitif jusqu'à l'entière transformation qui n'arrive que peu à peu et successivement. Dans cet état, on reconnaît très-bien que la végétation des parties supérieures est plus active et plus développée que celles des parties inférieures. Les arbres y sont plus grands, les plantes plus serrées et plus vigoureuses. Lorsque les îles sont très-anciennes, comme celles de la Société, des Marquises et des Sandwich, c'est le contraire qui a lieu. Les plantes et les arbres du rivage sont plus grands et plus développés que ceux des parties supérieures de ces îles. Cela s'explique par l'état de nonperméabilité du sol, successivement aggloméré par la formation de l'humus et l'écoulement des eaux qui alors l'enrichit au point que ce sol inférieur devient avec le temps le plus fertile, et donne lieu à l'observation qui a été faite.

On voit par là qu'après un sérieux examen de tous les groupes d'îles volcaniques de la Polynésie, il serait facile d'en conclure le degré de priorité dans l'apparition.

Une remarque que j'ai également faite sur chacun des groupes que j'ai cités, c'est que les îles les plus anciennes, d'après le classement que j'en ai fait, sont entourées de ceintures de coraux qui laissent entre elles et la mer un espace de mer libre dans lequel on trouve de très-bons ports; telle est l'île de Taïti, dans laquelle on en compte jusqu'à trente.

Aux îles Marquises qui, selon moi, occupent le second rang dans l'ordre de la formation de ces groupes, on ne trouve point de ceintures de coraux, mais seulement quelques fragments qui, dans mon opinion, en sont l'origine.

Aux îles Sandwich, qui pourraient peut-être prétendre au second rang, on trouve un banc de corail qui forme avec la côte le port d'Honolulon. Ce banc s'accroît chaque jour et arrivera certainement, dans un temps donné, jusqu'à fleur d'eau.

Enfin, dans les îles des Galapagos, que je mets au quatrième rang, il n'y a point de ceintures de coraux, mais seulement quelques vestiges de cette production, dans la baie de la Poste, île de la Floriana.

Examinons maintenant comment cette végétation des îles Galapagos, si curieuse par le moyen qu'elle donne de juger de l'ancienneté de formation de ces îles, a pu se produire. Nous avons vu qu'elle commence au sommet. Or voici de quelle manière je la conçois. Les vents alizés se condensant sur la crête des montagnes y donnent une humidité qui, à la longue, produit sur le sol qu'elle décompose un limon qui devient la base de toute la végétation de l'île. Le développement de la végétation s'opère et s'y propage, comme je l'ai déjà dit, de proche en proche, en descendant jusqu'à la base.

Mais ici se présente une question qui n'est pas facile à résondre. D'où viennent les germes qui sont le point de départ de ce développement? Il faut nécessairement admettre qu'ils sont sortis des eaux pendant l'incandescence du volcan qui n'en aurait pas détruit le principe de germination, ou qu'ils aient été apportés au lieu même où le limon s'est formé par les mouvements et la diffusion de l'atmosphère, soit par des oiseaux qui les y auraient déposés.

Ce qui accroît la difficulté, c'est :

1° Que les vents alizés régnants soufflent du continent américain; or les plantes des îles Galapagos ne sont point identiques avec celles de ce continent, et on n'y trouve pas d'oiseaux semblables à ceux d'Amérique;

2° Que les îles de la Polynésie dont on pourrait faire venir les germes sont trop loin sous le vent.

De toutes les observations faites aux Galapagos, il résulterait qu'elles se sont développées successivement et par une sorte de progrès continu en relation évidemment avec l'amélioration ou la préparation du sol, ou plus généralement, du milieu ambiant.

En explorant de nouveaux ces îles, sous le rapport des animaux, nous n'en avons pas trouvé sur l'île d'Albe Marle, ni sur celle de Narborough. Dans presque toutes les autres, on y rencontre des tortues qui arrivent à un grand développement. Quelques-unes peuvent peser de 6 à 700 kilos. Je n'en ai rencontré nulle part de semblables, ni à la côte d'Amérique, ni sur aucune autre île de la Polynésie. Je n'affirme point, cependant, qu'il puisse en exister dans les îles que je n'ai point visitées; toutefois j'en ai vu de semblables, sinon d'identiques, dans l'île de l'Ascension, dans l'océan atlantique.

Il existe encore, dans plusieurs îles, des lézards amphibies qui ont le dos noir et le ventre blanc ou jaune; ils sont armés, sur le dos, d'un aileron dentelé qui se prolonge de la tête à la queue, et ces animaux peuvent avoir en tout une longueur d'un mètre. Ces lézards ont une grande ressemblance avec ceux que l'on voit perchés et briller au soleil sur les arbres de la rivière de Guayaquil et que l'on nomme *Iguana*. Je crois pourtant que ceux-ci sont une variété différente de ceux des îles Galapagos; mais je ne puis assurer que comme eux ils soient amphibies.

Les rats que l'on rencontre sur les Galapagos me paraissent y avoir été introduits par des bâtiments en relâche dans ces îles. Il existe encore sur l'île de la Floriana d'autres animaux importés avec la colonie qui a été envoyée par la République de l'Equateur. Les oiseaux que nous avons vus sur ces îles sont, à très-peu près, tous des oiseaux de mer, parmi lesquels on remarque celui que les marins appellent *frégate* et qui, je crois, est le *phaéton* à brins rouges. On y remarque encore un petit oiseau très-familier, de la grosseur d'une grive, qui venait se poser sur nous et que l'on prenait à la main; il est très-bon à manger. Cet oiseau, que je n'ai vu nulle part, me semble appartenir spécialement aux Galapagos.

D'où ces animaux tirent-ils leur origine? C'est un problème dont je ne hasarderai pas la solution. Il faudrait avant s'assurer à nouveau qu'ils n'ont aucune identité avec ceux d'Amérique ou ceux des autres îles de la Polynésie.

On ne trouve point aux Galapagos de ruisseaux ou de torrents qui se jettent à la mer. L'eau qui tombe sur ces îles ne s'écoule encore que jusqu'à la limite de la végétation qui est aussi celle du terrain aggloméré; en dessous, le sol étant à l'état primitif, elle s'infiltre et se perd. Sur l'île de la Floriana, au-dessus du rivage de Black-Beach, on la rencontre à environ un mille de la côte, où elle est déjà parvenue. On la recueille dans des tonneaux qui servent aux baleiniers à faire leur eau pour les besoins de leur consommation.

Le manque de ruisseaux et de torrents aux Galapagos est encore une preuve qu'elles sont très-récentes, parce que dans les groupes d'ancienne formation, tels que ceux des îles de la Société, des îles Marquises et des îles Sandwich, on trouve des ruisseaux qui s'écoulent jusqu'à la mer. Ils n'assèchent presque jamais et souvent ils se transforment en véritables torrents.

Les pluies qu'on éprouve sur les îles Galapagos tombent quelquefois sur les sommets et les flancs des montagnes, mais elles n'arrivent que très-rarement jusqu'au rivage ou sur la rade. Nous avons vu souvent le même phénomène atmosphérique se produire aux îles Sandwich, où nous voyions une pluie abondante arroser les montagnes, sans qu'il en arrivât jamais une seule goutte dans *Honoloulou* ou sur la frégate. Comme disent les matelots : la pluie séchait en tombant, c'est-à-dire qu'elle se transformait et disparaissait à la vue par l'effet de l'évaporation. C'était une transformation analogue dans un sens vertical à celle qu'éprouvent les brumes en s'approchant des côtes de la Californie ou de Terre-Neuve, où elles disparaissent par l'évaporation qu'elles subissent par l'effet du rayonnement de la chaleur de la côte. L'effet de ce rayonnement s'étend d'autant plus loin, que la chaleur sur la côte est à un degré plus élevé. Aux îles Galapagos, comme aux îles Sandwich, la chaleur de la région inférieure étant élevée de plusieurs degrés au-dessus de la température de la région supérieure cause évidemment la transformation que nous avons observée.

Les îles coralloïdes donnent lieu à des observations non moins curieuses; elles s'élèvent du fond des eaux et arrivent jusqu'à la surface; alors elles ne croissent plus verticalement, mais elles s'étendent horizontalement et forment de petits bancs occasionnés par les débris des coraux que la lame brise et qu'elle accumule sans cesse, au point que ces bancs s'élèvent et forment un sol tantôt sec, tantôt mouillé, dont la végétation s'empare aussitôt et produit des arbres tout à fait spéciaux à ces îles. Quelle est leur origine? Je n'essayerai pas de le dire. La même difficulté se présente ici. Les courants, comme les vents, portent généralement de l'est à l'ouest, et il n'y a pas sur le continent d'arbres de la même essence. Il n'existe que sur les îles coralloïdes.

— A la suite de la lecture du mémoire de M. le vice-amiral du Petit-Thouars, M. Milne Edwards présente sur la faune des îles Galapagos quelques remarques qui lui paraissent de nature à lever, au moins en partie, les difficultés dont son savant confrère a été frappé au sujet de l'explication de l'origine des êtres vivants dans ce petit archipel.

Dans un travail sur la distribution géographique des crustacés, lu à l'Académie il y a vingt ans (1), M. Milne Edwards a fait voir que les îles Galapagos semblent n'avoir reçu la plupart de leurs espèces zoologiques ni de la côte d'Amérique, ni des terres actuellement existantes soit à l'est, soit au sud de cet archipel, et que ces îlots doivent être considérés comme appartenant à une province zoologique particulière. Les observations faites depuis lors par divers naturalistes sont venues confirmer cette opinion, et M. Milne Edwards pense que les Galapagos, au lieu d'être des terres de formation très-récente, comme le suppose M. du Petit-Thouars, ne sont que des débris d'un continent ou d'un grand archipel qui aurait existé jadis dans ces parages, mais qui serait depuis longtemps submergé par suite d'un de ces mouvements de bascule de certaines portions de la croûte solide du globe dont on voit des exemples, à l'époque actuelle, dans ces mêmes régions. Dans cette hypothèse, la faune des Galapagos ne proviendrait pas d'une création spéciale effectuée de nos jours, et serait, au contraire, la descendance des restes d'une population zoologique plus ancienne qui, avant les temps historiques, aurait habité cette partie du globe, mais aurait été en majeure partie détruite. M. Milne Edwards ajoute que, d'après le mode actuel de distri-

(1) Mémoire sur la distribution géographique des crustacés, par M. Milne Edwards (Ann. des sc. nat., 1838, 2e série, t. X, p. 129).

bution des animaux sur la surface du globe, il est porté à croire que des phénomènes géologiques analogues ont dû se produire dans d'autres parties de l'hémisphère sud postérieurement à l'existence des espèces qui vivent aujourd'hui dans ces régions, et que la Nouvelle-Zélande, ainsi que les îles dispersées à l'est de Madagascar, sont également des débris de deux autres continents ou grands archipels, dont la submersion daterait de la même époque. Mais ces questions ne pourront être résolues que lorsque les voyageurs nous auront fait connaître plus complétement l'histoire naturelle de ces régions.

SUR LA QUESTION DE L'EXISTENCE DE L'OS INTERMAXILLAIRE CHEZ L'HOMME; remarques de M. ROUSSEAU, en réponse à une note récente de M. Larcher.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Flourens, Geoffroy-Saint-Hilaire.)

M. Larcher, dit l'auteur dans cette note, rendrait un éminent service à la science s'il voulait bien consentir à donner à l'un de nos musées anatomiques quelques-uns de ces os incisifs humains (normaux, bien entendu) qu'il a été assez heureux pour rencontrer si fréquemment. Le fait deviendrait constant pour tous et il n'y aurait plus à nier, comme je m'obstine à le faire une fois de plus ici, après cinquante années de recherches infructueuses pour parvenir à trouver l'os intermaxillaire chez l'homme, comme je l'ai rencontré dans le jeune âge chez tous les animaux.

— M. NETTER, aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, adresse une note sur la sensation de noir.

Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Becquerel, Pouillet.

— M. J.-E. PÉTREQUIN lit un extrait sur une méthode particulière pour guérir l'hydrocèle presque extemporanément et sans opération. (Voir le dernier numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Plusieurs rapports d'épidémies, communiqués par MM. les docteurs Jobert, de Guyonvelle, Cailleux et Fauvelle (de Montreuil), Kayser (de Bouzonville).

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Jura, du Lot, de Maine-et-Loire et de l'Hérault. (Commiss. des épidémies.)

3° Le rapport supplémentaire de M. le docteur Nivet sur le service médical des eaux minérales de Royat pendant l'année 1856. (Commiss. des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Un travail intitulé : ANALYSE CHIMIQUE DE L'EAU MINÉRALE DE SAINT-ALBAN ; par M. J. Lefort. (Commissaires, MM. Poggiale, Ossian Henry et Boudet.)

2° Un mémoire ayant pour titre : REMARQUES PRATIQUES SUR LA REVACCINATION ; par M. le docteur Godot, aide-major au 92e de ligne. (Commiss. de vaccine.)

— M. MICHEL LÉVY dépose sur le bureau un mémoire intitulé : DES SUITES ÉLOIGNÉES DU SCORBUT, par M. le docteur F. Rizet, médecin aide-major dans la garde impériale. (Commissaires, MM. Gimelle, Larrey, Michel Lévy.)

M. Michel Lévy rappelle à ce propos à l'Académie combien sont nombreuses et importantes les communications émanant des chirurgiens militaires ; il exprime le vœu que leurs noms ne soient pas oubliés dans la prochaine liste des membres correspondants que la commission doit présenter.

RAPPORTS. — ANUS ARTIFICIEL.

M. ROBERT, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Huguier, lit un rapport sur un mémoire de M. Rochard (de Brest) relatif à *l'opération de l'anus artificiel.*

Lors de la discussion soulevée à l'Académie au mois de juillet 1856 au sujet de l'opération de l'anus artificiel, pratiquée pour des cas d'imperforation congénitale, quelques uns des membres présents à la séance émirent des doutes sur la possibilité d'arriver à l'âge adulte après l'avoir subie. M. Velpeau déclara n'avoir jamais été témoin d'un fait pareil; il invita ses collègues à lui signaler ceux qu'ils avaient eu l'occasion de rencontrer.

C'est à cet appel qu'a répondu M. J. Rochard. Son travail repose sur cinq observations de sujets opérés après la naissance et parvenus à un âge plus ou moins avancé. Elles sont revêtues de toute l'authenticité désirable; elles sont toutes relatives à des opérations d'anus artificiel par la méthode de Littre. L'une d'elles date de 1793 et fut pratiquée par Duret avec un succès qui eut un grand retentissement. Chez tous les sujets que l'on a pu étudier, il s'est produit à la longue un renversement du bout inférieur de l'intestin, variant pour la longueur de 3 à 10 centimètres, et présentant, dans tous les cas, la même disposition. Au reste, ce renversement n'a donné lieu à aucun accident.

M. Rochard, se livrant à une discussion sur le mode opératoire le plus applicable à l'imperforation de l'anus, soutient que lorsque le rectum manque dans une certaine étendue, et qu'il n'est pas possible de sentir la fluctuation dans la région ano-périnéale, on doit rejeter toute tentative par cette voie, et avoir recours d'emblée à l'établissement d'un anus artificiel. Quant à la méthode, il donne la préférence à celle de Littre sur celle de Callisen, et fait valoir, en faveur de son opinion, que la région iliaque présentant moins de tissus à diviser que la région lombaire, l'opération y est plus simple, considération importante lorsqu'il s'agit d'enfants nouveau-nés qui, comme on le sait, supportent mal les opérations laborieuses. Nous ajouterons enfin, dit M. Robert, que pour recueillir ou pour contenir les matières, l'aine offre plus de commodité que la région lombaire.

Tels sont, ajoute en terminant M. Robert, les faits principaux contenus dans le mémoire de M. Rochard. Leur nouveauté et leur importance ne sauraient être méconnues; elles donnent au travail de notre confrère une grande valeur et me semblent de nature à faire cesser toute hésitation dans l'esprit des chirurgiens découragés par la rareté des succès.

Aussi M. Rochard a-t-il pu terminer son mémoire par la phrase suivante, à laquelle nous nous associons très-volontiers :

« Lorsque la chirurgie n'hésite pas à sauver les jours d'un malade au prix des plus effrayantes mutilations, je ne comprendrais pas qu'en présence d'une mort certaine on reculât devant une opération qui ne laisse après elle qu'une infirmité compatible avec tous les devoirs, avec toutes les jouissances de la vie, et qu'il est facile de dissimuler. »

La commission propose :

1° D'adresser des remercîments à M. Rochard pour son intéressante communication ;

2° D'envoyer son travail au comité de publication.

M. MALGAIGNE : M. Rochard accorde la prééminence au procédé de Littre sur celui de Callisen ; je n'ai pas bien compris si la commission est du même avis. M. Robert voudrait-il m'éclairer à cet égard?

M. ROBERT : La commission n'a pas émis d'opinion relativement à cette question. Lorsqu'il y a quelques années, je rendais compte à l'Académie d'un autre travail sur l'anus artificiel, je faisais l'éloge de la méthode de Callisen; mais je dois dire que mon opinion reposait alors exclusivement sur des considérations théoriques, et les faits de M. Rochard, assez éloquents par eux-mêmes, ne sont guère favorables à ces considérations théoriques.

M. MALGAIGNE : Je ne crois pas, néanmoins, que ces faits suffisent pour faire préférer le procédé de Littre. Je suis convaincu, pour ma part, que la méthode de Callisen, qui épargne le péritoine, est la moins dangereuse, et pour se faire une opinion à cet égard, il ne faut pas beaucoup de faits.

M. Rochard dit, à la vérité, qu'il est plus commode d'avoir un anus en arrière, que de l'avoir en avant; mais à ce compte, le créateur se serait étrangement mépris, et je crois que la dame dont parlait M. Rochard, aussi bien que son mari, ne seraient pas de l'avis de ce chirurgien. Réfléchissez seulement à l'inconvénient d'un anus placé près d'une région hérissée de poils comme le pubis! Le procédé de Littre place d'ailleurs l'anus dans la région la plus détestable possible au point de vue des hernies; il sera certes plus facile de s'opposer à la procidence de la muqueuse dans le flanc qu'à l'aine.

Avant d'avoir l'air de trancher la question, j'aurais donc désiré que la commission eût au moins pris la peine de la discuter.

M. ROBERT : Je répète que j'ai émis autrefois une opinion entièrement conforme à celle que soutient en ce moment M. Malgaigne, et que je n'avais pas à revenir sur la discussion détaillée à laquelle je me suis livré à cette occasion. J'ai dû me borner à exposer des résultats inconnus jusqu'à ce jour, et bien que j'incline dans le même sens que M. Malgaigne, je ne puis m'empêcher d'attacher une grande importance aux faits de M. Rochard. Ce sont, en effet, les seuls succès publiés jusqu'à ce jour; l'ouverture du péritoine, à laquelle M. Malgaigne attache une si grande importance, n'est d'ailleurs, nous le savons tous, pas nécessairement mortelle, et quand aux hernies qui seraient à peu près inévitables, s'il fallait en croire M. Malgaigne, on ne les a jamais observées ; on n'a vu que la procidence de la muqueuse du bout inférieur, et cet accident arrive dans toutes les régions, même aux lombes. Je crois aussi, contrairement à l'opinion de mon honorable collègue, qu'un anus inguinal est plus facile à soigner qu'un orifice artificiel situé dans la région lombaire, et c'est là une considération importante, car les sujets atteints de cette infirmité ne se soucient guère d'avoir des confidents.

M. MOREAU s'étonne du grand nombre d'observations d'imperforation qu'a pu réunir M. Rochard ; il se demande si, dans le département du Finistère, on y serait plus sujet qu'ailleurs? A ne considérer que les faits rapportés par M. Rochard, il donnerait d'ailleurs la préférence à la méthode de Littre, et c'est à elle qu'il aurait recours dans le cas où un cas d'imperforation viendrait à se présenter à lui.

M. ROBERT : Rien ne prouve que les imperforations soient plus fréquentes dans le Finistère qu'ailleurs ; mais on comprend très-bien que les faits de ce genre aient dû y affluer, grâce au retentissement qu'a dû y avoir un premier succès.

Je ferai d'ailleurs remarquer que les insuccès constants de l'opération à Paris s'expliquent peut-être par ce fait qu'on n'y a recours au procédé de Littre qu'après avoir essayé de rétablir l'anus à sa situation normale; c'est ainsi qu'avait agi Duret dans 22 opérations qui échouèrent toutes, et il donne le précepte formel de pratiquer l'opération de Littre d'emblée, dans tous les cas où le toucher ne permettait pas de reconnaître la présence de l'ampoule rectale distendue par les matières.

M. Larrey est convaincu de la supériorité pratique de la méthode de Callisen; M. Rochard était d'ailleurs du même avis autrefois. Pour ce qui est de l'établissement d'un anus artificiel au périnée, M. Larrey ne connaît qu'un cas où cette opération n'a pas été suivie d'une mort presque immédiate; encore, dans ce cas, l'enfant succomba-t-il bientôt.

M. Depaul préfère la méthode de Littre, qui est applicable dans tous les cas possibles, tandis que celle de Callisen ne peut réussir dans les cas où il y a une oblitération du cœcum ou d'une autre point du gros intestin. Il avoue d'ailleurs que, dans les opérations de ce genre, il a constamment échoué.

M. Velpeau pense qu'il est toujours plus avantageux d'avoir un anus périnéal que de le porter à l'aine; dans cette dernière circonstance, une partie de l'intestin est d'ailleurs perdue par l'absorption. Il serait donc dangereux d'ériger en principe le précepte de M. Rochard, qui veut qu'on ait recours d'emblée à l'opération de Littre.

En réponse à M. Malgaigne, M. Velpeau fait remarquer que si l'opération de Callisen est plus simple, anatomiquement parlant et *à priori*, la clinique ne confirme pas ces prévisions; dans les cas où M. Velpeau a ouvert l'intestin à l'aine, les enfants ne sont pas morts de péritonite. L'anus inguinal est d'ailleurs plus facile à établir et à soigner.

M. Robert: J'admets, en principe, la vérité des préceptes formulés par M. Velpeau, mais je crois qu'en pratique, ils sont dangereux. Quand on a commencé l'opération au périnée, on va toujours plus loin qu'on ne le voulait d'abord, et alors les enfants meurent fatalement, épuisés qu'ils sont par une double opération.

M. Velpeau: Je ne voudrais pas qu'on épuisât les enfants avant d'établir un anus à l'aine; mais je dis qu'il faut avant tout s'être assuré que le rétablissement de la voie naturelle est impossible; or il est des cas où cela n'est pas possible sans un commencement d'opération. J'ai, pour mon compte, agi de cette façon chez un enfant âgé de trois jours; ne trouvant pas le rectum, j'ai dû recourir à la méthode de Littre. A l'autopsie, je trouvai que le rectum descendait très-bas, mais il était dévié à droite et vide.

Il faut, du reste, ne pas oublier qu'en ouvrant l'intestin à l'aine, on pourrait pousser un conducteur vers la région anale et arriver, dans quelques cas, à rétablir la voie naturelle. La méthode de Callisen n'a pas cet avantage.

M. Robert: Je demanderai à M. Velpeau s'il existe, à sa connaissance, un seul enfant qui ait survécu à l'opération qu'il préconise? Je n'en connais aucun exemple, et j'ajouterai que dans tous les cas où le rectum ne descend pas très-bas, l'opération faite au périnée expose à des dangers formidables, et, si elle réussissait, au rétrécissement consécutif du trajet ainsi créé.

M. Huguier: Il est démontré pour moi qu'il faut toujours chercher d'abord l'ampoule rectale; par le procédé de Littré, on ouvre d'ailleurs souvent l'intestin grêle.

J'ai, du reste, démontré par des pièces que je pourrai présenter à l'Académie, que jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans l'S iliaque est à droite et non à gauche, et que l'opération doit être faite dans l'aine droite. Je ferai encore remarquer qu'il est souvent impossible de reconnaître l'ampoule rectale distendue par le méconium, parce qu'elle ne donne pas la sensation de fluctuation, mais celle du tissu cellulaire. C'est ce que j'ai vu chez un enfant que j'ai opéré avec M. Robert: l'incision avait été faite en arrière du rectum que nous ne reconnûmes qu'à l'autopsie.

M. Robert: C'est précisément là un exemple des difficultés considérables que l'on peut rencontrer dans l'exécution de cette opération. Je crois d'ailleurs que jusqu'à nouvel ordre, il sera plus prudent d'opérer à l'aine gauche qu'à la droite; chez l'opéré de Durel, l'anus était à gauche, et c'était bien l'S iliaque qui était ouvert.

M. Depaul: J'ai pu établir un anus artificiel au périnée dans deux cas où le rectum était au moins à 1 ou 2 centimètres de profondeur et où rien à l'extérieur n'indiquait sa présence. Les enfants ont vécu plus de deux mois, et ils sont peut-être encore en vie, car je les ai perdus de vue.

M. le Président met les conclusions du rapport aux voix; l'Académie les adopte.

Composition chimique des mollusques.

M. Moquin-Tandon fait, en son nom et au nom de M. Chatin, un rapport sur un travail de M. Eug. Fournier, ayant pour titre: Mémoire sur la composition chimique des mollusques, considérée dans ses rapports avec leur emploi médical.

La première partie de ce mémoire est consacrée au dosage, chez différents mollusques, de leurs éléments les plus importants: mucilage, iode, soufre et phosphore. M. Fournier a constaté que le mucilage est surtout abondant chez les gastéropodes; que les espèces marines sont les plus riches en iode, et que les espèces terrestres en contiennent le moins; que les mollusques fluviatiles se trouvent en première ligne relativement au soufre; que le phosphore enfin n'existe guère que dans les ganglions nerveux chez les différents mollusques.

M. Fournier fait remarquer que la proportion de ces divers principes est en rapport avec la composition chimique du milieu où vivent les mollusques et leurs aliments. Ces observations ont conduit l'auteur à prévoir l'avantage que la thérapeutique pourrait retirer d'un milieu artificiel dont on varierait à volonté la nature. Aussi M. Fournier se propose-t-il, d'une part, de rendre les escargots plus iodés, plus sulfurés, plus phosphorés, etc.; et, d'une autre part, de leur faire assimiler des doses d'opium, de belladone, de digitale, d'arsenic...

Bien que cette influence de l'alimentation sur la chair des mollusques soit connue depuis longtemps, l'idée de faire servir cette connaissance à la thérapeutique nous paraît appartenir, dit M. le rapporteur, à M. Fournier. Cette idée mériterait d'être suivie.

La commission conclut en proposant d'adresser des remercîments à M. E. Fournier, et de l'engager à continuer ses recherches, déjà très-intéressantes.

L'Académie adopte.

— M. Longe, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Rostan et Bouchardat, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Petit (de Maurienne), intitulé: Mémoire sur la ventilation.

Ce mémoire, qui était achevé en 1840, renferme, dit M. le rapporteur, quelques idées sur la nouveauté desquelles l'auteur se fait peut-être illusion et quelques vœux qui, pour Paris du moins, ne sont plus à exprimer aujourd'hui.

Nonobstant ces défauts, ce travail n'en est pas moins important, et mérité d'être pris en considération par l'autorité administrative.

La commission propose d'adresser des remercîments à M. Petit, et de l'engager à ne pas laisser perdus pour le public d'immenses matériaux dont le présent mémoire n'est qu'un extrait.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Analyse du traité clinique des maladies du foie de Frerichs, professeur de clinique médicale à Breslau (Klinik der Leberkrankheiten; erster Band; Braunschweig, 1858); précédée de quelques remarques sur la tendance actuelle de la pathologie en Allemagne; par H. Lebert, professeur de clinique médicale à Zurich.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Nous revenons à l'ouvrage de M. Frerichs.

La préface nous donne le point de vue et la profession de foi de l'auteur. Il commence par insister sur le fait que les mêmes lois générales s'appliquent aux phénomènes normaux et morbides, dogme qui nous paraît si naturel que de vouloir inventer une chimie et une physique spéciales à l'usage des maladies, ne diffère pas beaucoup des doctrines surannées de la maladie comme punition ou comme être abstrait en lutte avec la physiologie.

L'auteur dit ensuite avec raison que la vie à l'état altéré doit être étudiée par la même voie, sévèrement positive, que l'état physiologique, et qu'outre l'examen clinique, les études physiques, chimiques et microscopiques sont indispensables pour arriver à une médecine vraiment scientifique. Mais en même temps il s'élève contre toute tendance absolue, qu'elle soit basée sur les sciences naturelles, ou sur l'anatomie pathologique, ou sur l'empirisme, vu que la comparaison de tous les résultats obtenus par les méthodes et les sciences diverses est seule capable de conduire à une saine pratique, dans laquelle l'expérience éclairée doit tenir le premier rang, en attendant que les études thérapeutiques aient pu être faites avec la même rigueur que les recherches pathologiques. En comparant ensuite le rapport de la médecine scientifique avec les matériaux recueillis empiriquement à celui qui existe entre la chimie et l'alchimie, M. Frerichs nous explique qu'il n'entendait autre chose par là que de formuler la nécessité de ne plus rechercher uniquement la guérison des maladies comme but unique de la médecine; de même que la chimie ne recherchait plus la pierre philosophale; que l'expérience des anciens médecins dans l'art de guérir avait bien plus de valeur que leurs théories pathologiques. Il me semble qu'il n'est pas possible de rendre mieux justice au passé, tout en avant le regard et toutes les forces de l'intelligence fixés sur l'avenir et le vrai progrès.

Passant aux difficultés inhérentes à l'étude des maladies du foie, l'auteur prie le lecteur de tenir compte principalement des faits contenus dans son livre et des expériences annexées à la fin, dont il a fait lui-même tous les efforts pour séparer ses opinions individuelles. Ecrivant pour des praticiens avant tout, il a préféré un groupement plutôt médical qu'anatomo-physiologique dans la description des maladies. A la fin de la préface, il rend hommage aux hommes éminents qui l'ont

aidé dans son travail. A cette occasion, nous ne pouvons pas nous empêcher de faire ressortir surtout ses travaux faits en commun avec le professeur Staedeler (de Zürich), dont l'amitié nous a permis de prendre connaissance des grands et beaux travaux que ces deux auteurs ont faits depuis un certain nombre d'années sur les modifications chimiques des corps albuminoïdes et leurs produits. Nous espérons que ces travaux seront bientôt publiés. Outre le mérite de recherches des plus assidues, sur des matières bien difficiles et bien délicates, ils jetteront un jour nouveau sur quelques-uns des phénomènes fondamentaux de la transformation de la matière dans les diverses classes d'animaux, dans les principaux organes et dans l'état de maladie, aussi bien que dans celui de santé.

L'ouvrage commence, après cette introduction générale, par un court exposé historique, dans lequel nous voyons les doctrines de Galien tour à tour dominer et renversées. La faculté du foie de contribuer à la formation du sang, attaquée vivement par Bartholin et Glisson après la découverte des vaisseaux chylifères et du conduit thoracique, sort victorieuse pourtant de cette longue lutte, grâce aux travaux modernes de Magendie, de Tiedemann et Gmelin, ainsi que des physiologistes du jour, d'après lesquels une partie des matières ingérées arrive, en dernière analyse, à la veine-porte et au foie. Parlant ensuite de la mémorable découverte de M. Cl. Bernard sur la fonction glycogénique du foie, il fait ressortir le fait qu'outre la séparation du sucre de la combinaison atomistique des corps albuminoïdes, il naissait encore dans le foie d'autres produits de dédoublement ou de décomposition, tels que l'inosite, l'hypoxanthine, l'acide urique qui, se trouvant à l'état normal dans le foie, de même que dans plusieurs maladies, la leucine et la tyrosine s'y rencontrent en quantité considérable, et que la composition des urines est modifiée d'une façon particulière, selon diverses maladies du foie. Exposant les fluctuation dans les doctrines sur les maladies de cet organe, comme liées à celles sur ses fonctions physiologiques, et blâmant la tendance trop exclusivement anatomique de la plupart des auteurs modernes, l'auteur insiste sur la nécessité de mettre la pathologie du foie en rapport avec les résultats de toutes les découvertes récentes sur ses fonctions et sur les substances qu'il peut renfermer. Toutefois, dit-il, beaucoup de questions importantes sur ce terrain pouvaient seulement être posées, mais non encore résolues, tandis que pour d'autres nous possédons au moins quelques fragments d'une solution future. Nous aurions désiré qu'ici l'auteur entrât davantage dans des détails analytiques et critiques sur les travaux les plus récents sur cette matière.

Nous trouvons ensuite un long chapitre sur les modifications du volume, des dimensions, de la position et des rapports du foie à l'état normal et morbide, recherches étendues aussi à la rate comme participant à la circulation de la veine-porte. Plus de 800 faits, propres à l'auteur, servent de base à cet exposé qui tient compte des divers âges, du sexe, de l'influence de la nourriture et du genre de maladie pour les cas pathologiques. Nous apprenons ainsi qu'à l'inverse du cœur, le volume du foie diminue avec l'âge, et que le rapport du poids du foie à celui de tout le corps diminue considérablement par la diète prolongée, fait dont la pathologie peut tirer parti; ce rapport peut ainsi varier entre 1 : 26,5 et 1 : 50. Parmi les divers aliments, les graisses tendent le plus à augmenter ses dimensions. Nous aurions désiré un bon résumé pour toute cette partie des recherches, et principalement pour les nombreux tableaux qui se rapportent à la pathologie. Les anomalies congénitales et acquises du foie sont élucidées par une série de bons dessins qui rendent la description plus claire. Sans pouvoir entrer dans plus de détails, nous devons dire que déjà cette première partie prouve à quel point l'auteur a eu à cœur d'appuyer ses doctrines sur de bons et nombreux matériaux. On aurait d'autant plus tort d'affecter du dédain pour ces mensurations, pesées et données anatomiques, que trop souvent des notions incomplètes de ce genre ont répandu l'erreur, ou au moins nui à la précision dans les descriptions. Comment saurait-on sans cela où cesse l'état normal pour faire place à l'anomalie ou à la maladie?

C'est par l'ictère que commence la pathologie spéciale du foie. Il est hors de doute, dit M. Frerichs, que la plupart des cas d'ictère proviennent de la résorption de la bile déjà formée, au moyen des vaisseaux lymphatiques et des veines du foie. Lorsqu'on trouve un obstacle matériel à l'écoulement de la bile, toute explication est facile, et les difficultés ne commencent que lorsqu'il n'en existe point. On l'a alors cherché dans des causes hypothétiques diverses. On a admis un resserrement spasmodique des voies biliaires; mais on a oublié que l'absence presque totale d'éléments musculaires organiques rendait un tel spasme impossible. Le catarrhe des voies biliaires est plutôt admis que prouvé et ne saurait arrêter seul le cours de la bile. Des observateurs d'un grand mérite, tels que Budd et Bamberger, ont admis un ictère par suite de la rétention de la bile dans le sang, duquel le foie ne l'extrairait pas convenablement. C'est là, en deux mots, la théorie de la cholémie, dont j'ai été moi-même partisan avant d'avoir lu les travaux de Frerichs, qui objecte avec raison que tous les physiologistes étaient d'accord aujourd'hui à admettre que le foie formait la bile qui ne préexisterait nullement dans le sang, et qu'on n'y avait point trouvé jusqu'à présent d'autres éléments de la bile que la matière colorante; malgré les réactions chimiques délicates et sûres pour les reconnaître. Il faut donc que, dans l'ictère, il y ait ou résorption augmentée ou élimination diminuée par les voies excrétoires, et transformation incomplète des éléments de la bile dans le sang. Sans suivre l'auteur dans la longue discussion sur ce sujet, nous donnons, comme son résumé des causes générales de l'ictère, les trois suivantes :

1° La stagnation de la bile dans le foie;

2° La circulation du sang troublée dans le foie avec diffusion anormale consécutive. Dans les deux cas, le foie est en jeu directement; et la résorption de la bile est augmentée.

3° Trouble dans la transformation de la bile; son emploi diminué dans le sang, indépendant du foie et trouvant sa cause plutôt dans l'état du sang lui-même.

Nous engageons le lecteur à prendre connaissance des nombreux arguments que l'auteur apporte en faveur de sa manière de voir, les limites étroites de cette analyse ne nous permettant point de les communiquer.

Passant ensuite à la symptomatologie de l'ictère, il arrive, en premier lieu, à celui par cause mécanique. Si l'obstacle réside au conduit cholédoque; des expériences directes prouvent que l'ictère n'apparaît extérieurement qu'au bout de trois jours. Le sang ne montre d'autre altération appréciable que de contenir de la matière colorante de la bile; les acides de la bile paraissent se transformer rapidement, sous l'influence de l'oxygène du sang, pour disparaître bientôt. On trouve cependant dans le sang, outre la cholépyrrhine, des substances chromogènes incolores qui, à l'air, deviennent bleues, vertes, rouges ou brunes. Ce n'est qu'exceptionnellement que M. Staedeler a trouvé, dans un cas de ma clinique, de la leucine et des traces de tyrosine dans le sang. La cholestérine y augmente aussi et peut atteindre jusqu'à 4 ou 5 pour 100.

En analysant les effets anatomiques et microscopiques de l'ictère dans les divers tissus, du dépôt de pigment biliaire dans les cellules du foie, surtout autour des veines centrales, M. Frerichs nous donne une série de fort bons dessins. Nous faisons ressortir, à cette occasion, qu'en général le bel atlas de planches qui accompagne le texte, renferme un grand nombre de gravures, en bonne partie coloriées, fort bien faites et très-instructives, tant sur l'aspect à l'œil nu que sur la composition microscopique des éléments cellulaires, des diverses substances cristallines et des vaisseaux parmi lesquels les modifications de la circulation, dans les branches de la veine-porte et dans les veines centrales et leur rapport avec les changements dans les cellules ambiantes, est fort bien représenté. En parlant des urines dans l'ictère, l'auteur ajoute, aux faits plus généralement connus, quelques observations importantes, entre autres celle que l'acide nitrique ne fait pas toujours reconnaître le pigment biliaire des urines, que les acides les colorent quelquefois en vert ou en bleu, surtout s'il existe en même temps de l'albumine, et que, lorsqu'elles ne renferment que de la chromogène incolore, provenant de la transformation des acides de la bile, la réaction peut quelquefois ne survenir qu'après le séjour du liquide à l'air. Il indique aussi les altérations de structure et consécutivement de fonctions que le pigment de la bile pourrait produire dans les reins. Les symptômes ordinaires de l'ictère sont également exposés avec grand soin. La thérapeutique est tout à fait au courant de l'état actuel de nos connaissances. Outre les moyens ordinaires, il indique l'usage du jus de citron à la dose de 45 à 90 grammes par jour, comme un bon et utile diurétique, et recommande contre l'état anémique et cachectique qui reste souvent après l'ictère prolongé, l'usage des préparations de fer et des eaux minérales ferrugineuses.

Après cette description générale de l'ictère vient celle, très-détaillée également, de ses diverses espèces, de celui par compression ou obstacle aux grands conduits ou dans le foie lui-même, de l'ictère sans obstacle mécanique saisissable, par suite d'une émotion morale, de l'emploi de l'éther ou du chloroforme par morsure de serpents, par l'infection purulente, par la fièvre typhoïde, par cause épidémique, et ce chapitre se termine par l'ictère des nouveau-nés et des femmes enceintes. De même que toute la description anatomo-microscopique ou

chimique est élucidée par de bons dessins, de même aussi de nombreuses observations, détaillées sous tous les rapports essentiels, rendent non-seulement les généralités plus claires et plus pénétrantes, mais fournissent aussi partout la preuve que c'est des salles d'hôpital que sont sorties avant tout ces doctrines, et que le laboratoire et la méditation dans le calme du cabinet ne sont intervenus que pour fournir une interprétation plus approfondie des faits observés.

L'auteur arrive ensuite à un chapitre bien important, mais bien obscur encore, et qui, depuis longtemps, constitue une de ses études favorites, savoir à cette perturbation particulière des fonctions du foie, que l'on désigne physiologiquement sous le nom d'*acholie*, et à laquelle les pathologistes ont donné les noms d'*atrophie jaune du foie* (Horaczek et Rokitansky), d'*hépatite diffuse* (Bright, Frerichs), d'*ictère grave* (Ozanam), d'*ictère typhoïde* (Lebert), et de *fatal jaundice* (Budd). En effet, aucun de ces noms n'est entièrement satisfaisant. L'hypérémie certaine du début et les traces d'exsudation trouvées justifient bien jusqu'à un certain point le terme d'inflammation; toutefois on y observe bien des caractères qui ne se retrouvent point dans les autres phlegmasies connues jusqu'à ce jour. L'atrophie jaune n'est pas davantage constante et n'explique rien; les termes d'ictère grave, typhoïde, etc., sont tout à fait neutres et évitent seulement de se prononcer théoriquement par un nom vraiment significatif. Aussi voyons-nous avec plaisir Frerichs arriver à peu près à la conclusion sur la nature de la maladie, qu'il s'agit d'une maladie obscure, particulière, qui se rapproche bien de l'inflammation, mais pour laquelle beaucoup d'inconnu reste à dégager. La description générale et détaillée des symptômes est donnée d'après l'analyse de faits en partie propres à l'auteur. C'est dans cette maladie qu'il a découvert, avec Staedeler, la présence d'une quantité considérable de leucine et de tyrosine dans le foie, fait qui a provoqué des recherches fort étendues sur la présence de ces deux substances dans les diverses classes d'animaux, dans tous les organes du corps humain à l'état de santé et dans bon nombre de maladies, travail immense actuellement en voie de publication. Un fait non moins important est que, pendant la vie, Frerichs a trouvé dans les urines de ces malades une quantité notable de ces deux corps, et la leucine et la tyrosine quantitativement, en rapport avec la diminution ou la disparition presque de l'urée. Déjà à l'œil nu, on trouve, dans ces cas, un dépôt d'un jaune verdâtre, en majeure partie composé de leucine et de tyrosine; quelquefois il y a aussi de petites quantités d'albumine. Lorsqu'on réfléchit que jusqu'à ce jour la simple constatation de l'augmentation ou de la diminution de l'albumine, de la fibrine, des globules dans le sang, toute importante qu'elle est, ne nous donne pas beaucoup de lumières sur la nature intime des maladies et sur la pathogénie, on est heureux de voir la chimie organique entrer dans une voie nouvelle qui promet de devenir fructueuse, savoir l'étude des modifications que peuvent subir dans leur composition moléculaire et leur nature les divers corps qui composent le sang et les autres parties du corps. Ces produits de dédoublement et de transformation des corps albuminoïdes sont ici au premier rang, et un jour, nous en avons la plus intime conviction, on rendra généralement hommage au zèle intelligent et infatigable du savant qui a commencé à faire cette application à la pathologie.

(*La fin au prochain numéro.*)

ERRATA. — Dans la première partie de la *Bibliographie* sur le TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU FOIE, il s'est glissé quelques erreurs typographiques, savoir : *Schoenlein* au lieu de Schaentein, *Gluge* au lieu de Gbege, *Beneke* au lieu de Beneki, et *Nasse* au lieu de Hasse.

VARIÉTÉS.

— L'Empereur vient d'attacher M. le docteur Lhéritier au service de sa maison, avec le titre de médecin consultant.

— Population de la Faculté de médecine de Strasbourg au 15 janvier. Doctorat : Élèves civils en cours d'inscriptions 110, en cours d'examens 47; élèves militaires en cours d'inscriptions 51, en cours d'examens 54; aspirants au titre d'officier de santé 8; auditeurs bénévoles 39; total général 309.

— MM. Netter, médecin major à l'hôpital de Strasbourg, et Jules Aronssohn, médecin aide-major à Constantine, sont nommés à la première classe de leur grade.

— La place de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), est mise au concours, et les épreuves commenceront le 14 mai prochain.

— M. Della Sudda, pharmacien à Constantinople, dont on a pu remarquer les beaux produits pharmaceutiques à l'Exposition universelle de 1855, vient d'être nommé directeur de la Pharmacie centrale des armées de l'Empire ottoman, et élevé, sous le nom de Faik-Pacha, à la dignité de liva-pacha, ce qui correspond, chez nous, au titre de général de brigade.

— L'administration de la guerre vient de prescrire une mesure en vertu de laquelle 50 soldats infirmiers seront exercés au Val-de-Grâce à la tenue des cahier de visite et à la petite chirurgie; ces fonctions leur resteront dévolues dans les hôpitaux si l'expérience donne des résultats satisfaisants.

— Un nouveau cas de mort à la suite d'inhalations de chloroforme a été communiqué par M. Richet à la Société de chirurgie. D'après ce chirurgien, aucune cause apparente ne pourrait expliquer ce nouvel accident.

— Il est question de reconstruire l'Ecole de médecine là où elle est aujourd'hui, mais dans de plus vastes proportions, avec façade monumentale sur le boulevard Saint-Germain prolongé. L'hôpital des Cliniques disparaîtrait et serait remplacé par une Ecole pratique d'anatomie, construite sur le modèle réduit des Halles centrales.

— Le journal LE PROGRÈS croit pouvoir résumer en ces termes les conclusions futures de la commission de professeurs chargée de donner son avis sur la question de l'agrandissement de l'Ecole de médecine.

La commission demande qu'on laisse la Faculté là où elle est; mais elle demande en même temps qu'on lui accorde les terrains et les bâtiments dont elle a besoin pour remplir dignement la mission de science et d'humanité qui lui est confiée. Il faudrait concasser à la Faculté :

1° Pour son enseignement, sa bibliothèque et ses services intérieurs, le terrain compris entre la rue des Écoles, la rue Hautefeuille, le boulevard Saint-Germain et la rue Larrey;

2° Pour ses musées et ses services d'anatomie, le terrain compris entre la rue des Écoles, la rue Racine, la rue Monsieur-le-Prince et la rue Antoine-Dubois.

Cet ensemble de dispositions aurait deux excellents résultats :

1° La destruction de l'hôpital des Cliniques, qui a le double défaut d'être insignifiant et insalubre;

2° La suppression des amphithéâtres de Clamart.

— Nous publierons dans le prochain numéro un arrêté relatif au baccalauréat ès sciences restreint, exigé des aspirants au doctorat en médecine

— Une fièvre contagieuse, de nature typhique, règne en ce moment à Windsor. On la regarde généralement comme le résultat d'émanations d'egouts installés dans de mauvaises conditions. Depuis l'épidémie de typhus, déterminée l'été dernier par l'infection de la Tamise, la mortalité de Londres est, d'ailleurs, restée toujours considérable.

— Le bureau de la Société médicale d'émulation est constitué comme il suit pour l'année 1859 :

Président, M. Gillette; — vice-président, M. le baron Larrey; — secrétaire général, M. Ludger Lallemand; — trésorier, M. de Laurès; — secrétaires annuels, MM. Clairin et Gallard.

Comité de publication : MM. le baron Larrey, Amédée Forget et Ludger Lallemand.

Au Rédacteur.

Monsieur,

Dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE vous reproduisez un travail de M. Pétrequin sur le traitement de l'hydrocèle à l'aide du galvanisme.

Comme notre confrère parait s'attribuer, — de très-bonne foi sans doute, — la découverte de la méthode thérapeutique qu'il recommande avec raison, vous voudrez bien me permettre, j'espère, de rappeler à ce propos, qu'au sujet de l'électro-thérapie appliquée au traitement de divers épanchements, collections, tumeurs enkystées, etc., et *notamment* DE L'HYDROCÈLE, mes travaux remontent à l'année 1839, c'est-à-dire à une époque antérieure de près de *vingt* ans aux essais correspondants de M. Pétrequin. Pour prouver immédiatement cette affirmation, je n'aurais qu'à citer les procès-verbaux de l'Académie des sciences, les collections de divers journaux scientifiques, l'ANNUAIRE DE L'UNION MÉDICALE, et faire appel aux souvenirs d'un grand nombre de confrères français et étrangers, lesquels ont bien voulu se rendre témoins de mes expériences, autant chez moi qu'à la clinique de mon illustre et regrettable ami Amussat père.

Mais, pour ne point abuser de votre bonne hospitalité, je termine ici mes réclamations, lesquelles, d'ailleurs, seront développées incessamment et étayées par des preuves irrécusables, dans un travail que je me propose de publier sous peu de jours.

Agréez, SCHUSTER, D. M. P.

— M. le docteur Durand-Fardel commencera son cours sur les eaux minérales, le jeudi 3 février, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° t de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

APPLICATION DE COLLODION SUR L'ABDOMEN CONTRE LA MÉTRO-PÉRITONITE GRAVE. — LAVEMENTS DE VIN ET APPLICATION DU MARTEAU DE MAYOR DANS LES SYNCOPES MORTELLES POST-HÉMORRHAGIQUES.

La paix et la concorde ont succédé, à l'Académie de médecine, aux agitations de la discussion sur la trachéotomie. Les deux dernières séances y ont été consacrées à la lecture des rapports, et un seul, parmi eux, a provoqué dans le sein de l'honorable compagnie un débat calme et sérieux et tout à fait académique. Il s'agissait de la méthode opératoire la plus convenable à adopter pour la création d'un anus artificiel chez l'enfant nouveau-né, d'une comparaison entre les procédés de Littre et de Callisen. Ce débat, d'un ton parfait, a roulé tant sur les chances de succès de l'une et l'autre méthode que sur le choix d'un nouveau lieu d'élection proposé par M. Huguier à raison de ses remarques sur la situation vraie du rectum chez l'enfant nouveau-né, lequel, d'après les recherches de cet habile chirurgien, serait situé beaucoup plus à droite qu'on ne le décrit d'ordinaire, et, dans quelques cas même, tout à fait à droite de la ligne médiane, en rapport avec le bord gauche du cœcum. Nos lecteurs trouveront, dans les comptes rendus, toutes les données propres à leur faire apprécier la portée des modifications proposées, les motifs et le poids des opinions qui se sont fait jour sur cette question exclusivement anatomique et chirurgicale, et qui a été abordée et exposée avec autant de clarté que de sobriété.

Abandonnant alors la rue des Saints-Pères, nous allons jeter un coup d'œil rétrospectif sur les faits les plus dignes de remarque qui, depuis une couple de mois, se sont produits en matière de thérapeutique.

Au premier rang, nous remarquons, dans l'UNION MÉDICALE, une observation importante à plus d'un titre, recueillie par un de nos plus sagaces confrères, le docteur Robert de Latour. Il s'agit, dans cette publication, d'un cas de métro-péritonite puerpérale (nous conservons ici le terme même de l'auteur) promptement domptée par l'application sur l'abdomen d'une vaste couche de collodion.

Cette observation, quoique isolée et conséquemment dépourvue du prestige que donne le nombre des succès à une méthode de traitement, nous a paru digne d'une réelle attention et d'une sérieuse étude, parce qu'elle n'est point fille du hasard et de l'imprévu, mais une application précise, exacte, calculée, d'une doctrine appuyée elle-même sur la sage observation des faits. Ce n'est pas effectivement la conséquence d'une vue simplement spéculative c'est à la suite de remarques physiologiques judicieuses, d'expérimentations bien conduites, celles de Fourcault et les siennes propres (et avant eux celles de Spallanzani, Bichat, Lebknekner, etc., etc.), que M. Robert de Latour a été conduit à voir dans l'action de l'air sur la peau, dans la respiration cutanée, une des conditions positives de la production du calorique animal. Quel degré d'importance comparative avec l'influence de l'oxygène introduit par la voie pulmonaire a cette source de calorification? C'est un point qu'il serait fort intéressant d'élucider et que la voie suivie par M. de Latour permettra peut-être de préciser ; car les expériences physiologiques donnant le rapport de 1 à 38 entre ces quantités d'oxygène introduites par les voies cutanée et pulmonaire, il y a évidemment une inconnue encore dans la question, s'il faut, ce qui résulte des remarques de M. Robert de Latour, attribuer une si haute influence sur l'inflammation, à l'introduction de ce un trente-huitième d'oxygène.

Quoi qu'il en soit, en vertu de ce fait-principe, ainsi le désigne l'auteur, et les faits semblent lui en donner le droit, à toute inflammation assez superficiellement placée pour que le trajet soit court entre son siége et la peau, M. Robert de Latour oppose et interpose une barrière entre elle et l'air extérieur. Cette barrière, c'est une forte et large couche de collodion, vernis impénétrable, rempart absolu contre toute absorption gazeuse ou humide, gazeuse particulièrement. Or suivant les observations de notre confrère, cette défense apportée à l'introduction de l'air est constamment suivie d'effets qu'on peut dire merveilleux, d'une vraie jugulation de ces phlegmasies.

Une doctrine aussi claire, donnant lieu à une pratique aussi aisée à réaliser, ne devrait pas trouver d'opposants, mais; au contraire, de nombreux imitateurs dans tous les cas simples et sans péril possible ; mais ce qui peut être une simple affaire de choix et de convenance dans ces cas sans dangers qui doivent guérir, quelle que soit, en définitive la méthode, qui leur soit opposée, peut devenir une obligation dans des circonstances graves, effrayantes, telles que celles rapportées ici par M. de Latour.

Il ne s'agit effectivement de rien moins que de cette atroce affection dont s'est tant occupée l'Académie dans le premier semestre de l'année passée, la métro-péritonite. Nous empruntons ici le nom de l'école organicienne, parce que le cas étant sporadique et dépourvu de cet élément inconnu et subtil qui ajoute tant au danger dans les épidémies, le problème est plus simple et l'état morbide plus voisin de ce que l'on est convenu d'appeler inflammation simple. C'est donc dans un de ces cas où l'affection, d'abord limitée à la métrite proprement dite et jugulée une première fois, se propagea, dans la rechute, jusqu'à s'emparer de tout le péritoine, que M. Robert de Latour a pu apprécier toute la portée de son moyen thérapeutique. Une première fois, c'était au cinquième jour après l'accouchement, un violent frisson, suivi d'une chaleur générale, des témoignages locaux non trompeurs révèlent une inflammation aiguë violente de la matrice même ; le mal est nettement limité dans l'organe dont la région est seule sensible à la pression; les lochies, non suspendues, sont diminuées et d'une odeur repoussante. La pratique ordinaire, dit M. Robert de Latour, eût emprunté ses ressources à tout le cortége des moyens antiphlogistiques classiques. Notre confrère fait choix de celui qui répond le plus directement à la cause, suivant lui, la plus active dans la production ou l'entretien de la chaleur animale : il fait étendre sur toute l'étendue du bas-ventre une épaisse couche de collodion, protégeant la région contre tout accès de l'air par la voie cutanée. La diète, les boissons adoucissantes, l'immobilité, complètent les prescriptions. Sous l'influence de ces seuls éléments, et en trois heures de temps, la chaleur du corps retomba à son type normal; le pouls descendit de 96 à 64 ; le ventre redevint souple, la douleur utérine fut considérablement réduite; en quelques jours tout était rentré dans l'ordre.

FEUILLETON.

OBSÈQUES DE M. LE DOCTEUR LAROCHE PÈRE (D'ANGERS).

Nous nous abstenons de tout préambule. Laissons la parole à l'orateur chargé de raconter la vie du confrère qui vient de s'éteindre plein de jours et de bonnes œuvres. Le public médical saura ce que valait l'homme dont la biographie va remplir ces colonnes, où nous nous plaisons à enregistrer le souvenir des médecins qui ont bien mérité de la science et de l'humanité.

M. le docteur Daviers, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, portant la parole au nom de la Société de médecine de cette ville, s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

« S'il est une pensée qui console au moment suprême, c'est assurément celle d'avoir consacré sa vie au bonheur des siens et au soulagement de ses semblables. Celui qui peut se rendre le témoignage qu'il a, dans la mesure de ses forces et de ses lumières, travaillé tous les jours de sa vie pour atteindre ce double but, doit goûter, à sa dernière heure, cette douce satisfaction du devoir accompli, qui donne la force nécessaire pour attendre la mort avec calme et résignation. Quelle ne doit donc pas être la sérénité de l'homme de bien qui, à la fin d'une longue carrière, entouré de l'affection de ses proches, assuré de l'estime et du respect de tous, voit ses désirs comblés et ses vœux satisfaits? qui a pu dire avec vérité : « Ma vie a été simple, » calme et modeste; mon ambition s'est bornée à faire le bonheur de ma » famille, et parfois un peu de bien sans ostentation. » Telle a été l'heureuse destinée, tel était le langage du vénérable vieillard auquel nous venons rendre les derniers honneurs.

» Mais, il ne faut pas l'oublier, cette vie si heureuse et si digne d'envie a été la juste récompense d'un travail opiniâtre et d'une infatigable activité. Elevé, comme il l'a dit lui-même, dans une classe de la société destinée au travail, et entraîné de bonne heure par un penchant naturel vers la profession de médecin, M. Laroche n'avait pas encore terminé ses études classiques que déjà il commençait celle de la médecine, sous la direction d'un chirurgien de l'École de la Flèche, tout en suivant le cours de philosophie de cet établissement. A l'âge de 20 ans, il venait dans notre ville, et était admis comme élève chez M. Mirault père, dont il devait plus tard être l'ami. Sous ce maître distingué, dont le talent chirurgical se perpétue au milieu de nous, ses progrès furent rapides, et bientôt, à la suite d'un concours, il devint prévôt de Saint-Côme. Attiré à Paris par la réputation des grands maîtres de l'époque, il suivait depuis deux ans, avec avidité, les leçons et la pratique des Desault, Corvisart, Pelletan, Dubois, Fourcroy, etc., lorsque la tourmente révolution-

Jusqu'ici, malgré le peu de fréquence d'issues aussi heureuses obtenues par des moyens d'une telle simplicité, on pourrait faire remarquer qu'après tout il n'y a rien de trop démonstratif dans cette observation, puisque le mal n'avait pas dépassé la région hypogastrique. Mais voici pour compléter le premier enseignement et donner au cas actuel sa valeur.

Une semaine ne s'était pas passée, ajoute M. Robert Latour, que, sans cause plus saisissable que la première fois, un nouveau frisson éclate plus violent et plus long; le médecin n'est appelé que douze heures après; à ce moment la position de la malade était devenue alarmante; le ventre évidemment distendu avait repris le même volume qu'avant l'accouchement, le développement s'en étendait dans tous les sens, la poitrine semblait s'effacer au-dessous. La péritonite n'était plus douteuse: une douleur des plus vives dans tous les points de l'abdomen et la suppression des lochies achevaient d'en dessiner les caractères qui, d'ailleurs, s'accompagnaient de chaleur sèche à la peau, de petitesse et de fréquence du pouls, de nausées incessantes et d'un malaise indicible. M. Robert Latour fait appliquer une nouvelle et épaisse couche de collodion, mais, cette fois, sur toute la superficie de l'abdomen, sur les flancs mêmes et jusque sur la poitrine aux limites des seins. Le résultat ne se fait pas attendre: à peine une demi-heure s'est-elle écoulée que tous les symptômes s'amendent, et *deux heures après* la péritonite est irrévocablement domptée.

C'est remarquable assurément; ce qui l'est davantage encore peut-être, c'est cette observation délicate de notre confrère. Dans le second cas, cas des deux le plus effrayant, la péritonite, le traitement est souverain, rapide, strictement jugulateur. Dans le premier, au contraire, quand l'affection se limite à la matrice, il est très-précieux encore, mais relativement bien moins souverain. La métrite ne cède que lentement; la péritonite, elle, a cessé tout à coup. Le péritoine, observe M. Latour, se trouve absolument isolé de l'air extérieur par la couche de collodion, non pas la matrice qui demeure en contact avec lui par le vagin. La calorification accrue doit donc bien plus vite s'abaisser dans le premier cas que dans le second.

Ces remarques sont assurément très-judicieuses.

Mais il en est une autre faite encore par le même observateur et qui vient confirmer une doctrine générale dont celle de M. Robert Latour est proche parente. Nous voulons parler du début de ces deux accidents terribles, l'invasion de la métro-péritonite. Depuis sa délivrance, la malade était dans d'excellentes conditions, les lochies bien établies, toutes les circonstances hygiéniques parfaites, tout inspirait une entière sécurité, à une seule exception près, et qui n'avait cessé de préoccuper l'observateur: « L'utérus ne revenait pas sur lui-même, et » dans l'état de dilatation où il se maintenait, dit M. Robert Latour, il » offrait une large surface à l'action de l'air. De telles dispositions, » M. Jules Guérin en a exprimé le danger à la tribune académique, et » c'est assurément là un des résultats les plus utiles qui soient sortis » de la discussion. »

Ajoutons que dans les deux épisodes relatés plus haut, la maladie a rétrogradé en parfaite harmonie avec le retrait constaté jour par jour de l'utérus *de l'ombilic même* aux pubis.

Des conséquences importantes sont à tirer de cette seule observation, soit au point de vue physiologico-pathologique, soit à celui de la thérapeutique.

La première démontre, nous disons *démontre*, la valeur comme élément phlegmasique de l'accès de l'air, et montre en outre son double chemin dans l'espèce: l'absorption cutanée, le canal vulvo-utérin.

La seconde, engageant tout esprit sans dispositions préconçues: 1° à combattre l'un de ces éléments, comme le fait M. Robert Latour, par la barrière superficielle de collodion; 2° à opposer au second un moyen de réduction de la surface en contact avec l'air, au moyen de resserrement de la plaie (ou surface utérine anormale, si l'on préfère), comme par exemple, l'emploi du seigle ergoté dont nous connaissons les heureux effets entre les mains de plus d'un praticien expérimenté, dans les cas d'arrêt dans le retrait de l'utérus, et dès que les lochies acquièrent une fâcheuse odeur.

Telle serait assurément notre double conduite en pareille occurrence, et avec d'autant plus de sécurité relative que ces deux méthodes, aussi rationnelles que simples, ne contrarient d'ailleurs aucune des manières multiples d'envisager cette cruelle affection qui ont été produites dans la dernière et solennelle discussion de l'Académie.

— Au mois de décembre 1857, la GAZETTE MÉDICALE, en reproduisant deux observations remarquables de transfusion du sang après des métrorrhagies foudroyantes, recueillies dans les journaux anglais, avait étudié l'état de la science, à cette époque, au point de vue des indications de cette opération, de ses chances de succès et des procédés de détail qu'il pouvait convenir de suivre. Depuis lors, plusieurs autres cas ont été rapportés dans la presse médicale étrangère, et nous en trouvons un nouveau recueilli en France, et dont le détail, accompagné de remarques judicieuses, a été inséré par l'auteur dans le dernier numéro du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. Les conséquences de cette observation et les enseignements qu'elle apporte, ceux qu'on peut retirer des observations produites dans la presse internationale, confirment pleinement nos propres remarques dans l'article que nous rappelons ici. La transfusion du sang, dans ces cas solennels où la vie est en quelque sorte déjà suspendue, est une ressource évidemment précieuse et admirable, demeurant toujours l'*ultima ratio* de l'art.

Mais tout en lui rendant sans réserve cet hommage, il faut reconnaître avec notre honorable confrère et ami le sage rédacteur en chef du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, que tant à raison des luttes historiques qui ont signalé son introduction dans le domaine de la science, que par le fait de sa solennité même, de son effet moral sur les assistants et sur le médecin lui-même, cette héroïque ressource est et demeurera longtemps encore ce que sont les moyens héroïques, une arme rarement employée, une lame fortement adhérente à son fourreau. Nous accueillerons donc avec reconnaissance des moyens moins éclatants et par cela même d'un emploi non plus sûr, mais plus probable, qui ne feront pas d'ailleurs perdre un très-long temps, vu qu'ils peuvent être *appliqués* pendant le temps même employé à la *préparation* de la transfusion: nous voulons parler de la mise en usage d'un traitement fort anodin de la syncope mortelle posthémorrhagique mis en usage non pas seulement *in extremis*, mais presque *post extrema*, par M. le docteur Dcbout à l'imitation du docteur Williams (BRITISH MEDICAL

naire fit disparaître les Écoles de santé dont elle détruisit l'enseignement, et le força de revenir à Angers.

» Peu de temps après son retour, il fut nommé au concours interne à l'hôpital Saint-Jean, et choisi par le département pour remplir les fonctions de chirurgien des ambulances de l'armée. M. Laroche suivit dans la Vendée le général Menou, qui, frappé d'une balle en pleine poitrine à l'affaire de Vihiers, lui dut des soins efficaces et dévoués. Nommé plus tard gouverneur de Paris, le général n'oublia pas son chirurgien, auquel il offrit, sans pouvoir la lui faire accepter, une place de chef de service dans un des hôpitaux de la capitale.

» Ses études médicales, interrompues plusieurs fois par les nécessités du service des ambulances et par les événements de la révolution, furent toujours reprises par lui avec une persévérance bien rare en ces temps de discorde et d'agitation. M. Laroche comprenait que le titre de chirurgien de première classe ne pouvait lui suffire, et il eut le courage de se remettre sur les bancs, à l'âge de 32 ans, pour conquérir le diplôme de docteur en médecine.

» Dans tout le cours de sa longue carrière, son activité et son dévouement ne se sont jamais ralentis. Ce fut en donnant ses soins aux malades de l'hôpital militaire du Ronceray dont il avait été nommé médecin en chef, qu'il fut atteint d'une fièvre typhique qui mit ses jours dans le plus grand danger. Ce fut aussi en visitant les prisons qu'il desservait comme médecin, qu'il eut le bonheur d'arracher à la mort quelques victimes déjà mises au rang de celles dont les moments étaient comptés. Au siége d'Angers, on le vit plus d'une fois secourir les blessés jusque sous le feu des assiégeants. Et de peur qu'on attachât à ces actes de courage plus d'importance qu'il ne leur en accordait lui-même, il se bâtait, en les racontant, d'ajouter qu'à cette époque tous les hommes de son âge étaient animés du même esprit, et que le sacrifice de la vie semblait peu de chose pour servir la patrie.

» Médecin des épidémies de l'arrondissement d'Angers pendant un grand nombre d'années, M. Laroche apportait dans ses fonctions un zèle et une ponctualité bien connus et hautement appréciés par les administrateurs du département. Jusque dans sa vieillesse il avait conservé ce poste d'honneur, et les dernières épidémies du choléra le trouvèrent encore debout pour les combattre.

» Un des meilleurs titres de M. Laroche à la reconnaissance de ses concitoyens est d'avoir le premier peut-être dans ce pays compris toute l'importance de l'admirable découverte de Jenner, et surtout d'avoir contribué plus que personne à sa propagation. Il ne craignit pas de vacciner sa propre fille à une époque où la vaccine, comme toutes les vérités nouvelles, ne rencontrait presque partout que des détracteurs. Chacun sait avec quelle exactitude il se rendait au comité central de vaccine, pratiquant avec empressement la vaccination, et recueillant avec un soin tout particulier le précieux fluide qu'il tenait si obligeamment à la disposition de tous ses confrères.

» Justement estimé par ses collègues, il dut à leurs suffrages l'honneur d'être appelé plusieurs fois à présider la Société de médecine d'Angers, ainsi que l'Association médicale du département; et pour ceux qui ont été à même d'apprécier la bienveillance et l'aménité de ses relations ordinaires, je n'ai

JOURNAL), et qui consiste dans l'administration de lavements de vin généreux. Le médecin anglais employa le vin de Porto; notre compatriote du vin de France un peu alcoolisé par addition d'un tiers d'eau-de-vie (200 grammes ensemble).

Dans les deux cas, l'effet de l'injection vineuse, alcoolique, s'est montré aussi rapide que notable : quelques minutes ont suffi pour rappeler le pouls radial, et bientôt après les autres manifestations du retour à la vie.

L'action du vin injecté dans le rectum n'avait d'ailleurs pas été seule utilisée : les effets toniques connus déjà (voir les travaux de M. Aran sur leur emploi dans les anémies et les convalescences des maladies graves, BULL. THÉRAP., 1855) se sont vus notablement secondés ou mis en puissance d'agir chez le malade de M. Debout, par l'application du marteau de Mayor en cinq ou six points, à la base de la poitrine. Notre confrère avait été, dans le service de M. Rayer, témoin de l'énergie de ce genre de stimulation, dont les travaux de M. Faure sur l'asphyxie ont également démontré la valeur. Sous l'influence de cette stimulation, des agonisants ayant à peine quelques heures encore à vivre avaient repris leurs sens, comme s'ils sortaient d'un profond sommeil, et cette reprise de l'existence s'était prolongée souvent jusqu'à plus de deux heures, chez des individus arrivés à la période ultime de la maladie.

La combinaison des deux procédés devait fournir à M. Debout un succès beaucoup plus rapide que celui obtenu par M. Williams. Ce ne fut qu'après dix heures de soins assidus et de l'anxiété la plus vive, que notre confrère anglais fut rassuré sur le sort de sa malade; deux heures ne s'étaient pas écoulées chez celui de M. Debout que l'assistance et lui-même étaient déjà convaincus que tout danger se trouvait conjuré.

La méthode dont nous venons de rapporter la mise en œuvre dans deux cas parfaitement caractérisés de syncope posthémorrhagique foudroyante, irrévocablement fatale si de rapides et puissants secours n'interviennent, n'a pas, nous le répétons, ne peut avoir la prétention de rayer du cadre thérapeutique le procédé supérieur de la transfusion. Mais, nous le répétons, sa remarquable simplicité, la facilité de se procurer immédiatement les moyens de l'exécuter (du vin, de l'eau-de-vie, de l'eau bouillante, un marteau, tout cela n'est-il pas toujours et partout sous la main ?) assignent à la méthode du lavement de vin et du marteau de Mayor, un rang nettement indiqué dans la conduite du médecin appelé *in extremis*. D'autre part, les deux remarquables succès que nous venons de rapporter ne permettent pas de le dédaigner, ne fût-ce que comme un moyen dilatoire, car en toute circonstance il peut être employé, et ses effets déjà accusés pendant l'espace de temps employé à préparer la transfusion, peut-être même seulement à la *décider*.

Nous croyons donc rendre service à nos lecteurs en leur faisant connaître cette nouvelle ressource, et la confiance qu'elle peut inspirer. En pareils cas est-on jamais assez armé contre l'ennemi déjà presque maître de la place?

GIRAUD-TEULON.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LES ALTÉRATIONS ET LA GANGRÈNE DE L'APPAREIL PULMONAIRE QUE L'ON RENCONTRE CHEZ LES HOMMES ATTEINTS DE SCORBUT; par M. AUG. HASPEL.

(Suite et fin. — Voir le numero précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

SYMPTOMATOLOGIE.

Lorsque le scorbut affecte les organes de la poitrine, on voit surgir une série de symptômes pectoraux caractéristiques, assez différents cependant chez les divers individus pour nécessiter une description spéciale; mais il ne faut pas perdre de vue que sous cette variété de formes se cache un principe particulier d'unité qui constitue le caractère propre de la maladie. L'étude de cette affection démontre combien serait vaine la prétention de localiser dans l'appareil pulmonaire une affection qui domine tout l'organisme, qui frappe tous les tissus à la fois, même les plus dissemblables; qui se montre aux deux extrémités du corps, dans les organes les plus éloignés qu'elle envahit simultanément, qui compromet enfin tout ce qu'elle touche; sous son influence s'opère une série de transformations dans les organes, tantôt sur un appareil organique, tantôt sur un autre. Dans ces conditions diathésiques, il importe donc de ne pas se méprendre sur la nature de l'affection qui a envahi un organe spécial, et de ne pas rapporter à un état phlegmasique, à une complication, des symptômes qui ne sont que la traduction fidèle de l'affection générale. Or bon nombre d'observateurs ont bien pu s'en laisser imposer par les apparences et prendre pour des phlegmasies franches des fluxions qui doivent être rattachées à l'affection scorbutique. L'anatomie pathologique ne nous a offert dans ces cas que de rares traces d'un travail inflammatoire; voyons si nous trouverons dans les caractères de l'affection qui nous occupe, considérée dans sa phénoménalité générale, et dans chacun de ses éléments particuliers, des signes essentiels comme nous avons trouvé à l'autopsie cadavérique une modification distincte, caractéristique de l'altération. L'opposition qui doit résulter de ce rapprochement achèvera, je l'espère, de détruire les analogies superficielles qu'on pourrait admettre.

C'est au printemps et au commencement de l'automne surtout que les organes pulmonaires sont devenus le siége de mouvements fluxionnaires (1), qu'il fallait se garder de considérer comme une oppression

(1) L'action du froid et les variations brusques de température qui caractérisent la constitution atmosphérique des hôpitaux situés sur les hauts plateaux de Constantinople, tels que ceux de Maslak et de Ramistchiflik, où nous observions : température bigarrée, successivement, et dans le même jour, froide, humide, chaude, traversée de vents impétueux et de coups de soleil, prédisposaient surtout les hommes à des fluxions sur les voies aériennes et les organes pulmonaires, et les produisaient même de toutes pièces, en modifiant d'une manière alternative et rapide l'équilibre des fonctions.

pas besoin de dire avec quel esprit de réserve et de conciliation il en dirigeait les discussions et les travaux.

» Pendant un certain nombre d'années, M. Laroche s'est livré avec succès à la pratique des opérations chirurgicales. Il opérait, paraît-il, avec une grande élégance et donnait aux détails des pansements des soins minutieux, peut-être trop négligés de nos jours.

» Personne n'ignore avec quelle bonté, il encourageait, il consolait les femmes en couches, près desquelles la confiance des familles l'appelait si souvent, et combien il avait pour elles d'attention, de patience et d'affectueux dévouement.

» Exact à remplir tous ses devoirs, M. Laroche assistait régulièrement aux séances du comité départemental d'hygiène et de salubrité, auquel il apportait toujours le concours précieux de sa longue expérience.

» L'Académie de médecine, voulant sans doute récompenser le zèle avec lequel il pratiquait son art, et plus particulièrement peut-être ses constants efforts pour la vulgarisation de la vaccine, l'avait honoré du titre de membre correspondant. Et lorsque pour reconnaître ses services administratifs, le gouvernement lui conféra la décoration de la Légion d'honneur, tous les médecins, ses confrères, pensèrent que ses titres professionnels suffisaient à eux seuls pour justifier cette flatteuse distinction.

» Ainsi s'est écoulée cette vie patriarcale si pleine de jours et d'utiles labeurs. Les années s'accumulaient sur cette tête privilégiée sans altérer l'intelligence et sans endurcir le cœur. Sa dernière parole exprimait encore une pensée de tendre sollicitude pour la santé d'un de ses petits-enfants. Il a joui pleinement de ce bonheur suprême de voir toute sa famille groupée autour de lui et confondue dans un même sentiment d'amour et de respect. Aussi disait-il avec effusion, dans l'épanchement d'une confidence intime : « Quel est le père qui puisse m'être comparé? »

» Heureux, en effet, le père qui laisse après lui des enfants dont il était fier à bon droit! Heureuse aussi la famille dont le chef vénéré a pu dire qu'elle a fait la joie de sa vie et la consolation de ses vieux jours! »

Le maire de la ville d'Angers, député au corps législatif, M. Ernest Duboys, toujours empressé de rendre hommage aux vertus publiques ou privées de ses concitoyens, a retracé avec un grand bonheur d'expression, non pas seulement les services rendus à l'administration municipale de la ville par le défunt, en qualité d'adjoint de la mairie, mais l'infatigable charité du médecin des pauvres, son zèle ardent pour tout ce qui était utile, sa bonté, sa douceur, charmantes qualités qui sont la grâce du bienfait, qui en doublent le prix et font naître la reconnaissance dans les âmes les plus disposées à l'oubli. A ce portrait si bien peint, la foule qui avait accompagné le défunt à sa dernière demeure reconnaissait le modèle, et chacun applaudissait du fond du cœur un éloge dont la ville d'Angers tout entière atteste la justesse et la sincérité.

Tout semblait dit à l'honneur du vénérable médecin que tant de sympathies ont entouré pendant sa longue carrière, que tant de regrets ont accompagné au tombeau, et la foule allait se retirer, silencieuse, lorsque l'on vit s'avancer au bord de la fosse encore béante, un vieillard au front dénudé,

analogue à celle qu'on rencontre à l'occasion des phlegmasies les plus intenses. Ces états fluxionnaires, liés à l'affection scorbutique, ne sauraient en imposer pour une inflammation pure et simple, car ils manquent des symptômes essentiels de cet état morbide, notamment de l'effervescence fébrile, de la marche ferme et mesurée des phlegmasies pulmonaires, de la franchise de leur solution critique, et enfin souvent de leur gravité; leurs phases, leurs progrès, leurs chances fâcheuses ou favorables ne tiennent non plus par aucune relation aux maladies de cet ordre.

Lorsque la fluxion et l'extravasation sanguine avaient peu d'étendue, elles ne donnaient lieu à aucun symptôme qui permît d'en constater l'existence et ne pouvaient souvent même être soupçonnées. En général les symptômes étaient moins nombreux, moins tranchés que dans la congestion active, et présentaient cette particularité que, participant de la nature de l'affection génératrice, ils n'avaient pas la gravité de la pneumonie ordinaire, pouvaient se prolonger plusieurs semaines sans qu'on soit dans la nécessité d'admettre la suppuration et l'induration des poumons. Les symptômes se bornaient ordinairement à ceux d'une simple bronchite avec de l'essoufflement, une légère oppression et quelquefois aussi un peu d'œdème des membres et de la face; cependant fréquemment une toux qui n'avait rien de caractéristique amenait des crachats teints d'un sang noirâtre sans mélange intime, pouvant facilement être confondus avec ceux qui étaient exhalés des diverses parties de la bouche; mais l'expectoration manque assez habituellement; le point de côté et la toux manquent aussi quelquefois, et la fièvre n'existe que dans des cas très-rares, dans la période ultime, lorsque l'affection a atteint une certaine gravité. Reste seule, comme symptôme caractéristique, l'oppression habituelle.

Si le désordre est assez limité et n'occupe pas une trop grande étendue, l'absorption des liquides épanchés et l'expectoration sanguine débarrassent l'organe qui revient plus ou moins promptement à ses fonctions physiologiques, et la guérison est rapide, à moins cependant que les progrès croissants de l'affection générale ou une complication inattendue, une dyssenterie ou un typhus, par exemple, n'amènent une terminaison fâcheuse qu'il n'était pas permis de prévoir; car par elle-même et à ce degré, cette altération ne paraît pas susceptible de produire la mort.

Les choses se passent bien autrement lorsque la congestion scorbutique se complique d'épanchement et d'extravasation de sang considérables, soit à la surface de la muqueuse bronchique, soit surtout dans les aréoles du tissu cellulaire intravésiculaire des poumons. La respiration et la circulation sont alors gravement compromises; les malades se plaignent d'un poids, d'une forte oppression qui se transforme bientôt en une dyspnée toujours croissante; ils disent qu'ils vont étouffer et expectorent avec plus ou moins de soulagement un sang noir, quelquefois fétide, sans qu'il y ait douleur de côté ni fièvre; le pouls est quelquefois même plus lent que dans l'état de santé; il est faible, mou, irrégulier; la faiblesse est telle que, dans ces circonstances, les anciens disaient qu'il semble plutôt ramper que battre : *Reptare potius quam pulsare*. La face s'engorge, les pommettes sont quelquefois d'un rouge livide avec des nuances jaunes, mais jamais d'un rouge écarlate, comme dans certaines inflammations pulmonaires proprement dites. C'est quelque chose qui se rapproche de l'ecchymose : les lèvres sont pâles, livides; la langue large et gonflée.

Quand elle occupe une partie d'un lobe, la diminution de la sonorité de la poitrine et l'affaiblissement du bruit respiratoire peuvent l'indiquer avec plus ou moins de probabilité; mais si elle est assez considérable, l'auscultation et la percussion donnent les signes de l'hépatisation. Les râles, quand ils existent, sont muqueux, ou quelquefois aussi ils se rapprochent du gargouillement des cavernes; ils n'occupent que quelques points de la poitrine; partout ailleurs la respiration est normale. Lorsque ces symptômes apparaissent avec une grande intensité à une période plus ou moins avancée de la maladie; que les mouvements de la respiration s'accélèrent avec un pouls petit, filiforme, inégal; que la dyspnée devient croissante; que la poitrine immobile ne cède qu'incomplétement aux efforts désespérés des malades, il faut regarder ces signes comme fâcheux. L'oppression de la poitrine, la douleur de côté, les défaillances, sont, selon M. Vaidy, des symptômes funestes (1).

La mort arrive au milieu des signes d'une asphyxie lente ou en quelques instants par suite de la rupture subite d'une vomique à travers les bronches, qui donne lieu à la sortie par la bouche d'un flot de sang noir et diffluent d'une horrible puanteur. Bien que cette fétidité des matières de l'expectoration soit liée le plus souvent à la gangrène, j'ai rencontré nombre de fois cette fétidité de l'haleine et des crachats sans qu'il y ait gangrène de l'appareil pulmonaire et même sans une altération bien grave.

Des syncopes longues et quelquefois subitement mortelles se montrent aussi fréquemment dans le cours de l'affection que nous étudions, quoiqu'elles paraissent surtout appartenir à la suspension des mouvements du cœur par suite d'une accumulation du sang dans ses cavités.

GANGRÈNE DES POUMONS.

La gangrène pulmonaire est une lésion tellement grave, que l'on devrait croire que cet état ne puisse jamais se montrer qu'avec la prostration la plus grande des forces et tout le cortége des symptômes adynamiques les plus intenses, et cependant les traits de la face restèrent souvent sans se décomposer jusqu'à la fin, et on n'observa ni cet affaissement considérable, ni cette pâleur livide, caractère distinctif de l'affection profonde des poumons.

La chute subite du pouls qui devient faible, insensible et irrégulier, la décomposition des traits, un délire vague, des rêvasseries, l'haleine d'une fétidité caractéristique, et l'expulsion au dehors, à la suite d'efforts de toux, de crachats d'une odeur insupportable, contenant un déliquium de petits grumeaux ou même des lambeaux de substance pulmonaire gangrenée reconnaissables à leurs caractères propres, ne laissent aucun doute sur la terminaison de la maladie par la gangrène d'une portion plus ou moins étendue du poumon; mais quelquefois ces symptômes sont tellement atténués que cette gangrène n'est reconnue qu'à l'autopsie.

(1) Vaidy, Dict. en 60 vol; article *Scorbut*.

---

dont le mâle visage, empreint d'une tristesse sévère, montrait à tous la puissance qui domine les émotions les plus profondes. M. Grégoire Lachèse, professeur honoraire de l'Ecole d'Angers, l'ami, le contemporain du défunt, voulait dire un dernier adieu au confrère avec lequel il a passé près de soixante-dix ans de sa vie. C'était un spectacle solennel, à coup sûr, et bien rare, et bien touchant; aussi les assistants, groupés autour de l'orateur, prêtèrent une oreille attentive à des paroles empreintes du plus pur, du plus affectueux sentiment de bonne confraternité.

La pluie tombait à torrents, le vent sifflait au travers des grands arbres qui croissent dans le vaste cimetière, et la foule émue restait attentive aux paroles de l'homme de bien à qui aurait pu s'appliquer tout ce qui venait d'être dit à la louange de M. Laroche. Cette voix, que l'âge et la douleur n'avaient pu éteindre, a dignement célébré le défunt, et l'allocution, aussi bien pensée qu'élégamment écrite, s'est terminée ainsi :

« Je ne veux pas faire un éloge, ma voix n'est pas assez puissante pour le
» bien rendre, je ne veux qu'adresser un adieu d'affection à mon très-cher
» et aimable confrère qui me précède de bien peu au rendez-vous commun. »

On comprendra facilement l'effet produit par ces paroles. D'ordinaire les vieillards se dispensent volontiers, et ils n'ont pas besoin d'excuse, d'aller aux convois, surtout de ceux de leurs contemporains; l'application de la loi rigoureuse est trop facile, le retour sur soi-même est trop immédiat, trop cruel, et les têtes couronnées de cheveux blancs ne se montrent guère au milieu des tombes. Mais il est des hommes que la fermeté de leur jugement met à l'abri de ces craintes légitimes; il y a des cœurs hardis qui ne tremblent pas devant la triste réalité; ce qu'ils considèrent comme un devoir (et l'amitié en impose de cruels aux survivants), leur fait braver de pusillanimes considérations. M. Grégoire Lachèse a montré qu'il savait accomplir sa tâche, si difficile qu'elle fût, et personne ne s'est étonné d'un acte si bien en rapport avec le caractère connu de ce vénéré maître.

Ainsi disparaissent peu à peu les hommes qui ont contribué si puissamment à honorer la médecine angevine. Nous avons vu mourir dans un âge très-avancé le vénérable Chevreul, l'excellent Garnier, et d'autres encore qui ont été les maîtres de Béclard, d'Ollivier, de Billard, des deux Bérard, élèves illustres de ces hommes qui cultivaient avec un si grand zèle les études anatomiques, et qui ont présidé aux destinées de la génération actuelle. L'Ecole préparatoire d'Angers suit ces traces glorieuses; elle s'applique toujours à fournir aux jeunes disciples qui écoutent ses leçons la base solide de toute science médicale de bon aloi, et l'administration des hôpitaux pourvoit dans sa largesse à tous les besoins de cet enseignement modèle. Nulle part peut-être, dans les départements, on ne trouve d'égales facilités pour apprendre l'anatomie, pour s'exercer à la médecine opératoire, et si l'on joint à cela une bibliothèque nombreuse et choisie, un jardin botanique, des collections d'objets d'histoire naturelle, des cours sur toutes les parties des sciences physiques et mathématiques, on comprendra la valeur d'une Ecole qui a donné tant de preuves de l'excellence de son enseignement.

Bien que M. Laroche n'en fît pas partie, tout le monde reconnaîtra que sa longue et judicieuse pratique a contribué utilement à l'entretien des bonnes traditions, et que ses rapports constants avec tous les membres du corps

TRAITEMENT.

Toute la thérapeutique est subordonnée à ce fait capital que ces fluxions sont produites, se développent et marchent sous l'empire d'une altération particulière du sang et subissent dans leur traitement la loi et les indications de l'affection à laquelle elles se trouvent liées intimement, de l'affection constitutionnelle réellement génératrice, et la source de l'erreur des médecins vient la plupart du temps de ce qu'ils fixent leur attention sur le groupe des phénomènes pectoraux, qu'ils les isolent de tous les autres, et refusent de les embrasser dans une vue d'ensemble. Pour eux la maladie qui envahit les gencives cesse d'être la même, parce qu'elle occupe les poumons; ces fluxions qu'ils comprenaient et suivaient si bien aux gencives, sur les joues, sur les membres, aussitôt sur les poumons, leur esprit assiégé d'incertitude et de contradictions ne les reconnaît plus; c'est pour eux autre chose; c'est une pneumonie, comme s'il n'y avait pas là aussi une véritable congestion scorbutique; dans ces cas, le sang engorge les poumons, comme chez les scorbutiques il engorge le tissu des gencives. La manière de voir de ces médecins est la dernière conséquence du préjugé qui avait habitué l'esprit, pendant ces dernières années, à voir des maladies foncièrement différentes à chaque division d'un appareil organique.

La diathèse scorbutique imprimant à la fluxion sa nature spéciale, attaquer convenablement celle-là, c'est avancer par le fait même la guérison de la maladie locale. La thérapeutique de ces fluxions doit donc être subordonnée à la considération de l'état général constitutionnel. Le traitement qui découle de cette manière de voir est facile à comprendre; il consiste à fortifier l'organisme, à modifier l'hématose, à rendre au sang les éléments qui lui manquent, ses principes riches et plastiques; c'était donc dans la diététique qu'il était naturel de chercher surtout le traitement de ces maladies. C'était aussi, dans les mêmes circonstances, la pratique des anciens, de Huxam en particulier.

La nourriture doit être légère, facile à digérer et pourtant substantielle et nutritive; elle se composera de côtelettes rôties, de bouillon fait avec de la viande fraîche, de végétaux frais, surtout ceux qui sont acides, de salade de toute espèce, toutes sortes de fruits, tels que fraises, orange, citron, cerises, poires, framboises, groseilles, etc.

En dehors des repas, donnez au scorbutique le suc de citron ou d'orange édulcoré avec le sirop et les boissons acidules qu'il demande avec tant d'instance; il en ressentira un bien-être immédiat, et toute l'économie ne tardera pas à en éprouver une influence heureuse.

Huxam conseille, dans ces péripneumonies, le sirop de groseilles, le mucilage de coin, le vinaigre camphré avec le sirop de framboises, le vin avec le jus d'oranges de Séville bu chaud. On apaisera, ajoute-t-il, la toux avec le diascordium.

La voie pulmonaire offre une des ressources principales pour la correction de l'hématose: l'air pur, sec, chaud, le grand air est la condition indispensable pour perfectionner l'artérialisation du sang; sans cette condition indispensable, les autres moyens n'auraient pas toute l'efficacité dont ils sont susceptibles.

La cause étant lente, profonde, progressive, la thérapeutique ne pourra modifier l'économie que par une action analogue à celle de la cause, c'est-à-dire lente, durable et graduée. Le rétablissement du cours du sang qui stagne dans la poitrine et opprime les poumons sera la conséquence de la fortification de la constitution et du retour naturel des organes à leurs fonctions. Une médication perturbatrice est donc le plus souvent contre-indiquée.

Comme le remarque Huxam, les vésicatoires sont rarement utiles et deviennent fréquemment nuisibles.

Nous ne prétendons pas exclure complétement la saignée générale du traitement des congestions scorbutiques. Cette affection pouvant attaquer des adultes sanguins pléthoriques fera d'autant plus de ravages que la grande abondance d'un sang que la chimie ne peut plus qu'incomplétement oxygéner est elle-même un principe de débilité; mais ces faits ne constituent que de rares exceptions, surtout dans une armée exposée aux privations et à des fatigues inaccoutumées.

Lorsqu'elle se présente sous la forme épidémique, on ne saurait non plus l'envisager de la même manière qu'à l'état simple. J'ai une fois fait saigner un scorbutique, dit Huxam (1), pour le soulager de la péripneumonie scorbutique et de l'oppression extrême de la respiration qu'il accusait, il a été soulagé un peu, mais temporairement: on a jugé à propos de renouveler la saignée: alors le mal a empiré à vue d'œil; il est survenu une prostration extrême, une respiration des plus laborieuses. Dans ces sortes de cas, ajoute-il, il était étonnant combien le pouls et les forces du malade diminuaient après la saignée; elle était souvent suivie d'anxiété, de syncopes, de sueurs froides, d'un pouls intermittent et faible, quoiqu'il fût auparavant très-fort. J'ai remarqué ces symptômes dans ces pleuropneumonies dans lesquelles la douleur de côté était violente, l'oppression extrême et la toux considérable. Je suis persuadé que cette péripneumonie putride ne souffre jamais une seconde saignée, ni même la première, si ce n'est dans le cas où le pouls est ferme et tendu; dans les cas où je me méfiais de la saignée, j'employais les ventouses scarifiées, et ce moyen me réussissait quelquefois.

(1) Huxam, ESSAI SUR LES FIÈVRES, p. 227.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT MÉCANIQUE DE LA MYOPIE; par M. FOLTZ, professeur de physiologie à l'École de médecine de Lyon.

La myopie est une imperfection de la vue pour laquelle le praticien est généralement peu consulté. L'insuffisance bien reconnue de tous les traitements jusqu'ici proposés, et la facilité avec laquelle on pallie cette infirmité à l'aide de verres concaves, expliquent jusqu'à un certain point l'indifférence des myopes à recourir aux soins médicaux.

Cependant un esprit sérieux ne peut accepter, comme le dernier mot de la science, ce qui a été fait jusqu'à présent. L'emploi des verres

médical angevin, ont eu une heureuse influence sur la santé publique. Il n'appartient qu'à un esprit distingué de suivre avec un zèle qui ne s'est jamais démenti, le progrès de la science, au milieu des révolutions étranges qu'elle a subies depuis la fin du dernier siècle. Né à une époque où l'humorisme était tout-puissant, M. Laroche a vu poindre la médecine rationnelle, Corvisart localisa les affections du cœur, Bayle et Laennec étudièrent les maladies de l'appareil respiratoire, les exagérations de Broussais avaient du moins le mérite de pousser les médecins à examiner les lésions du canal alimentaire; puis vinrent les descriptions rigoureuses de la fièvre typhoïde, les maladies du foie, des reins; et chacun de ces chapitres de la pathologie interne devenait une conquête dûment enregistrée dans le domaine de la science. Les hommes modestes et sincères ne peuvent avoir la pensée de rester immobiles au sein du mouvement qui entraîne le monde dans la voie du progrès, ils suivent d'un œil attentif les découvertes des hardis novateurs; ils les soumettent au contrôle de l'expérience, adoptant ce qui est bon, rejetant ce qui est mauvais, également dépourvus de préventions ou d'enthousiasme, se réservant toujours de juger en conscience les idées ou les faits, les principes et leurs conséquences.

Tel a été M. Laroche, tels sont les hommes amis du progrès, quelle que soit du reste leur modeste sphère d'action. Un vrai praticien, lors même qu'il se contente d'appliquer avec discernement les préceptes des professeurs de nos Facultés, fournit par cela même de puissants arguments en faveur de telle doctrine ou contre les vues théoriques de certains auteurs; s'il n'a pas le mérite du génie qui invente, il a du moins celui de l'homme impartial qui juge l'invention, qui la met en œuvre et rend un compte exact de sa valeur réelle. Plein d'une juste défiance de soi-même, il ne s'abandonne jamais aux hasards d'une expérimentation douteuse, il sait attendre, il ne veut marcher qu'avec sécurité dans une voie étroite où sa conscience n'a rien à redouter, et s'il ne recherche pas l'éclat des cures retentissantes, il a du moins la certitude d'éloigner le danger des attaques téméraires, et de pareils procédés ont pour résultat certain le respect, l'estime des honnêtes gens et la reconnaissance de ses malades. Nous faisons grand cas, et nous l'avouons hautement, de ces hommes qui ont toujours agi de manière à faire honorer la profession médicale et qui, pendant soixante-dix ans, ont été considérés comme des modèles de tact, de délicatesse, de dévouement et de science.

Ajoutons que M. Laroche est né à la Flèche (Sarthe) le 18 octobre 1769, et qu'il s'est éteint doucement le 20 janvier 1859. L'Académie de médecine a inséré dans ses mémoires une curieuse observation de plaie de l'estomac, recueillie par M. Laroche et accompagnée de détails intéressants sur les mouvements de cet organe, ainsi que sur divers phénomènes digestifs.

P. MENIÈRE.

concaves, le seul traitement aujourd'hui en usage, n'est qu'un palliatif, à la vérité correct, de cette affection, mais qui a, entre autres, l'immense inconvénient de l'accroître d'année en année, et de ramener le sujet à une vue aussi courte, malgré des lunettes, que celle qui les a nécessitées. En outre, le port des lunettes s'allie mal avec certaines professions, telles que celles de chirurgien, de militaire, etc. Il est donc légitime de tenter de nouveaux efforts pour arrêter le développement ou amener la cure d'une infirmité qui est une source continuelle de gêne au milieu des occupations de la vie, et dont les statistiques démontrent l'extrême fréquence dans les classes lettrées.

Sans nous appesantir davantage sur l'incontestable utilité d'un traitement plus efficace de la myopie, portons notre attention sur la théorie de l'affection et sur l'altération anatomique qui la constitue.

Depuis Kepler, on sait que la myopie est due à une réfraction trop énergique des rayons lumineux, dont le foyer vient tomber, non plus sur la rétine, mais au devant de cette membrane, lorsqu'ils émanent d'objets éloignés. Cet effet est le résultat d'une courbure exagérée de la cornée et d'une longueur relativement ou réellement trop grande de l'axe du globe oculaire. C'est donc une déformation particulière, un changement tout physique des milieux de l'œil qui constitue la cause prochaine de la myopie.

Nous avons eu la pensée qu'en s'adressant directement à cette déformation par une manœuvre qui agirait en sens contraire, on créerait, par la répétition fréquente de cet acte, une gymnastique particulière de l'œil capable de lui rendre sa disposition normale et ses fonctions.

Dans un mémoire que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences (Gaz. Méd., 1857, p. 154), nous avons décrit ce procédé, envisagé à un point de vue purement expérimental, pour des recherches sur l'accommodation. Aujourd'hui ce procédé, légèrement modifié, a acquis à nos yeux une valeur pratique qui nous a paru digne de fixer l'attention.

Voici le procédé dont il s'agit :

Le sujet atteint de myopie regarde un objet éloigné en clignant, c'est-à-dire en rapprochant les paupières supérieures et inférieures au devant de la cornée transparente, de manière à recouvrir une certaine portion de cette membrane. Plaçant alors un doigt près de la commissure externe, au niveau du rebord orbitaire, il tire très-légèrement en dehors les paupières, de façon à les tendre comme un voile membraneux qui aplatit la cornée, et raccourcit l'axe du globe oculaire. Aussitôt l'objet apparaît avec une netteté de contours extraordinaire, qui surprend le myope autant que le fait l'emploi d'un verre concave approprié à sa vue.

La compression exercée sur l'œil par les paupières dans cette manœuvre doit être très-légère ; car si elle est exagérée, l'œil devient presbyte et la vue se trouble ; on arrive rapidement par l'exercice au degré convenable de pression.

Cette manœuvre si simple, non douloureuse, et parfaitement inoffensive, exercée par un myope sur son œil, lui rend les mêmes services qu'un monocle. Elle lui permet, en effet, de distinguer les bords nets et précis d'un objet éloigné, de lire une enseigne, un nom de rue, un numéro de maison, de voir les acteurs sur la scène, etc., aussi nettement qu'avec un lorgnon.

Jusqu'ici on peut se demander : à quoi bon cette manœuvre exercée sur l'œil et qui exige après tout une certaine habitude pour être bien faite, lorsqu'on peut obtenir le même résultat avec un verre concave ? Un peu de réflexion ne tardera pas à nous faire comprendre les avantages du nouveau procédé. D'abord, un des moindres est de n'exiger aucun appareil, quelque simple qu'il soit, et d'être constamment à la disposition du sujet qui en a besoin. Mais ce qui lui donne une grande valeur, c'est que non-seulement il est palliatif au même titre que les verres concaves, mais encore il devient par la suite curatif de la maladie. Son emploi, loin d'accroître la myopie, tend au contraire à la guérir.

La théorie indique, en effet, qu'une pression légère, mais fréquemment répétée sur la cornée transparente, doit rendre à cette membrane une partie de la rétractilité naturelle à tous nos tissus, et que la pression exagérée à laquelle elle est soumise intérieurement chez les myopes lui avait fait perdre. On comprend dès lors que sa courbure non-seulement cesse de s'accroître, mais encore qu'elle puisse diminuer. Il en est de même du diamètre antéro-postérieur de l'œil, qui diminue par l'aplatissement de l'organe.

A l'appui de ces idées, je rapporterai l'observation suivante qui m'est personnelle, et qui les confirme au moins en partie.

Obs. — Le travail de cabinet avait développé chez moi une myopie légère, qui m'obligeait à me servir dans certaines circonstances de verres concaves, n° 18. En 1849, je ne pouvais distinguer à l'œil nu les lettres d'un livre tel que celui de Hufeland, au delà de 50 centimètres. M'étant exercé à lire à distance, j'étais parvenu, après plusieurs années, à les distinguer à 65 centimètres ; mais je ne pus aller plus loin jusqu'en 1857. Depuis cette époque, je me suis exercé avec la nouvelle méthode, et aujourd'hui je distingue les lettres du même livre à 75 centimètres et même à 80. Ma vue s'est donc notablement allongée.

Si une seule observation suffisait pour légitimer des conclusions, je dirais que ce moyen constitue un traitement à la fois palliatif et curatif de la myopie. Il est palliatif au même degré qu'un verre concave, sans avoir l'inconvénient grave d'augmenter l'infirmité, et sans exiger d'appareil spécial. Il est curatif en soumettant l'œil à une gymnastique qui s'exerce au milieu des occupations ordinaires de la vie, sans arrêter le sujet un seul instant, et pour ainsi dire sans qu'il s'en doute.

Plusieurs personnes à qui j'ai communiqué mon procédé en retirent journellement des services, auxquels viendra se joindre plus tard, j'ai lieu de l'espérer, le service plus important d'un allongement permanent de la vue.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR LE POULS DICROTE (lues à la Société de biologie en octobre 1858) ; par M. Marey.

Bien des opinions ont été émises sur la nature du pouls dicrote, quelques auteurs considèrent ce pouls comme produit par une contraction anormale du cœur, dont le ventricule se viderait en deux fois et par conséquent enverrait deux ondées consécutives dans les artères ; mais cette idée ne satisfaisait pas les cliniciens qui, dans certains cas de pouls dicrote, trouvaient une telle netteté dans les battements du cœur, qu'ils ne pouvaient s'arrêter à l'opinion de la double contraction du ventricule. L'idée émise par Todd, de deux contractions complètes du cœur, dont l'une, imperceptible à l'oreille ou au palper thoracique, serait perceptible à la radiale, n'est pas plus soutenable. Pourquoi cette contraction faible arriverait-elle régulièrement à tous les deux battements ? pourquoi suivrait-elle de si près la contraction forte, tellement que la seconde pulsation artérielle semble n'être que le rebondissement de la première ?

D'autres auteurs ont cherché dans une action propre au vaisseau la cause du dicrotisme ; pour eux, la première pulsation, la pulsation forte, est produite par le cœur ; la seconde est produite par le vaisseau, et à ce sujet les opinions se partagent encore. Pour les uns, l'artère se contracte activement et d'une manière rhythmique ; pour les autres, et c'est l'opinion de M. Beau, l'élasticité de l'artère est seule nécessaire.

La première opinion, celle d'une contraction active résidant dans le système artériel, mérite d'être examinée sérieusement. En effet, cette sorte de contraction n'est pas sans exemple ; MM. Schiff et Wharton Jones, et en France, M. Vulpian ont signalé des contractions rhythmiques dans les artères de l'oreille du lapin ; ce phénomène est parfaitement net et facile à voir. Seulement la fréquence des resserrements de l'artère est sans aucun rapport avec les battements du cœur, et il y a toujours un grand nombre de pulsations cardiaques entre deux resserrements consécutifs du vaisseau ; ces resserrements se font avec une lenteur qui exclut la possibilité de la pulsation brève qui constitue le dicrotisme. Enfin, pour produire un dicrotisme, à la radiale par exemple, en admettant que la contraction artérielle en soit la cause, où la fera-t-on résider ? Ce ne sera pas dans le vaisseau lui-même qui est le siége du dicrotisme, car il y a chez lui expansion à ce moment. Sera-ce du côté du cœur ? Cela est d'autant moins probable que la contractilité des vaisseaux artériels décroît de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de cet organe. Sera-ce du côté des capillaires ? Non, car en comprimant la radiale au poignet, le dicrotisme continue à se sentir en amont du point où le vaisseau est obstrué.

Reste l'opinion du dicrotisme produit par l'élasticité des artères. M. Beau, son auteur, admet que, dans le cas du pouls dicrote, la première pulsation est faite par le cœur ; la seconde, par le retrait élastique de l'aorte. Mais, dans ce cas, pourquoi cet intervalle entre les deux pulsations ? L'aorte resterait-elle un instant distendue et au repos avant de revenir sur elle-même ? C'est inadmissible ; cet arrêt n'a pas de raison d'être.

Enfin, il est un fait clinique qui m'a été signalé par M. Beau, et devant lequel toutes les théories s'écroulent : c'est l'*absence constante du dicrotisme à la fémorale* et en général aux artères du membre inférieur, dans les cas même où il est le plus net à la radiale, aux carotides, etc. En effet, aucune des théories précédentes ne peut rendre compte de ce phénomène ; si le cœur se contractait deux fois de suite de manière à ce que la double pulsation fût perceptible à la radiale, pourquoi une artère beaucoup plus volumineuse, comme la fémorale, et dans laquelle se perçoit le pouls lorsque sa faiblesse l'a fait disparaître à la radiale, n'offrirait-elle pas la double pulsation ? Dans la théorie du dicrotisme par effet de la contractilité artérielle ou de son élasticité, l'immunité de la fémorale reste également inexplicable ; il faut donc de toute nécessité chercher une autre explication.

Depuis que M. Beau m'a donné connaissance de ce fait clinique, c'est-à-dire depuis près d'un an que je suis dans son service, j'ai cherché à chaque occasion et j'ai très-souvent constaté, sans aucune exception, cette absence de dicrotisme à la fémorale ; aussi ce fait a-t-il pris pour moi une grande valeur, et j'ai cru devoir le faire entrer en ligne de compte comme condition fondamentale dans une théorie du dicrotisme.

Lorsqu'on tâte un pouls dicrote, l'idée instinctive qui vient à l'esprit est celle d'un rebondissement, d'un reflux, d'un écho, pour ainsi dire ; c'est précisément dans la théorie de l'écho que je trouve la comparaison la plus claire pour expliquer le dicrotisme.

Le dicrotisme à la radiale serait dû à l'écho d'une ondée sanguine qui se réfléchit à la bifurcation inférieure de l'aorte sur l'éperon des deux artères iliaques. Et de même que, dans la répétition d'un son par un écho, l'observateur, placé près de la muraille réfléchissante, ne perçoit qu'une fois le son, tandis que ce son sera double pour quiconque sera placé près de l'endroit où il a été émis ; de même le doigt qui explore la fémorale ne perçoit qu'une pulsation, parce que cette artère naît du point où l'ondée se réfléchit, tandis que cette pulsation est double sur les artères qui naissent près de l'origine de l'aorte, c'est-à-dire près de l'endroit d'où part l'ondée lancée par le cœur.

Avant de pousser plus loin l'examen de cette théorie, j'ai cru devoir la soumettre à des expériences préalables. Si ma théorie était vraie, je devais pouvoir produire artificiellement le dicrotisme avec des tuyaux élastiques dans lesquels je simulerais la position relative de la carotide, de l'humérale et des fémorales, par des tubes branchés sur un conduit élastique qui représenterait l'aorte. L'expérience, comme on va le voir, a justifié mes prévisions.



Soit un tube en caoutchouc *aaa* d'un certain volume, et que je prends assez long pour que la réflexion de l'ondée, si elle a lieu, mette à se faire un temps assez grand pour que les deux pulsations soient bien distinctes. Ce tube va représenter l'aorte. D'un bout, il est en communication avec une boule en caoutchouc *B* munie de deux valvules qui s'ouvrent dans le sens du courant, et qui, par conséquent, enverra une ondée dans le tube, quand je la comprimerai. Cette boule représente le cœur. De l'autre bout, le tube aortique se termine par un ajutage d'écoulement plus étroit qui constitue un obstacle à la progression de l'ondée ; cet ajutage *é* peut se continuer par un tube élastique *f* plus étroit qui correspondra à la fémorale. Sur un point du tube aortique, voisin de l'orifice d'entrée, je place un tube branché perpendiculairement *cc*, dans la position du tronc brachio-céphalique par exemple ; cela fait, je fais passer un courant d'eau à travers tout mon système de tubes, jusqu'à ce qu'il soit exactement rempli.

(Pour apprécier la nature de la pulsation sur chacun des tubes branchés dont j'ai parlé, il était impossible d'employer un manomètre oscillant comme celui de M. Poiseuille. En effet, après une ascension de la colonne, celle-ci ne retombe pas à un minimum fixe, mais descend trop bas pour remonter ensuite, donnant en cela la parfaite apparence d'un dicrotisme qui n'a rien de réel. L'hémomètre de Magendie n'offre pas cet inconvénient, son zéro est fixe, et après l'ascension de la colonne, celle-ci retombe si la pression cesse, exactement au niveau du mercure que contient le flacon. J'ai donc pu recourir à cet instrument sans crainte d'erreur.)

Si alors je mets en communication avec l'hémomètre le tube terminal (qui correspond à la fémorale) et si je comprime la boule impulsive, je constate une pulsation parfaitement simple. Si je transporte l'hémomètre au tube branché (qui représente un vaisseau du bras ou de la tête), j'ai deux pulsations extrêmement nettes. Bien plus on peut constater dans ce cas les caractères particuliers du pouls dicrote, *les deux pulsations se suivent de près et la seconde est plus petite que la première.*

Pour prouver que c'est bien par le mécanisme que j'ai indiqué que se fait le dicrotisme, et que c'est à l'extrémité du tube que se fait la réflexion de l'ondée, je branche un tube perpendiculairement au tube aortique, mais plus près de l'orifice terminal *c'c'*, et dans ce cas le dicrotisme a encore lieu, mais avec plus de précipitation dans la succession des deux pulsations, ce qui tient à la plus courte distance que doit parcourir l'ondée réfléchie.

Maintenant qu'il n'y a plus de doute possible sur la production de ce dicrotisme artificiel, je reviens au pouls dicrote véritable pour examiner si le système artériel offre réellement les dispositions qui se rencontrent dans mes tubes. L'élasticité existe bien dans l'aorte et cette première condition est assurément remplie, mais l'obstacle à la naissance des iliaques existe-t-il aussi incontestablement ?

D'abord le seul fait de la bifurcation aortique et la présence d'un éperon constitue nécessairement un obstacle au passage du sang. Dans tous les points de l'économie où existe une bifurcation artérielle, l'éperon fait obstacle à ce passage quoiqu'il y ait augmentation du calibre absolu du vaisseau par suite de la bifurcation ; car, suivant une loi anatomique, la somme des sections des branches d'une bifurcation l'emporte sur la section de l'artère qui leur a donné naissance. L'existence de cet obstacle est bien prouvée par la locomotion artérielle qui en résulte ; dans ce cas la locomotion est identique à celle que produirait l'oblitération du vaisseau par une ligature ; elle est seulement un peu moins forte, mais on voit à chaque battement du cœur l'éperon poussé en avant comme l'extrémité liée de l'artère d'un moignon après l'amputation.

De plus, la loi anatomique que je viens de citer et d'après laquelle la section totale des deux branches d'une bifurcation l'emporte sur celle du tronc d'où elles naissent (loi qui n'exclut pas l'existence d'un obstacle par suite de la présence de l'éperon seul). Cette loi, dis-je, offre une exception unique peut-être dans l'économie, et cette exception a lieu précisément pour la bifurcation de l'aorte aux deux iliaques (1). Voici donc deux raisons au lieu d'une pour qu'il y ait un obstacle et certes elles sont bien suffisantes pour expliquer le reflux.

Une objection pourra s'élever contre ma théorie, la voici : si c'est une disposition purement anatomique qui produit le dicrotisme, pourquoi ce dicrotisme ne s'observe-t-il pas toujours à la radiale ou à la carotide. A cela je répondrai d'abord que le dicrotisme est parfois normal chez certains sujets (2), et même que la seconde pulsation pourrait bien exister constamment à la radiale sans être toutefois assez forte pour que nous puissions l'apercevoir par le toucher qui est trop peu sensible. Le manomètre accuse des pulsations sur les tubes élastiques là où le doigt qui les déprime n'en peut percevoir, et les tubes en caoutchouc que je présente ici ne permettent pas de sentir au toucher le dicrotisme que relève le manomètre.

Chez les animaux, on a rencontré le pouls dicrote en appliquant le sphygmographe sur les vaisseaux ; on trouve dans Ludwig une figure qui représente un pouls parfaitement dicrote, recueilli chez le cheval et cela justement *à la carotide*, ce qui confirme la théorie.

Lorsque le pouls est dicrote chez l'homme malade, c'est que par suite de la maladie, le pouls a acquis une grande force (le pouls petit et filiforme n'est jamais dicrote) ; c'est cette plénitude de la première pulsation qui avait frappé les anciens observateurs et en avait fait conclure à l'existence de la pléthore. Bordeu disait que le pouls plein et dicrote est le signe des hémorrhagies. On conçoit très-bien maintenant, puisque le pouls plein est seul susceptible d'être dicrote, que cela tient à ce que lui seul a assez d'intensité pour ne pas se perdre dans ce trajet de va-et-vient qui constitue l'espèce d'écho dont j'ai parlé ; et de même que dans l'écho sonore un bruit faible se perd avant de revenir au point de départ, de même une ondée trop faible s'éteint avant de revenir à la radiale ou à la carotide.

Quant à savoir dans quel cas une ondée est plus ou moins puissamment lancée, c'est une question d'un autre ordre et ce sera l'objet d'un autre travail dans lequel j'examinerai si cela tient à une plus grande énergie du cœur ou à une condition inhérente aux vaisseaux. Je me borne à dire aujourd'hui que les variations dans la pression à l'intérieur des voies artérielles me semblent être le plus souvent la cause des variations cliniques du pouls constituant le pouls dur et plein, et le pouls petit et faible ; j'ajourne à quelque temps la démonstration de ces points.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. BRITISH MEDICAL JOURNAL.

(Suite.)

ABCÈS ILIAQUE ; SORTIE DE FÈCES PAR LA PLAIE ; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. — Une femme de 22 ans, mariée, sans enfants, pâle et chétive, entre le 11 mai dans le service de M. Lawrence, à l'hôpital Saint-Barthélemy.

Elle avait éprouvé depuis quelque temps de vives douleurs dans les régions iliaque et hypogastrique, à droite, lorsqu'elle fut prise de frissons il y a huit jours.

Le 15 mai, tumeur douloureuse à la région lombaire droite.

Le 18, l'abcès est ouvert en ce point ; il s'en écoule 70 onces de pus et des gaz très-fétides. (Quinine, vin, eau-de-vie.)

Le 19, soulagement très-marqué. La suppuration est abondante et fétide.

Le 21, constipation depuis trois jours. Tandis qu'on change la malade de position dans son lit, 18 onces de matières fécales et une certaine quantité de pus s'échappent de la plaie. (Une pinte d'eau-de-vie et teinture d'opium.)

Le 4 juin, la suppuration a continué ; mais il n'y a plus eu d'évacuations de fèces par la plaie. Le pus est d'ailleurs de bonne nature et sans odeur.

Au bout de quelques jours, la malade sortit guérie de l'hôpital.

Il n'est pas rare de voir des abcès iliaques communiquer avec l'intestin, et dans quelques-uns les matières fécales peuvent passer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; mais dans ces cas les fèces sortent habituellement de l'abcès aussitôt après l'incision, et ils continuent à passer encore par la plaie pendant un certain temps, l'orifice intestinal ne se fermant que peu à peu.

(1) Paget, LOND. MED. GAZ., 1842, 2e série, t. II, p. 55.
(2) Fourrier, THÈSE INAUG., 1854.

Dans l'observation ci-dessus, on voit, au contraire, tout le contenu de l'intestin se vider par la plaie lombaire quelques jours seulement après l'ouverture de l'abcès; puis l'orifice intestinal se ferme complétement pour toujours, et le malade est guéri en trois semaines.

Nous sommes fort en peine, ajoute l'auteur de l'observation, de nous rendre compte de ce qui s'est passé.

Qu'on nous permette de suggérer l'explication suivante :

1° Rien ne prouve que les matières fécales sont sorties de l'intestin au moment où elles ont été évacuées par l'abcès. Il est permis de supposer qu'elles pouvaient s'être accumulées peu à peu dans une anfractuosité du kyste.

2° La fistule intestinale suit la plupart du temps un trajet oblique, de sorte que la pression de dehors au dedans qu'exerce l'abcès rempli contre l'intestin applique les parois du trajet fistuleux l'une contre l'autre dans une certaine étendue et en favorise la cicatrisation, en même temps qu'elle s'oppose à l'issue de nouvelles matières stercorales. On peut donc admettre que l'occlusion de l'intestin avait eu lieu avant l'ouverture de l'abcès, que celui-ci ne s'est pas vidé tout d'un coup des matières solides qu'il contenait, et qu'une fois débarrassé de ces matières, la fistule intestinale se trouvant déjà guérie, rien ne devait plus s'opposer au rapprochement des parois de l'abcès et à leur cicatrisation rapide.

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE PAR L'APPLICATION IMMÉDIATE DE L'OPIUM AUX POINTS DOULOUREUX; méthode du docteur ALEXANDRE WOOD; par M. GEORGES LINDSAY BONNAR, M. D.

Dans un cas où les moyens de traitement les plus usités avaient absolument échoué, le docteur Bonnar eut recours au traitement que le docteur Wood a fait connaître par un mémoire inséré dans le n° 203 de l'EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL (avril 1855), et qui consiste à faire arriver une préparation liquide d'opium sur les points les plus douloureux du nerf malade. On introduit une quantité du médicament dans une petite seringue de verre dont la canule est terminée par une aiguille d'acier creuse comme un trocart explorateur. On enfonce la canule jusqu'au nerf à l'endroit où il est le plus sensible à la pression extérieure et l'on injecte le liquide. Le soulagement est immédiat; la douleur disparaît quelquefois tout à fait aussitôt après l'opération, et le malade goûte le sommeil dont il était privé depuis longtemps. Le plus souvent la douleur revient moins intense, mais [illegible] à quelques nouvelles injections, ou bien elle persiste seulement sur d'autres points; on l'y poursuit de la même manière avec le même succès, de sorte qu'on ne tarde pas à obtenir une guérison complète.

SCROFULES; PHTHISIE; TUBERCULES DES CAPSULES SURRÉNALES; par le docteur PAGE. (Hôpital Saint-Georges.)

OBS. — Un homme âgé de 43 ans, ayant depuis longtemps une carie scrofuleuse du sternum, se plaint depuis deux mois de douleurs lancinantes dans les lombes, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, avec rétraction du testicule du côté affecté. Il éprouve aussi une sensation pénible dans les reins et le long des uretères; pas de toux ni d'expectoration. Le malade est triste, abattu; pouls faible; insomnie. Quatre jours après son entrée, il s'affaissa paisiblement, et mourut en quelques heures.

A l'autopsie, le corps ne paraît pas amaigri. La peau présente une teinte bistre générale, plus marquée au visage, aux mains et aux jambes; c'est une coloration d'un jaune brun, tirant sur le bronze, sur les parties qui étaient durant la vie exposées à la lumière. Au sommet de chaque poumon, on trouve une petite caverne vide et des tubercules miliaires en grand nombre aux deux bases. Les capsules surrénales sont beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal; elles pèsent ensemble près d'une once et demie; la gauche est environ deux fois plus grosse que la droite. Leur structure normale a entièrement disparu; elle est remplacée par un tissu blanc, solide, dans lequel se trouve un dépôt abondant de tubercule cru qui s'est ramolli et qui a formé du pus dans quelques points. Les reins, les uretères, la vessie, ainsi que tous les autres viscères, sont sains. Le sternum est perforé par une érosion chronique, mais il ne présente pas de traces d'inflammation aiguë.

La mort semble ici produite bien plutôt par cette cachexie particulière qui suit la lésion des capsules surrénales que par la phthisie pulmonaire, qui n'était pas assez avancée pour amener un résultat fatal. Quant à la couleur bronzée de la peau, elle était certainement assez marquée pour avoir attiré l'attention du docteur Page pendant la vie du malade; mais il faut avouer qu'elle n'avait rien de caractéristique et qu'elle était presque bornée aux parties exposées à l'action du soleil. Cependant l'affection des capsules était complète; pas un point où leur structure soit restée normale. C'est là un côté très-important de l'histoire de cette maladie. On n'a encore publié qu'un très-petit nombre de cas dans lesquels la peau avait généralement conservé sa coloration naturelle, bien que la lésion ait envahi toute la substance des capsules. Le docteur Hutchinson en a présenté un à la Société d'anatomie pathologique. Mais dans la grande majorité des exemples allégués jusqu'ici de maladie capsulaire sans coloration bronzée, il s'est trouvé que l'altération n'était que partielle, ou bien ce point n'a pas été suffisamment éclairci. Ce qui importe davantage dans la maladie d'Addison, c'est la cachexie fatale qu'elle amène, et ce cas présente des symptômes analogues à ceux qu'on a signalés dans cette affection.

CAS DE PARALYSIE RHUMATISMALE; par M. BENJAMIN DUDLEY, F. R. C. S.

OBS. — Le malade est un homme de 32 ans, marié, habitant une maison un peu humide, mais bien située, cordonnier de son état; il a toujours joui d'une bonne santé.

En février 1856, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé qui parcourut presque toutes les articulations et dura six semaines avec la fièvre. Il avait eu du délire par intervalle. On employa d'abord le tartre stibié, l'opium et de petites doses de calomel, puis le colchique et le bicarbonate de potasse.

La fièvre céda peu à peu, mais le malade resta très-affaibli et incapable du plus léger mouvement. La paralysie semblait complète dans tous les muscles volontaires; le rectum et la vessie n'étaient pas atteints. Des semaines se passèrent sans amélioration. On administra la quinine, l'ammoniaque, le fer, l'iodure de potassium, le zinc successivement. L'électro-dynamisme fut appliqué journellement jusqu'au 21 juin. Il va sans dire que l'épine dorsale avait été couverte de vésicatoires et d'autres révulsifs. A cette époque, il pouvait mouvoir librement le cou, le bras droit avec peine et quelque peu les doigts de la main droite.

Il fut alors dirigé sur l'infirmerie de Northampton où il reçut pendant quatre mois les soins les plus assidus et les plus éclairés du docteur Webster; mais malheureusement sans résultats bien marqués.

Au mois de mai 1857, plus de quinze mois après l'attaque de rhumatisme, sa santé générale est bonne; il a de l'appétit, de la gaieté même et assez d'embonpoint. Il peut mouvoir sa tête dans toutes les directions; il peut même, quand il est couché sur le côté gauche, se mettre sur le dos; il remue le bras droit, mais la main est renversée et ne se fléchit que bien peu; il peut à grand'peine tenir une fourchette; mais il est incapable de manger seul. Il remue la jambe droite quand il est couché sur le côté gauche, mais sans pouvoir la soulever. Les membres gauches sont entièrement paralysés. Aucune articulation n'est gonflée. La vessie et le rectum fonctionnent à merveille. La sensibilité n'a jamais été atteinte; il y aurait plutôt une légère hyperesthésie générale.

Ce cas nous paraît pouvoir être utilement rapproché des affections cérébrales aiguës de nature rhumatisme, sur lesquelles l'attention s'est portée en France dans ces derniers temps.

FRACTURES INTRA-UTÉRINES; par M. BASKER.

OBS. — Au mois de septembre 1856, M. Basker accoucha une femme, dont l'enfant du sexe féminin mourut au bout de dix minutes, offrant les particularités suivantes :

La tête était volumineuse, molle, sans trace de suture. L'humérus droit présentait une fracture à sa partie moyenne, ainsi que le radius et le cubitus. La dernière phalange du pouce était considérablement agrandie. Il en était de même du côté gauche. Les membres inférieurs présentaient des fractures à la partie supérieure du fémur et moyenne de la jambe. Les rotules étaient saillantes. Le clitoris et les grandes lèvres étaient très-développés.

L'autopsie permit de constater l'absence complète du frontal et des deux pariétaux, ainsi que de la portion squammeuse de l'ethmoïde; l'occipital était très-incomplet. Les côtes étaient tellement fragiles qu'une légère pression des doigts suffisait pour les rompre comme du verre.

C'était donc un cas remarquable de rachitisme. L'analyse démontra que les os étaient formés de

Matière organique. . .	66,66
Matière inorganique. .	33,34
	100,00

PRIVATION DES DOIGTS TRANSMISE PENDANT SIX GÉNÉRATIONS; par M. MACHINDER.

Une femme sur le point d'accoucher, dit l'auteur, était dans l'anxiété de savoir si son enfant serait conformé sur le type des habitants du paradis terrestre; aussi quelle ne fut pas sa joie, après sa délivrance, quand elle apprit, par une personne étrangère à l'art, qu'on pouvait lui compter autant de doigts qu'à un Anglais bien conformé.

Voici des détails sur six générations, en remontant les âges :

Première génération : L'enfant. Toutes les secondes phalanges manquent à huit doigts; la troisième s'articule avec la première. Les petits doigts n'ont point d'ongles; l'annulaire droit est absent.

Deuxième génération : La mère. Tous les ongles sont absents et huit secondes phalanges manquent Les extrémités des doigs semblent avoir subi une amputation à lambeau. Parmi ses neveux, il y a des vices de conformation des doigs.

Troisième génération : Le grand-père ne possède que la première phalange de huit doigts; les pouces sont aplatis et les articulations phalangiennes sont imparfaites; plusieurs de ses parents ont des vices de conformation analogues.

Quatrième génération : La mère du grand père et trois de ses sœurs étaient privées d'ongles et des deux premières phalanges de huit doigts.

Il en était de même de sa grand'mère maternelle et de son arrière-grand'mère, cinquième et sixième générations.

La mère de cette dernière avait été la source de cette difformité si tenace.

Voici la légende transmise dans la famille à ce sujet :

Son mari avait, dans son jardin, un pommier dont il marqua chaque fruit, avec défense de toucher à aucun. Cette femme en déroba quelques-uns. L'époux furieux adressa au ciel des prières pour que le voleur fût privé de ses doigts coupables. La femme enceinte cacha sa faute, mais cet l'imagination vivement frappée, et les vœux du père furent accomplis dans la personne de son enfant.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par les docteurs FINCHAM (hôpital de Westminster), STEELE et INMAN (à Liverpool), FULLER (hôpital Saint-Georges), SIBSON (hôpital Sainte-Marie).

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins compte beaucoup de partisans en Angleterre, et il est généralement adopté, à l'hôpital de Westminster, où il donne des résultats aussi favorables, après tout, que les autres médications.

Il est fondé sur cette opinion que l'excès de l'acide lactique dans le sang étant la cause de la maladie, les sels alcalins donnés à dose suffisante pour le neutraliser détruiront le principe même de l'affection.

Cette théorie admise, il y a tontefois quelque diversité dans l'application.

C'est ainsi que les uns donnent la préférence au bicarbonate de potasse; que d'autres lui adjoignent d'autres sels de même base, tels que le nitrate et l'acétate, et qu'on en fait varier les proportions et les doses, qui s'élèvent cependant en moyenne à 12 ou 15 grammes dans les vingt-quatre heures.

Puis viennent les praticiens assez nombreux qui associent l'opium aux alcalins, puis ceux qui y joignent encore les purgatifs.

Il en est même qui, sans abandonner tout à fait les alcalins, les relèguent au second ou au troisième plan pour donner résolûment la première place à l'opium ou aux évacuants. Il est probable que ces derniers n'ont pas une foi très-robuste dans la théorie chimique. De sorte que, en Angleterre comme en France, la thérapeutique du rhumatisme a ses théoriciens, ses empiriques et ses éclectiques.

Au bout d'un certain temps de pratique, la plupart des médecins finissent par s'arranger un traitement, chacun à sa guise, et chacun préfère naturellement le sien à celui de ses confrères.

Parmi les moyens empiriques, le sulfate de quinine ne jouit pas à Londres de la même faveur qu'à Paris, mais le jus de citron recommandé à *la profession* par le docteur Owen Rees y a été pendant un temps fort en honneur. Il compte encore, dans les comtés, de chands partisans, au nombre desquels il faut mettre, au premier rang, le docteur Inman, praticien très-accrédité à Liverpool.

Voici le résumé d'une trentaine de cas traités par ce moyen :

« J'emploie, dit M. Inman, le suc de citron du commerce à la dose d'une once, toutes les trois ou quatre heures; un soulagement marqué se produit d'ordinaire au bout de vingt-quatre heures, et j'ai souvent vu des malades dont tous les mouvements étaient extrêmement douloureux le lundi, par exemple, se promener, convalescents, dans les salles, le vendredi de la même semaine ! Dans les cas très-graves où la sueur est très-abondante, une amélioration sensible ne s'établit guère avant la fin de la première semaine, et le premier signe qui l'annonce est la diminution notable de la sueur.

» Je n'ai eu que deux cas de complication cardiaque. Dans le premier, la fièvre était vive; cependant le malade était en convalescence et se promenait dans les salles dès le quatrième jour.

» Aussitôt qu'on reconnaît un rhumatisme aigu, on ordonne au malade autant de jus de citron qu'il en peut prendre sans être incommodé; le minimum doit être d'une once toutes les trois heures. Si quelques-unes des petites articulations, la main, le pied, le poignet, sont enflammées, on y applique quelques sangsues qui procurent un soulagement rapide et durable. En cas d'insomnie opiniâtre, on donne le soir une dose de morphine. Le jus de citron m'a toujours procuré une diminution marquée de la fièvre, de la douleur et de la sueur. Le régime dépend de l'appétit du malade. Je n'emploie pas d'autres moyens que ceux que je viens de mentionner. Jusqu'à présent aucun malade ne s'est plaint du jus de citron, et je n'ai pas eu occasion de douter de son efficacité. Les autres acides végétaux produiraient-ils un effet semblable?

» Quant au *modus operandi* de l'acide, je n'en ai pas la moindre idée. Assurer qu'il agit en aidant à l'oxygénation de l'acide lactique, ce serait assurer que l'acide lactique est la cause du rhumatisme, et que son oxyde est moins puissant que l'acide lui-même.... Et nous n'en avons aucune preuve.

» Quoi qu'il en soit, je suis certain d'une chose : c'est que moins les rhumatisants sont affaiblis par des remèdes déprimants, plus leur guérison est rapide, et moins il y a de danger de voir survenir des complications du côté du cœur. »

Le docteur Fuller, auteur d'un traité du rhumatisme, sur un même nombre de cas (30), n'en a vu que *trois* dans lesquels le jus de citron ait semblé favorable.

Et le docteur Steele, confrère du docteur Inman, à Liverpool, est contraint d'avouer qu'il n'a pas été capable d'obtenir des résultats très-satisfaisants du jus de citron, et qu'il a dû cesser de compter sur lui.

Mais voici le traitement qui a répondu à ses espérances :

« D'abord une dose de calomel suivie d'un purgatif salin, puis un grain d'opium toutes les deux heures, jusqu'à ce que la douleur commence à s'apaiser. On éloigne les doses à mesure qu'elle diminue. Aussitôt que la période aiguë est passée, on commence l'emploi de l'iodure de potassium et des toniques. Généralement la douleur s'amende très-notablement en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et l'on obtient, du troisième au cinquième jour, une rémission considérable des symptômes. La complication cardiaque est rare, elle a toujours cédé aux saignées locales et au mercure, excepté dans un cas où une endo-péricardite étendue qui devint fatale existait avant tout traitement. Les avantages de la médication opiacée sont de ne pas affaiblir le malade, d'abattre rapidement les principaux symptômes, notamment la douleur, et de procurer des guérisons aussi promptes et aussi solides que par tous les autres traitements proposés. »

Le docteur Sibson, en laissant publier le tableau du traitement d'une trentaine de cas, semble avoir eu pour but de fournir des armes à tous les partis, bien qu'en réalité il ait voulu montrer l'effet de l'opium à haute dose dans le traitement du rhumatisme. Mais il est fort douteux qu'il ait satisfait personne et qu'il ait prouvé quelque chose; car, en même temps qu'il donnait beaucoup d'opium, il employait aussi très-largement le jus de citron, sans négliger pour cela les alcalins, et abandonner tout à fait les purgatifs. Libre à chacun d'attribuer à son médicament favori les honneurs de la cure; mais, chose remarquable! sous ce feu croisé de batteries combinées, le brave rhumatisme poursuivait paisiblement son cours, car en prenant, par exemple, la moyenne de durée des 10 premiers cas du tableau, on trouve le chiffre de vingt-neuf jours, et sur 26 cas, la complication cardiaque se déclare 10 fois pendant le traitement. Certes, il y a là de quoi faire réfléchir sur les avantages et les inconvénients du système, et il vous vient involontairement à l'esprit que le rhumatisme pourrait bien être de l'humeur des fièvres éruptives et de l'érysipèle, qui n'aiment pas qu'on se mêle trop de leurs affaires.

Quant à l'action de l'opium lui-même, la seule chose facile à distinguer, c'est la tolérance des hautes doses de ce médicament dans le rhumatisme. 3, 4 et 5 décigrammes par jour ne produisent ni assoupissement, ni tendance au coma, ni resserrement des pupilles, ni constipation; quelquefois seulement, à des doses extrêmes, du délire qui cédesi l'on abaisse la dose. La dose est notablement amoindrie, comme on pouvait s'y attendre.

L'opium n'a pas le pouvoir de prévenir les complications cardiaques; on pourrait presque dire qu'il les favorise, d'après les données du tableau présenté, s'il était permis de conclure au milieu de cette polypharmacie. Louons toutefois, sans réserve, cette manière de présenter les résultats sommaires d'un certain nombre de cas analogues soumis au même traitement; l'emploi de ces expositions synoptiques usité en Angleterre et en Amérique fournit des moyens de prompte

comparaison, d'appréciations rapides, et est fertile en enseignements de plus d'un genre.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

REMARQUES SUR LA FORMATION RÉCENTE DES ILES DE L'OCÉAN PACIFIQUE A PROPOS DE LA GÉNÉRATION SPONTANÉE; par M. DU PETIT-THOUARS.

Un de nos savants confrères, professeur du Muséum, dont la voix a un très-grand poids dans cette assemblée, ayant pris la parole à la dernière séance pour rappeler à l'Académie un mémoire qu'il avait produit il y a vingt ans, et dans lequel il attribue une origine très-ancienne aux îles Galapagos, qui ne seraient, selon lui, que les débris d'un ancien continent détruit par un cataclysme, donne à penser que j'ai fait une supposition en déclarant que ces îles sont de récente formation. Il me semble, messieurs, que je n'ai rien hasardé à cet égard, et que par la comparaison que j'ai faite du développement d'une île à l'autre et de ce groupe à d'autres groupes que je crois plus anciens, parce qu'ils sont arrivés à un développement plus complet, j'ai démontré jusqu'à l'évidence que l'opinion que j'ai émise est de la plus grande vérité.

Archipel dangereux ou îles Pomoutou. — J'ai eu, avant la visite que j'ai faite dans l'archipel Dangereux, la même opinion que professe notre savant confrère sur les îles Galapagos. Je supposais que cet amas si considérable d'îles ne pouvait être que les vestiges d'un continent qui aurait péri par un cataclysme qui n'aurait laissé de visibles que les sommets des volcans et les crêtes des montagnes. Mais, après avoir étudié les îles Pomoutou, j'ai changé de sentiment à la vue de l'état de progression et de développement où je les ai trouvées; et loin de les croire les débris d'un continent, je pense qu'elles en sont les éléments, et que dans l'avenir elles ne formeront toutes qu'une seule et même île. Je vais vous donner les causes de ce changement d'opinion.

J'ai été chargé de la surveillance de la pêche du corail sur les côtes de Barbarie; j'ai alors étudié les coraux que l'on pêchait sous mes yeux, j'ai reconnu qu'ils croissaient tous dans une forme arborescente : toutes les branches partaient d'un pied unique, d'un développement plus ou moins considérable; elles s'étendaient ensuite en se ramifiant et en prenant la forme tantôt d'un arbre taillé en espalier, tantôt celle des poiriers que l'on voit sur les plates-bandes des jardins, en forme de coupe en général circulaire, dont les branches ne sont pas toujours également rapprochées, mais dont l'intérieur est presque toujours vide. Cette disposition est aussi, je crois, celle des coraux qui poussent dans l'océan Pacifique, mais qui, attendu la grande profondeur de l'eau où ils croissent, viennent avec des proportions colossales. C'est ainsi que se constituent les groupes que nous voyons. Le bout des branches arrivant à la surface de l'eau, forme successivement de petits îlots qui s'augmentent en nombre jusqu'à ce que toutes les branches soient parvenues à la surface. Alors le groupe a une disposition circulaire, la végétation se produit successivement sur ces îlots en se développant horizontalement; ils se soudent l'un à l'autre et finissent par devenir une île annulaire. Les coraux en continuant toujours à se développer comblent les bassins intérieurs; d'île annulaire qu'elle était, elle devient complète et de plus en plus fertile. Lorsque ces îles ne sont point encore tout à fait annulaires, il existe à la circonférence des passes par lesquelles les navires entrent dans le bassin intérieur, où ils trouvent à faire la pêche des huîtres perlières qui croissent et abondent dans ces bassins et composent dans leur ensemble un bon théâtre de la pêche des perles et de la nacre.

Des groupes d'îles nouveaux apparaissent chaque jour dans cet archipel, il n'est pas douteux que toutes ces îles ne se réunissent pour n'en former qu'une seule.

D'après ces observations qui prouvent que ces îles sont à l'état de croissance et de développement, on peut en conclure, comme des îles Galapagos, qu'elles sont d'une formation encore récente.

M. MILNE EDWARDS répond qu'il regrette d'être obligé de combattre de nouveau les opinions de son honorable confrère M. l'amiral du Petit-Thouars, mais il est en désaccord avec lui sur le mode de formation des îles madréporiques aussi bien qu'au sujet de l'origine des îles Galapagos. Il fait remarquer d'abord que des arguments tirés du mode d'apparition ou d'accroissement des récifs de l'archipel Dangereux ou des autres îles madréporiques ne lui semblent pas applicables à la question en litige, attendu que les Galapagos sont des îles volcaniques dans la constitution desquelles les polypiers ne paraissent avoir pris aucune part, et il ajoute que même dans toute la partie circonvoisine de l'océan Pacifique, c'est-à-dire depuis la côte du Pérou a l'est jusqu'au 125e degré de longitude ouest et même au delà, il ne paraît exister ni récifs ni îles madréporiques, circonstance que les naturalistes sont disposés à attribuer à l'influence de la température basse déterminée par le grand courant d'eau froide qui longe la côte sud-ouest de l'Amérique septentrionale et qui a été observé par l'un des membres de l'Académie, M. le capitaine Duperrey. Quant aux îles madréporiques, M. Milne-Edwards ne saurait admettre que la disposition dendroïde ou flabelliforme qui se remarque dans certains polypiers ait la moindre influence sur la configuration particulière des atolls ou des récifs en ceinture des îles qui aujourd'hui consistent essentiellement en une immense agglomération de polypiers, et il partage tout à fait les opinions de MM. Darwin et Dana au sujet du mode d'origine de ces anneaux ou bancs de coraux. Il pense donc que ces îles madréporiques cratériformes, au lieu de s'élever peu à peu des grandes profondeurs du lit de l'Océan, se sont constituées à l'entour de pics ou îlots qui, en s'abaissant graduellement au-dessous du niveau de la mer, auraient disparu en totalité ou en partie, tandis que leur ceinture de polypiers aura continué à croître par son bord supérieur et se sera maintenue ainsi près de la surface des eaux. M. Milne-Edwards ajoute qu'il n'a eu l'occasion d'étudier sur place le mode de croissance des bancs de corail que sur les côtes de l'Algérie, mais les observations nombreuses faites dans l'océan Pacifique par les deux naturalistes qu'il vient de nommer lui paraissent être décisives.

QUESTION DES GÉNÉRATIONS SPONTANÉES.

M. FLOURENS communique la lettre suivante que lui a adressée M. Pouchet (1) en lui envoyant un spécimen destiné à être mis sous les yeux de l'Académie :

« J'ai l'honneur de vous prier de soumettre à l'Académie un *fragment de pain*, que j'ai adressé hier au palais de l'Institut.

» Veuillez faire observer :

» 1° Que ce pain retiré du four dans l'atmosphère qui l'environnait, et isolé, s'est couvert de *penicillium* seulement sur sa croûte, c'est-à-dire là où la température extrêmement élevée a dû nécessairement tuer les germes;

» 2° Que la mie, au contraire, n'a point été envahie par ce champignon, à l'exception des portions qui ont débordé la croûte;

» 3° Que l'opposé se fût produit si les spores étaient réellement tombées sur ce pain en expérience;

» 4° Que ce *penicillium* se développe tout aussi rapidement sur du pain *non contagionné* que sur du pain que l'on a en partie couvert de spores.

» Si l'Académie le jugeait convenable, je pourrais lui envoyer un spécimen de mes expériences sur ce sujet.

» 5° Enfin que, malgré leur dureté, à 100 degrés, l'ébullition déforme les spores du *penicillium* que je présente en ce moment, et de sphériques les rend ovoïdes. »

NOTE SUR UN CAS RARE DE SPINA BIFIDA; par M. T. ANCELET.

(Commissaires : MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet.)

L'observation que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie me paraît, dit l'auteur, digne de fixer son attention. Il s'agit d'un hydrorachis avec épine bifide, que le rapprochement graduel des lames vertébrales, et par suite l'oblitération du pédicule ont, à une époque assez avancée de la vie, réduit à l'état d'un kyste simple, lequel a pu être opéré alors rationnellement et sans danger.

— M. FONSSAGRIVES adresse, pour être jointe à sa note sur un monstre sycéphale et synotique, une figure de ce cas tératologique. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés : MM. Serres et Geoffroy-Saint-Hilaire.)

— M. MILLON adresse, comme pièces à l'appui de son mémoire intitulé : CONSIDÉRATIONS SUR LES OUVRIERS EN CUIVRE, des os colorés en vert, provenant de l'ancien cimetière de Dnrfort, des fragments d'os non colorés extraits du nouveau cimetière, et autres pièces analogues.

Ces pièces sont renvoyées, comme l'avait été la première communication, à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

— M. KŒNIG soumet au jugement de l'Académie la figure et la description d'appareils qu'il désigne sous le nom de cathéters pneumatique, aspirateurs, etc. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe), Civiale.)

— M. DUVIGNAC prie l'Académie de vouloir bien faire examiner par une commission la description et le modèle d'un appareil qu'il a imaginé pour son propre usage, et dont il désirerait, s'il était trouvé utile, faire profiter les personnes qui, atteintes comme lui de cécité, éprouvent le besoin d'écrire sans mettre un tiers dans la confidence de leurs pensées.

La lettre et l'appareil sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral et Combes.

— M. A. VINSON, médecin à l'île de la Réunion, envoie un mémoire sur le *seringos* ou dyssenterie purulente des Caffres. Cette maladie, suivant l'auteur, n'attaque, parmi les différentes classes de travailleurs amenés dans l'île, que les indigènes du continent africain, tandis que les autres, Indiens et Malgaches, n'y sont point sujets, quoique plusieurs n'échappent pas à la dyssenterie ordinaire ou flux de sang. (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Jobert de Lamballe.)

(1) M. Pouchet, dans une lettre parvenue à M. Flourens depuis la séance, signale une erreur qui s'est glissée dans sa note du 17 janvier (voir p. 76) : « Dans toutes les expériences en question, en voyant les vases hermétiquement fermés ne présenter *aucune* population zoologique particulière, il faut se prononcer sur cette remarquable particularité. » Lisez : « Ne présenter *qu'une* population... »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Barréra, sur une épidémie de fièvre bilieuse qui a régné dans la commune de Nobèdes (Pyrénées-Orientales), en 1858 (Comm. des épid.);

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Alibert, médecin inspecteur des eaux minérales d'Ax, intitulé : TRAITÉ DES EAUX D'USSAT ET D'OUDINAC (Comm. des eaux minérales).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Liégard sollicite le titre de membre correspondant (Renvoyé à la commission des correspondants nationaux);

2° Une note sur le traitement de l'angine diphthéritique, par M. le docteur Limousin (de Bergerac);

3° Quelques appréciations médicales à propos du tubage et de la trachéotomie, par M. le docteur Pons (de Bez);

4° M. le docteur Favrot soumet à l'appréciation de l'Académie un nouveau sécateur trilame perfectionné de l'urètre, présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 31 janvier 1859 (M. Velpeau, rapporteur).

Il diffère de celui qu'il a présenté déjà dans la séance du 18 octobre 1853 :

1° Par son mécanisme extrêmement simple, qui permet au chirurgien de le démonter lui-même, ainsi que la figure n° 2 ci-jointe le prouve;

2° Par la précision exacte qu'on peut obtenir à l'aide d'un curseur, sorte d'anneau métallique fixé par une vis qui permet, lorsque le point du rétrécissement a été établi au moyen d'une bougie exploratrice de même calibre, de porter sur la tige en métal la mesure exacte du point rétréci;

3° Enfin, parce que les lames sortantes, si elles viennent à rencontrer une résistance très-grande, ne sont pas susceptibles de se replier sur elles-mêmes. Cette condition a été obtenue en substituant au ressort qui les faisait écarter précédemment, une tige métallique en forme de coin, qui, par suite de la traction opérée sur elle-même, les force à s'écarter et les maintient fixement au degré de sortie qu'on veut leur donner.



Description de la figure. — *A* L'instrument prêt à servir;

B Les lames vues développées;

C Coin limitant la sortie des lames et la graduation;

D Curseur pour indiquer la partie rétrécie;

E Rondelle servant de manche, et pour le démontage.

Cet instrument a été fabriqué par M. J. Charrière.

5° La description d'une soude-rugine exécutée d'après les indications de M. le docteur Ollier, par M. Mathieu.

— M. VELPEAU présente, au nom du traducteur, M. Paul Picard, la traduction française d'un PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par le docteur Scanzoni.

— M. CHATIN présente, au nom de l'auteur, un travail de M. Caventou fils sur les succédanés du quinquina.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Laroche, correspondant à Angers.

DISCUSSION SUR L'ANUS ARTIFICIEL.

M. HUGUIER, prenant la parole à l'occasion du procès-verbal, rappelle les détails qu'il a donnés dans la dernière séance sur les rapports anatomiques de l'S iliaque chez les enfants; c'est pour en donner la démonstration qu'il y revient aujourd'hui.

Pendant la vie intra-utérine, dit-il, la partie supérieure du tube digestif (estomac et intestin grêle) n'est, si je puis dire, qu'un organe d'attente, tandis que le gros intestin sert de réservoir pour le méconium et l'empêche de s'épancher dans la cavité de l'amnios. Cette particularité physiologique explique suffisamment le volume considérable que présente le gros intestin et particulièrement l'S iliaque, au moment de la naissance, et le faible développement relatif de l'intestin grêle. Comme le bassin est très-peu évasé chez le nouveau-né et que ses diamètres transversaux sont très-petits, l'S iliaque ne trouvant pas assez d'espace dans la fosse iliaque gauche, se rejette vers la ligne médiane, la dépasse même et se met en contact avec le bord gauche du cœcum. Cette disposition est facile à constater et je l'ai retrouvée d'une manière qui ne laisse plus aucun doute, en poursuivant, pendant ces derniers jours, mes recherches sur ce sujet à l'Ecole pratique.

On m'objectera peut-être que, s'il en est ainsi à l'état normal, cette disposition pourrait bien ne pas exister lorsque le rectum se termine en cul-de-sac; mais je répondrai que l'intestin se comportait comme d'habitude chez l'enfant que j'ai opéré avec M. Robert; le dessin que je présente à l'Académie représente parfaitement la situation des viscères. Il en était encore de même dans un cas où l'enfant était venu trois mois avant le terme de la grossesse, et vous vous rappelez que M. Velpeau a signalé dans la dernière séance la déviation du rectum à droite chez un enfant auquel il essaya d'établir un anus au périnée.

M. Huguier ouvre ensuite, devant l'Académie, le cadavre d'un nouveau-né, et fait voir que les rapports de l'intestin sont bien ceux qu'il a indiqués; puis il poursuit en ces termes :

Plusieurs conséquences pratiques importantes se déduisent facilement des rapports que j'ai signalés.

Si, dans les cas d'imperforation, on essaye d'établir un anus périnéal, il faudra chercher l'intestin plutôt à droite et en avant qu'à gauche. Le procédé de Littre a cet inconvénient qu'on tombe presque toujours sur l'intestin grêle; il est également impossible, après avoir établi un anus artificiel à l'aine gauche, d'introduire un instrument dans le bout inférieur de l'intestin, pour faire saillir le cul-de-sac rectal au périnée, car on ne parviendra jamais à redresser l'angle très-brusque que forme l'intestin en se déviant à droite; c'est au contraire chose facile quand on opère du côté droit, où l'on est également sûr, dans tous les cas, de tomber sur l'origine du rectum.

Quel que soit d'ailleurs le procédé employé, la méthode n'est pas sans inconvénients; c'est ainsi qu'il faut fixer l'intestin ouvert aux parois abdominales, et la réunion est rarement assez parfaite pour prévenir l'épanchement de quelques matières fécales dans le péritoine, et conséquemment la péritonite, qui emporte la plupart de ces opérés. Pour échapper à ces dangers, on pourrait, je crois, se borner à ponctionner l'intestin à l'aide d'un trocart dont la canule servirait ensuite à faire saillir l'ampoule rectale au périnée; l'anus périnéal établi, il suffirait d'appliquer une suture sur la plaie de l'S iliaque, de réduire et de fermer l'ouverture des parois abdominales.

Chez les adultes, dans des cas d'étranglement interne, il serait peut-être encore plus avantageux parfois d'opérer à l'aine droite. J'ai eu à traiter un cas de ce genre : c'était une jeune fille de 20 ans environ, qui présentait tous les symptômes de l'arrêt des matières fécales; son abdomen était tellement distendu qu'elle était en danger de suffocation. Après avoir épuisé tous les moyens employés dans ces cas, j'ouvris l'intestin au-dessus de l'arcade crurale gauche. Je tombai sur l'S iliaque. La malade fut soulagée pendant quelques heures, puis tous les accidents reparurent et furent bientôt suivis de la mort. A l'autopsie, je trouvai le gros intestin énormément distendu par des matières fécales et des gaz. Cet intestin avait la longueur extraordinaire de 2 mètres 40 centimètres, et plongeait dans le petit bassin du côté droit; je l'avais ouvert à l'origine de l'S iliaque, de sorte que l'ouverture artificielle laissait au-dessus d'elle plus de 2 mètres d'intestin. L'opération faite à droite aurait eu plus de chances de réussir.

Je ferai encore remarquer que, dans beaucoup de cas où l'on a vu remonter le cœcum dans des hernies du côté droit, il s'agissait évidemment de l'S iliaque.

M. VELPEAU : Je profite volontiers de la communication de M. Huguier pour rectifier quelques erreurs qui se sont glissées dans plusieurs comptes rendus de la dernière séance. C'est ainsi que l'on a imprimé que je niais, il y a deux ans, la possibilité de maintenir un anus artificiel; il n'en est rien; je disais seulement que je n'en connaissais pas d'exemple. On m'a encore fait rejeter la méthode de Littre pour celle de Callisen: c'est précisément le contraire qui est vrai.

M. ROBERT : Les communications de M. Huguier ne tendent à rien moins qu'à modifier tout à fait l'état de la science sur la gastrotomie, car il ne s'agit plus aujourd'hui des nouveau-nés seulement, mais également des adultes.

La planche que vient de nous présenter M. Huguier suffit pour faire voir que la disposition anatomique qu'il a signalée existe, mais on y voit également que j'ai ouvert le gros intestin au-dessus de l'épine iliaque gauche; Duret, en opérant à gauche, tomba également sur la fin du colon descendant ou sur l'origine de l'S iliaque. Cela suffit, au point de vue de la médecine opératoire, pour prouver que le procédé de Littre ne doit pas être rejeté en principe quand il s'agit d'un cas d'imperforation.

Il n'en est plus de même quand il s'agit, d'une manière générale, de la gastrotomie faite chez les adultes dans les cas d'arrêt des matières fécales. Tout le monde sait aujourd'hui, grâce surtout à O'Beirne, que l'S iliaque ou le colon descendant sont alors le plus souvent rétrécis. Généralement, cependant, on ne sait dans quelle partie de l'intestin siége l'obstacle, de sorte qu'en opé-

rant à l'aine droite et en ouvrant la première anse intestinale distendue, on sera sûr de ne pas faire une opération inutile.

J'ai fait cette opération il y a deux mois, dans le service de M. Legroux, en me rapprochant beaucoup de l'arcade crurale et en allant chercher le cæcum sans entamer le péritoine ; j'ai été étonné de la facilité avec laquelle j'y réussis. Le malade succomba avec une péritonite, mais il n'y avait pas d'épanchement, et je suis convaincu que le malade eût guéri si l'opération n'avait pas été faite trop tard ; c'est malheureusement ce qu'on fait presque toujours, et moi-même je me souviens d'une jeune femme du service de M. Barth, qui avait un cancer de l'S iliaque, à laquelle j'ouvris l'intestin grêle, et qui succomba très-certainement parce que nous avions trop tardé. On se souvient trop volontiers, dans ces circonstances, des cas heureux où l'opération reste inutile, comme chez une malade qui guérit, dans les salles de M. Bouvier, grâce aux douches ascendantes, après trois semaines de suppression des évacuations alvines.

Pour résumer ma pensée, je dirai que les communications de M. Huguier ne sont pas de nature à modifier l'état de la science sur ces questions, et que l'anus artificiel, par la méthode de Littre, devra être fait à gauche chez les enfants, et à droite chez les adultes.

M. VELPEAU : M. Robert a, je crois, parfaitement raison d'établir en principe que le procédé de Littre est toujours applicable aux nouveau-nés imperforés. La forme du ventre permettra d'ailleurs, si on l'étudie attentivement, de reconnaître la situation exacte de l'intestin distendu. Je pense donc qu'il faut ouvrir l'intestin à droite, et le plus bas possible, à moins qu'on ne constate positivement qu'il est à gauche.

Chez les adultes, malgré les signes que M. Laugier a si bien précisés, on restera encore souvent dans le doute sur le siége de la coarctation, et la méthode de Callisen échouerait dans un grand nombre de cas où l'obstacle est situé plus haut qu'au colon descendant. Les lésions dont il s'agit étant d'ailleurs le plus souvent incurables et mortelles par elles-mêmes, peut-on vraiment songer à prolonger de quelques semaines ou de quelques mois même, et au prix d'un anus contre nature, la vie d'un individu atteint de cancer? Voilà donc déjà l'opération réservée aux rétrécissements simples, aux étranglements, à la compression produite par des tumeurs; or, dans ces derniers cas, le cours des matières se rétablit souvent spontanément.

Je me rappelle l'histoire d'une vieille femme, placée dans de fort mauvaises conditions, qui présentait tous les signes d'un étranglement interne depuis douze jours. Je l'opérai presque malgré moi par le procédé que vient d'exposer M. Robert et que j'ai décrit il y a vingt ans déjà. Cette malade guérit, les selles reprirent la voie naturelle, la fistule se ferma. S'agissait-il d'une torsion de quelque anse intestinale, ou d'une compression produite par un ovaire tuméfié? Je n'en sais rien, mais il n'est pas impossible que cette femme eût guéri de même sans l'opération, qui est assez dangereuse par elle-même.

En résumé, chez les nouveau-nés, ouvrir le colon descendant le plus bas possible ; chez les adultes, le cæcum est le lieu d'élection.

M. HUGUIER : Je n'ai jamais dit, comme M. Robert semble le croire, qu'on ne puisse tomber sur la fin du colon descendant : je soutiens seulement qu'on y est plus exposé qu'ailleurs de prendre une autre partie de l'intestin pour le colon, et que lors même que l'on tombe sur la fin du colon descendant, il est impossible de se servir de l'ouverture ainsi créée pour établir un anus périnéal. A droite, cela est toujours possible ; c'est là surtout que se trouve le méconium ; pour établir un anus périnéal, il suffit d'un trocart, ce qui diminue les chances de péritonite. M. Velpeau admet mon procédé pour les cas où l'on est sûr de la présence de l'S iliaque à droite; or cette certitude, on peut toujours l'avoir, car l'S iliaque des nouveau-nés est toujours à droite.

Je ferai encore remarquer, mais uniquement à titre d'hypothèse, que l'opération faite à l'aine droite exposera peut-être moins à la procidence de la muqueuse, parce que l'intestin est attiré insensiblement du côté gauche à mesure que l'enfant grandit.

M. LAUGIER : Je crois que le procédé de M. Huguier s'applique presque exclusivement aux cas où l'ampoule rectale est séparée de la peau par une grande épaisseur de parties molles, car on ne recourt guère à la méthode de Littre qu'après avoir échoué en cherchant le rectum par le périnée. Quelque ingénieuses que soient d'ailleurs les vues de notre collègue, c'est un peu de la chirurgie improvisée, et elles ne pourront être admises définitivement que lorsqu'elles auront reçu la sanction des faits.

Les faits rapportés par M. Rochard suffiront, j'espère, pour démontrer à tout le monde la supériorité de la méthode de Littre, qui est d'ailleurs beaucoup plus facile à exécuter que celle de Callisen ; dans celle-ci on lèse presque nécessairement le péritoine chez les nouveau-nés dont le colon est flottant.

Quand il s'agit d'un étranglement interne, il est évident qu'on devra toujours ouvrir l'intestin au-dessus de l'obstacle; s'il est à l'S iliaque, la méthode de Callisen me paraît parfaitement applicable.

Quant à l'anus inguinal, je crois qu'il faudra encore, jusqu'à nouvel informé, l'établir à gauche; je crois que le procédé complexe exposé tout à l'heure par M. Huguier sera souvent très-difficile à exécuter et nullement exempt de dangers; si je me décidais à opérer à droite, je crois que je me dispenserais volontiers de chercher à établir un anus périnéal.

M. HUGUIER : En garnissant l'extrémité de ma canule d'un embout arrondi, on ne court aucun risque; l'opération n'est d'ailleurs pas plus grave à droite qu'à gauche. J'ajoute que je renoncerais à créer un anus périnéal si le cul-de-sac rectal était à 3 ou 4 centimètres de la peau.

RAPPORT. — DOSAGE A L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

M. Boudet, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Poggiale et Chatin, lit un rapport sur un travail de M. Buignet, intitulé : MÉMOIRE SUR LE CYANURE DOUBLE DE POTASSIUM ET DE CUIVRE, ET SUR UN PROCÉDÉ INCONNU POUR LE DOSAGE DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

Avant les recherches de M. Buignet, dit M. le rapporteur, on connaissait, il est vrai, deux procédés pour le dosage de l'acide cyanhydrique et des cyanures par les liqueurs titrées; l'un, qui est dû à M. Liebig, donne la mesure du cyanogène par la proportion d'une solution d'azotate d'argent titrée qu'il faut employer avant d'obtenir un trouble permanent dans la liqueur soumise à l'expérience; le second, qui appartient à Fordos et Gélis, est fondé sur la décoloration de la teinture d'iode par le cyanure de potassium.

Ces deux procédés sont très-précieux assurément, mais celui de M. Buignet a sur le premier l'avantage d'être basé sur un phénomène de coloration instantanée qui est plus facile à constater que celui-ci la précipitation, et il est plus simple dans son exécution. M. Buignet a, en outre, enrichi la science d'un sel nouveau, le cyanure double de potassium et de cuivre dont il a décrit les caractères remarquables.

La commission propose de remercier M. Buignet de son intéressante communication, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

L'Académie adopte.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

ANALYSE DU TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU FOIE DE FRERICHS, professeur de clinique médicale à Breslau (KLINIK DER LEBERKRANKHEITEN; erster Band; Braunschweig, 1858); précédée de quelques remarques sur la tendance actuelle de la pathologie en Allemagne; par H. LEBERT, professeur de clinique médicale à Zurich.

(Suite et fin. — Voir les nos 4 et 5.)

Dans la maladie dont nous parlons dans ce moment la guérison est rare, et la mort survient avec tous les signes d'une vraie intoxication. Ces recherches, sans fournir déjà une donnée certaine, nous mettent au moins sur la voie du genre d'empoisonnement, dû certainement à la cessation des fonctions du foie qui, dans l'espace de peu de semaines, peut descendre chez l'adulte à un poids inférieur à 600 grammes, avec destruction presque complète de toutes ses cellules. Non-seulement on trouve de la tyrosine déjà à la simple observation microscopique dans le tissu du foie, mais M. Frerichs l'a rencontrée aussi dans les veines hépatiques; avec cela jamais les voies biliaires n'ont montré d'obstacle au cours de la bile et étaient, au contraire, souvent presque complétement vides, presque sans coloration biliaire. Le sang renfermait dans un cas, outre de la leucine, une certaine quantité d'urée. L'étiologie, le diagnostic et le traitement sont exposés avec tous les détails désirables. L'auteur recommande pour le traitement avant tout les purgatifs, et dès qu'il y a des phénomènes d'intoxication, les acides minéraux.

M. Frerichs passe ensuite à la description de quelques cas, dans lesquels la stase biliaire par obstruction mécanique a donné lieu aussi à la destruction des cellules; puis il décrit au long l'atrophie chronique du foie. Les limites toujours restreintes d'une analyse bibliographique ne nous permettent pas de suivre l'auteur dans tous les chapitres de son ouvrage. Nous devons nous contenter de présenter encore ici quelques remarques sur deux chapitres tout particulièrement intéressants, sur l'état gras du foie et sur la mélanémie.

Le foie gras paraît, au premier abord, constituer un sujet épuisé et peu intéressant. Nous allons voir qu'il n'en est point ainsi entre les mains de notre auteur. Il insiste d'abord sur les variations du contenu graisseux du foie et de ses cellules pendant la vie embryonnale, pour passer à l'influence des aliments démontrée par les expériences de Magendie, de Bidder et Schmidt et de Lane. Il en rapporte d'autres qui lui sont propres. Nous citons la suivante : On excise à un chien, à travers une incision faite à l'abdomen, un petit morceau du foie dont les cellules sont examinées; puis on ajoute à sa nourriture ordinaire 15 à 30 grammes d'huile de foie de morue par jour. Eh bien! déjà, au bout de vingt-quatre heures, le contenu moléculaire est augmenté; au bout de trois jours les cellules renferment de nombreuses gouttelettes de graisse, et au bout de huit jours elles en sont presque complétement remplies. La cessation de l'alimentation grasse suffit, du reste, pour réduire le contenu graisseux à l'état normal. Une nourriture trop abondante, renfermant surtout beaucoup de combinaisons d'hydrogène

et de carbone, peut produire un effet analogue, toutefois après que d'autres organes ont été saturés de graisse et que le sérum du sang a commencé à offrir un aspect trouble et laiteux. L'état gras du foie peut donc être transitoire et favorisé par une grande paresse physique et intellectuelle, une nourriture trop riche et une certaine lenteur dans les fonctions du foie. L'auteur établit une distinction importante entre l'état gras du foie consécutif à un état général tel que la tuberculisation, l'alcoolisme chronique, etc., dans lequel l'altération du sang et l'oxydation incomplète de composés d'hydrogène et de carbone, ainsi que des troubles de la digestion, ont surtout de l'influence, et celui dans lequel le foie est l'organe principalement atteint. Tandis qu'il y a dans le premier cas plutôt infiltration du foie par de la graisse, il y a dans le second, occasionné par une inflammation locale, par une altération nutritive, dans le voisinage d'un foyer purulent, d'un produit accidentel, une véritable dégénération graisseuse des cellules du foie qui altère leur fonction aussi bien que leur structure, peu modifiées par la simple infiltration. L'hypersécrétion des glandes sébacées, un état gras particulier de la peau accompagne souvent cette dernière, surtout chez les ivrognes. Le foie gras ordinaire ne montre de la graisse que dans l'intérieur des cellules qui peuvent en devenir méconnaissables; toutefois on peut les faire reparaître, en traitant les cellules grasses avec de l'éther ou de la térébenthine. Le dépôt graisseux débute autour des veines interlobulaires, provenant de la veine-porte et s'étend peu à peu vers le centre des lobules ; le contenu normal des cellules reste donc borné pendant un certain temps encore au voisinage des veines centrales. Dans la dégénération, on voit d'abord les granules albuminoïdes augmenter, puis des gouttelettes graisseuses apparaître, pour arriver peu à peu à une altération profonde, à leur destruction même dans certaines conditions.

Dans l'infiltration graisseuse, celle-ci peut atteindre des proportions telles que la graisse existe en quantité quatre fois plus considérable que l'ensemble de tous les autres tissus du foie. A l'état frais, Frerichs a trouvé jusqu'à 44 pour 1000, et dans la substance sèche jusqu'à 78 pour 100 de graisse; l'eau contenue dans le foie subit donc une réduction considérable qui peut atteindre 25 pour 100. Le sucre se trouve ordinairement dans le foie gras. Ce n'est qu'au plus haut degré que l'auteur y a trouvé de la leucine et de la tyrosine, et quelquefois une matière colorante particulière, ressemblant à celle des jaunes d'œuf. La décoction du foie était beaucoup moins acide qu'à l'état normal. Passant sous silence la description anatomique ordinaire, nous faisons seulement ressortir quelques résultats pathologiques. Sur 466 cas de maladies diverses dans lesquelles le foie a été examiné au microscope, 28 fois il était gras au plus haut degré et 164 fois à un degré moindre. Les femmes ont offert une plus forte proportion que les hommes. A l'état normal, l'auteur a trouvé la quantité de la graisse dans les cellules augmentée dans un quart des cas de mort subite par violence externe et souvent aussi, sans maladie, chez les enfants à la mamelle, les femmes enceintes et en couches. Sur 117 tuberculeux, 17 ont offert le foie très-gras et 62 une augmentation de la graisse dans les cellules. Sur 13 ivrognes, morts dans le *delirium tremens*, 6 fois l'état gras du foie avait atteint un haut degré ; il en était de même 3 fois sur 8 cas de syphilis constitutionnelle.

Passant en revue les états dans lesquels le foie renfermait peu de graisse, le cancer et surtout le diabète sont sur le premier plan, l'absence paraît à l'auteur aussi anormale que l'excès. Il ajoute que, si ses résultats paraissent différer des recherches si exactes et si consciencieuses de M. Louis, cela peut tenir à des différences climatériques, mais aussi au fait que des degrés légers ne peuvent souvent être reconnus qu'au moyen du microscope. L'infiltration graisseuse trouble proportionnellement peu les fonctions du foie; si, d'un côté, la compression des vaisseaux capillaires tend à rendre le foie anémique, d'un autre côté la graisse liquide cède pendant longtemps à la force de pression qui s'exerce dans la circulation. Toutefois peu à peu celle de la veine-porte subit quelques altérations, et des hypérémies chroniques surviennent dans la muqueuse gastro-intestinale, donnant lieu à des troubles digestifs, à de la diarrhée, à des hémorrhoïdes; on constate en même temps l'augmentation du volume qui fait dépasser au foie de plus en plus le rebord des fausses côtes, tout en offrant une consistance peu dure. Outre les symptômes exposés au long par l'auteur, on constate ceux de la maladie fondamentale dont le foie gras n'est que la conséquence. Dans des cas très-rares, il peut conduire directement à l'acholie et à la terminaison fatale. Passant à la thérapeutique, il recommande un régime nourrissant, en évitant les aliments gras et amylacés, ainsi que les spiritueux, et il insiste sur la nécessité d'un exercice convenable. En fait de médicaments, les amers riches en alcalins, l'extrait de chardon-bénit, de chélidoine, l'aloès et la rhubarbe, conviennent en combinaison avec les alcalins carbonatés et combinés avec un acide végétal. Les eaux minérales de Carlsbad, Marienbad, Homburg et Kissingen peuvent être utiles tant qu'il n'y a pas de diarrhée: dans ce cas Eger et Ems sont préférables, et Spaa ou Schnalbach dans les états anémiques; on combat une diarrhée opiniâtre par les astringents. En même temps il faut avoir soin d'agir, autant que cela se peut, sur la maladie essentielle.

La mélanémie, comme son nom l'indique, est due à une proportion assez forte de pigment noir dans le sang, dans le foie, la rate et d'autres organes, état ordinairement consécutif à la cachexie paludéenne.

Le foie, qui en est souvent atteint, offre une coloration gris de fer ou brun foncé; le pigment s'y trouve principalement dans les vaisseaux capillaires et les petites veines des deux ordres de vaisseaux veineux, et même dans des petites artères, sous forme de granules, de globulins, de petites cellules et sous celle d'amas plus volumineux. La rate, le cerveau et les reins en sont fréquemment atteints, de même que la peau et les membranes muqueuses peuvent prendre une teinte plus foncée et grisâtre. C'est de la rate que cette altération part. Une certaine quantité de globules sanguins, détruits ou altérés, fournit le pigment qui, par la veine-porte, arrive au foie, dans lequel les particules plus volumineuses et les petits amas restent stagnants et produisent des troubles dans la circulation et la sécrétion. Le pigment plus finement divisé, traverse le foie, arrive dans la grande circulation et donne au cerveau et aux reins, dans leur substance corticale, ainsi qu'aux autres parties, une teinte bistrée, et y provoque des troubles variés. Déjà Griesinger a bien insisté sur le rôle que cette altération pouvait jouer dans la gravité des fièvres intermittentes pernicieuses. Une goutte de sang, prise sur le vivant, peut, au moyen de l'examen microscopique, changer les soupçons de l'existence de la mélanémie en certitude.

M. Frerichs communique, outre les nombreuses observations, la description d'une vraie épidémie, observée par lui en 1854 à Breslau, après de fortes inondations de l'Oder. Le début était, ordinairement celui d'une fièvre intermittente, mais à périodes mal caractérisées, avec une apyrexie incomplète et avec tendance de passer à l'état de fièvre continue ; le pouls cependant n'a guère dépassé en moyenne 80 à 90 pulsations par minute. Des accidents cérébraux ont souvent entraîné une terminaison fatale rapide, tandis que, dans d'autres cas, la marche a été plutôt lente, quelquefois avec prédominance des symptômes du côté des reins ou du côté du foie et des voies digestives. On jugera de toute la gravité de cette affection, en apprenant que sur 51 malades 38 ont succombé. Aussi l'auteur insiste-t-il avec raison sur la nécessité d'employer au début le sulfate de quinine à fortes doses, et de continuer ensuite son usage pendant longtemps à doses plus faibles, tout en combattant les symptômes gastro-intestinaux, et en passant à la combinaison des préparations de quinquina avec celles de fer, lorsque la maladie s'est un peu prolongée.

Le dernier chapitre qui s'occupe de l'hypérémie du foie trouvera mieux plus tard une analyse à côté des différentes formes de l'hépatite, que l'auteur nous promet dans le second volume qui, nous l'espérons, ne tardera pas à paraître.

En résumé, le Traité clinique des maladies du foie renferme non-seulement une multitude de faits nouveaux, en partie d'une haute portée pathologique, mais il excelle aussi par une fort bonne méthode, par l'application de toutes les ressources que l'observation, dans l'acception la plus large du mot, peut fournir à l'avancement de nos connaissances pathologiques, à l'étude de plus en plus physiologique de la médecine, pour arriver ainsi à une pratique plus éclairée et par cela même plus salutaire. Aussi est-ce avec une profonde conviction que nous recommandons ce travail comme fort instructif et comme le meilleur modèle à suivre dans tout travail monographique de pathologie et de thérapeutique.

Nous ne saurions, enfin, terminer cette analyse sans rendre nos justes hommages à l'éditeur M. Vieweg (de Braunschweig), qui n'a rien négligé pour qu'une fort belle impression et de grands soins, apportés à l'exécution iconographique des planches, fussent à la hauteur de la valeur intrinsèque de cette œuvre.

VARIÉTÉS.

ARRÊTÉ RELATIF AU BACCALAURÉAT ÈS SCIENCES RESTREINT, EXIGÉ DES ASPIRANTS AU DOCTORAT EN MÉDECINE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret du 23 août 1858, et notamment l'article 1er de ce décret, ainsi conçu :

« Les étudiants des Facultés de médecine, aspirant au doctorat, doivent » produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres, et avant de prendre la troisième, le diplôme de bachelier » ès sciences, restreint pour la partie mathématique.

» La restriction indiquée dans le paragraphe précédent sera l'objet d'un » règlement ministériel délibéré en conseil impérial de l'instruction publique. »

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — Le règlement du baccalauréat ès sciences, en date du 7 août 1857, et les programmes annexés audit règlement, ainsi que l'arrêté du 15 juillet 1858, sont applicables aux candidats qui désirent obtenir le diplôme du baccalauréat ès sciences, restreint pour la partie mathématique, sauf les dispositions ci-après.

Art. 2. — Les candidats au baccalauréat ès sciences restreint peuvent subir leur examen dans les trois sessions; toutefois, pour être admis à la session d'avril, il faut qu'ils soient déjà bacheliers ès lettres.

Art. 3. — Le diplôme de bachelier ès sciences restreint n'est délivré qu'à ceux qui ont déjà pris deux inscriptions pour le doctorat dans une des Facultés ou des Écoles préparatoires de médecine de l'empire.

Art. 4. — La composition scientifique porte sur une question de physique et sur une question d'histoire naturelle.

Art. 5. — Pour l'épreuve orale, la question de mathématiques donne lieu à un seul suffrage, celle des sciences naturelles à deux suffrages.

Art. 6. — Les candidats au baccalauréat ès sciences restreint sont interrogés sur les mathématiques (3e série) et sur les sciences physiques (4e série), conformément aux programmes suivants :

TROISIÈME SÉRIE. — MATHÉMATIQUES.

1. *Arithmétique.* — Définition des nombres premiers et des nombres premiers entre eux. — Décomposition d'un nombre en ses facteurs premiers. — Restes de la division d'un nombre entier par 2, 3, 9, 5. — Caractères de divisibilité par chacun de ces nombres.

Géométrie. — Mesure des angles. — Angles inscrits. — Problèmes élémentaires sur la construction des angles et des triangles. — Tracé des perpendiculaires et des parallèles.

2. *Arithmétique.* — Fractions ordinaires. — Une fraction ne change pas de valeur quand on multiplie ou quand on divise ses deux termes par un même nombre. — Simplification d'une fraction. — Réduction de plusieurs fractions au même dénominateur. — Opérations sur les fractions.

Géométrie. — Division d'une droite et d'un arc en deux parties égales. — Décrire une circonférence qui passe par trois points donnés. — D'un point donné hors d'un cercle, mener une tangente à ce cercle.

3. *Arithmétique.* — Système des mesures légales. — Mesures de longueur. — Mètre, ses divisions, ses multiples. — Rapport de l'ancienne toise de 6 pieds au mètre. — Convertir en mètre un nombre donné de toises.

Géométrie. — Lignes proportionnelles (1). — Toute parallèle à l'un des côtés d'un triangle divise les deux autres côtés en parties proportionnelles. — Propriété de la bissectrice de l'angle d'un triangle.

4. *Arithmétique.* — Système des mesures légales. — Mesures de superficie, de volume, de capacité. — Mesures de poids. — Monnaies. — Titre et poids des monnaies de France. — Conversion des anciennes mesures de poids en mesures légales.

Géométrie. — Polygones semblables. — En coupant un triangle par une parallèle à l'un de ses côtés, on détermine un triangle partiel semblable au premier. — Conditions de similitude des triangles. — Décomposition des polygones semblables en triangles semblables. — Rapport des périmètres.

5. *Arithmétique.* — Formation du carré de la somme de deux nombres. — Extraction de la racine carrée d'un nombre entier. — Indications sommaires des mêmes opérations sur le cube et la racine cubique d'un nombre entier. — Carré et racine carrée des fractions.

Géométrie. — Relation entre la perpendiculaire abaissée du sommet de l'angle droit d'un triangle rectangle sur l'hypoténuse, les segments de l'hypoténuse, l'hypoténuse elle-même et les côtés de l'angle droit. — Relations entre les trois côtés d'un triangle rectangle.

6. *Arithmétique.* — Intérêts simples. — De l'escompte commercial. — Partager une somme en parties proportionnelles à des nombres donnés.

Géométrie. — Si, d'un point pris dans le plan d'un cercle, on mène des sécantes, le produit des distances de ce point aux deux points d'intersection de chaque sécante avec la circonférence est constant, quelle que soit la direction de la sécante. — Cas où elle devient tangente.

7. *Algèbre.* — Addition et soustraction. — Multiplication. — Règle des signes. — Division des monômes.

Géométrie. — Le rapport des périmètres de deux polygones réguliers, d'un même nombre de côtés, est le même que celui des rayons des cercles inscrits (2).

Le rapport de la circonférence au diamètre est un nombre constant. — Inscrire dans un cercle donné un carré, un hexagone régulier. — Manière d'évaluer le rapport approché de la circonférence au diamètre, en calculant les périmètres des polygones réguliers de 4, 8, 16, 32 côtés inscrits dans un cercle de rayon donné.

8. *Algèbre.* — Équations du premier degré. — Résolution des équations numériques du premier degré à une ou deux inconnues, par la méthode dite de *substitution*. — Des cas d'impossibilité et d'indétermination. — Formules générales pour la résolution d'un système d'équation du premier degré à deux inconnues.

Géométrie. — Mesure de l'aire du rectangle, du parallélogramme, du triangle, du trapèze, d'un polygone quelconque. — Méthode de la décomposition en triangles et en trapèzes rectangles. — Relations entre le carré construit sur le côté d'un triangle, opposé à un angle droit ou aigu ou obtus, et les carrés construits sur les deux autres côtés.

9. *Algèbre.* — Équations du second degré à une inconnue. — Résolution. — Double solution. — Valeurs imaginaires.

Géométrie. — Le rapport des aires de deux polygones semblables est le même que celui des carrés des côtés homologues. — Aire d'un polygone régulier. — Aire d'un cercle, d'un secteur et d'un segment de cercle. — Rapport des aires de deux cercles de rayons différents.

QUATRIÈME SÉRIE (1). — SCIENCES PHYSIQUES.

7. *Cosmographie.* — De la terre. — Phénomènes qui donnent une première idée de sa forme. — Pôles. — Parallèles. — Équateur. — Méridien. — Latitude et longitude géographiques. — Valeurs numériques des degrés mesurés en France, en Laponie, au Pérou, et rapportées à l'ancienne toise. — Leur allongement à mesure qu'on s'approche des pôles. — Rayon. — Aplatissement de la terre. — Longueur du mètre. — Cartes géographiques. — *Idée* des projections orthographique et stéréographique. — Mappemonde.

Physique. — Comme au programme complet.

Chimie. — Comme au programme complet.

8. *Mécanique.* — Écoulement des liquides. — Expérience et règle de Toricelli. — Contraction des veines liquides.

Physique. — Comme au programme complet.

Chimie. — Comme au programme complet.

10. *Cosmographie.* — Des planètes. — Noms des principales. — Leurs distances moyennes. — Leurs mouvements autour du soleil s'effectuent suivant les lois de Kepler. — Énoncé du principe de la gravitation universelle. — Planètes inférieures. Mercure, Vénus. — Leurs digressions orientale et occidentale. — Phases de Vénus. — Jupiter. — Rotation; aplatissement de son disque. — Satellites; leurs éclipses. — Vitesse de la lumière. — Saturne. — Bandes. — Rotation; aplatissement. — Anneau et satellites. — Dimension des différentes parties de ce système. — Grand nombre de petites planètes situées entre Mars et Jupiter.

Physique. — Galvanisme. — Expériences de Galvani, de Volta. — Piles de Volta, de Daniell, de Bunsen. (On ne donnera pas de théorie de la pile.) — Effets mécaniques, calorifiques, lumineux et chimiques de la pile.

Chimie. — Comme au programme complet.

11. *Cosmographie.* — Des comètes. — Noyau; chevelure; queue. — Petitesse de la masse des comètes. — Nature de leurs orbites. — Comètes périodiques. — Comète de Halley. — Comète de Biela. — Son dédoublement. — Phénomène des marées. — Flux et reflux. — Haute et basse mer. — Circonstances principales du phénomène. — Sa période. — Les marées sont dues à l'action combinée de la lune et du soleil. — Marées des syzygies et des quadratures.

Physique. — Comme au programme complet.

Chimie. — Comme au programme complet.

12. *Mécanique.* — Comme au programme complet.

Physique. — Comme au programme complet.

Chimie. — Potassium. — Sodium. — Leurs composés les plus usuels. — Potasses. — Soudes. — Sulfate de soude. — Sel marin. — Nitre. — Aluns. — Calcaires. — Plâtre.

Art. 7. — Les jeunes gens qui ont pris au mois de novembre dernier une première inscription dans les Facultés de médecine ou dans les Écoles préparatoires de médecine, en vue du doctorat, avec le simple diplôme de bachelier ès lettres, sont autorisés à prendre la troisième au mois d'avril, et la quatrième au mois de juillet; mais ils devront justifier du diplôme de bachelier ès sciences restreint, avant de prendre la cinquième inscription. Cette exception n'est admise que pour l'année classique 1858-1859.

Fait à Paris, le 20 janvier 1859. ROULAND.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre une décision en vertu de laquelle une commission permanente est instituée près de chaque Faculté de médecine, à l'effet d'adresser, à la fin de chaque année scolaire, un rapport sur la valeur des thèses soutenues. Cette mesure, qui avait été adoptée spontanément par la Faculté de Strasbourg, a été jugée utile par le ministre, et elle a été généralisée.

— Nous recevons une lettre de M. Pétrequin, en réponse à la réclamation de priorité de M. Schuster, insérée dans notre dernier numéro. Nous publierons cette lettre dans notre prochain numéro.

(1) En conservant les énoncés habituels, on devra remplacer, dans les démonstrations, l'algorithme des proportions par l'égalité des rapports.

(2) La longueur de la circonférence du cercle sera considérée, sans démonstration, comme la limite vers laquelle tend le périmètre d'un polygone inscrit dans cette courbe, à mesure que les côtés diminuent indéfiniment.

(1) Les nos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13 et 14, n'ayant subi aucune modification, n'ont pas été reproduits, quoiqu'ils fassent partie intégrante du programme du baccalauréat ès sciences restreint. On s'est borné à transcrire les numéros qui ont été changés en tout ou en partie.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

INSTRUCTION POUR L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES;

Publiée par le Conseil de santé des armées.

Au nombre des acquisitions que doit la thérapeutique aux progrès les plus nouveaux des sciences physiques et naturelles, l'application de l'électricité dans les affections des systèmes nerveux et musculaire doit certainement tenir un des premiers rangs. Cette proposition; depuis longtemps prévue, car elle est née dans l'esprit humain en même temps que la découverte des rapports du fluide électrique avec quelques-unes des forces vitales, n'a pourtant qu'un droit tout récent à demander une place reconnue, incontestée, méritée parmi les conquêtes sérieuses de la thérapeutique. Depuis l'invention de la pile voltaïque, ou même depuis l'expérience initiale de Galvani, les relations physiologiques démontrées entre la vie et le fluide électrique ouvraient un vaste champ aux recherches et prédisaient leur infaillible succès; cependant près de cinquante années se sont écoulées sans que la thérapeutique pût se prévaloir d'autres avantages que de la légitimité logique, de la prolongation rationnelle de ses espérances.

On en serait encore là sans l'heureuse pensée qui porta quelques physiciens physiologistes à établir, au moyen d'appareils interrupteurs des courants, les rapports médicaux qu'on désirait réaliser entre l'organisme et les sources d'électricité.

L'électricité statique, opérant par décharges subites, se montrait, dans ses effets, terrible par l'intensité des chocs, ou nulle s'ils étaient faibles, eu égard au temps employé à s'en procurer le renouvellement.

De son côté, l'électricité dynamique, ou en mouvement, celle fournie par la pile, et pénétrant les tissus sans discontinuité, apportait avec elle des effets chimiques destructeurs : ajoutons que, pendant tout ce passage du fluide, les effets chimiques seuls étaient produits, et que l'observation ne révélait de réaction nerveuse notable de la motilité ou de la sensibilité qu'aux moments de début ou de cessation des courants.

C'est donc de l'invention et de la mise en usage dans les procédés d'essais médicaux, d'un appareil interrupteur des courants, permettant une production extrêmement rapide de décharges successives, qu'on peut régler en grandeur et en nombre, que date la véritable applicabilité de l'électricité à la médecine.

Parmi ces appareils, c'est à ceux basés sur la production de l'électricité par influence soit d'un aimant en mouvement sur un fil conducteur isolé, soit d'un courant voltaïque sur un circuit induit, aux machines à induction, en un mot, que sont dus les effets remarquables mis aujourd'hui entre les mains du médecin, et qui lui permettent de ne plus demeurer sans armes et sans espoir en face de certaines lésions profondes des systèmes nerveux et musculaire, qui avaient jusqu'alors déjoué tous les efforts de la science.

Disons de plus que ces effets ont non-seulement été constatés, acquis définitivement à la science, mais que leur nombre et l'esprit sérieux qui a présidé à leur observation ont déjà permis d'établir à leur égard des lois, des principes généraux et même un certain nombre de propositions scientifiques; et que parmi les observateurs auxquels sont dus ces résultats précieux le nom de M. Duchenne (de Boulogne) tient assurément la première place.

Néanmoins, quelque retentissement qu'aient eu et qu'aient encore tous les jours ces faits dans le monde médical, malgré l'éclat des récompenses décernées par la première compagnie scientifique de notre pays, la science ne les a pas encore officiellement cités devant elle et soumis à l'analyse d'une discussion contradictoire. Il y a, dans cette étude, des convictions personnelles, des faits hors de doute, des bienfaits reconnus rendus à l'humanité; mais il n'y a pas encore de code scientifique promulgué sur ce point de théorie et de pratique.

Nous devons donc, comme préposé volontaire à la vulgarisation des idées et des faits du domaine de la science, notre appui, notre sympathie, nos encouragements à l'initiative éclairée que vient de prendre sur ce point de science et d'art le savant distingué qui tient entre ses mains la direction de notre armée.

Frappé des résultats nombreux que fournit chaque jour à la médecine l'application de l'électricité localisée à un grand nombre d'affections jusqu'ici trop souvent au-dessus des ressources de l'art, M. le ministre de la guerre a demandé au conseil de santé des armées un travail destiné à diriger le corps de santé militaire dans l'étude et l'application de ce nouvel instrument thérapeutique. Le conseil de santé a donc mis à l'étude cette vaste et importante question, appelant pour la résoudre ou l'élucider les forces et le concours des immenses éléments qu'il possède et dont il peut centraliser les efforts et les réponses. Nombreux et savant personnel, unité de direction dans l'étude, chiffres statistiques considérables par leur exactitude, la comparabilité des données sur lesquelles ils reposent, tout promet à ces recherches des solutions précieuses, confirmatives des points contestés, ou propres à redresser des erreurs accréditées.

« Dans ce mouvement général des esprits, dit dans sa lettre d'envoi
» au maréchal ministre de la guerre le savant président du conseil de
» santé, M. Bégin, une place aussi honorable qu'importante était ré-
» servée au service de santé militaire. Plus qu'aucune autre classe de
» praticiens, les médecins de nos hôpitaux sont à même de recueillir
» des faits complets et authentiques. Les blessures, les fatigues, les
» impressions diverses des climats et des localités, les mille accidents
» de la vie militaire (la constatation de l'*étiologie*, en un mot, aussi
facile dans la vie réglée du soldat que difficile dans l'observation privée)
» sont autant de circonstances qui multiplient, avec des variétés
» presque infinies, les lésions qui se prêtent à la médication électrique,
» et sur la constatation desquelles aucune incertitude ne peut exister.
» Après le traitement, toujours appliqué en présence de témoins sé-
» rieux, et dont toutes les phases sont relatées successivement, les
» malades, quel que soit le résultat, ne sont point perdus de vue,
» comme il arrive trop souvent dans la pratique civile, leur position
» militaire exigeant la détermination officielle de leur état défi-
» nitif. »

L'instruction rédigée par les soins du conseil de santé, en même temps qu'elle fournit aux médecins militaires une règle positive à suivre et des principes fixes pour les premiers pas qu'ils auront à

FEUILLETON.

SIR CHARLES BELL. — PÈLERINAGE D'UN PHYSIOLOGISTE ARTISTE EN ITALIE (1).

Sir Charles Bell se rendit en Italie par la route de la Bourgogne jusqu'à Lyon, et de Lyon à Marseille. Son esprit observateur était en quelque sorte *surexcité* par l'effet naturel que produit immanquablement sur nous, en voyage, la vue des figures étrangères. Pour donner une idée de cette observation minutieuse, il faudrait raconter ses études plaisantes sur les moustaches des militaires français qui lui révélèrent une *expression* particulière des muscles de la bouche et des ailes du nez. Jusque-là, à en juger par la calme figure des officiers anglais, sir Charles Bell pensait que cet ornement de la lèvre supérieure ne faisait que voiler le sourire ou le dédain; mais il changea d'idée en rencontrant, en Bourgogne, un beau soldat dont la moustache se retroussait d'elle-même comme celle d'un chat, et le même phénomène, ajoute-t-il, animait la physionomie de trois officiers avec lesquels il descendit le Rhône, de Lyon à Avignon. La barbe de nos sapeurs, dont il se permet de parler sur le ton plaisant, le prépara du moins à trouver pittoresque, à

(1) Ce feuilleton est extrait d'un charmant volume intitulé : SIR CHARLES BELL, *Histoire de sa vie et de ses travaux*, que vient de publier notre savant et spirituel confrère M. Amédée Pichot, plus apprécié des écrivains de la littérature contemporaine que des médecins, qui ne le connaissent pas assez. Le volume consacré par M. Pichot à la mémoire de Ch. Bell, est à la fois une histoire intime de ce grand anatomiste, et un exposé complet de ses idées. Heureux les hommes d'études qui trouvent après eux des amis assez intelligents et assez dévoués pour rassembler et coordonner tous les matériaux d'un édifice dont le plan secret ne peut être reconstitué que par des esprits sagaces et supérieurs, comme les espèces antédiluviennes l'ont été naguère par le génie de Cuvier, à l'aide de quelques débris d'os fossiles. Nous ne connaissons de notre temps que deux ouvrages où ce travail de pieuse et haute induction ait été exécuté d'une manière digne de ceux qui l'ont inspiré : c'est l'HISTOIRE DE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE par son fils M. Isidore Geoffroy, et celle de sir Ch. Bell par M. Amédée Pichot. Nous en rapprocherions volontiers, pour l'élévation des idées et le mérite littéraire, les résumés biographiques de M. Flourens : CUVIER, BUFFON, si ces ouvrages n'étaient conçus à un point de vue exclusivement scientifique. Nous reviendrons sur le livre de M. Pichot.

faire dans cette voie nouvelle, offre en outre les caractères d'une sorte de programme de l'état actuel des connaissances en cette matière de l'application de l'électricité.

Elle se divise en trois chapitres principaux. Le premier passe rapidement en revue les modes généraux qui ont servi, dès les premiers temps, à mettre le fluide électrique en rapport avec l'organisme, pour arriver à la description des appareils d'induction qui vont être mis entre les mains des chefs des services spéciaux dans les établissements militaires. Ces appareils se rapprochent, sous certains rapports, de celui de MM. Morin et Legendre, avec cette différence que la pile de Bunsen modifiée de l'appareil des hôpitaux militaires est séparée du corps de la machine, et que la bobine ne peut être mise en rapport avec les tissus que par les pôles du courant induit fourni par le fil fin. Cette double disposition a été, de la part d'une feuille scientifique à laquelle ces questions sont familières et à qui on doit des études sérieuses sur ces applications (le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE), l'objet de critiques, sur le bien fondé desquelles il ne nous appartient pas de nous prononcer, mais qui seront certainement jugées par l'expérience avant qu'il soit longtemps. Ces critiques, très-bienveillantes d'ailleurs, portent sur un point important des applications de l'électricité, et sur lequel les physiciens purs sont avec une certaine école physiologique, très-autorisée d'ailleurs, en complet désaccord. Les physiciens purs, dont l'opinion règne sûr tout l'esprit de l'instruction du conseil de santé, ne voyant pas de raison pour qu'un courant d'un ordre ou d'un autre ait des propriétés particulières, ne font, dans l'application, aucune distinction entre les courants inducteurs et les courants induits du premier ou de tout autre ordre. Un certain nombre de physiologistes, M. Duchenne en tête, sont, au contraire, très-convaincus, et démontrent ou prétendent démontrer que le courant induit ou du fil fin (courant de premier ordre des physiciens, nommé avec quelque obstination du second ordre par M. Duchenne ; et c'est regrettable, eu égard à la confusion qui suit l'emploi de deux termes pour un même objet) a une action directe et spéciale sur la sensibilité, le courant inducteur semblant, au contraire, formé tout juste pour le système musculaire. Quoique ne paraissant pas avoir de raison d'être, cette attribution physiologique spéciale faite à deux courants physiquement de même espèce, en apparence au moins, mérite d'être étudiée sans parti pris et au seul point de vue des faits : nous ne doutons que pas la mission confiée au corps de santé militaire n'ait au moins pour effet de résoudre cette incertitude, et qu'une observation impartiale, et faite à la fois en des lieux et sous des points de vue différents, n'amène une solution complète de ce dissentiment trop prolongé.

Après avoir donné les détails nécessités par la nouveauté du sujet pour la plupart des médecins éloignés qui vont être chargés de cette intéressante étude, le conseil de santé termine sa longue instruction en passant en revue *les maladies auxquelles, dans l'état actuel de la science, on peut opposer la médication électrique*. C'est le chapitre véritablement le plus important de ce sérieux document.

Trois catégories d'affections sont particulièrement susceptibles d'être soumises à l'action de l'électricité : les lésions de la motilité, celles de la sensibilité, les altérations de la nutrition.

L'instruction pénètre dans le détail de ces catégories : elle distingue au point de vue de leur rapport avec l'électricité thérapeutique, les paralysies diverses qui sont comprises sous le titre de *lésions de la motilité*, d'après leur origine étiologique. C'est, en effet, une des premières lois qui aient été établies par cette étude, que la relation étroite qui lie l'action de l'électricité à la nature de l'altération subie par le système nerveux. De telle sorte que de même que la guérison des paralysies ne s'obtient que dans ces cas déterminés, de même le fait de la guérison, dans un cas qui n'eût pas été préalablement déterminé, devient un caractère de la nature originelle de la lésion. L'électrisation localisée, on le sait, est ainsi devenue une méthode d'exploration et de diagnostic dès qu'elle a commencé à être un agent thérapeutique.

L'instruction du conseil de santé est, à cet égard, un miroir exact de l'état de nos connaissances sur cet intéressant et précieux sujet. On ne saurait, en outre, trop louer l'attention avec laquelle ce corps, à la fois savant et administrateur, a su imposer des limites à l'esprit expérimental, et marquer les bornes dans lesquelles doit se maintenir l'emploi du nouvel agent thérapeutique.

Nous remarquons à cet égard les recommandations suivantes qui témoignent et de la prudence, et de la sollicitude, et du savoir de l'honorable auteur de cette circulaire.

Dans le traitement des paralysies, par exemple, elle recommande de s'assurer, avant tout, que les centres nerveux ne sont pas ou ne sont plus le siége d'aucun travail morbide. Précepte des plus graves, des plus sérieux à avoir constamment devant les yeux, car il se fonde malheureusement sur de tristes accidents, et trop réels; mais nous aurions aimé à le voir suivre de la recommandation non moins expresse d'éviter, ou d'y être au moins extrêmement circonspect, les applications de l'électricité sur tout organe céphalique, localité où l'action du fluide a également déterminé plus d'une fois des accidents.

La circulaire fait encore un devoir aux médecins militaires de ne mettre en usage la nouvelle méthode qu'à titre de moyen thérapeutique. et jamais à un point de vue purement expérimental. Ainsi les chefs des services spéciaux établis dans les hôpitaux militaires, ne devront recourir à l'électricité qu'après avoir épuisé les médications ordinaires rationnelles, ou avoir au moins nettement reconnu et établi leur insuffisance. Cela posé, le point de vue expérimental aura sa part, et cela au bénéfice de l'humanité, dans la recommandation de ne se servir, lorsque la médication électrique sera jugée opportune, que de l'électricité seule, sauf, naturellement, le cas où elle déterminerait des phénomènes passagers qu'il faudrait combattre.

Les résultats des observations et de l'expérimentation ainsi limités, obtenus par les services de santé militaires, et dûment contrôlés, seront centralisés par voie administrative entre les mains du conseil de santé qui en relèvera les enseignements et en tirera les conclusions pour les livrer à la science, certainement appelée à profiter hautement de cette sage mesure.

Nous ne pouvons, en terminant ce compte rendu, nous abstenir de joindre notre voix à celle du conseil de santé pour féliciter nos confrères de l'armée de la belle part que leur fait, au profit de la science, l'intelligente initiative prise par le savant ministre, qui ne perd aucune occasion de montrer que son assiduité de bon goût aux séances de l'Académie des sciences, est loin d'être une simple affaire de forme.

Rome, la barbe des capucins, quoiqu'il prétende s'être convaincu, par l'étude des tableaux d'église et de la statue de Moïse, que les modèles ont bien dégénéré, de l'autre côté des Alpes, depuis Michel-Ange, le Dominicain et le Corrége.

« Dans les régiments français, on fait marcher en tête d'effrayantes figures, une hache sur l'épaule, portant un bonnet à poils, et l'on choisit des hommes dont la barbe touffue comme un buisson fait la contre-partie de la peau d'ours qui leur couvre la tête. Mais la face, vue entre ces deux masses noires, est plus burlesque que terrible... Même chez les capucins, la barbe n'a pas toujours le beau caractère qu'on admire dans les toiles des grands maîtres. Les modèles ont passé avec les temps où ils vécurent La barbe peut servir à représenter quelque chose d'excessif et d'idéal. Michel-Ange a peut-être suivi l'Écriture pour la barbe de son Moïse qui flotte au-dessous de la ceinture et dans sa fresque de la chapelle Sixtine représentant Jérémie. La plus belle peinture de barbe que j'aie vue est par le Corrége dans la *Scala de albergo dei poveri* à Gênes ; c'est une fresque représentant le Sauveur dans les bras du Tout-Puissant et où la barbe de Dieu le père est admirable. »

Ceux qui ont vu l'Italie et vécu quelque temps de la vie italienne croiront sans peine que le caractère éminemment *expressif* des physionomies, la vivacité dramatique des gestes, la mélopée accentuée de la langue, auraient continuellement rappelé à Charles Bell le but essentiel de son pèlerinage, s'il eût été homme à l'oublier. *Natio comœda est*, peut-on dire de toute la nation en traduisant : *nation de mimes;* mais ce caractère mimique est plus particulièrement celui de certaines localités : le Romain est grave—comparé surtout au Napolitain. C'était à chaque pas une note à prendre avec la plume, un croquis à dessiner avec le crayon. Enrichie des matériaux nouveaux fondus dans le cadre primitif du livre sans en altérer la conception originale, la troisième édition de l'ANATOMIE PHILOSOPHIQUE DE L'EXPRESSION charme doublement le lecteur par cette alliance de la science et de l'enthousiasme, accordée si rarement à la critique. Ces chefs-d'œuvre de l'art, qui sout à la fois l'imitation exacte de la nature physique et la réalisation de l'idéal, semblent s'animer d'une vie réelle pour Charles Bell sans coûter aucun effort à sa foi. Le physiologiste encourage le poëte en reconnaissant sous le marbre tous les ressorts de l'organisme, comme si, sur la nudité du héros de l'amphithéâtre et du cirque antique, par le simple étude des muscles extérieurs, la sculpture grecque et la sculpture romaine avaient deviné tous les progrès récents de l'anatomie. Sir Charles Bell ne s'égare pas toutefois en stériles regrets, quoique désespérant de voir ressusciter les dieux et les déesses de Phidias sous le ciseau de Flaxmann ou de Chantrey. Il croit à l'existence d'un *beau* moderne, tout en convenant que les boxeurs ne sauraient lutter dans l'atelier avec les athlètes des jeux olympiques. L'anecdote suivante est citée à ce propos : Lorsque lord Elgin n'avait pas encore livré au Musée britannique la frise du Parthénon, il s'imagina qu'il devait inviter une société choisie à venir dans la cour de son hôtel de Piccadilly comparer l'art à la nature. L'élite du pugilat anglais se dépouilla de ses vêtements devant ces marbres sublimes et ce spectacle de comparaison semblait être goûté; mais à peine le fameux Jackson, surnommé le champion de l'Angleterre, eut-il mis

C'est sous une direction aussi éclairée que l'espoir doit être permis au corps de santé militaire, de voir ses services, comme corps savant, estimés à leur juste valeur. Nous ne doutons pas qu'en cette occasion, il ne fasse sentir une fois de plus ce que mérite de considération réelle le rôle du savant, et du savant dévoué comme est le vrai médecin militaire.

GIRAUD-TEULON.

OPHTHALMOSCOPIE.

THÉORIE DE L'OPHTHALMOSCOPE, AVEC LES DÉDUCTIONS PRATIQUES QUI EN DÉRIVENT, INDISPENSABLE A L'INTELLIGENCE DU MÉCANISME DE L'INSTRUMENT; par le docteur GIRAUD-TEULON, ancien élève de l'École polytechnique.

§ I. — Lorsque, par un procédé inconnu jusqu'à nos jours, et dont ce travail a pour objet l'étude, un observateur réussit à se placer sur l'axe de pénétration d'un ensemble de faisceaux lumineux qui entrent dans l'œil d'un sujet en observation, cet observateur reçoit une impression lumineuse partant des profondeurs de l'œil observé; et s'il se trouve, en même temps, dans certaines conditions dépendant des qualités de sa vue et de celles du sujet, il ne reçoit pas seulement une impression de lumière, il perçoit des détails, il *voit* des objets ou des images.

La méthode qui conduit à ces résultats est l'ophthalmoscopie, découverte précieuse dont l'art de l'oculistique, disons plus, l'art du diagnostic chirurgical se sont enrichis dans ces dernières années. Elle se fonde sur les propriétés mêmes des appareils optiques que représentent nos yeux, habilement servies ou utilisées au moyen d'un instrument très-simple, et par cela même très-ingénieux, dû à un savant Allemand, Helmholtz.

L'historique de cette précieuse découverte, des essais nombreux qu'elle a provoqués, des améliorations, modifications, perfectionnements de détail, etc., etc., qui l'ont suivie, ne nous arrêtera pasici (1). Notre objet est uniquement de présenter sous des formules arrêtées et formelles, de réduire à sa plus simple expression, une étude aujourd'hui à peu près complète au point de vue théorique, mais confuse encore et difficile à comprendre, chez les Allemands et leurs traducteurs, si l'on n'est pas secondé par une connaissance précise et nette, théorique et pratique, des propriétés des milieux réfringents suivant les formes variables de leurs surfaces.

(1) On trouvera cet historique habilement exposé dans les ouvrages suivants; nous nous éviterons les répétitions :
1° TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ŒIL, par M. Mackensie, traduit par MM. Warlomon et Testelin. Le tome II contient un excellent travail du docteur Leibreich (de Berlin): *Description de tous les instruments employés jusqu'ici en Allemagne, Notice bibliographique complète, etc.* — Paris, chez Victor Masson. — 1857.
2° BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 1857.
3° Thèse inaugurale de M. le docteur de la Salle, 1856.

Convaincu que l'intelligence entière des lois de l'optique physiologique qui président au mécanisme de l'instrumentation, trop peu connues, en France surtout, est véritablement indispensable à son emploi, nous espérons rendre, par cette exposition, un service réel aux observateurs et partant aux malades. Nous ne craignons pas d'affirmer que l'élève qui aura fait des développements qui vont suivre une étude réfléchie, verra singulièrement s'abréger pour lui la longue durée des essais et des tâtonnements qui ont jusqu'ici dominé l'*apprentissage* de l'art de l'ophthalmoscopie.

§ II. — On *voit* donc dans les profondeurs de l'œil. Premier fait, devenu assez vulgaire en médecine, assez général pour que nous nous dispensions de justifier cette assertion nouvelle en physiologie. On *voit*; mais tout le monde ne voit pas; beaucoup cherchent à voir, et n'y réussissent que peu ou point, sans cependant douter de la réalité du phénomène.

Prenons donc ce phénomène constant et avéré pour point de départ, et cherchons à déterminer non pas seulement *comment s'y prennent ceux qui voyent*, mais bien les conditions physiques qu'ils réalisent ou dans lesquelles ils se placent — plus d'un sans les connaître; mettons chacun à même de reproduire ces conditions et, par conséquent, de *voir* aussi dans le fond de l'œil.

Chacun sait d'ailleurs que l'instrument dont on se sert est un petit miroir ou réflecteur. Nous aurons donc, suivant une remarque très-judicieuse de notre savant confrère le docteur Sichel, trois éléments principaux à considérer dans l'ophthalmoscopie; à savoir : l'œil observé, l'œil observateur, l'instrument intermédiaire à l'un et à l'autre, c'est-à-dire deux appareils dioptriques ou de réfraction, et un instrument catoptrique ou de réflexion. Nous allons nous occuper d'abord de chacun d'eux séparément : l'étude de leurs rapports en sera considérablement simplifiée.

§ III. — Occupons-nous d'abord de l'œil soumis à l'observation.

La question qui se présente à son égard est evidemment la suivante : Une source lumineuse extérieure envoie dans l'œil des faisceaux de lumière qui y pénètrent et viennent frapper les membranes dans leur hémisphère postérieur. Ces colonnes de lumière suivent, dans leur pénétration, des lois depuis longtemps étudiées et connues. L'étude de leur marche s'était arrêtée là, les physiologistes et les physiciens pensant généralement que *toute* ou quasi toute cette lumière était absorbée et éteinte par les membranes profondes (la choroïde particulièrement (1)). Mais cette croyance était mal fondée; une partie, faible en général, mais dans quelques circonstances assez notable encore, de cette lumière ressort par l'ouverture pupillaire. Quelle est sa marche? Où va-t-elle? Donne-t-elle lieu à la formation d'images? Où les dessine-t-elle?...

Telles sont les questions, très-simples d'ailleurs, que nous allons d'abord étudier : sans une réponse catégorique, point de conception possible des phénomènes ophthalmoscopiques.

§ IV. — Rappelons d'abord quelques propositions élémentaires :

(1) Cela est peut-être un peu absolu; John Hunter avait entrevu la réflexion de la lumière par les membranes profondes dans certains cas d'affaiblissement dans l'intensité du pigment choroïdien.

à un ses formes souples et vigoureuses, tous ces amateurs firent cercle autour du boxeur, poussant un cri d'admiration, et oubliant Phidias ainsi que l'art antique. « Que le jeune sculpteur se défie de ses patrons classiques, » conclut Charles Bell.

Milton, grâce à son amour des arts, poëte et musicien, conserva une sorte de goût catholique au milieu de la génération démocratico-puritaine où une révolution républicaine plaça son âge mûr. Il n'avait pas été impunément en Italie. Comme Milton, sir Charles Bell n'adore pas seulement Rome ancienne, Rome moderne a sa part de cet enthousiasme qui aurait pu scandaliser ses concitoyens les puritains d'Edimbourg : « J'espère, dit-il, que les cœurs de ceux qui remplissent le banc d'église dans nos temples du nord ressentent une dévotion plus sincère; mais, en apparence, tout y est pâle et froid... Quel contraste offrent à l'œil du peintre les figures qu'il rencontre dans les églises de la population catholique romaine des pays méridionaux! Il aperçoit là, au jour mystérieux d'une chapelle des ailes latérales, des hommes agenouillés qui s'abandonnent à leurs sentiments avec cette expression sans contrainte caractérisant l'Italien dès l'enfance; les mendiants mêmes qui rampent sous les porches rappellent les figures familières des grandes toiles de Raphaël et de ses émules, etc. » Sir Charles Bell va jusqu'à trouver superbes le service même de l'Église romaine, les costumes du haut clergé et les processions de moines. Il croit enfin que l'égalité qui règne dans les temples catholiques est plus conforme à l'esprit de l'Évangile que le classement aristocratique des chapelles anglaises. Mais quelque intéressantes que soient les impressions de voyage d'un homme d'imagination tel que Charles Bell, la dernière édition de son ouvrage favori est surtout précieuse par ses observations sur les chefs-d'œuvre qu'il ne connaissait jusque-là que par les dessins et les modèles d'école. Ce qu'il dit de l'art italien trahit peut-être parfois un peu trop le professeur d'anatomie écossais, lorsqu'il égale aux statuaires d'Athènes et de Rome païennes celui des modernes qui en approche sans doute le plus, mais dont il est permis de dire qu'il a exagéré volontiers l'expression musculaire. Michel-Ange, lui aussi, fut un grand *anatomiste*. Charles Bell, après avoir admiré à Florence la statue de Laurent de Médicis dans la *capella di Principi* et celle de Julien, frère de Léon X, avec les deux fameuses figures du Jour et de la Nuit, dit de ces deux dernières :

« Dans ces statues, Michel-Ange a montré un grand sentiment de l'art et un génie de premier ordre, la combinaison de la science anatomique et de la beauté idéale ou plutôt de la grandeur. On a souvent dit de lui qu'il étudiait le torse du Belvédère et l'avait continuellement devant les yeux. Ce beau modèle de l'art antique peut bien avoir été l'autorité sur laquelle il s'appuyait pour son grand développement des muscles humains; mais le torse n'avait pu lui enseigner l'effet qu'il produisit par les magnifiques et gigantesques membres de ces statues. C'est là que nous voyons la vigueur de son coup de ciseau et la fermeté de sa touche aussi bien que sa sublime conception de la figure humaine. Il est facile de reconnaître qu'il ne travaillait par aucun procédé mécanique, et qu'il taillait son marbre comme un autre eût préparé sa masse d'argile dans une première ébauche. Plusieurs de ses plus beaux ouvrages sont restés inachevés. Il paraît que plus d'une fois le bloc se trouva trop petit sous sa main. Quant à moi, je sens que le fini et le poli du

a. En physique mathématique, on peut considérer approximativement l'appareil lenticulaire de l'œil, c'est-à-dire les milieux transparents que traverse la lumière jusqu'à son entrée dans le corps vitré, où elle ne semble plus déviée, comme un système de lentilles biconvexes ou convergentes achromatiques. Les rapports de position et de grandeur qui existent entre un objet extérieur et son image sur la rétine seront alors, approximativement (et cette approximation est parfaitement suffisante pour les considérations physiologiques), les mêmes que donneraient les propositions de physique relatives à la position des foyers conjugués des lentilles biconvexes.

Quelles sont ces lois?

b. « Si l'objet placé devant une lentille biconvexe est très-éloigné, l'image est presque au foyer principal de la lentille, très-petite et renversée. Si l'objet se rapproche de la lentille, l'image, toujours renversée, s'éloigne et s'agrandit; (*c*) elle devient égale en grandeur à l'objet, lorsque celui-ci est éloigné du double de la distance focale principale; (*d*) à partir de ce point, elle devient plus grande que lui, l'objet se rapprochant encore; (*e*) enfin infiniment plus grande et plus éloignée quand l'objet est infiniment près du foyer principal. »

(*f*) « Lorsque l'objet dépasse ce point (théorie de la loupe), se plaçant entre la lentille et son foyer principal, l'image devient droite, virtuelle et toujours plus petite que l'objet. » (Lamé, TRAITÉ DE PHYSIQUE et tous les traités classiques.)

Supposons donc, hypothèse assez voisine de la vérité pour être confondue avec elle, quand il ne s'agit pas de précision mathématique, l'appareil de la vision en tout semblable à un appareil lenticulaire convergent; dans le cas ordinaire de la vision, l'*objet vu* est au delà du foyer principal relativement à la rétine, au delà même du double de la distance focale dans la plupart des cas; il faut supposer un cas de myopie excessive pour que la perception d'un objet soit possible à une distance double de la longueur focale. Dans un tel cas, la rétine et l'image imprimée sur elle seraient en arrière de la lentille, à une distance double également de la longueur focale; l'image renversée et l'objet seraient de même grandeur.

Pour tout autre situation de l'objet, l'image diminue à mesure que l'objet s'éloigne, et la rétine revient avec elle en avant, se rapprochant de la lentille, mais jamais jusqu'au foyer même, si ce n'est au cas où l'objet est à l'infini, envoyant des rayons parallèles comme une planète, une étoile (nous ne supposons, bien entendu, que le cas physiologique, la perception nette de l'objet qui s'éloigne).

Ainsi tout point de l'espace, vu distinctement, étant plus rapproché que l'infini, a nécessairement son foyer conjugue *un peu en arrière du foyer principal* du cristallin. C'est là qu'est la rétine, mobile comme l'image relativement au foyer principal. (Il importe peu ici de préciser lequel est réellement mobile du foyer ou de la rétine; les travaux modernes ont cependant montré, au chapitre de l'accommodation, que les deux éléments variaient tous deux.) Cette membrane et l'image, pour tout point *vu*, se promènent donc entre deux limites extrêmes, en avant le foyer principal pour les objets infiniment éloignés, en arrière, le double de la distance focale, pour le plus grand rapprochement possible de l'objet. Dans ce dernier cas, l'image toujours renversée atteint son maximum, c'est la grandeur même de l'objet.

§ V. — Composé de milieux réfringents de pouvoirs divers, l'œil est nécessairement soumis à la loi de transmission de la lumière à travers ces milieux. Une de ces lois est la suivante : Si la lumière qui y a pénétré n'est pas en entier absorbée par la choroïde, et qu'une partie ait la faculté de sortir de l'œil, « chaque rayon lumineux émergent devra suivre pour sortir de l'œil, la ligne qu'il aurait parcourue pour y pénétrer. »

Si donc la rétine était un écran réfléchissant ou miroir, l'image qui s'y serait dessinée et qui serait réfléchie au dehors, devrait aller se peindre exactement, se modeler, en grandeur et en position, sur l'objet lumineux extérieur même d'où sont partis les rayons incidents.

L'image et l'objet qui sont les conjugués l'un de l'autre, dans le cas de la pénétration de la lumière dans l'œil, du dehors au dedans, sont donc dans une position de réciprocité parfaite si l'on s'occupe de la lumière qui sort de l'œil. L'objet sera conjugué de l'image, comme dans le premier cas, celle-ci était au foyer conjugué de l'objet.

Retournant la proposition *b* de la loi des foyers conjugués, l'image intra-oculaire qui envoie des rayons émergents se trouve, en égard à l'objet, dans la situation décrite dans les propositions *d* et *e*. La conjuguée de l'image intra-oculaire est plus ou moins éloignée de l'œil, plus grande qu'elle et renversée par rapport à elle.

En un mot, les deux formes sont les *réciproques l'une de l'autre*, telles que les définit la loi des foyers conjugués du § IV.

De même qu'un objet *vu* par un œil y peint une image conjuguée, petite et renversée de sa propre forme sur la rétine, réciproquement cette petite image renversée de l'objet, si elle était réfléchie au dehors, y produirait une image secondaire qui irait se calquer, se dessiner *exactement* sur l'objet lui-même.

Objet et image sont réciproques, dans un sens comme dans l'autre, de la marche des rayons lumineux; qu'on ne perde pas de vue cette proposition initiale.

§ VI. — Dans l'exploration de l'œil, en ophthalmoscopie, il faut bien se servir d'un foyer de lumière qu'on puisse diriger à son gré pour éclairer les parties profondes de l'œil. Ce foyer de lumière est ordinairement emprunté à une lumière artificielle, une lampe en général. Ce foyer, vu par l'œil observé, ou non vu s'il est malade, formera ou pourra former une image au fond de l'œil : la proposition que nous venons de formuler s'appliquera donc à cette image.

Or elle est une source de confusion dans la théorie; car ce n'est pas elle qu'on cherche, et le plus souvent, quand on la rencontre (ce qui arrive dans certains cas que nous déterminerons à l'article *miroirs*), elle gêne. Ce n'est, en effet, pas elle qu'il s'agit d'étudier; elle n'a de rôle à jouer ici que celui de source de lumière; c'est la rétine même que l'on veut explorer, ce sont les détails que peut présenter cette membrane sur toute son étendue : il faut là de la lumière en nappe et non des reflets précis et nécessairement de peu de surface. Or ces détails ne sont pas des images dessinées par des objets extérieurs; ce sont, dans la question qui nous occupe, des objets primitifs qu'il convient seulement d'éclairer convenablement.

Un moment d'attention va montrer que cette différence ne change rien à la loi que nous venons d'établir.

Un point quelconque, un détail, un petit cercle pris sur la rétine (la papille du nerf optique, par exemple) peut évidemment être considéré comme l'image d'un cercle extérieur, pris dans l'espace et lié

---

marbre s'accordent mal avec l'énergique conception de Michel-Ange, et je regretterais qu'un pareil génie eût perdu une heure à adoucir ou à polir la surface de sa matière...

» Quel est l'artiste, moderne ou ancien, qui consentirait ainsi volontairement à démontrer les difficultés de l'art et à placer le corps humain dans cette position? Quel est celui qui pourrait jeter l'épaule dans cette contraction violente et conserver néanmoins avec une si savante exactitude les rapports des parties entre elles, l'harmonie des os et des muscles? Ce grand maître nous fait voir comment le génie se soumet au travail afin d'atteindre la perfection. Il fallait avoir passé par les études sévères de l'anatomiste pour acquérir cette puissance de dessin qu'il ne pouvait guère espérer qu'on appréciât ni alors ni aujourd'hui.

» Sans nier la beauté ou la correction des productions authentiques du ciseau grec, il ne faudrait pas les rapprocher de celles de Michel-Ange avec la pensée qu'il perdrait à la comparaison. Il avait une noble conception de l'auguste forme de l'homme : conception supérieure selon moi à tout ce que nous connaissons de l'antique sculpture. Visconti attribue l'infériorité au Buonarotti, et veut nous faire comparer les anciennes statues restaurées par lui aux membres ou aux têtes qu'il y ajouta. Mais je ne conçois rien de moins conforme au génie de l'artiste que cette tâche de modeler ou d'ajouter un membre ou un fragment du corps, à la condition de préserver les proportions et le caractère de l'ensemble. Sa manière de travailler et le besoin qu'avait son génie d'un champ sans limite pour se donner carrière le rendait impropre à ce travail, et d'autant mieux qu'il est inévitable que toute copie soit inférieure à l'original.

« Quant à ce que font devant le fils dégénéré des Médicis ces figures de la Nuit et du Jour, c'est une autre question. Elles semblent avoir été placées là comme simple ornement, dans la prodigalité du génie, pour exhiber la forme et la posture couchée de la figure humaine : *Per ornamento e per solo spoggio di giacitura e di forme.* »

C'est de Florence que Charles Bell date le chapitre dans lequel il apprécie les sculptures de Michel-Ange, et il le complète par ce paragraphe sur Moïse :

« A peine arrivé à Rome, j'étais impatient de me trouver devant la statue de Moïse, tant j'avais entendu parler de ses beautés extraordinaires et aussi de ses défauts.

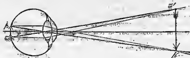
» Questo è Mosè, quando scendea del monte,
» E gran parte del nume avea nel volto.

» C'est une noble figure, avec toute l'énergie que Buonarotti a pu y déployer. L'anatomie seule ne constitue pas sa perfection; mais le même génie éclate tant dans l'attitude, les draperies et tous les accessoires que dans la vigoureuse nudité des épaules et des bras. L'artiste y a réalisé sa sublime conception de la figure humaine. Mon frère, dans ses OBSERVATIONS SUR L'ITALIE, critique les bras, le droit étant seul proportionné à la taille du corps, et le gauche comparativement trop maigre; mais le Moïse, une des nombreuses figures destinées à orner le grand monument de Jules II, ne devait

avec lui par la relation des foyers conjugués. Ce cercle de l'espace, s'il était *vu* par l'œil observé, ne viendrait-il pas se peindre sur la rétine, se superposant exactement au cercle que nous avons imaginé être dessiné sur la rétine (§ IV, *b*).

Réciproquement, renversant les rôles, l'image externe de la papille, considérée comme objet lumineux par lui-même, sera ce même cercle extérieur renversé, conjugué du premier (§ IV, *d*, *e*).

Fig 1.



L'inspection seule de la figure résume clairement tout ce que nous venons de dire.

p ϖ étant un diamètre de la papille du nerf optique, ϖ' *p'* représente le diamètre correspondant dans l'image externe aérienne.

§ VII. — Mais où est ce cercle extérieur conjugué de la papille, en quel lieu de l'espace?

Nous venons, en un seul mot, de le dire avec la seule précision possible. Reportons-nous, dans le paragraphe précédent, au mot souligné « s'il était *vu* » par l'œil observé. Que signifie-t-il? Rien autre chose que ceci : Cette image extérieure est dans le champ de la vision distincte de l'œil en observation. Elle est à la distance a laquelle le sujet porte son attention; au lieu où il regarde, s'il est clairvoyant; au lieu où il croit regarder, s'il est amaurotique; en un mot, dans le plan vertical pour lequel l'œil observé est momentanément accommodé.

Élément nécessairement inconstant, reposant sur deux données si variables; portée de la vue du sujet; distance intentionnelle de son adaptation.

Nous nous assurons que cette étendue des variations, suivant les sujets ou sur un même sujet, est une des grandes causes de la difficulté de l'étude de l'ophthalmoscopie. Nous verrons plus loin par quel ingénieux artifice on y a paré.

§ VIII. — L'appréciation du *lieu* de l'espace occupé par l'image externe ou aérienne ne repose donc que sur un degré de probabilité. Il est clair, en effet, que si l'attention de l'observé varie pendant l'exploration, cette distance variera avec l'adaptation, circonstance qui, peut-être, compte pour beaucoup dans la difficulté qu'on éprouve à examiner à l'ophthalmoscope un œil sain soumis à tant de causes de mobilité.

Le cas est un peu différent avec un œil amblyopique ou amaurotique. Dans ce cas, l'œil est plus généralement sans attention, sans réaction contre la lumière. Où est alors la probabilité d'une accommodation plutôt que de telle autre? Selon toutes apparences, la situation de cet œil sera l'indifférence. L'image aérienne sera donc probablement au lieu exact de la vue distincte et sans fatigue pour cet œil quand il était sain : elle sera donc plus ou moins éloignée, suivant que le sujet était presbyte ou myope, ou jouissant d'une vue moyenne; suivant aussi la distance à laquelle il croira porter son attention, ou dans tel état d'accommodation fixe et qu'on ne peut prévoir où peut l'avoir placé la maladie!

L'observateur devra donc s'enquérir de ces circonstances, des qualités de l'œil avant sa maladie, cette notion étant indispensable pour avoir une idée, même vague, du lieu occupé par l'image aérienne.

D'après ces considérations, nous demanderons la permission, pour la clarté du discours, d'appeler « *indéterminée* » cette image aérienne dont nous venons de démontrer l'existence.

Tels sont, sur cette image, les enseignements de la théorie.

§ IX. — La méthode expérimentale nous conduira au même résultat.

Une expérience irrécusable (on aime particulièrement aujourd'hui les démonstrations empruntées à la méthode expérimentale — elles fatiguent moins l'esprit —), une expérience, disons-nous, met ce fait en toute évidence. On prend un œil tout frais de lapin albinos; on l'enchâsse dans un écran en carton; puis, avec un rasoir, on amincit la sclérotique sur sa face postérieure, aux environs de l'insertion du nerf optique. Quand on a fort aminci cette membrane, qu'on l'a même un peu *entamée*, on expose la face postérieure de l'œil à la lumière vive d'une lampe. Si l'on présente alors un écran blanc de l'autre côté de l'écran obscur, on y voit se dessiner l'image fort agrandie et renversée de la petite perte de substance (à forme définie) opérée sur la face opposée. Les effets observés sont les mêmes que l'on produirait avec une lentille, avec cette seule différence que l'image se conserve nette pour des distances plus étendues que dans le cas de la lentille. Il est évident, pour tout observateur, que les propriétés du cristallin, quoique obéissant à la formule des lentilles, a un champ de nettete supérieur au leur. La propriété de texture de la lentille oculaire est donc bien autrement fine ou délicate que celle de la lentille sphérique la plus parfaite que l'on puisse imaginer. Mais pour être plus parfaite, on s'assure cependant qu'elle obéit aux mêmes lois géométriques (1).

§ X. — CAS DES POINTS A OBSERVER QUI POURRAIENT ÊTRE SITUÉS DANS LES MILIEUX TRANSPARENTS, ET NOTAMMENT DANS LE CORPS VITRE, ENTRE LE FOYER POSTERIEUR DU CRISTALLIN ET LA CRISTALLOÏDE POSTERIEURE. — Les développements que nous avons donnés dans les pages précédentes pour permettre de suivre la marche des rayons lumineux émergents de l'intérieur de l'œil, les considérations que nous avons présentées sur le lieu et le sens des images, tout cela se fondait sur un premier point de départ, à savoir : que les détails dont l'œil observateur recherche les images extérieures appartiennent à la rétine ou à la choroïde, en un mot, à un plan situé en arrière du foyer postérieur de l'appareil lenticulaire physiologique. Les points semblablement situés sont, comme nous l'avons fait voir, exactement dans le même cas que les objets un peu distants qu'on essaierait de voir au moyen d'une lunette de spectacle ou de Galilée *dépourvue de son oculaire*. (Voyez les figures de tous les traités de physique à cet article.)

(1) Notre savant et distingué confrère le docteur Cusco obtient des résultats semblables par des expériences instituées au moyen d'un œil artificiel dans la construction duquel ont été reproduites les distances relatives et les courbures des lentilles oculaires.

être vu qu'à un certain point d'optique. Dans une œuvre d'art, il faut d'ailleurs apprendre à admirer ce qui est estimé excellent plutôt qu'à chercher des imperfections. Quant aux autres critiques adressées à cette statue, n'oublions pas que c'est une figure idéale, comme l'était l'Apollon ou le Jupiter. Quel que soit le sens de cet attribut, Moïse est représenté avec des cornes de chaque côté de la tête, et c'est un accessoire qui, placé soit sur une face de l'antique, soit sur une face de la nature ordinaire, aurait été vraiment ridicule (1). »

Avant même que j'eusse lu la critique du *géant* Moïse par John Bell, je confesse qu'il avait besoin de cette apologie. Quel que soit celui des deux frères qui ait raison, je n'aurais aucune réserve a faire contre l'appréciation suivante du *Gladiateur mourant*, que je citerai pour ceux qui se rappellent les trois belles strophes de CHILDE HAROLD :

« Le *Gladiateur mourant* est un de ces chefs-d'œuvre de l'art antique qui montrent une profonde connaissance de l'anatomie et de la nature humaine. Il ne se repose pas, il ne tombe pas, mais il est dans la position d'un homme blessé à la poitrine, qui cherche un soulagement dans cette respiration oppressée que produit une blessure mortelle avec perte de sang. Il essaye de donner un appui à ses bras, non pour les reposer ou soutenir le corps, mais pour les fixer afin que leur action puisse être transférée à la poitrine et aider ainsi la respiration laborieuse. La nature de ses souffrances le conduit à cette attitude. Dans un homme qui expire par la perte de son sang, pendant que coule le torrent vital, le cœur et les poumons ont la même sensation pénible, le même besoin de support, qui est causé par l'obstruction de la respiration. A mesure que le sang s'épuise, le blessé est pantelant, ouvre des yeux hagards, et sa poitrine se soulève convulsivement. L'artiste ancien a donc placé le Gladiateur dans la position d'un homme qui souffre l'angoisse d'une respiration difficile. La position des épaules, pendant qu'il soutient son corps qui s'affaisse, montre que les muscles énergiques, communs aux côtes et aux bras, ont leur action concentrée vers la poitrine. C'est de la même manière qu'un homme affligé d'asthme appuie les mains ou les coudes sur une table, se penchant en avant, afin que les épaules puissent devenir des points fixes. Les muscles du bras et de l'épaule agissent alors comme muscles respiratoires et aident au mouvement de la poitrine, pendant l'anxiété pectorale qui appartient a la maladie. »

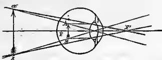
Rien n'est vrai que le beau....

On trouvera peut-être que sir Charles Bell estime surtout dans le *Gladiateur* le *vrai pathologique*, auquel Boileau certes ne pensait pas en disant du *vrai* qu'il est *beau* et *aimable*. C'est aussi en invoquant le vrai en histoire naturelle, qu'il nous force de rabattre quelque chose de notre admiration traditionnelle pour le *Laocoon*, parce que le reptile qui enlace et broie une proie dans ses terribles anneaux ne songe nullement à lui déchirer le cœur, comme ferait le serpent allégorique du remords.

(1) John Bell juge très-sévèrement le Moïse, qu'il trouve trop colossal, et il critique jusqu'à l'exagération de la barbe. (OBSERV. SUR L'ITALIE; in-4°; Edimb., 1825.)

b. Mais rapprochons les objets, faisons-les passer, par hypothèse, entre le cristallin et son foyer postérieur, ou, ce qui revient au même, considérons les points du corps vitré situés entre le cristallin et la rétine, et nous nous plaçons *exactement* dans le cas de la loupe ou microscope simple.

Fig. 2.



Les faisceaux émergents sortant de l'œil à l'état de divergence, l'image *a b* d'où ils semblent émaner est de même sens que A B, virtuelle et agrandie.

L'œil observateur les recevra donc avec la plus grande facilité et sans l'intervention d'aucun autre instrument que celui propre à éclairer l'objet A B ou l'intérieur de l'œil.

c. Rapprochons encore, par hypothèse, les points à explorer; supposons-les placés entre la cristalloïde postérieure et la cornée. Tous les faisceaux qu'ils envoient sont évidemment divergents à l'émergence. Les objets en question sont donc vus à très-peu près comme dans l'espace. Les variations ne portant que sur le degré de divergence des rayons émergents ne modifient alors que la grandeur apparente des objets, non leur position relative.

§ XI. — Rapports de l'œil observé avec l'œil observateur. — Nous avons vu plus haut (§ VI) que l'image d'une figure quelconque, prise sur la rétine, se trouvait dessinée au dehors de l'œil, sur l'axe des faisceaux pénétrants, à la distance du foyer conjugué et sur l'axe secondaire même du point central de cette figure; qu'elle était, en outre, renversée et plus grande que la figure quelle reproduit (image aérienne indéterminée).

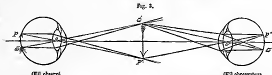
Cette circonstance crée, à la manière dont elle se comporte eu égard à l'observateur, une condition singulière. Les faisceaux destinés à déterminer par leur entre-croisement un point unique de l'image, contrairement aux conditions qui permettent la vue, se composent de rayons *convergents* et non pas de rayons divergents.

Or si des faisceaux de rayons parallèles, c'est-à-dire partant de l'infini, viennent se couper sur la rétine au foyer du cristallin, dans le cas de raccourcissement maximum de l'œil, des faisceaux composés de rayons *convergents*, ne viendront jamais à entre-croisement sur la rétine, jamais par conséquent ne pourront donner la sensation d'un point unique. C'est un fait simple et vulgaire en optique.

Supposons donc l'œil observateur placé sur la direction même des faisceaux émergents centraux de l'œil observé, et *entre* ce dernier et le lieu de l'image (voy. fig. I), il pourra bien percevoir la sensation de lumière émanée des profondeurs de l'œil, mais non l'image distincte d'aucun point. Dans ce cas se trouvera tout observateur qui se placera à une distance de l'œil observé, moindre que celle pour laquelle ce dernier est adapté ou accommodé.

S'il vient alors à s'éloigner de l'œil observé, à se placer au delà de son point d'adaptation, il aura mis devant lui l'image aérienne indéterminée; il pourra alors la percevoir dès qu'il sera en arrière d'elle, à la distance de sa vue distincte à lui-même.

Fig. 3.



Œil observé. Œil observateur.

En jetant les yeux sur la fig. IV, on voit, en ce qui concerne l'œil observé, qu'il faut qu'il soit *myope*, ou au moins accommodé pour la vision *très-rapprochée*, pour que l'observateur en se plaçant au delà du lieu de l'image, d'une quantité *o'p'*, égale à celle de sa vue distincte des objets de petite dimension, ne soit pas par trop éloigné de l'œil en observation. Il est clair que plus il est obligé de s'éloigner, plus l'image aérienne a grandi, moins chacune de ses parties reçoit de lumière, et moins, d'ailleurs, l'œil observateur embrasserait de son étendue.

On remarquera, en effet, que les rayons émanés de p' ϖ' partent des points p et ϖ; l'image aérienne *p'ϖ'* n'envoie donc pas de rayons sous tous les angles possibles, comme le fait un objet réel, mais seulement suivant les prolongements des faisceaux qui ont, par leur entre-croisement, déterminé l'image aérienne. Or pour peu que cette image ne soit pas très-petite, c'est-à-dire très-rapprochée du lieu de l'œil elle émane, ses parties périphériques n'envoient rien à la cornée de l'observateur; les faisceaux qui en émanent sont trop peu inclinés sur l'axe commun des deux yeux. Il n'y aurait donc, en pareil cas, qu'une portion centrale très-réduite de cette image qui pût être perçue. Si donc l'ophthalmoscopie devait se borner à ces ressources restreintes de la fonction physiologique, autant vaudrait la considérer comme nulle.

Il y a donc quelque modification à apporter à ces données, si l'on veut tirer parti de la propriété nouvellement reconnue qu'a l'œil de donner des images extérieures de ses parties profondes.

§ XII. — Reportons-nous au cas général de la figure I, pour lequel l'image aérienne est tout à fait indéterminée, l'observateur ne pou-

---

Cette critique, malheureusement, frappe aussi sur Virgile, que nous voudrions défendre, en répondant pour lui que le dieu vengeur envoie contre son pontife un Python mythologique, un monstre de la fable, inconnu de Lacépède comme d'Aristote; car il est certain qu'un serpent vrai n'aurait pas eu cette surabondance de venin (*perfusus veneno*) qui souille les bandelettes et les guirlandes de la victime, qu'il ne la mordrait pas avec une cruauté si vorace (*depascitur morsu*), tout en resserrant autour d'elle ses nœuds multipliés, et qu'enfin, Laocoon lui-même ne pourrait pousser des cris horribles (*clamores horrendos*), dans l'étreinte qui l'étrangle et l'étouffe. Le divin Virgile traduisait littéralement la tradition populaire (1).

Je ne puis résister au plaisir d'extraire de l'Anatomie et philosophie de l'expression une dernière citation, qui ravive encore pour moi un souvenir d'Italie, une délicieuse promenade faite à Grotto-Ferrata avec mon ami Paul Balze. C'est dans le chapitre sur la souffrance physique que Charles Bell compare le possédé de la *Transfiguration* et celui de la fresque de Saint-Nil. « Deux des plus grands peintres, Raphaël et le Dominiquin ont représenté de jeunes démoniaques. Dans le couvent de la Grotto-Ferrata (2) le Dominiquin nous montre le sien guéri miraculeusement par saint Nil. Le saint, un vieillard, est à genoux et en prières; le jeune possédé est soulevé et soutenu par un autre vieillard, et sa mère avec un enfant est là qui attend la consommation du miracle. Les convulsions ont saisi le malade qui se renverse avec roideur en arrière, étendant les jambes spasmodiquement, de manière que les orteils seuls touchent la terre; les yeux sont distors et les pupilles retournées sous les paupières. Ce serait la vraie position de l'espèce de contraction musculaire ou le tétanos, appelée *opisthotonos*, parce que le corps est renversé en arrière, si les mains n'étaient pas déployées, les doigts ouverts et la mâchoire abaissée. Pour que la représentation fût tout à fait naturelle, il aurait fallu que le démoniaque grinçât les dents. Mais justement le miracle commence, puisqu'un des assistants obéit au saint en introduisant l'index de sa main gauche dans la bouche du jeune garçon et tient de l'autre main un vase plein d'une huile avec laquelle il s'apprête à toucher la langue. Dans la figure du possédé, le dessin et la couleur, dans celle des deux vieillards, la grandeur, font de cette fresque une des compositions les plus admirées de l'Italie. »

Dans son volume, Charles Bell place ici l'esquisse d'un cas d'*opisthotonos* traumatique, cas pathologique observé par lui chez un des blessés de la Corogne, où l'on voit tous les muscles du corps contractés, les fléchisseurs prévalant sur les extenseurs; mais il avoue que le peintre qui reproduirait trop fidèlement tous les traits caractéristiques de cet horrible tétanos (attribué autrefois à la possession diabolique) risquerait d'exciter un sentiment par trop pénible.

(1) Michel-Ange, dans un sujet analogue, n'a pas oublié de rendre la torpeur dont sont frappés ceux qu'atteint le venin des reptiles.

(2) Par suite d'une peccadille, le Dominiquin s'était réfugié chez les moines de Grotto-Ferrata, qui le forcèrent de faire ses admirables fresques sous peine de le livrer à l'inquisition.

vant conjecturer d'une manière sûre de la portée précise de l'accommodation temporaire du sujet. Nous savons que pour un tel cas, l'observateur se trouve placé *entre* l'œil observé et l'image, et ne peut recevoir alors sur sa cornée aucun faisceau utile de lumière, vu la *convergence* de tous les rayons émanés d'un même point. Est-il quelque moyen de remédier à cet inconvénient? Il en est un d'abord fort naturel, et qui consiste à compléter la lunette de Galilée dont l'œil observé nous représente une moitié, celle qui porte l'objectif. Plaçons entre notre œil et celui que nous observons une lentille divergente ou biconcave; la convergence des rayons pourra être ramenée à divergence, en renversant toutefois le sens de l'image (c'est-à-dire la redressant, en ce cas, comme dans la lunette de spectacle).

La marche des rayons peut être aisément suivie dans la figure ci-dessous :

Fig. 4.



L'image $p'\varpi'$ produit alors sur l'œil observateur l'effet de $p''\varpi''$, image virtuelle, renversée par rapport à $p'\varpi'$, dans le même sens que $p\varpi$, par conséquent.

L'observateur devra alors se comporter vis-à-vis de l'œil qu'il explore comme avec l'oculaire de la lunette de Galilée ou de spectacle, si on lui en remettait pour aider sa vue, les deux moitiés séparées. Il aurait à chercher l'écartement, convenable à sa vue, de ces deux moitiés.

§ XIII. — Le procédé que nous venons de décrire n'est pas le seul qui fournisse une image droite : on peut, sans le secours d'aucun verre interposé, se procurer cette même image; et c'est chose curieuse, en ce que le fait, en lui-même constant, est cependant tout à fait en dehors des théories, et que son énoncé semble même absolument paradoxal. Voici ce fait :

L'œil observé étant exploré de *très-près*, les axes des deux yeux se confondant, et ceux-ci dans un intime voisinage, un détail peu étendu de la rétine bien éclairée peut être perçu droit et agrandi, sans lentille, et comme si le cristallin observé était une simple loupe.

Or cela est fait pour surprendre tout physicien familier avec les propriétés des lentilles convergentes. Chacun sait que pour qu'elles puissent être employées comme loupes ou microscopes simples, il faut, de toute nécessité, d'après la théorie, placer l'objet observé *entre* le foyer principal et la lentille. Mais, dans le cas que nous venons de rapporter, la rétine, on le sait, est un peu au delà du foyer principal. Comment accorder ces deux éléments contradictoires.

Voici comment : ce n'est que *théoriquement* que l'objet de l'observation doit être placé en deçà du foyer de toute lentille convergente. En fait, leur propriété comme loupes, celle d'agrandir l'image en lui conservant sa direction, s'étend un peu au delà du foyer (un sixième environ de cette distance focale). On le vérifie aisément sur une lentille quelconque, pour les points de l'objet à observer situés sur l'axe.

Cette faculté de se servir du cristallin de l'œil observé comme d'une loupe, devient plus étendue si cet œil est presbyte; car alors la rétine est au plus près possible du foyer principal. L'observateur, en se maintenant sur l'axe, peut alors s'éloigner plus ou moins de l'œil observé, et conserver pendant un certain temps la perception de l'image droite sans le secours d'aucune lentille.

Le désaccord apparent de la théorie et des faits a également sa raison d'être; la théorie physique des lentilles, on ne doit pas l'oublier, ne se fonde pas sur des propositions absolues, mais seulement sur des approximations. Vraie et propre à expliquer les phénomènes dans leur ensemble, elle ne s'adapte pas exactement à eux aux limites des distances focales. Il y a, dans ces points de partage, des empiétements d'un domaine sur l'autre; les limites ne sont pas tout à fait aussi précises en pratique qu'en théorie. Il sera bon de se rappeler ces remarques dans l'exercice de l'ophthalmoscopie.

(La fin au prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ACTION COMPARÉE DE LA STRYCHNINE ET DU CURARE; lue à la Société de biologie, par MM. MARTIN-MAGRON et BUISSON.

A l'occasion de la communication faite dans ces derniers temps à l'Académie des sciences, par M. Boussingault, nous extrayons, d'un travail entrepris depuis trois ans, sur l'action physiologique et thérapeutique des poisons, une partie de ce qui est relatif à la *strychnine* et au *curare*.

L'antagonisme qu'on a signalé entre l'action physiologique du *curare* et celle de la *strychnine* ne nous paraît pas exister. Ces poisons ne diffèrent que par des nuances qui disparaissent en général avec les doses employées et le mode d'administration.

PREMIÈRE PROPOSITION. — Le *curare* et la *strychnine* produisent leur effet, sans qu'il soit nécessaire qu'ils arrivent aux organes par la circulation.

EXP. I. — On enlève le cœur à une grenouille; on injecte sous la peau du dos une solution d'extrait de noix vomique; après deux, trois ou quatre heures, suivant les circonstances, l'animal est pris de convulsions sous l'influence d'excitations extérieures.

EXP. II. — On enlève à une grenouille les parois abdominales et thoraciques, ainsi que les organes que celles-ci renferment, de manière à ne conserver que la colonne vertébrale unie au train postérieur. On introduit dans le canal rachidien, soit de l'extrait de noix vomique, soit du *curare*, et, après un temps très-court, l'animal est pris de convulsions qui peuvent se répéter pendant plusieurs heures, sous l'influence des excitations extérieures.

DEUXIÈME PROPOSITION. — Le *curare*, comme la *strychnine*, détermine des convulsions en rendant la moelle plus excitable.

Je n'hésite pas à déclarer, avec Charles Bell, que Raphaël doit céder la palme au Dominiquin : « On peut me trouver hardi de critiquer les œuvres de Raphaël, mais j'ose dire que si ce grand maître voulait, dans son carton de la *Mort d'Ananias*, exciter l'horreur, l'effet aurait été plus sûr, grâce à plus de vérité dans les convulsions de la figure principale, au lieu d'une simple torsion du corps. Sa *Transfiguration* nous montre un jeune démoniaque dans l'accès convulsif. J'espère n'être pas insensible aux autres beautés d'un pareil chef-d'œuvre, ni présomptueux en disant que cette figure n'est pas naturelle. Un médecin conclurait en le voyant que le jeune homme feint un mal qu'il n'éprouve pas. Jamais enfant n'eut des convulsions pareilles. Dans les convulsions réelles, les muscles extenseurs cèdent aux contractions plus fortes des muscles fléchisseurs, tandis que dans le tableau l'enfant étend les bras, et les doigts de la main gauche sont tirés en arrière, ce qui est contre nature. Les extrémités inférieures ne sont pas plus conformes à la vérité : le possédé se tient droit et ferme. Les yeux devraient se tourner plus en dedans et disparaître en partie sous le front; la bouche est ouverte, ce qui est en contradiction avec l'état convulsif et sans l'excuse qu'avait le Dominiquin. Les muscles des bras enfin sont exagérés à un degré que Michel-Ange n'essaya jamais, et cependant ce sont encore les muscles extenseurs et les supinateurs qui sont proéminents, quand ce devraient être les muscles fléchisseurs. »

Voilà encore de la critique chirurgicale, dira-t-on, mais malheureusement elle est juste : on ne saurait la trouver déplacée dans un ouvrage conçu originairement pour démontrer aux artistes l'utilité des connaissances anatomiques. Charles Bell n'en revint pas moins d'Italie avec tout son enthousiasme pour les œuvres de Raphaël et du Dominiquin, comme pour celles de Michel-Ange, mais avec la conviction que les artistes modernes, comparés aux anciens, sont restés inférieurs aux anciens dans la vérité anatomique. Au milieu des trésors de sculpture réunis par le cardinal Albani à la villa qui porte son nom, il est une statue qu'on suppose le portrait d'Esope et que Charles Bell soumet à la même analyse que l'Apollon, critique piquante qui lui sert à démontrer que les bossus d'Athènes eurent aussi leur Phidias.

J'ai eu le bonheur de vivre pendant six mois à Rome, sous le même toit que mon illustre ami M. Ingres, et le paragraphe suivant de Charles Bell résume pour moi quelques-uns de nos entretiens de la villa Médicis : « Si un peintre se persuade qu'il existe une beauté non définie, distincte de la nature et dont le type est dans son propre esprit, ses ouvrages manqueront de vérité, et nous verrons la même figure continuellement reproduite sur ses toiles. On prétend que Raphaël, ne trouvant aucun modèle digne de poser pour sa *Galathée*, aurait dit que rien n'était si rare que la beauté parfaite chez une femme, et qu'il substitua à la nature un certain idéal inspiré par sa propre imagination. C'est une erreur : les peintres n'ont dans leur imagination que ce qu'ils y ont mis. Il n'est en nous « aucun pouvoir de nous dégager » des choses terrestres et de nous élever dans une sphère d'idées purement » immatérielles, » en ce qui concerne surtout la figure humaine. On voit à la Farnésine des fresques de Raphaël et de ses élèves, qui ne révèlent les études qui lui permirent enfin de composer, sinon de copier la belle Galathée; il est évident pour moi qu'il ne se priva pas de modèles, parce qu'il sut

Exp. I. — On découvre, sur une grenouille, l'encéphale et la moelle allongée; nn introdnit dans le canal rachidien une dissolntinn de *curare*, et bientôt l'animal est pris de convulsions qui penvent se répéter pendant nne heure et plus ou moins, suivant les conditions de l'expérience.

Exp. II. — On répète l'expérience relative à la première opération.

Exp. III. — On répète la première en préparant une patte de manière à ce que la circulation y soit interrompue, le nerf communiquant avec le système central; les convulsions persistent plus longtemps dans cette patte que dans toutes les autres.

Troisième proposition. — La *strychnine*, comme le *curare*, paralyse les extrémités des nerfs moteurs, ou mieux, pour ne pas aller au delà de ce qui est démontré, annule l'action que l'excitation de ces nerfs produit sur les muscles dans l'état normal.

Exp. I. — On empoisonne une grenouille par une dose convenable d'extrait de noix vomique ou de *strychnine* injecté sous la peau; après un temps variable, et quelquefois sans qu'il y ait eu la moindre convulsion, les nerfs soumis à l'action de la pile de Legendre ne produisent pas de contraction musculaire.

Exp. II. — On répète l'expérience ci-dessus en préparant une patte de manière à ce que le poison n'y puisse pénétrer, et le nerf de cette patte demeure excitable, tandis que tous les autres nerfs moteurs ont perdu leur excitabilité.

Quatrième proposition. — La paralysie des extrémités des nerfs moteurs est, dans des limites que nous avons déterminées, indépendante des convulsions et du tétanos.

Exp. — Le sciatique de la cuisse droite est coupé, l'animal est empoisonné par l'extrait de noix vomique et après nn certain temps, bien qu'il n'y ait eu dans ce membre aucune convulsion, l'excitation du sciatique par la pile de Breton ne détermine aucune contraction musculaire.

Cinquième proposition. — La *strychnine* n'agit pas autrement que le *curare* sur les extrémités des nerfs sensitifs.

Exp. — On prépare un membre postérieur de manière que la circulation y soit interrompue en laissant le sciatique intact. On empoisonne l'animal par une dose convenable de *strychnine*; il y aura des convulsions aussi bien dans la patte préparée que dans les autres; mais il arrivera un temps où ces convulsions n'existeront que dans la première, bien que les excitations nécessaires pour les produire soient exercées sur les autres pattes.

On a conclu à tort, suivant nous, d'une expérience semblable faite avec le *curare*, que celui-ci n'agissait pas sur les extrémités des nerfs sensitifs.

En effet, il nous paraît bien difficile d'employer des excitations qui agissent sur les extrémités, sans agir sur les ramuscules de ces nerfs. Et si on se représente par la pensée le trajet que suit l'impression exercée sur la patte empoisonnée pour arriver jusqu'à celle qui ne l'est pas, on reste convaincu que cette expérience est bien loin de démontrer que le *curare* exerce sur les nerfs moteurs une action différente de celle qu'il exerce sur les nerfs sensitifs.

Sixième proposition. — Après l'empoisonnement par la *strychnine*, comme après l'empoisonnement par le *curare*, la galvanisation des pneumogastriques n'arrête pas les battements du cœur.

Il s'agit ici des cas où les nerfs moteurs ont perdu leur excitabilité.

Septième proposition. — Après l'empoisonnement par la *strychnine*, comme après l'empoisonnement par le *curare*, les muscles conservent leur excitabilité, bien que les nerfs moteurs aient perdu celle qui leur est propre. Il faut tenir compte, cependant, des convulsions quand elles ont eu lieu.

Huitième proposition. — La *strychnine* paraît avoir la même action que le *curare* sur les battements des cœurs lymphatiques.

Si on voulait répéter ces expériences, il faudrait tenir compte: de la saison, de la température, de l'état atmosphérique, de l'âge de la grenouille, du temps depuis lequel on la conserve, et surtout de l'état de la circulation, en un mot, de toutes les choses auxquelles les anciens expérimentateurs savaient si bien faire attention, quoi qu'on en ait dit.

Nous ne réclamons pas la priorité de tous les faits que nous venons de signaler. Dans le mémoire que nous publierons bientôt, nous rendrons justice à chacun, dans la limite que nous connaissons.

Le *curare* qui a servi à nos expériences nous a été donné par notre savant et généreux ami M. Reynoso.

Faisons enfin remarquer que, pour avoir des convulsions avec le *curare*, il suffit d'empoisonner la moelle avant les extrémités nerveuses; que pour ne point avoir de convulsions avec la *strychnine*, il faut empoisonner les extrémités avant la moelle.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA CASTRATION POUR LA GUÉRISON DE L'ÉPILEPSIE; par M. le docteur Lélut.

Mon cher confrère,

Si vous n'avez pas encore lu le numéro du 29 janvier (p. 113) du Medical Times and Gazette, voulez-vous que je vous envoie, pour la Gazette Médicale, la traduction très-exacte d'un tout petit article, véritablement intéressant. C'est de la haute fantaisie en même temps que de la haute chirurgie.

« Castration pour la guérison de l'épilepsie. — Nos lecteurs de Londres ont sans doute entendu parler d'un homme de moyen âge, qui a fait le voyage d'Amérique en Angleterre, pour s'y faire traiter de l'épilepsie, et qui, par suite d'un traitement antérieur, offre un remarquable exemple de la coloration noire due à l'emploi du nitrate d'argent. Il s'est rendu dans divers hôpitaux, et y a été l'objet d'une attention méritée. Il avait pour but, en traversant l'Atlantique, de se faire traiter de son épilepsie, soit par la trachéotomie, soit surtout, s'il trouvait un chirurgien qui voulût l'entreprendre, en se faisant enlever les deux testicules, sa maladie, dans son idée, ayant pour point de départ ces organes. *Nota bene* qu'il est veuf. Il en est venu à ses fins: M. Holthouse, de l'hôpital de Westminster, l'a complétement châtré il y a une quinzaine de jours. Naturellement les avis

éviter les imperfections et combiner les perfections. Charles Bell ajoute qu'il admirait principalement à la Farnésine la beauté et la variété des têtes de femme, l'arrangement des cheveux et la manière de les laisser flotter sur le cou et les épaules: « Où Raphael avait-il donc trouvé tout cela? dans les rues de Rome peut-être. » Quoique né dans une ville qui a certes d'admirables types de femme, il me souvient des rencontres merveilleuses que j'ai faites, moi aussi, à travers Rome. Une fois au moins, j'ai vu et suivi la Galathée de Raphaël, détachée de sa toile, et un jour que j'étais avec M. Ingres, entra Simart tout ému qui s'écria: « Je viens de découvrir la Vénus du Capitole, voulez-vous venir la voir? j'ai pris son adresse. »

Burke l'avait dit le premier, madame de Staël le répétait souvent: *Les étrangers sont une postérité contemporaine.* S'il y avait eu en France, pour entretenir Charles Bell, chirurgien, physiologiste et artiste, des chirurgiens et des physiologistes tels que MM. Flourens, Roux, Marjolin, Mageudie, etc., des artistes tels que Ingres, P. Delaroche, Scheffer, etc., il y avait aussi des contemporains dignes de le comprendre dans la patrie de Galvani, de Spallanzani, de Volta, de Redi, de Scarpa, etc., ne fût-ce que le professeur Matteucci de Pise. A Rome, il trouva aussi plusieurs de ses compatriotes empressés à lui faire les honneurs de la ville éternelle. Sous plus d'un rapport, le voyage d'Italie devait donc le réconcilier avec la science et les savants, en lui prouvant que ses titres étaient respectés au loin. C'était d'ailleurs pour lui une douce et glorieuse satisfaction que de rapporter ces croquis et ces notes qui allaient donner une nouvelle autorité au premier ouvrage de sa jeunesse. Cependant il semblerait qu'il revint en Ecosse avec toute sa mélancolie, et peu disposé à rétracter ces paroles écrites dans un de ses monologues de chaque jour, au retour sans doute d'une partie de pêche:

« Quiconque en sa vie s'est assis au milieu d'une eau courante sur un bloc de pierre doré par le soleil, et y a joué avec les herbes qui s'inclinent et les petites vagues qui bouillonnent autour du granit, doit, s'il a une âme, se souvenir de ce jour, vivrait-il un siècle. Qu'il revienne au même lieu, au bout de vingt ans de lutte contre ce monde tel que l'homme l'a fait, qu'il y revienne saluer la nature dans sa simplicité toujours la même, contempler la même colline sombre, les mêmes arbres toujours jeunes de verdure et les mêmes eaux limpides, — qu'il fasse ensuite un retour sur lui-même... et s'il s'estime plus qu'un liége qui flotterait au gré du courant, il a plus d'amour-propre que je n'en ai. »

Le grand Newton, peu de temps avant sa mort, écrivait cette mémorable réflexion: « Je ne sais ce que le monde pense de mes travaux, mais pour moi il me semble que je n'ai pas été autre chose qu'un enfant jouant sur le bord de la mer, et trouvant, tantôt un caillou un peu plus poli, tantôt un coquillage plus joli que les autres, plus agréablement varié qu'un autre, tandis que le grand océan de la vérité s'étendait inexploré devant moi (1). »

(1) Je cite la phrase telle que la traduit M. Biot, dans l'article Newton de la Biographie universelle. Sir David Brewster, qui le rapporte aussi dans sa Nouvelle vie de Newton, ajoute: « Quelle leçon pour les savants vaniteux et

pourront varier sur la *justifiabilité* (justifiability) d'une pareille opération ; mais au moins conviendra-t-on que c'est là une *intéressante* occasion d'étudier les effets de l'emploi d'un moyen aussi radical (so radical) dans cette maladie. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'observation. »

Je ne vous demande pas, mon cher confrère, quoique la question en valût la peine, je ne vous demande pas votre avis sur la *justifiabilité* de cette application de la castration à l'espèce humaine en général et à la cure de l'épilepsie en particulier. Mais avouez qu'il y a ici quelque chose d'original, soit de la part du patient, soit de la part de l'agent. Il n'y a que la race anglo-saxonne (et je ne dis pas cela à titre de blâme) pour offrir de pareils types. Voilà un fils de *frère Jonathan* qui, non content d'avoir, en Amérique, passé de la race blanche à la race noire par l'usage intérieur du nitrate d'argent, vient en Angleterre demander au cousin *John Bull* de le faire passer, en outre, du sexe mâle au sexe neutre ; et il est fait comme il le désire. On fait de lui un eunuque complet, un eunuque noir. Le malheur est qu'il n'en restera ni plus ni moins épileptique : on peut, sans être un grand prophète, prédire cela à l'honorable rédacteur du MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Agréez, etc.

NOTE SUR UN MONSTRE XYPHODIME, NÉ A AUXERRE LE DIX-NEUF SEPTEMBRE 1858, et envoyé à M. SERRES au nom des médecins de cette ville, par M. GIRARD DE CAILLEUSE, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, etc.; communiquée à l'Institut par M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, dans sa séance du 18 octobre 1858.

OBS. — Le 19 de ce mois (septembre 1858) à midi, une fille naturelle, dont le père et la mère sont inconnus, est accouchée à Auxerre d'un monstre appartenant au genre désigné par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire dans son savant TRAITÉ DE TÉRATOLOGIE, sous le nom de *xyphodime*.

Ce monstre qui présente beaucoup d'analogie avec la célèbre Ritta Christina, dont M. Serres a donné une histoire si bien faite et si bien développée dans son beau travail inséré au tome XI des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ; ce monstre, dis-je, a deux têtes attachées à deux cols bien distincts; la tête droite, bien conformée, est plus volumineuse que la gauche, dont la conformation est moins parfaite. Ces deux enfants se réunissent par leurs parties latérales au niveau des clavicules, et leur poitrine ainsi que leur ventre semblent se confondre en un seul tronc supporté par deux membres pelviens.

On peut constater l'existence de trois bras, dont deux ayant une apparence normale, et un troisième rudimentaire placé entre les deux têtes, au niveau des clavicules. La tête de l'humérus de ce bras rudimentaire semble s'articuler avec les deux omoplates correspondantes réunies du sujet droit et du sujet gauche, et après un court trajet d'environ 6 centimètres d'arrière en avant et de haut en bas, il paraît se perdre sous les surfaces tégumentaires. Les deux membres pelviens, dont la cuisse droite est un peu plus volumineuse, sont à très-peu près de même longueur.

Le pied droit est fortement renversé en dedans ; le gauche l'est aussi, mais à un moindre degré,

On suit distinctement, sous la peau, la colonne vertébrale de chaque sujet jusqu'à la région sacrée.

Ce xyphodime a tous les attributs extérieurs du sexe féminin ; il n'existe qu'un ombilic et qu'un seul cordon ombilical.

Les poids et mesures pris en notre présence par M. le docteur Paradis et par M. le docteur Rousseau et M. Muraoux, interne de l'asile d'Auxerre, sont indiquées dans la note ci-dessous (1).

(1) POIDS ET MESURES DU MONSTRE XYPHODIME.

Poids total	2 kil. 278 gr.
Tête droite.	m.
Circonférence occipito-frontale	0 30
Diamètre occipito-frontal	0 095
occipito-mentonnier	0 124
bipariétal	0 0880
bitemporal	0 08
Du sommet au menton	0 108
Côté droit.	
Du sommet droit à l'ombilic	0 24
De l'ombilic au talon droit	0 15
Bras droit	0 07
Avant-bras droit	0 06
Main droite	0 055
	0 185
Tête gauche.	
Circonférence occipito-frontale	0 27
Diamètre occipito-frontal	0 10
occipito-mentonnier	0 1460
bipariétal	0 750
bitemporal	0.063
Du sommet au menton	0 1160
Côté gauche.	
De l'ombilic au talon gauche	0 17
Bras gauche	0 07
Avant-bras	0 06
Main	0 055
Longueur totale	0 185
Faces.	
Distance des pommettes à droite	0 069
à gauche	0 060
Membres inférieurs.	
Circonférence de la cuisse droite P. M.	0 12
gauche	0 1050
Longueur de la cuisse droite à partir du grand trochanter	0 09
Longueur de la cuisse gauche	0 085
Diamètre des deux grands trochanters	0 075
Tronc.	
Du milieu de l'espace de séparation des deux têtes à la base du sternum	0 08
Diamètre des épaules	0 1250
Circonférence du thorax sur les ais-	

Cette réflexion de Newton, comme celle de Charles Bell, appartient, il est vrai, au philosophe et au sage chrétien...; mais, hélas! pauvre philosophie et pauvre sagesse humaines! elle peut être également la réflexion de l'homme malade. Depuis quelque temps, Charles Bell souffrait des premiers symptômes d'une angine du cœur. Il fit une excursion à Londres, après son cours du premier semestre de 1842, et il arriva le 27 mai à la campagne de M. Holland, près de Worcester. Les sites des bords de la Severn le ravirent; il dessina l'église de Hallow Park, avec le cimetière planté de beaux ifs ; et, le soir, il disait à sa femme : « Ces lieux sont pleins de charmes...; il me semble que j'y ferais volontiers une longue halte. » Ces mots étaient-ils l'expression d'un vague pressentiment? La soirée se passa gaîment dans la famille de M. Holland, et, seule, lady Bell, avec ce regard de l'affection inquiète à laquelle rien n'échappe, s'aperçut que son mari devenait pâle par moments, quoiqu'il parlât avec son animation habituelle du beau tableau de la Cène de Léonard de Vinci, dont son hôte lui montrait une gravure. Charles Bell répéta le mot de tendre reproche que le Sauveur adresse à ses disciples, et comme les chefs-d'œuvre de l'art élèvent l'âme à Dieu aussi bien que les beautés de la nature, il se fit lire en se couchant un psaume, et cette prière du culte protestant qui implore « *la paix que le monde ne saurait donner* (1). » Après quelques heures de sommeil, il se réveilla avec un accès de spasme, pria sa fidèle compagne de le soutenir dans ses bras, et il expira!

présomptueux, — pour ceux-là surtout qui n'ont jamais trouvé ni le caillou un peu plu poli, ni le coquillage plus agréablement varié! Quelle préparation pour les dernières recherches et les dernières découvertes de l'intelligence à son déclin, — pour ces doctrines inspirées qui peuvent seules jeter une clarté sur le sombre océan de la vérité inconnue! » (LIFE OF SIR ISAAC NEWTON, vol. II, p. 497.)

(1) N'est-ce pas un pendant à cette dernière scène de la vie de Charles-Quint, où l'auguste reclus de Yuste contemple un tableau du Titien? Voir ma CHRONIQUE DE CHARLES-QUINT, 2e partie.

Par décret du 27 janvier dernier, l'empereur a nommé M. le docteur Bancel, médecin en chef de la prison centrale de Melun, président de la Société locale des médecins de l'arrondissement de Melun, agrégée à l'Association générale.

— La Société de médecine de Caen avait mis au concours la question du traitement des anévrismes externes. Le prix a été décerné à un ancien lauréat de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Charles Fayel (de Caen).

Les renseignements suivants résultent de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés directement auprès de la mère de ces enfants, afin de connaître les diverses circonstances qui ont précédé et accompagné la conception et la grossesse. Quant aux particularités relatives à l'accouchement, nous les devons à l'obligeance de notre honorable confrère M. le docteur Paradis, ainsi qu'à celle de madame Drevet, accoucheuse de cette fille.

La mère, de taille moyenne, bien constituée, active, très-laborieuse, jouissant d'une assez bonne santé, mais d'une intelligence bornée, est âgée de 36 ans; elle est primipare et d'un tempérament nervoso-sanguin. La figure est amaigrie, le front sillonné de rides précoces, le peu d'abondance des cheveux châtain rouge indiqueraient un âge plus avancé. Cette fille n'a jamais recherché les personnes d'un sexe différent pour lesquelles elle manifestait plutôt de la répugnance; elle avait même refusé plusieurs partis avantageux par répulsion pour le mariage. (On ignore les précédents héréditaires.)

Le père est âgé de 26 ans; il est également bien constitué, mais d'un tempérament lymphatique, d'une intelligence bornée, sans précédents héréditaires fâcheux connus; il s'enivre rarement.

Cette fille a été réglée pour la première fois à 16 ans; la menstruation régulière donne lieu à une hémorrhagie très-peu abondante; elle dure deux jours et s'accompagne ordinairement de céphalalgie; les seins ont toujours été peu développés.

La conception, au dire de la mère, s'est effectuée dans les conditions ordinaires; elle en fait remonter l'époque à neuf mois avant l'accouchement. Ce xyphodime en effet a toutes les apparences d'un enfant venu à terme.

Les quatre premiers mois de la grossesse se sont écoulés sans qu'on eût autre chose à noter que les préoccupations et les peines inhérentes à une semblable situation; mais la fin de cette période s'est fait remarquer par une scène de violence entre le père et la mère et pendant l'intervalle d'un quart d'heure, durée de cette scène, le cœur de cette fille battait tumultueusement, la tête était brûlante et tous les membres étaient agités d'un tremblement convulsif. Une scène semblable s'est renouvelée au cinquième mois de la grossesse entre cette fille et sa maîtresse; c'est à la suite de cette dernière scène qu'elle a quitté la maison où elle servait depuis plusieurs années.

Durant tout le cours de la gestation, cette fille n'a ressenti aucune colique, n'a manifesté aucune souffrance particulière, si ce n'est une douleur sourde dans le côté droit où s'inclinait l'utérus, avec engourdissement du membre pelvien, et particulièrement du talon; les veines de ce membre étaient tuméfiées. Elle affirme, avec le ton de la sincérité et de la vérité, qu'elle n'a jamais eu même la pensée de faire une tentative d'avortement; elle avait averti une sage-femme et pris des mesures pour soigner son enfant. Elle a continué pendant sa grossesse de se livrer à ses rudes labeurs comme d'habitude sans commettre aucun écart de régime; toutefois elle ne se plaint pas que cet exercice, violent pour sa situation, lui ait fait éprouver des fatigues excessives.

Elle a senti les enfants remuer doucement pendant les derniers mois de la grossesse. Huit jours avant les premières douleurs, c'est-à-dire le 11 septembre, la rupture des membranes s'est opérée spontanément. Elle perdait, dit-elle, beaucoup d'eaux en même temps que le ventre s'affaissait, ce qui ne l'empêchait pas de travailler.

Le samedi, veille de ses couches, à sept heures du soir, cette fille rentrait chez elle portant encore du linge qu'elle venait de laver. Elle éprouva quelques temps après des nausées, puis vinrent, ajoute-t-elle, le lendemain dimanche, à deux heures du matin, de fortes douleurs qui ont amené le monstre le même jour, à midi, sans qu'on ait eu besoin d'employer le forceps.

L'accouchement s'est terminé de la manière suivante :

La tête droite, la plus volumineuse, a passé la première, puis le bras droit a été retiré par madame Drevet, qui a amené, à l'aide de tractions, le col de la seconde tête, puis celle-ci défléchie, par un mouvement complet de torsion, sur les parties latérales de la poitrine et de l'abdomen, et enfin le reste du corps. (Voir le mémoire de M. Paradis.)

Le placenta était volumineux et adhérent à l'utérus, puisqu'il a fallu que l'accoucheuse introduisît la main dans la cavité de cet organe pour le détacher; il était chatonné, simple, mais rien dans sa conformation ne paraissait extraordinaire. Du reste, aucune hémorrhagie grave n'a suivi son extraction; le cordon ombilical était unique et très-court; il a fallu en faire la section très-près de la vulve; les suites de couches ne présentent rien d'anormal.

Deux ecchymoses situées, l'une à la partie supérieure du cuir chevelu de la tête la plus volumineuse; l'autre sous la peau du côté gauche de la mâchoire inférieure de la plus petite tête, prouvent que les deux enfants vivaient encore pendant les fortes douleurs de l'accouchement.

selles	0 31
Circonférence de la base de la poitrine.	0 29
Tour du bassin.	0 22
Diamètre bisiliaque	0 078
Diamètre transverse de la base du thorax.	0 1050
De l'occiput au coccyx à droite	0 27
à gauche.	0 25
Ecartement supérieur des deux colonnes vertébrales	0 06
Longueur de la colonne vertébrale à droite	0 17
Longueur de la colonne vertébrale à gauche	0 16

Un cas de ce genre était de nature à fixer l'attention du premier magistrat de la ville d'Auxerre, qui effectivement, en administrateur aussi habile qu'ami de la science, a autorisé la conservation du monstre et réuni tous les médecins d'Auxerre, sous la présidence de M. le docteur Paradis, doyen d'âge et médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville, afin d'aviser au meilleur parti à prendre dans l'intérêt de la science.

A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. les docteurs Courot, Marci, Remy, Andrieux, Tonnellier, Fastré, Rousseau, Muraoux et Girard, il a été décidé, conformément à l'avis écrit de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, aussi savant que modeste, que ce xyphodime, qui devait lui être adressé, serait envoyé à M. Serres, afin que cet illustre académicien fût à même de vérifier divers résultats de son travail sur Ritta Christina, et pût enrichir la science d'un nouveau rapport et de nouvelles planches sur ce genre de monstruosités.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

II. BRITISH MEDICAL JOURNAL.

EMPLOI DU CAFÉ DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE; par M. SAMMUT.

Obs. — Un homme robuste, âgé de 55 ans, avait l'habitude de porter un bandage pour une hernie inguinale au début; mais depuis quelques jours il l'avait abandonné.

Le 7 octobre 1857, luttant avec un de ses camarades, il éprouva une violente douleur dans la région inguinale droite. On crut qu'il avait reçu un coup de pied, mais la douleur était le résultat de l'issue de sa hernie. Peu d'heures après, des symptômes d'étranglement se manifestèrent.

Le patient ne voulant pas supporter le taxis, on lui administra une infusion de café très-fort.

Immédiatement après, au grand étonnement de l'auteur, la face fut moins anxieuse, et la réduction fut facile.

Ce moyen est très-usité à la Havane, on le combine avec les bains et les frictions belladonées.

CONVULSIONS PUERPÉRALES AVEC OBLITÉRATION COMPLÈTE DU MUSEAU DE TANCHE; par M. THOMPSON.

Obs. — Une femme mariée, âgée de 35 ans, ayant un enfant de 12 ans, avait été traitée d'une affection utérine par des cautérisations répétées pendant plusieurs mois. Ses règles avaient été très-pénibles depuis lors; cependant elle devint enceinte, et, au huitième mois de sa grossesse, elle eut des convulsions puerpérales avec coma.

On constata que le museau de tanche était dur, rugueux, et qu'il offrait une ouverture très-petite, en arrière, et entourée de tissu cicatriciel.

Le docteur Lever y introduisit son doigt avec force et rompit les membranes, il se fit un peu de dilatation et le travail commença, mais il marchait lentement et les convulsions comateuses étaient extrêmement inquiétantes.

On perfora la tête de l'enfant, puis on parvint à l'extraire avec de grandes difficultés.

La mère se rétablit.

EFFETS DANS LE DIABÈTE DE L'ALIMENTATION SUCRÉE; par le docteur BUDD, médecin à l'infirmerie de Bristol, et le docteur WILLIAMS, médecin à l'infirmerie de Swansea.

Le docteur Budd rapporte un de ces cas exceptionnels sur lesquels M. Andral a fait une communication en 1855, à l'Académie des sciences. Il s'agit d'un diabétique qui, bien que soumis à une diète purement animale, continuait à rendre une très-notable quantité de sucre, et dont l'organisme se détériorait rapidement, malgré ce régime en apparence reconstituant. Il y a de plus, dans l'observation du docteur Budd, un fait très-curieux; c'est l'abaissement considérable et permanent du glucose dans les urines et le retour d'un malade très-faible et très-amaigri à un état général relativement très-satisfaisant par la substitution d'un régime qui comportait non-seulement une grande proportion d'aliments végétaux, mais *encore plus d'une demi-livre par jour de sucre en substance.*

Obs. — Un jeune cultivateur de 18 ans entra à l'infirmerie de Bristol le 19 mars 1857, avec les symptômes les plus caractéristiques du diabète. Malgré l'emploi de la diète animale, il allait dépérissant d'une manière sensible.

Le 31 mars, il était tellement dégoûté de son régime, qu'on substitua à son

pain de gluten 6 onces de pain ordinaire qui furent bientôt portés à 16. Il se trouva mieux, reprit quelque peu de forces et de substance. Toutefois, la glucosurie n'était point diminuée.

D'ailleurs, l'amélioration générale ne fut pas de longue durée; au commencement de mai, il était redevenu si faible qu'il était obligé de garder le lit. La langue était sèche et brune, le pouls devint fréquent. Il fut tourmenté par la toux et des douleurs thoraciques. Il semblait s'acheminer rapidement vers le terme fatal.

Le docteur Budd avait eu l'idée de lui donner du sucre, d'accord en cela avec son collègue M. Prichard, lorsque la GAZETTE MÉDICALE lui apprit que M. Piorry avait déjà eu recours à ce moyen avec succès. Il n'hésita plus à changer complétement le régime de son malade. Il le mit à une alimentation variée et généreuse; il y ajouta 8 onces de sucre candi et 4 onces de mélasse par jour.

Ce nouveau plan fut mis en usage le 22 mai. Il eut d'abord peu d'effet sur la quantité d'urine rendue et sur son poids spécifique, qui diminuèrent pourtant un peu. Mais l'influence sur la santé générale fut marquée et immédiate.

Le malade prenait de nouveaux aliments avec le plus grand plaisir; sa force et sa santé revenaient à vue d'œil. La glucosurie diminuait dans la même proportion, à tel point que le 22 juillet, juste deux mois après l'adoption du nouveau système, le malade ne rendait plus que trois pintes d'urine (1lit,700c) par jour, du poids spécifique de 1032. Cependant il prenait, outre sa nourriture végétale, 8 onces de sucre et 6 de miel, quotidiennement.

Depuis lors (novembre 1857), la quantité d'urine a un peu augmenté, jusqu'à 2 à 3 litres, dont le poids varie de 1032 à 1034. A tout autre égard, son état est très-satisfaisant; il a très-bonne mine, le teint vermeil; il se sent fort et à l'aise. La langue est humide, pas de soif; la peau, qui était rude et sèche à l'extrême, est devenue souple et naturelle.

Quand le malade a commencé l'alimentation sucrée, il pesait 48k,513; il pèse aujourd'hui 57k,550.

Sans doute ce traitement n'a été que palliatif, puisque la glucosurie existe encore; mais ce n'en est pas moins un fait très-remarquable que de voir un diabétique refaire sa constitution en mangeant du sucre, et la glucosurie diminuer considérablement avec ce régime. Cette observation vient à l'appui des idées de MM. Dumas, Bernard, Andral et Piorry sur la nécessité de la présence du sucre dans l'économie pour l'entretien de la vie, et elle tend à faire conclure que lorsque le rein élimine rapidement tout le glucose qui se produit dans l'organisme, il faut en introduire de nouvelles quantités par l'alimentation pour subvenir aux besoins de la nutrition; ainsi, le régime exclusivement azoté ne conviendrait pas dans tous les cas. Mais il ne faut pas généraliser cette exception. Dans les cas les plus ordinaires, l'alimentation sucrée serait nuisible.

Le docteur Williams, qui, d'après le fait du docteur Budd, l'a essayée sur deux diabétiques chez lesquels la nutrition s'effectuait encore d'une manière satisfaisante, l'a vue aggraver considérablement tous les symptômes; la quantité et le poids spécifiques de l'urine s'accrurent d'une manière notable, et le retour au régime azoté ne ramena que lentement la sécrétion urinaire aux conditions où elle était avant l'usage du sucre.

III. EDINBURGH MEDICAL JOURNAL.

Les livraisons du mois d'avril au mois de décembre 1857 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Notice historique sur Daça Chacou*; par M. Wilson. 2° *Ovariotomie*; par M. Edwards. 3° *Rupture de la rate*; par M. Playfair. 4° *Présence de la sarcine dans les urines*: par M. Begbie. 5° *Congestion passive de la muqueuse bronchique*; par M. Chesterfield. 6° *Névralgie des parois abdominales guérie par la morphine*; par M. Oliver. 7° *Stéatome*; par M. Glover. 8° *De la glycérine*; par M. Lindsay. 9° *Observations chirurgicales*; par M. Syme. 10° *Des inflammations internes*; par M. Alison. 11° *Idem*; par M. Bennett. (Les professeurs Alison, Christison, et les docteurs Watson, Wood et Gairdner ont pris la principale part à une discussion soulevée à la Société médicale d'Edimburg, par le professeur Bennett, dans laquelle des questions considérables de doctrine et de pratique ont été traitées avec un remarquable talent. Nous devons nous borner à indiquer ici les principales : 1° Pourquoi saigne-t-on beaucoup moins qu'il y a vingt ans dans la pneumonie? 2° Est-ce parce qu'on est arrivé à une notion différente de l'inflammation, résultat des travaux modernes? 3° Est-ce parce que l'inflammation a changé de type? 4° En fait, quel est l'effet de la saignée sur la marche, la durée, la terminaison de la pneumonie? 5° Quand et comment convient-il de saigner dans la pneumonie? 6° Les résultats des traitements de la pneumonie dans lesquels la saignée a peu ou point de part sont-ils supérieurs à ceux où la saignée est employée dans une certaine mesure et dans certaines conditions?) 12° *Rapport sur les affections oculaires*; par M. Hamilton. 13° *Tuméfaction insolite*; par M. Milton. 14° *Fièvre de Crimée*; par M. Pinkerton. 15° *De la lèpre tuberculeuse et anesthétique*; par M. Fiddes. 16° *Effets de la saignée*; par M. Watson. 17° *Lipomes héréditaires*; par M. Murchison. 18° *Empoisonnement avec le thevetia nereifolia*; par MM. Balfour et Douglas. 19° *De l'ovariotomie*; par M. Clay. 20° *Hémorrhagies à la suite de contusions des organes génitaux*; par M. Spence. 21° *Fistules gastro-coliques*; par M. Murchison. 22° *Durée du travail*; par M. Duncan. 23° *Influence des épidémies sur les animaux d'une classe inférieure*; par M. Lindsay. 24° *De la fréquence des calculs vésicaux au Bengale*; par M. Playfair. 25° *Observations sur le choléra de Varna*; par M. Mackay. 26° *Des caractères de l'urine chez les goutteux et les rhumatisants*; par M. Laycock. 27° *Inflammation et ulcération de la peau causée par une solution arsenicale concentrée*; par M. Brown. 28° *Présence des corpuscules graisseux dans les matières fécales*; par M. Bidie. 29° *De la saignée*; par M. Gairdner. 30° *Bubon intra-abdominal*; par M. Jordan. 31° *Empoisonnement par l'ammoniaque*; par M. Patterson. 32° *Staphyloraphie pratiquée avec succès*; par M. Young. 33° *Changement dans la constitution inflammatoire*; par M. Alison. 34° *Succès de la pepsine dans une extrême débilité*; par M. Ross. 35° *Ulcère de l'œsophage perforant l'aorte*; par M. Combe. 36° *Abcès de l'aine simulant la hernie*; par M. Alexander. 37° *Cas d'entérite*; par M. Hamilton. 38° *Tumeur de la pie-mère comprimant la moelle*; par M. B. Bell. 39° *Empyème et pneumothorax*; par M. Gairdner. 40° *Relation médicale sur l'Inde*; par M. Bidie. 41° *Des injections dans les maladies des bronches*; par M. Bennett. 42° *Suicide au moyen de l'arsenic*; par M. Paterson. 43° *Statistique sur la pneumonie*; par M. Mitchell. 44° *Syphilisation en Norwége*; par M. Lindsay. 45° *Pathologie du cerveau*; par M. Boyd. 46° *Rapport sur la prison du comté de Fife*; par M. Lindsay. 47° *Quantité d'arsenic trouvée après un empoisonnement*; par M. Christison. 48° *Surface interne de l'utérus après la délivrance*; par M. Duncan. 49° *Influence du climat sur la phthisie*; par M. Pinkerton. 50° *Luxation de l'humérus en arrière*; par M. Alexander. 51° *Rupture du périnée et du sphincter anal*; par M. Parker. 52° *Cas d'iléus*; par M. Macleod.

DE LA RUPTURE DE LA RATE; par M. GEOR. R. PLAYFAIR, M. D.

Le docteur Playfair, médecin dans l'Inde, à la station de Sharunpore pendant deux ans et demi, était chargé de l'autopsie des personnes qui avaient succombé à une mort subite ou violente. Dans cet espace de temps, il a rencontré plus de 20 cas de rupture de la rate.

Des relevés faits avec soins dans les localités marécageuses établissent que le tiers des habitants est atteint de développement pathologique de la rate. Quel que soit le degré de cette augmentation de volume, il y a une condition morbide qui ne manque jamais dans les cas de rupture : c'est le ramollissement considérable de ce viscère. La vie de la personne qui porte une rate aussi friable ne tient vraiment qu'à un fil : une action physique très-faible, un léger choc, une secousse un peu brusque, voire même la contraction soudaine des muscles abdominaux, suffit à déterminer la rupture qui produit une hémorrhagie aussi rapidement mortelle que la section de la carotide. La mort a lieu de sept à huit minutes, en moyenne, après l'accident. L'apparence du cadavre est caractéristique. Les téguments sont exsangues, l'abdomen distendu et fluctuant. Les dimensions de la déchirure sont très-variables, mais il faut apporter le plus grand soin pour ne pas l'agrandir pendant l'autopsie, à cause de l'extrême friabilité de la rate.

Le docteur Playfair, après avoir rapporté quelques exemples de cette rupture, termine par les remarques suivantes. Le principal danger ne provient pas ici, comme dans les affections organiques des autres viscères importants, de l'extension de la maladie et de ses effets sur la constitution, mais de l'imminence d'une mort subite à la moindre violence extérieure. La plupart de ceux qui portent une rate malade sont anémiques, languissants, débilités; mais un très-grand nombre vivent des années dans un état de santé relative, sans savoir combien leur existence est précaire.

Il nous semble que le docteur Playfair a dépassé les limites de l'induction en concluant, d'après la friabilité de la rate chez les sujets atteints de rupture, que cet organe devait être ramolli chez toute personne qui porte une rate agrandie. S'il en était ainsi, les cas de rupture ne se compteraient pas par vingtaines, mais par centaines, et l'autopsie des sujets à grosse rate, quelle qu'ait été la cause de leur mort, montrerait infailliblement la diminution de consistance liée à l'augmentation du volume de l'organe. Nous ne pouvons croire qu'il en soit ainsi dans l'Inde : les études de nos médecins militaires sur

les rates africaines nous apprennent qu'il faut classer les rates hypertrophiées en deux groupes : 1° avec augmentation de consistance ; 2° avec ramollissement. Le premier est de beaucoup le plus nombreux et comprend la plus grande partie des cas anciens ; il est évident que, pour cette catégorie, il n'y a aucun risque de rupture ; mais aussi elle n'offre que très-peu de chances de diminution notable du volume de la rate indurée.

PRÉSENCE DE LA SARCINE DANS L'URINE ; par M. BEGBIE.

La sarcine, végétal parasite, fut découverte par Goodsir ; puis M. Robin confirma son existence. On l'a rencontrée dans les vomissements, dans les diarrhées chroniques, dans la sérosité ventriculaire, dans les dépôts d'urine, etc.

Voici un fait nouveau observé par M. Begbie.

OBS. — Un jeune homme souffrait depuis longtemps de maux de reins, qu'il ressentait principalement, après ses repas, quand il faisait de l'exercice ; de plus, il urinait fréquemment. L'urine était pâle, offrait un sédiment muqueux ; sa réaction était neutre. Au microscope, on y découvrit beaucoup de sarcine, d'épithélium et de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Le malade était dyspeptique depuis plusieurs années.

On lui prescrivit de petites doses de rhubarbe, de bicarbonate de soude, d'acide phosphorique et chlorhydrique.

Les symptômes dyspeptiques disparurent, mais la sarcine persista dans les urines ; on constatait sa présence et dans l'urine fraîche et dans les dépôts anciens.

NÉVRALGIE DES PAROIS ABDOMINALES ; par M. JAMES OLIVER, L. F. P. S.

Cette affection, qui durait depuis quatre ans, avait résisté à tous les moyens usités, quand le docteur Oliver, d'après l'avis du docteur Sympson, eut recours au traitement du docteur Alexandre Wood. Soixante gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine furent injectées avec la seringue graduée dans le tissu cellulaire de la partie affectée, et la malade tomba quelques minutes après dans un profond sommeil. Elle se réveilla huit heures après, prit une tasse de thé et s'endormit de nouveau pendant douze heures. En s'éveillant elle n'éprouvait plus aucune douleur. Cette seule opération a sufli pour obtenir une guérison complète et durable.

OBSERVATIONS SUR LA LÈPRE TUBERCULEUSE ET ANESTHÉTIQUE DE LA JAMAÏQUE ; par M. FIDDES.

A la Jamaïque, dit l'auteur, la lèpre est endémique et semble en voie d'accroissement.

Voici les questions qu'il passe successivement en revue :

1° *Causes*. Elles sont souvent inconnues ; cependant on ne peut nier l'influence de la malpropreté et d'une nourriture composée exclusivement de poissons. La maladie atteint, du reste, et le nègre misérable et le blanc qui jouit de tout le luxe de la civilisation.

2° *Sexe*. Les hommes y sont plus sujets que les femmes.

3° Quant à la *susceptibilité des races*, les noirs sont atteints plus facilement que les juifs, et ceux-ci plus aisément que les Européens.

4° *L'hérédité* est une chose incontestable ; elle retentit avec plus de force sur la seconde génération. Sur 145 lèpres à forme tuberculeuse, 127 avaient une origine héréditaire ; et sur 68 cas de lèpre des jointures, 57 étaient dans les mêmes circonstances. Les nouveau-nés ne présentent jamais rien de particulier.

5° *Instinct génésique*. On a prétendu alternativement que cette propriété était abolie ou exagérée. Ces deux propositions sont également fausses.

6° L'idée de la *contagion* a été tellement répandue qu'il est possible qu'elle ait eu quelque fondement autrefois ; mais actuellement, rien ne peut la justifier.

7° Quant à la *durée de l'affection*, elle est influencée par les conditions extérieures. La moyenne de la vie des tuberculeux est de neuf ans et demi à l'hôpital de Bergeo. La lèpre semble amener plus rapidement la mort.

7° Dans la forme tuberculeuse, la *mort* est produite par le dépôt des tubercules dans le thorax et l'abdomen. De là des catarrhes, des pleurésies, des pneumonies, des entérites graves, etc.

8° La lèpre *tuberculeuse* commence par des taches décolorées à la peau, généralement circulaires, de dimension variable. Chez le nègre, elles sont jaunâtres.

9° La lèpre *anesthétique* débute au contraire par une atrophie des extrémités, avec douleur, puis insensibilité.

10° *Traitement*. On a vanté l'arsenic, mais les faits observés par l'auteur ne sont pas favorables à ce médicament ; on a confondu, suivant lui, la lèpre et le psoriasis.

L'iodure de potassium possède la propriété de calmer les douleurs nerveuses, et rien de plus.

Le gayac ne possède aucun pouvoir spécifique, seulement il reconstitue un peu les forces.

L'huile de foie de morue n'a point ici la même efficacité que sur les tubercules pulmonaires.

Le moyen qui a donné le plus de succès à l'auteur, c'est l'usage de l'eau en application sur tout le corps, pendant plusieurs mois, une heure ou deux chaque jour. Il faut beaucoup de persévérance.

La morphine donne aussi de bons résultats.

DIAGNOSTIC DE LA FISTULE GASTRO-COLIQUE ; par M. CH. MURCHISON, M. R. C. P.

La fistule gastro-colique est le plus souvent une des suites de l'ulcère simple ou cancéreux de l'estomac ; mais le cancer la produit beaucoup plus fréquemment que l'ulcère simple.

Dans ce cas, le cancer peut avoir débuté par le colon, plus rarement encore par les parois abdominales. La fistule peut aussi résulter de la fonte d'une masse tuberculeuse interposée entre l'estomac et le colon ; elle peut avoir en même temps un orifice extérieur. L'adhérence du colon à l'estomac est souvent intime ; leurs parois sont soudées ; mais d'autres fois ils ne communiquent que par l'intermédiaire d'une sorte de cloaque, dans lequel ils s'ouvrent chacun de son côté. Le pylore ou la grande courbure sont le siége ordinaire de l'ouverture, dont le diamètre est rarement moindre qu'un pouce et s'élargit souvent de plus du double.

On observe d'abord les symptômes de la maladie dont la fistule est la suite, du cancer le plus souvent. La période de formation de la fistule peut être marquée par des douleurs abdominales plus vives, des coliques de la diarrhée. La communication établie, les matières fécales du colon passent dans l'estomac, et les aliments reçus dans l'estomac passent non digérés dans le colon ; de là vomissements de matières fécales et lienterie, qui sont les caractères pathognomoniques de cette lésion. Mais le vomissement fécal peut manquer ; dans ce cas on trouve presque certainement la lienterie qui, jointe aux autres signes, laissera peu de doute au diagnostic.

Dans ce cas, l'orifice stomacal sera probablement situé au pylore ou près du pylore, où la communication sera très-large.

S'il n'y avait ni vomissement fécal ni lienterie, ce qui n'est possible que lorsque l'ouverture est très-étroite, la rapidité de l'amaigrissement, le soulagement relatif dans les souffrances du malade, les résultats de la percussion, pourraient faire deviner l'établissement de la fistule.

La vie peut se prolonger pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années même, selon la nature et les progrès de l'affection qui a amené la fistule, selon le siége et la largeur des orifices de cette dernière.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR UN CARACTÈRE DE L'URINE DANS LE RHUMATISME ET LA GOUTTE ; RAPPORT INTIME DE CETTE QUESTION AVEC LE DIAGNOSTIC DES DIATHÈSES ; par le professeur THOMAS LAYCOCK, de l'Université d'Edimbourg.

Si dans un cas de rhumatisme ou de goutte rhumatismale, on reçoit l'urine dans un vase de verre et qu'on l'y laisse refroidir, on y verra très-probablement apparaître un nuage muqueux contenant de petites masses opaques et caillebottées. Ce nuage, vu au microscope, présente diverses apparences en rapport avec les divers états du malade ; toutefois il y en une très-constante, savoir : des cellules à noyaux et des nucléoles ou granules qui semblent constituer réellement les petites masses opaques ci-dessus mentionnées.

1° Les cellules à noyaux contiennent des nucléoles en nombre variable, si on les traite par l'acide acétique, ils se réduisent à deux ou à quatre. Ces cellules ressemblent à celles des tubes urinifères en spirale.

2° On voit des masses arrondies de granules ou nucléoles, variant en apparence depuis une agglomération visible en nucléoles, jusqu'à une cellule mal limitée renfermant beaucoup de granules ;

3° Des nucléoles ou granules libres.

L'auteur avoue que ces caractères ne se trouvent pas seulement dans l'urine des rhumatisants et des goutteux, mais ils y sont assez fréquents pour obtenir une grande importance dans le diagnostic de la diathèse rhumatismale. Malheureusement, cette notice de diathèse est

elle-même mal définie. Obscure dans ses caractères pour tous et même pour le savant professeur qui les étend à un grand nombre d'affections dans lesquelles la diathèse est vaguement soupçonnée; bien loin d'être démontrée, elle prête beaucoup trop à l'hypothèse et au paralogisme. Jusqu'à présent les caractères de l'urine n'établissent pas mieux la diathèse que la diathèse n'entraîne les caractères de l'urine.

CAS D'EMPYÈME ET DE PNEUMO-THORAX AVEC UN SON MÉTALLIQUE PARTICULIER EN RAPPORT AVEC LES BRUITS DU CŒUR; par W.-E. GAIRDNER, docteur-médecin.

OBS. — Le sujet de cette observation est un journalier âgé de 37 ans. Il avait été atteint, il y a trois ans, d'une pleurite aiguë du côté gauche, qui se termina par un empyème. Le pus s'ouvrit d'abord une issue dans une des bronches, et quelque temps après sur les parois mêmes du thorax, de sorte que ce malade était depuis longtemps porteur d'une double fistule pleurale, l'une s'ouvrant dans les bronches, l'autre sur la paroi costale, et il rendait du pus fétide en quantité variable, soit par la bouche, soit par l'orifice pariétal.

C'est en cet état qu'il fut reçu à l'hôpital. L'expansion du côté gauche du thorax est visiblement moindre qu'à droite. La percussion à gauche, en avant, donne généralement un son mat; mais dans le tiers supérieur il y a une faible résonnance tympanique. Le murmure respiratoire est partout diminué. En haut et en dehors on perçoit après chaque battement du cœur comme un écho sonore, mais profond, du bruit avec un murmure particulier qui n'est pas perceptible à la pointe du cœur ni au-dessus de l'aorte. Entre le troisième et le quatrième espace intercostal, le second bruit est redoublé près de l'articulation sterno-claviculaire, l'expiration est accompagnée d'un souffle rude, et l'inspiration d'un craquement sec et sonore.

En arrière, matité de tout le côté gauche avec affaiblissement de la respiration; on ne la perçoit plus ou presque plus latéralement, elle est remplacée par un souffle tubaire à la racine des bronches. La toux et les profondes inspirations sont rudes, retentissantes, mais à peine métalliques. Ce caractère, plus distinct dans l'inspiration, pourrait cependant passer pour l'exagération du souffle tubaire. La résonnance vocale n'est pas notablement altérée en arrière et en haut, mais aux environs du bord inférieur du scapulum, à la racine du poumon, et dans les deux tiers inférieurs, elle atteint presque le caractère égophonique, plus marqué encore vers la sixième et septième vertèbre dorsale.

L'auscultation et la percussion du côté droit donnent des résultats entièrement satisfaisants.

Le malade qui était, en outre, atteint d'albuminurie, mourut subitement quelques jours après, à la suite d'un accès convulsif qu'on crut pouvoir rapporter à l'urémie.

Autopsie. — Adhérence générale et solide du péricarde avec le cœur, et dans un certain espace avec la plèvre gauche.

Le cœur un peu hypertrophié.

La plèvre gauche est très-fortement adhérente en avant jusqu'auprès de la ligne médiane. Ces adhérences étant brisées, on trouve une cavité, formée par la plèvre, contenant environ une pinte de matière purulente épaisse. Le poumon gauche, débarrassé de ses adhérences, est réduit à 6 pouces de long sur 2 pouces et demi de large. La partie supérieure crépite à peine, tout le reste est complétement carnifié.

La plèvre est généralement très-épaissie et cartilagineuse en quelques endroits.

Les côtes sont saines.

Le poumon et la plèvre du côté droit ne présentent aucune altération.

Le son anormal perçu à la région du cœur était un écho métallique et caverneux du premier bruit, communiqué par le cœur ou l'aorte à la paroi d'une cavité voisine remplie d'air.

La production d'un son métallique dans une cavité voisine, sous l'influence des battements du cœur, n'est pas sans exemple, mais il ne se présente pas avec le caractère d'un simple écho métallique d'un bruit du cœur, semblable à celui qui accompagne quelquefois la respiration ou la voix dans le pneumo-thorax.

Dans les bruits métalliques produits dans l'estomac rempli d'air, sous le choc du cœur, les sons anormaux sont dus manifestement au mouvement des liquides de l'estomac lui-même; le cœur est la cause de ces bruits, il n'en est pas l'origine. Mais ici le son était dû à la réflexion, à la réverbération du premier bruit dans le cœur ou dans l'aorte. Il était simple, homogène et entièrement dépourvu du timbre, du tintement ou du craquement métallique; il ressemblait beaucoup plus à l'écho amphorique que produit la voix ou la toux dans les cas des pneumo-thorax sans épanchement.

Mais pourquoi cette répercussion métallique des bruits du cœur ne s'observe-t-elle pas d'ordinaire dans les cas de pneumo-thorax? Quelle est la condition nécessaire à sa production? C'est ce que l'auteur ne saurait dire; cependant il lui semble que les adhérences du péricarde au cœur et à la plèvre ne sauraient être une circonstance indifférente dans les causes de ce phénomène.

Remarquons d'ailleurs que ce fait est en faveur de la théorie de Skoda sur la production des sons métalliques dans le pneumo-thorax: tout bruit produit aux environs d'une cavité à parois vibratiles, remplie d'air, peut retentir dans cette cavité avec un timbre métallique.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

SUCCÉDANÉ DU SULFATE DE QUININE.

M. HALMA-GRAND lit un mémoire sur les conditions physiques et chimiques qui doivent présider à la composition de tout fébrifuge succédané du sulfate de quinine, et en particulier du cyanoferrure de sodium et de salicine.

Dans ce mémoire, qui est l'œuvre collective de MM. Halma-Grand, Duhalde et Gaucheron, les auteurs se sont proposé d'établir, par le raisonnement et par l'expérience, que le cyanoferrure de sodium et de salicine réunit toutes les conditions qui le rendent propre à devenir un succédané du sulfate de quinine.

« Ce composé, disent-ils, est *amer*, par conséquent tonique, et il agit sur l'estomac à la manière du sulfate de quinine; il est *azoté* et par cela même peut être absorbé: en effet, nous avons trouvé plusieurs fois, dans les urines des malades qui en avaient fait usage, du cyanoferrure de sodium et de salicine qui s'y transforme en hydrure de salicyle et en acide salicylique. »

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Pelouze et Andral.

SUR L'APPLICATION DE LA CAUTÉRISATION LINÉAIRE A L'ABLATION DES LIPOMES OU TUMEURS GRAISSEUSES; par M. LEGRAND.

(Commissaires: MM. Velpeau, J. Cloquet.)

L'auteur, malgré ce que semblerait indiquer le titre de son mémoire, n'a pas recours, pour l'ablation des lipomes, seulement à la cautérisation linéaire, mais encore à ce qu'il a nommé dans de précédentes communications la cautérisation destructive. Il rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles il a eu recours à ce double moyen qui, entre ses mains, n'a jamais été, dit-il, suivi du développement d'un érysipèle. Il confesse qu'il n'est pas parvenu à écarter de ce mode d'opération la douleur, et même une douleur habituellement suivie d'une vive réaction. D'ailleurs il déclare qu'il ne le regarde pas comme applicable aux tumeurs très-volumineuses pour lesquelles il n'hésiterait pas lui-même à proposer l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant.

DES OS INTERMAXILLAIRES DANS L'ESPÈCE HUMAINE; par M. LARCHER.

(Commissaires précédemment nommés: MM. Serres, Flourens, Geoffroy-Saint-Hilaire.)

Je dois à l'obligeance de mon ami le docteur Lenoir, chirurgien en chef de l'hôpital Necker, la possession de la pièce que je produis:

Il s'agit ici d'un sujet de 4 à 5 ans, atteint d'un bec-de-lièvre double, et que M. le docteur Lenoir se proposait d'opérer, quand l'enfant a tout à coup succombé aux suites d'une fièvre éruptive. Je ferai remarquer encore, au point de vue tératologique, ce qui constitue, selon moi, la caractéristique de la rhinocéphalie, à savoir: le vomer grandi dans toutes ses proportions, et portant avec lui, et en avant de lui, les deux os intermaxillaires avec les alvéoles des dents incisives..... Au point de vue de l'anatomie philosophique, contester chez l'homme, à l'état primordial, l'existence des os intermaxillaires, c'est briser, sans examen sérieux, l'un des anneaux d'une admirable chaîne; c'est méconnaître la grande loi de l'unité de composition organique si bien formulée par notre illustre Geoffroy-Saint-Hilaire. Je maintiens donc ce que j'ai dit quant à l'existence des intermaxillaires à l'état primordial dans l'espèce humaine.

La pièce mentionnée dans la note de M. Larcher est mise sous les yeux de l'Académie.

GÉNÉRATION DES INFUSOIRES.

M. FLOURENS, en présentant au nom de l'auteur M. P. Mantegazza (de Milan) un exemplaire de ses recherches sur la génération des infusoires, fait remarquer que l'envoi de ce travail, qui avait été communiqué en août 1852 à l'Institut lombard, est motivé par les discussions auxquelles ont donné lieu, dans le sein de l'Académie, les récentes communications de M. Pouchet. M. le secrétaire perpétuel donne, dans l'extrait suivant de la lettre d'envoi, une idée du travail du savant italien:

« Exp. II, p. 17. — Je prépare de l'eau chimiquement en faisant passer un courant d'hydrogène sec sur du bioxyde de cuivre chauffé à rouge dans un tube de verre. L'oxyde et le tube ont été rougis auparavant. L'eau obtenue de cette manière a été recueillie dans un tube de verre qui avait été chauffé au rouge et a été introduite dans un tube gradué en centimètres cubes où je l'ai fait bouillir avec des feuilles fraîches de laitue. Tandis que le liquide était en ébullition, j'ai rempli le tube avec du mercure chauffé à + 130° c., et je l'ai renversé sur une cuvette remplie du même métal chauffé à la même température. Tout étant disposé comme je viens de dire, j'ai fait entrer dans le tube 9 centim. cubes d'oxygène préparé avec le chlorate de potasse et qui avait passé par un tube de verre rougi. Après cent soixante et une heures, j'ai rencontré dans la décoction de laitue des monades vivantes.

» La température moyenne dans ce temps a été de + 25° c.

» Obs. III. — Dans un tube solide de verre de la longueur de 15 centim., j'ai fermé avec la lampe de la décoction de laitue, en laissant le tube rempli d'air dans une longueur de 10 centim. J'ai laissé à la température ordinaire le tube ainsi préparé l'espace de quarante-huit heures, après quoi je l'ai exposé pendant trente minutes à 100° c., et pendant quarante minutes à + 140°, dans un bain d'une solution saturée et bouillante de carbonate potassique; cinquante-neuf heures après j'ai coupé le tube et j'ai rencontré dans la décoction des *bacterium sermo* vivants.

» La température moyenne avait été de + 25° c.

» Exp. IV. — J'ai introduit dans un tube plat de l'eau distillée et un morceau de la partie intérieure d'une courge à peine arrachée de la plante en fermant avec la lampe les deux extrémités de mon tube. Je suis resté sans bouger seize heures au microscope, et j'ai vu se former sous mes yeux des *bacterium* et des *vibrio lineola*. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Rhône et du Gers (Comm. des épid.);

2° La recette d'un sirop proposé par M. le docteur Smyttère, pour remplacer le sirop de baume de Toln (Comm. des remèdes secrets).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Barallier (de Toulon) sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une note sur le choléra, par M. le docteur Pons (de Bez);

3° Une lettre par laquelle M. le docteur Lantenois demande que l'Académie veuille bien adjoindre à la commission qu'elle a nommée pour l'examen de son mémoire *sur l'aurantium*, des membres correspondants qui, là où les fièvres paludéennes règnent endémiquement, aient l'occasion d'essayer ce nouveau fébrifuge;

4° Le portrait photographique d'un enfant monocle, né à Porstrein (Finistère), le 13 janvier 1859, et décédé le 22 du même mois. Ce portrait est envoyé par M. Tennage, chef de division au ministère de l'intérieur (Commiss., M. Depaul).

DE LA DYNAMOSCOPIE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

M. le docteur Collongues adresse une note comprenant le résumé de trois catégories d'observations d'hémorrhagie cérébrale.

La première catégorie renferme quatre observations d'hémorrhagie cérébrale dite foudroyante.

La deuxième renferme quatre observations d'hémorrhagie cérébrale avec persistance de la vie jusqu'au troisième, quatrième ou cinquième jour.

Enfin, la troisième renferme trois observations d'hémorrhagie cérébrale avec persistance de la vie.

De l'étude de ces observations au point de vue dynamoscopique, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le bourdonnement dans l'hémorrhagie cérébrale n'est pas dû à la contraction musculaire.

Dans la première catégorie d'observations, si le bourdonnement dépendait de la contraction fibrillaire des muscles, là où les fibres musculaires sont les plus nombreuses, le bourdonnement devrait être le plus fort. Dans l'hémorrhagie cérébrale, le bourdonnement est plus fort à la voûte crânienne, là où la masse musculaire est la moins forte.

Si le bourdonnement dépendait, après la mort, de la contraction fibrillaire, le genre de mort n'influerait pas sur le bourdonnement, et nous avons observé qu'il en est autrement dans l'hémorrhagie cérébrale foudroyante.

Si le bourdonnement dépendait, après la mort, de la contraction fibrillaire, il devrait toujours exister, et nous avons cité un cas de mort subite avec disparition instantanée du bourdonnement.

Une observation nous a montré un bourdonnement d'un côté, après la mort, et sa non-existence de l'autre côté à l'extrémité des doigts des mains. Si la contraction musculaire fibrillaire était la cause du bourdonnement, il n'y aurait plus de raisons pour qu'il existât d'un côté plutôt que de l'autre.

Dans la deuxième catégorie d'observations, une observation nous a montré le bourdonnement du côté paralysé et non du côté non paralysé; or la contraction musculaire n'existe pas d'un côté et existe de l'autre.

Il est assez commun de voir le bourdonnement absent de l'extrémité des doigts pendant tout le temps de la vie, soit qu'il y ait contraction musculaire des deux côtés ou d'un seul côté seulement.

Le bourdonnement peut d'abord paraître très-fort, baisser, disparaître, être intermittent, et cela alors même que l'on forcerait le malade à contracter ses muscles.

Dans la troisième catégorie d'observations, le bourdonnement est souvent entendu du côté paralysé, bien qu'il y soit plus petit que du côté non paralysé. Du côté hémiplégié, le bourdonnement, s'il dépendait de la contraction musculaire, ne devrait jamais être entendu.

2° Le bourdonnement, dans l'hémorrhagie cérébrale, n'est pas dû à la circulation sanguine.

Dans la première catégorie d'observations, trois observations nous ont montré le bourdonnement longtemps après que le cœur a cessé de battre.

Dans la deuxième catégorie, si le bourdonnement est supprimé à l'extrémité des doigts, la circulation ne l'est pas.

Si le bourdonnement est supprimé d'un côté et non de l'autre, la circulation est égale des deux côtés.

Dans la troisième catégorie, si le bourdonnement est faible ou supprimé du côté paralysé, le pouls y est égal des deux côtés.

3° Le bourdonnement n'est pas dû à la chaleur animale.

Dans la première catégorie d'observations, le bourdonnement est plus fort à la région crânienne, et le thermomètre indique une chaleur moindre ou égale à la tête, à la région épigastrique, sous l'aisselle, aux aines.

La chaleur thermométrique a persisté longtemps après la disparition du bourdonnement. Elle est égale des deux côtés, alors que le bourdonnement n'est entendu que d'un côté.

Dans la deuxième catégorie, le bourdonnement peut rester absent de l'extrémité des doigts pendant tout le temps de la vie, et la chaleur thermométrique indiquer aux mains les plus hautes températures.

Le bourdonnement existe d'un côté et est absent de l'autre. Le thermomètre n'indique rien d'appréciable soit d'un côté, soit de l'autre.

Dans un temps égal, le bourdonnement a présenté de grandes variations, et la température est restée égale.

Dans la troisième catégorie, le bourdonnement est très-fort d'un côté, nul ou très-faible de l'autre. Le thermomètre ne fait voir aucune différence.

4° La dynamoscopie éclaire le diagnostic de la mort dite foudroyante.

L'anatomie pathologique pouvait seule jusqu'ici, dans l'hémorrhagie cérébrale foudroyante, déterminer le genre de mort. La dynamoscopie peut arriver, semble-t-il, au même résultat. Elle précise, de plus, le moment de la mort et enlève la crainte d'un enterrement prématuré. Elle précise le moment de l'inhumation qui, dans l'esprit public ainsi que dans la loi, est encore tout à fait inappréciable. La dynamoscopie fixe ainsi la terminaison de la maladie.

5° La dynamoscopie assure le pronostic de l'hémorrhagie cérébrale.

Si le bourdonnement reste supprimé à l'extrémité des doigs après l'attaque, on devra porter un pronostic grave. S'il persiste à être silencieux vingt-quatre heures après l'attaque, c'est une signe de mort certaine et prochaine; son existence à l'état normal, d'un côté, après une hémorrhagie cérébrale, et sa nullité ou sa faiblesse, de l'autre côté, indiquent que le malade survivra à l'attaque, mais avec une hémiplégie. Le pronostic sera également très-grave si l'on observe des variations de bourdonnement des deux côtés des doigts ou même d'un seul côté.

6° La dynamoscopie nous apprend qu'aucune espèce de traitement connu ne modifie l'hémorrhagie cérébrale. (Comm. nommée.)

— M. Robin dépose sur le bureau le quatrième volume de la deuxième série des Mémoires de la Société de biologie.

— M. Depaul fait hommage à l'Académie, au nom de M. Brown-Séquard, du premier volume du Journal de la physiologie de l'homme et des animaux.

— M. le Président annonce qu'une place est vacante dans la section d'anatomie pathologique, par suite du décès de M. Chomel; en conséquence, la section aura à présenter prochainement une liste de candidats.

EAUX MINÉRALES.

M. Chevallier, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur les eaux d'Hamman-Melouan.

A 10 kilomètres de Rovigo (département d'Alger), il existe des sources d'eaux minérales thermales dont les propriétés thérapeutiques sont généralement reconnues; mais malheureusement la localité où elles sont situées est insalubre, de telle sorte que l'administration ne verrait d'autre moyen

d'utiliser ces eaux pour la création d'un établissement thermal qu'en les dirigeant sur un autre point situé à 7 kilomètres de distance du lieu où elles sortent du sein de la terre; mais avant de rien décider à cet égard, M. le ministre désire être éclairé sur la question de savoir s'il ne serait pas à craindre que les eaux d'Hamman-Mélouan ne perdissent en partie dans leur parcours leurs propriétés curatives.

La commission déclare qu'il serait utile, avant toute chose, de rechercher :

1° Si l'on ne pourrait pas, en dépensant les sommes qu'exigerait la conduite des eaux, assainir la localité et la rendre convenable pour un établissement thermal;

2° Si dans le cas de non-possibilité d'assainissement l'eau d'Hamman-Mélouan ne pourrait pas être dirigée à une distance moins grande du lieu de de son émergence, afin qu'elle puisse conserver la température nécessaire à son administration.

L'Académie adopte.

NERVOSISME.

M. Gibert, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Baillarger et Jolly, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Bouchut intitulé : De l'état nerveux dans sa forme aiguë et chronique.

L'important travail de M. le docteur Bouchut, dit M. le rapporteur, nous paraît de nature à fixer l'attention des médecins sur l'écueil le plus redoutable où puisse échouer le praticien, savoir le danger de confondre un état purement nerveux avec des lésions phlegmasiques ou organiques diverses, et de lui appliquer des médications impuissantes ou dangereuses.

Nous pensons avec l'auteur qu'il existe une névrose distincte de l'hystérie, de l'hypocondrie et de la mélancolie, que l'on pourrait désigner sous le nom de *cachexie nerveuse*, et a laquelle se joint souvent la *chloro-anémie*; mais j'ajoute qu'il ne faut pas omettre non plus, comme individualité spéciale, la surexcitation nerveuse sans anémie, et même avec une crase sanguine toute contraire, qui a été signalée avec juste raison par MM. Cerise et Gillebert d'Hercourt.

Le service important rendu à la science et à l'art par M. Bouchut ne saurait être méconnu; je lui rends grâce pour ma part des efforts qu'il a faits pour réunir tous les traits épars d'un état nerveux si souvent méconnu, soit dans sa nature, soit dans sa généralité, et je ne doute pas que vous n'accueilliez favorablement les conclusions de votre commission, savoir :

1° Déposer honorablement dans les archives de l'Académie le mémoire de M. Bouchut si riche en observations précieuses et en remarques pratiques du plus haut intérêt;

2° Adresser, au nom de la compagnie, une lettre de remerciments à l'auteur pour cette nouvelle preuve de zèle et de science qu'il a bien voulu nous donner.

M. Bouillaud demande la parole.

M. Trousseau pense qu'il serait prématuré de discuter le rapport important de M. Gibert; une première audition ne pouvait suffire pour en apprécier la portée; il propose, en conséquence, d'ajourner la discussion jusqu'à la composition typographique du rapport.

M. Bouillaud se rallie à la proposition de M. Trousseau qui est adoptée par l'Académie.

LECTURES. — ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ.

M. Deville lit un mémoire intitulé : Recherches sur l'action du seigle ergoté dans la parturition.

Après avoir rappelé les circonstances qui ont motivé le rapport fait par l'Académie en 1845, sur la demande du préfet de la Seine, et exposé l'origine des documents qu'il a été à même de recueillir sur ce même sujet, l'auteur fait connaître en ces termes les résultats de ses recherches statistiques :

Du 15 février 1844 au 15 avril de la même année, mes investigations ont eu lieu dans les dixième, onzième et douzième arrondissements; en février et en mars 1845, elles ont été faites dans les premier, deuxième et troisième arrondissements; enfin, du 1er avril 1845 au 31 décembre 1848, mes observations ont été recueillies dans les quatrième, cinquième et sixième arrondissements. Cela forme un total de 49 mois, pendant lesquels il y a eu 19,476 décès.

Sur ce nombre, 2,179 enfants avaient été déclarés mort-nés, à peu près un neuvième. Maintenant, sur les 19,476 décès déclarés, j'ai fait 5,180 inspections, dont 621 chez des enfants inscrits sur les feuilles de l'état civil comme étant venus au monde morts. Toutefois, sur les 621 enfants déclarés mort-nés, il faut en retrancher 106 qui avaient vécu. Restent 515 sur lesquels ont porté plus particulièrement mes recherches. Je dois ajouter que l'état civil considère d'abord comme mort-né, et jusqu'après le certificat du médecin vérificateur, tout enfant qui ne lui est pas présenté vivant.

Sur ces 515 enfants véritablement mort-nés, voici ce que j'ai trouvé : 8 fois des acéphales ou des monstres, 8 fois le forceps ou le céphalotribe avaient été appliqués; 3 fois il avait eu décollement du placenta; 1 fois entortillement du cordon; 10 fois des pertes utérines, des hémorrhagies; 9 fois il y avait eu présentation d'un des bras, et la version avait été pratiquée; 30 fois les enfants étaient venus par les pieds; 5 fois il y avait eu présentation du siége et la version avait été faite; 62 fois il y avait eu chute de la mère, coups reçus par celle-ci, ou des accidents de diverse nature; 30 fois des colères ou des frayeurs de mères des enfants morts; 22 fois il y avait eu avortements provoqués avoués ou connus; 44 fois les fœtus à des âges divers étaient morts dans le sein de leur mère depuis plusieurs jours, et par des causes diverses, probablement des avortements provoqués, mais non avoués ou soupçonnés; 36 fois les enfants morts étaient des jumeaux de l'un ou de l'autre sexe; 96 fois les fœtus n'étaient pas nés viables, étant âgés seulement de 4 à 6 mois; 79 fois il y avait eu des maladies graves de la mère, et les fœtus étaient morts depuis plusieurs jours. Cela forme un total de 443 enfants mort-nés, ou la cause de la mort a toujours été appréciable. Pour arriver au chiffre de 515, il reste 72 enfants mort-nés qui ne se trouvent dans aucune des circonstances que je viens d'énumérer. C'est ce chiffre qui répond aux 72 cas d'administration du siége ergoté dans des conditions diverses, c'est-à-dire un peu plus d'un septième. Ce résultat vaut certes bien la peine d'éveiller la sollicitude de l'autorité administrative.

Et qu'on ne pense pas, ajoute l'auteur, que c'est là un chiffre exagéré, et qui, dans une période plus longue, ne se trouverait pas : c'est tout le contraire qui a lieu. Depuis 1848 j'ai continué mes recherches, lesquelles prouvent que le nombre des enfants mort-nés tend tous les jours à augmenter, et cette augmentation reconnait pour cause l'administration du seigle ergoté ou les avortements provoqués.

Pour en donner un seul exemple, il y a eu au mois de mai 1856 354 décès dans les 4e, 5e et 6e arrondissements; sur ce nombre, on compte 63 enfants mort-nés, et sur 16 visites faites à ces enfants, il y avait 3 avortements et 2 administrations de seigle ergoté, c'est-à-dire un tiers environ.

Il y a vingt ans, la proportion des enfants mort-nés était d'un douzième. Pendant une période de dix ans, elle a été d'un dixième, et la voilà par le chiffre isolé, il est vrai, du mois de mai 1856, d'un peu moins d'un sixième.

La seule objection sérieuse qu'il soit possible de faire à ces recherches, c'est que pour que de tels documents eussent une valeur incontestable, il aurait fallu faire aussi la statistique de tous les enfants qui naissent vivants alors que l'ergot de seigle a été administré à leur mère pendant le travail de l'accouchement. Un pareil travail était impossible; mais s'il est impossible matériellement, il ne l'est pas moralement. Que voyons-nous depuis plus de trente ans? Le doute chez un certain nombre de praticiens, une abstention complète du seigle ergoté dans le travail de l'accouchement chez la plupart des médecins-accoucheurs. Combien de fois n'avons-nous pas entendu dire à des confrères consciencieux : Dans d'autres temps nous avons donné le seigle ergoté quand il y avait inertie de l'utérus et que le travail de l'accouchement traînait en longueur; et si nous y avons renoncé, c'est que trop souvent les enfants venaient morts. Maintenant nous préférons attendre ou appliquer le forceps quand il y a indication ou possibilité de le faire.

D'un autre côté, si l'on tient compte, et il le faut, des instructions prescrites pour que l'emploi du seigle ergoté ne présente pas de dangers pour la vie de l'enfant, on reculera devant l'application des règles faites aux accoucheurs pour administrer l'ergot dans de bonnes conditions. Pour reconnaître et apprécier les conditions dans lesquelles l'ergot de seigle peut être donné avec succès, il faut être professeur ou au moins praticien habile autant qu'expérimenté, et les trois quarts du temps cette substance est administrée par des sages-femmes ignorantes ou par de jeunes médecins au début de leur carrière médicale. Il est surtout administré, il faut le dire, chez des femmes primipares, alors que l'accouchement se prolonge trop longtemps; c'est le plus souvent l'ennui, l'impatience de l'attente, qui déterminent les sages-femmes à donner le seigle ergoté.

Je n'examinerai pas, dit en terminant M. Deville, la question de savoir si les sages-femmes doivent et peuvent prescrire certains médicaments, et en particulier le seigle ergoté; cela me conduirait trop loin. Je ne m'occuperai pas non plus de cette autre question, bien importante pourtant, à savoir : si le seigle ergoté est un moyen abortif employé pour amener les accouchements prématurés. Toujours est-il cependant, et je note ceci à titre de renseignement, que toutes les fois que l'autorité judiciaire a fait des recherches chez des sages-femmes soupçonnées de manœuvres capables de déterminer l'avortement, elle a trouvé de grandes quantités de seigle ergoté. Chez une sage-femme traduite dernièrement en cour d'assises, on a découvert une boîte renfermant 6 kilogr. de poudre de seigle ergoté. Sans aucun doute, cette substance n'est pas employée par les sages-femmes dans les premiers mois de la grossesse; toutefois, je suis persuadé qu'à partir de six mois, c'est le moyen dont elles se servent pour déterminer les contractions de l'utérus, et par suite l'avortement. Cela expliquerait les 44 cas d'accouchements d'enfants mort-nés ayant presque tous cinq ou six mois de vie fœtale, et que j'ai désignés, dans mon tableau statistique, sous le nom d'enfants mort-nés dans l'utérus depuis plusieurs jours, et dont les causes de mort n'étaient pas appréciables, l'aveu de manœuvres criminelles ne m'ayant pas été fait, ou n'étant pas arrivé à ma connaissance.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure que le seigle ergoté est toujours dangereux pour la vie des enfants; qu'il est généralement donné par des mains inhabiles, ne tenant le plus fréquemment aucun compte des conditions qu'il est nécessaire d'observer pour administrer cette substance avec quelques chances de succès.

Enfin que, même en suivant les règles prescrites par la science et par l'expérience, les gens de l'art ne sont jamais sûrs de la vie des enfants qui naissent alors que le seigle ergoté a été donné pendant le travail de l'accouchement.

Il est bien entendu que ces conclusions n'infirment en rien les précieux avantages du seigle ergoté contre les hémorrhagies utérines.

En résumé, le travail que je viens d'avoir l'honneur de présenter à l'Aca-

démie établit rigoureusement qu'on doit attribuer à l'administration du seigle ergoté la mort d'un peu plus d'un septième des enfants désignés sous la dénomination d'enfants mort-nés.

Le travail de M. Deville est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. P. Dubois, Danyau et Devergie.

M. Desportes lit un mémoire intitulé : Recherches microscopiques et expérimentales touchant le mode d'intervention des globules sanguins dans la nutrition de la substance organisée qui est située entre les mailles du réseau des vaisseaux capillaires.

L'auteur, se basant sur diverses expériences faites à l'aide du microscope sur la membrane natatoire de la grenouille croit pouvoir établir « que les globules des vaisseaux capillaires s'ouvrent et répandent la matière qu'ils contiennent (albumine, fibrine, hématine) pour en nourrir la substance générale intervasculaire qui la reçoit immédiatement et l'absorbe. »

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1858; par M. Lorain, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

NOTE SUR QUELQUES POINTS DE L'ANATOMIE DU BULBE RACHIDIEN ET DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE CHEZ L'HOMME; par M. Vulpian.

Les fibres arciformes présentent, comme on le sait, les plus grandes variétés. Parmi les dispositions que j'ai pu observer, il en est qui m'ont paru être assez intéressantes : je veux parler des cas dans lesquels les fibres arciformes viennent faire partie constituante des pyramides antérieures. J'ai trouvé cette disposition deux fois, et je n'avais examiné dans ce but que dix ou douze bulbes humains; aussi est-il permis d'admettre qu'elle n'est pas très-rare.

Voici le trajet suivi par les fibres arciformes sur ces deux pièces :

Sur le premier bulbe, les fibres arciformes naissaient des bords mêmes du *calamus scriptorius*. D'abord peu distinctes et étalées sur une assez large surface, elles se rapprochaient bientôt, et formaient trois ou quatre faisceaux saillants. A gauche, ces faisceaux atteignaient l'extrémité inférieure de l'olive après une marche oblique et descendante. Deux faisceaux voisins passaient sur cette extrémité; un faisceau longeait la direction de l'olive au niveau de la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur; enfin un dernier faisceau passait au-dessous de l'extrémité inférieure de l'olive. Tous ces faisceaux à ce moment se portaient vers le bord externe de la pyramide, prenaient alors une direction oblique ascendante, et croisaient la direction des fibres pyramidales. Le faisceau inférieur plongeait dans le sillon inter-pyramidal; les autres, après s'être rapprochés de ce sillon, devenaient parallèles aux fibres des pyramides, et passaient avec elles sous le pont de Varole.

A droite, la disposition était presque complétement la même, mais il n'y avait que trois faisceaux; le faisceau supérieur, celui qui coupe la direction de l'olive s'était probablement réuni aux autres faisceaux.

Sur l'autre bulbe, on voit, du côté gauche, un gros faisceau arciforme dont quelques fibres paraissent provenir du *calamus scriptorius*; mais la plupart des fibres qui le constituent émanent évidemment du corps restiforme sur lequel on les suit très-facilement. A mesure que ces fibres descendent, elles deviennent de plus en plus distinctes, croisent bientôt obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, la direction des fibres du corps restiforme, et se réunissent pour former un gros faisceau qui se porte vers le bord inférieur de l'olive qu'il embrasse, se réfléchit en haut et atteint le bord externe de la pyramide. A ce point de son trajet, le faisceau arciforme s'aplatit, devient plus large, rubané; il s'applique sur la moitié externe de la pyramide qu'il recouvre, mais en restant distinct du reste de la pyramide par sa saillie. Il passe avec la pyramide sous le pont de Varole.

Du côté droit, on ne voit rien de semblable; il n'y a que les fibres arciformes ordinaires qui sont même très-peu apparentes.

Dans ce dernier cas, il y a donc une asymétrie beaucoup plus grande que dans le premier.

D'après la description qui vient d'être donnée de la disposition des fibres arciformes dans le dernier cas, on voit qu'elles sont formées en majorité de fibres qui, venues par l'intermédiaire du corps restiforme des parties centrales du système nerveux, vont par un trajet centripète gagner probablement d'autres parties centrales de ce système conjointement aux fibres pyramidales. Ce sont des fibres en anse, des fibres commissurales. D'après l'origine principale des fibres restiformes et la destination des fibres pyramidales, il est probable que ces fibres forment commissure entre le cervelet et le cerveau proprement dit.

Le bulbe rachidien a la structure la plus compliquée; outre ces fibres dont on y a déjà indiqué la direction, il serait possible qu'il y eût normalement des fibres plus ou moins profondément situées qui affecteraient la disposition que nous venons de signaler. Dans certains cas exceptionnels, ces fibres viendraient se placer à la surface et révéleraient ainsi leur existence. Il en serait pour ces fibres comme il en est pour les fibres qui vont se rendre des faisceaux antéro-latéraux aux pyramides. Quelques-unes de ces dernières fibres, le plus souvent profondément cachées, sont superficielles dans des cas très-rares et se voient sans préparation, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer sur des bulbes de chien. Je ne parle ici que de fibres qui ne participent pas à l'entre-croisement des pyramides.

La disposition qui a été décrite dans cette note, et qui est relative au second cas qui a été décrit, n'a été clairement indiquée par aucun de nos anatomistes classiques. Je n'ai trouvé que cette phrase de M. Cruveilhier qui pût s'y rapporter : « Il est des fibres arciformes qui décrivent de longues anses, » à convexité (?) supérieure, dont une moitié appartient aux pyramides antérieures, et une autre moitié aux corps restiformes. D'où viennent ces » fibres? Où vont-elles? »

II. Parmi les fibres arciformes, il en est un certain nombre qui vont se terminer, du côté du *calamus scriptorius*, dans des lamelles qui naissent des bords du *calamus* et contribuent à former une voûte membraneuse au quatrième ventricule. Ces lamelles ont été décrites de la façon la plus nette par M. Foville (Anat. du syst. nerv., 1844, p. 148); mais la plupart des auteurs qui l'ont suivi ne les ont même pas indiquées. Quand on soulève avec précaution le cervelet, on aperçoit très-bien ces lamelles; elles occupent, comme le dit M. Foville, les quatre cinquièmes supérieurs des bords inférieurs du ventricule cérébelleux. Sur des cerveaux ayant séjourné pendant plusieurs semaines dans l'alcool, elles ont 11 millimètres (1) de longueur à leur base; mais elles ne renferment de la substance nerveuse que dans les 7 millimètres antérieurs : postérieurement elles sont purement membraneuses. Ces lamelles sont constituées en grande partie par des fibres arciformes, peut-être par quelques fibres émanées des corps restiformes, et elles dérivent aussi des fibres provenant du plancher du quatrième ventricule. Ainsi constituées, elles deviennent libres, et se portent chacune au bord du calamus, de dehors en dedans. Elles sont doublées en dehors par la pie-mère bulbaire, en dedans par un prolongement de la membrane ventriculaire. Elles ont une épaisseur et une longueur variables; jamais toutefois je ne les ai vues se rejoindre sur la ligne médiane. Elles s'amincissent de plus en plus et finissent par disparaître, laissant alors en contact direct les prolongements de la pie-mère bulbaire et de la membrane ventriculaire qui s'unissent et terminent le pont membraneux jeté au-dessus du quatrième ventricule. En approchant de la ligne médiane, ce pont contracte des adhérences avec la pie-mère cérébelleuse, et affecte des rapports intimes avec les plexus choroïdes.

L'examen microscopique fait voir les tubes nerveux s'avançant plus ou moins vers la ligne médiane jusque dans les plexus choroïdes, sans qu'il ait été possible de voir de ces tubes atteindre la ligne médiane, et former ainsi commissure entre les deux lamelles nerveuses. En multipliant les recherches, il ne paraît pas impossible qu'on arrive à découvrir des exemples de cette disposition. Les fibres nerveuses, après s'être avancées plus ou moins, doivent, par un trajet rétrograde, rentrer dans les lamelles, et, par leur intermédiaire, repasser dans le bulbe, pour aller se terminer dans un point non encore déterminé du centre nerveux. Les lamelles ont, à l'extérieur, une couleur blanche; à l'intérieur, une teinte grisâtre. Je n'y ai pas trouvé une seule cellule nerveuse; je n'ai pas non plus constaté les rapports que M. Foville a indiqués entre les lamelles nerveuses et les nerfs auditifs.

Le pont nerveux et membraneux, décrit par M. Foville, a un bord antérieur, assez large, tendu non loin des angles latéraux du ventricule rhomboïdal; son bord postérieur, beaucoup plus étroit, constitue avec la partie postérieure des bords du calamus un orifice arrondi qui est le *trou de Magendie*.

D'après la disposition des lamelles nerveuses, on pourrait les nommer *piliers nerveux du pont membraneux du quatrième ventricule*.

Dans la préparation qu'on fait généralement pour étudier le quatrième ventricule, et qui consiste à enlever le cervelet de façon à voir complétement la face postérieure du bulbe et de la protubérance, on arrache constamment ces lamelles, et c'est pour cela qu'elles sont si peu connues. Cependant, même après cet arrachement, on reconnaît encore quelques mamelons saillants sur les bords du calamus, et ces mamelons sont des débris de ces lamelles.

Ces lamelles sont les derniers vestiges des parties qui, dans la moelle, recouvrent le canal.

III. En 1856, l'attention a été appelée sur les paralysies affectant à la fois une moitié du corps et la moitié opposée de la face. M. Millard, à l'occasion de deux faits de cette nature, s'était demandé si ce symptôme ne pourrait pas devenir un signe précieux des épanchements sanguins du mésocéphale (Bulletins de la Société anatomique, mai 1856). La même année, M. Gubler publia sur ce sujet (Gazette hebdomadaire, 1856), un mémoire dans lequel il établissait très-nettement le rapport entre ce genre de paralysie et les lésions d'une moitié de la protubérance (2). M. Gubler a développé de nouveau ses idées dans un important mémoire actuellement (décembre 1858) en voie

(1) Ces dimensions n'ont rien de constant.

(2) M. Gubler a désigné ce genre de paralysie sous le nom d'hémiplégie alterne.

de publication dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. On peut facilement résumer ce qui a été écrit, soit par M. Millard, soit par M. Gubler sur ces paralysies, en disant que toutes les fois que l'on observera chez un malade une paralysie d'une moitié du corps et une paralysie de la moitié opposée de la face, on devra songer à la possibilité d'une lésion ayant pour siége la moitié du mésocéphale du côté correspondant au côté paralysé de la face, et ayant divisé les filets originels du facial. Pour vérifier le diagnostic lors de l'examen nécroscopique, il faut connaître très-exactement la direction des filets originels du facial au travers de la protubérance annulaire, le lieu où il s'approche de la surface du quatrième ventricule, l'endroit exact où se fait l'entre-croisement, etc. Or ce sont là des points d'anatomie sur lesquels il est facile de donner des indications très-nettes.

On croit assez généralement que la dissection des filets originels du facial est très-laborieuse, mais c'est faute de l'avoir essayé, en se plaçant dans les conditions que nous avons mentionnées, M. Philipeaux et moi, dans le travail que nous avons publié sur les origines des nerfs. Faites par un autre procédé que celui qu'avait employé Stilling, nos recherches nous ont amenés à des résultats très-analogues à ceux qu'il avait publiés sept années auparavant; et cette similitude est évidemment une garantie réciproque d'exactitude. Notre travail diffère surtout de celui de M. Stilling, en ce que cet anatomiste fait naître principalement les nerfs de noyaux ou masses de substance grise, placés du même côté que le point d'émergence de ces nerfs, tandis que pour nous un grand nombre des filets originels traversent la ligne médiane pour s'entre-croiser avec les filets originels correspondants des nerfs homologues du côté opposé.

Le facial, suivi de son point d'émergence vers les parties profondes, s'enfonce d'avant en arrière dans les vaisseaux bulbaires, au-dessous du bord inférieur de la protubérance, et pénètre presque aussitôt dans la partie tout à fait inférieure de la protubérance; sa racine possède à ce moment une direction légèrement oblique de bas en haut et de dehors en dedans; elle change peu à peu de direction et devient oblique de dedans en dehors. La première partie de ce trajet sinueux l'emporte sur la seconde, de telle sorte qu'au point où nous avons cessé de la suivre, la racine est plus rapprochée de la ligne médiane et plus élevée dans la protubérance qu'elle ne l'était au point d'émergence : à ce point aussi la racine a déjà traversé les deux tiers de l'épaisseur de la protubérance. A partir de ce point, le trajet se modifie encore et devient oblique de dehors en dedans; la racine se rapproche de plus en plus de la ligne médiane et de la surface du plancher du quatrième ventricule. Elle n'atteint cette surface qu'à 4 ou 5 millimètres en dehors de la ligne médiane. A ce niveau elle prend une direction tout à fait transversale pour aller gagner la ligne médiane. Le trajet total de la racine du facial est un peu en forme d'S, comme l'a indiqué M. Stilling. Au point où le nerf facial atteint la ligne médiane, ses filets originels principaux sont rassemblés sur une étendue antéro-postérieure de 3 à 4 millimètres; ils sont à une distance de 14 millimètres du sommet du bec du *calamus scriptorius*.

Si l'on prend aussi exactement que possible, en traversant le mésocéphale à l'aide d'une épingle, le point de la paroi antérieure du quatrième ventricule qui correspond au bord postérieur ou inférieur de la protubérance, au niveau de la partie supérieure du sillon interpyramidal, on voit que les filets transversaux superficiels d'origine du facial commencent à 4 millimètres en avant du point ainsi déterminé.

Si l'on établit de la même façon le point qui correspond au bord antérieur ou supérieur, on trouve que les filets originels sont à 16 millimètres en arrière de ce bord.

Sur un autre cerveau, le bord postérieur ou inférieur de la protubérance déterminé de même sur le plancher du quatrième ventricule est à 5 millimètres et demi en arrière des filets originels du facial; le bord antérieur ou supérieur est à 18 millimètres en avant de ces filets. Les filets originels occupaient encore dans ce cas une largeur de 3 à 4 millimètres. On voit que la protubérance, dans ce dernier cas, avait une étendue de bas en haut plus grande que dans le premier, ce qui a fait varier les mesures. Il faut, de plus, remarquer que ces cerveaux avaient séjourné dans l'alcool, ce qui doit aussi modifier les résultats des mensurations.

C'est dans le point que je viens d'indiquer que ce fait la décussation des filets qui s'entrecroisent. Les fibres entrecroisées dépassent à peine la ligne médiane, mais s'enfoncent presque immédiatement, d'arrière en avant, dans le sillon médian de la protubérance. On voit très-bien cette disposition par l'examen microscopique de coupes transparentes faites sur une protubérance durcie dans la solution aqueuse d'acide chromique. Que deviennent ces fibres? Vont-elles se mêler aux fibres pyramidales de la protubérance et monter avec elles vers les pédoncules cérébraux? Se terminent-elles dans les cellules d'un foyer de substance grise faisant partie de la protubérance elle-même? C'est ce qu'il n'a pas été possible de décider.

Je n'ai parlé que des faisceaux principaux du facial. Il y a des filets qui suivent d'autres directions; mais ils sont très-grêles. De plus, il est très-probable que des fibres originelles du facial naissent, comme le dit M. Stilling, des cellules nerveuses situées du même côté que le nerf à la formation duquel ces fibres concourent.

— La description que M. J. Jobert a donnée de l'origine du facial est tout à fait inexacte. (COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1850, p. 5.)

Dans les cas où une lésion, comme un tubercule ou un foyer hémorrhagique, aurait divisé les origines d'un nerf facial dans la protubérance, si le malade vit encore quelques semaines après que cette division se sera produite, on doit s'attendre à trouver dans les tubes nerveux l'altération bien étudiée par M. A. Waller. Si la survie du malade a été plus longue, il pourra même y avoir des altérations appréciables à l'œil nu. (Thèse de M. Kœchlin, Paris, 1858, obs. I.) Ces altérations ne sont pas, comme l'a cru cet auteur, consécutives au trouble des fonctions de ces nerfs; elles se produisent parce que les tubes nerveux sont détachés de leur centre nutritif.

Lorsque la paralysie faciale est sous la dépendance d'une lésion du cerveau, les nerfs, quoique paralysés, se trouvent encore en rapport avec leur centre ganglionnaire nutritif, et ils ne s'atrophient pas.

En examinant le trajet suivi par les filets originels des différents nerfs crâniens, on voit bien, *à priori*, qu'il peut se produire différents cas de paralysies alternes. Ainsi une lésion d'un pédoncule cérébral dans la partie qui se rapproche de l'aqueduc de Sylvius pourra déterminer en même temps une paralysie de l'oculo-moteur commun du même côté et des membres du côté opposé; une lésion de la protubérance pourra être localisée de telle sorte qu'elle produise une paralysie du moteur oculaire externe du même côté et des membres du côté opposé; une lésion du bulbe pourra être tellement située qu'elle amène une paralysie de la sensibilité de la moitié correspondante soit du mouvement seul, soit de la sensibilité seule, soit à la fois du mouvement et de la sensibilité du côté opposé. On conçoit de même des cas dans lesquels la petite portion du trijumeau serait directement paralysée, en même temps que la mobilité des membres du côté opposé serait plus ou moins affaiblie.

Si la description que nous avons donnée, M. Philipeaux et moi, de l'origine du facial est exacte, et elle est d'accord avec des recherches plus récentes, en particulier avec celles de M. Lenhossek, on doit trouver des cas dans lesquels une lésion de la partie médiane du quatrième ventricule, au point que j'ai indiqué dans cette note, produira une double paralysie faciale, peut-être incomplète.

IV. M. Lenhossek (ÉTUDE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 19 octobre 1857), admet que les cornes ou colonnes de substance grise de la moelle parvenues dans la moelle allongée changent leur position relative. Les colonnes antérieures deviendraient internes; et les colonnes postérieures, externes. Elles conserveraient cette juxta-position dans toute l'étendue du sinus rhomboïdal, etc. Les nerfs naîtraient, les moteurs des colonnes antérieures devenues internes; les sensitifs des colonnes postérieures devenues externes. Dans les études que j'ai faites soit à l'œil nu, soit à la loupe, soit au microscope, de bulbes et d'isthmes encéphaliques durcis dans la solution ordinaire d'acide chromique, je n'ai jamais retrouvé ces dispositions indiquées par M. Lenhossek. Dans le bulbe, on voit se produire une bifurcation des cordons postérieurs, puis peu à peu à mesure qu'on s'avance vers la protubérance, le dessin des cornes antérieures qui se sont élargies devient moins net, plus vague. Les cornes postérieures elles-mêmes finissent par ne plus pouvoir être distinguées, et cela avant que les coupes successives aient atteint la protubérance.

V. M. Jacubowitsch (RECHERCHES SUR L'HISTOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 31 août 1857), rapporte qu'il a observé que les centres nerveux des animaux tués par les narcotiques ne peuvent pas servir aux recherches histologiques, parce que les éléments nerveux et cellulaires s'y trouvent entièrement détruits. « Ces observations, » dit-il, donnent l'unique explication saisissable de l'action mortelle et sou» daine des narcotiques en général et des alcaloïdes en particulier. » Je crois que les résultats constatés par M. Jacubowitsch tenaient à quelques circonstances accidentelles; car chez plusieurs chiens tués par la nicotine ou par la strychnine, je n'ai rien observé de semblable. Les cellules nerveuses m'ont paru avoir leurs dimensions et leurs connexions normales.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CACHEXIE TUBERCULEUSE; THROMBOSE CACHECTIQUE; par M. le docteur DUMONT-PALLIER.

Le sujet de cette observation anatomo-pathologique était un homme âgé de 32 ans, qui a succombé aux progrès d'une phthisie pulmonaire arrivée au troisième degré. Cinq semaines avant la mort, on avait observé une phlegmatia alba dolens du côté gauche, et huit jours avant de mourir le malade avait présenté les signes cliniques d'une phlegmatia alba dolens du côté droit.

Voici ce que l'autopsie nous a permis de constater :

CÔTÉ GAUCHE. — 1° Oblitération en apparence complète des veines fémorale, iliaque primitive et iliaque externe, formée par des caillots fibrineux, de date ancienne, adhérents aux parois vasculaires.

Au milieu de ces caillots fibrineux, on voyait très-manifestement des lamelles celluleuses qui divisaient les caillots; la direction de ces lamelles ou trabécules était oblique, transversale ou parallèle au vaisseau; mais tous ces prolongements celluleux venaient s'insérer sur la séreuse vasculaire et se confondre avec elle au point d'insertion. Il y avait un échange multiple de ces lamelles et trabécules entre le caillot et les parois veineuses.

Ces lamelles, en se réunissant entre elles sous des angles variables, laissaient des espaces libres, petites cavités qui étaient remplies de fibrine jaunâtre, décolorée et presque blanche. Cette disposition donnait à l'intérieur des veines un aspect semblable à celui d'un tissu caverneux. Le stylet passait d'une petite cavité dans l'autre, puis arc-boutait contre la paroi vascu-

laire, ou s'insinuait dans une autre cavité, de forme variable, pour finir par retomber dans la lumière du vaisseau.

Ces faits s'observaient surtout dans les veines fémorale, iliaque externe et iliaque primitive du côté gauche. Ces deux dernières veines étaient considérablement revenues sur elles-mêmes, si bien qu'avant de les ouvrir on eût été tenté de les considérer comme étant transformées en tissu fibreux, supposition à laquelle une dissection rapide aurait encore prêté son appui par le grand nombre d'éléments fibro-celluleux que les veines renfermaient dans leur cavité.

2° Nous venons de décrire ce qui existait dans les veines du côté gauche. Les veines fémorale et iliaques du côté droit présentaient les mêmes altérations, mais à un degré beaucoup moins marqué, et l'on pouvait suivre pas à pas le mode de transformation de la fibrine des caillots et la formation plus récente des lamelles et trabécules, sur lesquelles nous avons déjà appelé l'attention.

Dans la veine fémorale droite, on observait un très-beau caillot adhérent, rose, strié, envoyant des prolongements celluleux à la paroi veineuse, et était lui-même segmenté par un cloisonnement celluleux de formation récente. Dans la veine iliaque externe, dont les parois n'étaient que faiblement épaissies et dont la séreuse était normale, on remarquait un très-beau caillot fibrineux de 8 à 10 centimètres de long, entièrement libre d'adhérence. Ce caillot était creux à la façon d'une gaîne vasculaire; les parois étaient épaisses et résistantes; dans sa cavité, il renfermait de la fibrine ramollie en petite quantité; puis *des prolongements fibrineux transversaux qui rappelaient les prolongements et trabécules que nous avons notés dans des caillots de date plus ancienne.*

En un endroit de sa longueur, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, cette gaîne fibrineuse renfermait un autre caillot qui se terminait en cône tronqué et se reliait par sa partie inférieure avec le caillot de la veine fémorale; il y avait là un espèce d'emboîtement des caillots, si bien que le supérieur servait pour ainsi dire de manchon au caillot inférieur.

3° Si l'on coupait perpendiculairement les vaisseaux qui présentaient la structure caverneuse, la section les montrait divisés par une ou plusieurs cloisons celluleuses très-résistantes, qui leur donnait l'aspect de fusils à double, triple, quadruple canon. En prenant le vaisseau avec le manche du scalpel, on faisait saillir les extrémités des caillots fibrineux qui comblaient les différentes loges celluleuses.

4° La veine cave inférieure renfermait un caillot continu avec les caillots des veines iliaques.

Ce caillot était fibrineux, terminé en cône à surface terminale, lisse; il était adhérent et renfermait une grande quantité de fibrine ramollie.

Ce caillot fibrineux, de même que plusieurs des caillots fibrineux des veines iliaques et fémorales, présentait à sa surface des dépôts cruoriques de nouvelle formation qui témoignaient d'une circulation incomplète, mais persistante.

5° Examen microscopique. — Cet examen a été fait avec l'aide de M. le docteur Charcot, qui déjà m'avait prêté l'appui de son expérience pour la dissection de cette pièce d'anatomie pathologique. Nous avons eu pour but de rechercher :

1° La composition des lamelles celluleuses des caillots;

2° La composition des lamelles celluleuses en voie de formation;

3° Les éléments de la fibrine dégénérée.

1° Les lamelles organisées nous ont montré, à un grossissement de 360 diamètres, une structure fibro-celluleuse et des dépôts considérables de matière amorphe, avec un grand nombre de globules graisseux de petite dimension.

2° Les lamelles, incomplétement organisées et en voie de formation, présentaient la même structure, avec cette différence que les fibres cellules étaient plus rares et moins bien accusées.

3° L'examen de la fibrine dégénérée présentait de la matière amorphe, des fragments de fibrine, des globules de sang pâles, quelques-uns réguliers, d'autres irréguliers et déchiquetés sur leurs contours. Des globules graisseux libres, des globules blancs gorgés de graisse, très-gros et identiques aux globules blancs que M. Charcot a décrits dans les caillots du cœur.

N. B. Je n'ai point fait de recherches suffisantes pour établir l'état de la science sur cette transformation celluleuse des caillots veineux. Mais en relisant quelques-unes des observations que Virchow a publiées sur ses embolies veineuses, j'ai vu que « cet auteur avait remarqué, dans les gros » rameaux de l'artère pulmonaire, des caillots déjà anciens, irréguliers, » ligamenteux, formant des ponts et des trabécules au travers des vaisseaux. »

Et de plus, dans son mémoire des *embolies veineuses*, il est noté, obs. 2, « qu'il existe une oblitération complète de la veine iliaque gauche par une » sorte de tissu caverneux. »

J'ignorais ces faits relatés par Virchow lorsque j'ai disséqué les veines que je présente ici.

Observation d'embolie veineuse pulmonaire ayant déterminé la gangrène d'un lobe du poumon; par M. le docteur Dumont-Pallier.

Une jeune femme, accouchée dans le courant du mois d'octobre 1858, à la Maternité, est sortie de cet hôpital neuf jours après son accouchement, dans un état de santé en apparence satisfaisant.

Au commencement de novembre, elle demanda son entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau, pour y faire soigner son enfant. Vers le milieu de novembre, cette femme est prise de douleur et d'œdème dans le membre inférieur gauche : *Phlegmatia alba dolens* caractérisée par la douleur, l'œdème et le cordon veineux qui s'étendait jusque dans le creux du jarret. La veine fémorale était le siége d'une coagulation veineuse, étendue et très-manifeste.

Peu à peu la circulation veineuse sembla se rétablir dans le membre inférieur gauche, l'œdème a presque entièrement disparu, bien que le cordon veineux persiste; mais tout à coup la malade ressent de la douleur dans la fosse iliaque droite et dans le mollet du côté correspondant; cette douleur disparaît bientôt et n'est point suivie d'œdème du membre droit.

Dans les premiers jours de décembre elle conservait du malaise plutôt que les signes d'un état morbide bien déterminé, lorsque le 8 du même mois elle est prise tout à coup de douleurs dans la poitrine du côté droit, de difficulté de respirer; les inspirations sont courtes et fréquentes; l'auscultation permet de reconnaître des râles humides, puis du souffle et du retentissement de la voix dans la portion supérieure et postérieure de la poitrine, tandis que dans la portion inférieure de la région thoracique on entendit plus tard du souffle et de l'égophonie. L'expectoration sanglante n'était point celle que l'on observe dans la pneumonie franche; dès le deuxième jour des accidents thoraciques, les crachats ressemblaient à ceux de l'apoplexie pulmonaire; à partir du quatrième jour, les crachats eurent une odeur gangréneuse de plus en plus accusée, et le septième jour, à partir du début des accidents thoraciques, Sc... mourut après avoir présenté une respiration de plus en plus fréquente. Le pouls battait 130 à 140 fois à la minute. La langue était sèche, les gencives recouvertes de fuliginosités; point de diarrhée, sueurs profuses et froides dans les dernières vingt-quatre heures.

J'avais émis l'idée que la gangrène pulmonaire pouvait être due à la présence d'une embolie qui, partie du caillot de la phlegmasie aurait été portée dans l'une des divisions de l'artère pulmonaire. A l'appui de cette opinion je rappelais le début brusque de l'affection pulmonaire, la fréquence de la respiration, l'expectoration qui n'était point celle de la pneumonie et la rapidité avec laquelle s'était manifestée la gangrène pulmonaire chez une femme accouchée depuis deux mois seulement, et chez laquelle avait existé une *phlegmatia alba dolens*. Mon attention était du reste appelée sur ce sujet par les travaux de Virchow et un mémoire récemment publié par M. le docteur Charcot.

Je fus chargé de pratiquer l'autopsie. Voici ce qu'elle nous permit de constater :

Les veines du mollet, les veines poplités, crurale et saphène, dans sa portion supérieure, étaient remplies de caillots de coloration, de consistance et de structure variables, libres dans leur plus grande étendue, adhérents par places aux parois vasculaires.

La veine fémorale dans sa partie supérieure et au niveau de l'arcade de Fallope, présentait dans son intérieur un caillot fibrineux, de couleur rose, parfaitement organisé, dur à la pression, à stries longitudinales, adhérent aux parois vasculaires dans toute son étendue, qui mesurait 4 à 5 centimètres de longueur. La surface interne du vaisseau n'était point tomenteuse, mais des lamelles et filaments de tissu celluleux unissaient intimement le caillot au vaisseau, si bien que le caillot ne pouvait être soulevé sans qu'il y eût déchirure des éléments de réunion entre ce dernier et la séreuse vasculaire. Le tissu cellulaire péri-veineux était induré, œdémateux, et craquait sous la pointe du bistouri.

Le caillot fémoral susdécrit se continuait dans sa portion inférieure avec un caillot fibrineux mélangé d'une grande quantité des éléments rouges du sang; aussi avait-il une coloration brune dont la teinte devenait de plus en plus foncée en descendant vers la veine poplitée et la saphène interne.

Le même caillot fémoral se continuait par sa partie supérieure avec un caillot demi-fibrineux, demi-sanguin très-bien organisé, mais non adhérent dans les veines iliaques externe, primitive et cave inférieure.

Dans la cavité de cette dernière veine se trouvait un caillot fibrineux qui oblitérait *incomplétement* la circulation du vaisseau. Ce caillot était rosé, fibrineux, résistant à la pression, strié longitudinalement, non adhérent. Il avait 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre de diamètre; il était sensiblement aplati d'avant en arrière, et se terminait, un peu au-dessous de l'abouchement des veines émulgentes, sous forme d'un moignon déchiqueté, ramolli, auquel étaient appendus par des pédicules filiformes de petits caillots fibrineux au nombre de cinq à six, ressemblant à des portions de lombric; quelques caillots de même nature et de même forme nous parurent libres ainsi qu'aux assistants, et notamment à M. le professeur Trousseau. Qu'il nous soit permis de faire remarquer que l'autopsie a été faite avec grand soin, grand ménagement, et que chaque organe a été disséqué sur place et dans ses rapports normaux.

Le caillot de la veine cave inférieure, que nous avons représenté se terminant en moignon, se continuait par sa partie postérieure avec un caillot membraneux, fibrineux, de très-minimes dimensions, lequel allait lui-même rejoindre au-dessus des veines émulgentes un gros caillot fibrineux. Ce dernier, non adhérent, occupait presque toute la cavité de la veine cave dans sa portion hépatique où il recevait d'autres caillots fibrineux très-nombreux et de grosseur variable qui appartenaient aux veines sushépatiques. Il arrivait ainsi dans l'oreillette droite, puis dans le ventricule après avoir envoyé un prolongement fibrineux dans la veine cave supérieure et le tronc brachio-céphalique. Dans le cœur ce caillot fibrineux, jaunâtre, ne devait son

adhérence apparente qu'aux prolongements multiples qui pénétraient dans les interstices des colonnes charnues.

Ajoutons enfin que le caillot entièrement fibrineux du cœur se continuait avec un caillot fibrineux et cruorique que l'on observait dans l'artère pulmonaire, ses deux divisions principales, puis dans des divisions de deuxième et troisième ordre. Ces caillots demi-fibrineux, demi-cruoriques, étaient évidemment des caillots qui s'étaient formés dans les derniers moments de l'agonie et après la mort; leur structure et leur peu de consistance viennent à l'appui de cette opinion. Nous aurons plus tard à décrire d'autres caillots qui se trouvaient dans quelques-unes des principales divisions de l'artère pulmonaire. Passons maintenant à l'examen anatomo-pathologique du parenchyme pulmonaire, et plus particulièrement du poumon droit. Nous le répétons, cet examen tout entier a été fait sur des organes étant dans leur situation normale.

Épanchement séro-purulent, pseudomembranes purulentes dans la plèvre droite; adhérences celluleuses et pseudo-membraneuses des lobes pulmonaires entre eux.

Au niveau de la scissure interlobulaire supérieure et de la portion inférieure et postérieure du lobe supérieur du poumon droit la surface de l'organe avait une teinte d'un brun noirâtre dans une étendue de 4 à 5 centimètres carrés. En cet endroit le doigt sentait une mollesse très-grande du tissu pulmonaire, et l'insufflation par la trachée permit de constater qu'il y avait une perforation pulmonaire correspondant à la partie gangrenée. Cette perforation ne s'était faite que dans les derniers moments de la vie; peut être même était-elle cadavérique, car on n'avait observé aucun des signes du pneumothorax du vivant de la malade.

La perforation pulmonaire conduisait dans une grande anfractuosité gangréneuse qui aurait pu loger un œuf de poule. L'aspect du tissu pulmonaire et l'odeur des parties affectées ne laissent aucun doute sur la nature gangréneuse de la lésion locale.

Cela constaté, nous reprîmes la dissection de l'artère pulmonaire, et nous pûmes voir que la grosse branche de cette artère qui dessert la circulation du lobe supérieur offrait dans sa cavité un caillot fibrineux, adhérent aux parois du vaisseau, de couleur rosée, à fibres longitudinales très-bien marquées, en tout semblable, par sa structure et son aspect, au caillot de la veine fémorale. Il avait 3 centimètres de long, se continuait en arrière avec un caillot fibrineux moins bien organisé; moins consistant, et avant, c'est-à-dire vers les divisions de troisième et quatrième ordre, avec des caillots cruoriques ramollis.

Le caillot principal de l'artère pulmonaire n'offrait point de ramollissement dans son intérieur. Sa consistance était uniforme dans toutes ses parties.

Remarquons que la portion du poumon qui avait présenté les signes d'hépatisation et de gangrène était celle dont la division de l'artère pulmonaire était oblitérée par le caillot fibrineux.

Nous ne chercherons pas à expliquer comment l'oblitération d'une division de l'artère pulmonaire peut être cause de gangrène du poumon; rappelons seulement que Virchow n'a point observé de semblables faits cliniques suivis de gangrène pulmonaire, et que l'expérimentation sur des chiens l'aurait conduit à en admettre la possibilité.

Ajoutons encore que la dissection des artères et des veines bronchiques, ainsi que la dissection des veines pulmonaires ne nous ont fourni aucune modification pathologique qui puisse rendre compte de la gangrène pulmonaire. Contentons-nous de faire remarquer que, dans cette autopsie, gangrène du tissu et oblitération de l'artère pulmonaire ont été simultanément observées, et que probablement l'embolie qui a été le point de départ de l'oblitération de l'artère a été aussi la cause de la gangrène.

Le poumon du côté gauche ne présentait aucune lésion pathologique en rapport avec la question qui nous occupe en ce moment.

L'examen de l'utérus et de ses annexes ne nous a offert aucun fait qui mérite d'être signalé; les veines utéro-ovariques et hypogastriques ne présentaient point de traces d'inflammation. On sait, en effet, que souvent les veines qui desservent la circulation utérine sont souvent, après l'accouchement, le point de départ de la phlegmatia alba dolens simple ou double; on sait aussi que ces veines peuvent servir de point d'origine aux embolies. Il n'en était rien dans le cas que nous rapportons.

Après l'exposé de ces faits, nous nous croyons autorisé à conclure :

1° Que la phlegmatia alba dolens était caractérisée par l'oblitération de la veine crurale.

2° Que le caillot crural s'est prolongé par juxta-position de fibrine jusque dans la veine cave inférieure.

3° Que les caillots fibrineux libres ou adhérents à la surface du caillot de la veine cave peuvent être considérés comme des éléments d'embolies veineuses.

4° Qu'à l'époque où se sont manifestés les accidents thoraciques, une de ces embolies a été portée dans l'artère pulmonaire et s'est arrêtée dans la division supérieure de ce vaisseau dans le poumon droit.

5° Que la conséquence de cet obstacle à la circulation pulmonaire a été :

1° Le défaut de circulation,
2° La stase de sérosité,
3° Le ramollissement du tissu,
4° La gangrène.

6° L'embolie s'est détachée du caillot de la veine cave inférieure et non du caillot fémoral, ce qui est établi par la succession des accidents observés chez la malade, puisque la veine iliaque gauche et la veine cave inférieure étaient déjà en partie oblitérées lorsque se sont montrés les accidents thoraciques; partant un caillot n'aurait pu, à cette époque, cheminer de la veine fémorale dans l'artère pulmonaire.

7° La coagulation fibrineuse, rencontrée dans les autres divisions de l'artère pulmonaire, dans la veine cave supérieure, le cœur, la portion hépatique de la veine cave inférieure nous paraît avoir été le résultat progressif de l'obstacle à la circulation pulmonaire.

8° Cette coagulation génératrice n'a eu lieu que dans les dernières heures de la vie.

2° NOTE SUR UN NOUVEAU CAS DE LEUCOCYTHÉMIE; par le docteur ISAMBERT.

Le malade qui fait l'objet de cette communication était âgé de 30 ans, exerçant la profession de terrassier, et originaire du département d'Eure-et-Loir. Cet homme, qui paraissait avoir été d'une constitution robuste, et d'un tempérament sanguin, n'avait jamais eu de maladies graves dans sa jeunesse il n'avait jamais eu de fièvres intermittentes, il n'y en a pas dans son pays, et il habitait Paris depuis un an seulement. Il a affirmé n'avoir fait aucun excès alcoolique ou autres, mais il était pauvre et misérable. Il a attribué à un refroidissement l'origine de sa maladie qui remontait, selon lui, à deux ans. La diarrhée et la tuméfaction du ventre ont été les premiers symptômes. Jamais il n'y a eu de douleurs vives dans le ventre. La maladie a suivi une marche lente, mais toujours progressive. Aucun traitement ne lui a été opposé. A son entrée à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Jeanne, n° 1), le 8 novembre 1858, le malade présentait une tuméfaction considérable du ventre, avec ascite (sensation de flot à la percussion). La palpation faisait reconnaître des tumeurs volumineuses qui n'étaient autre que le foie et la rate. Le bord inférieur du foie descendait jusqu'à l'hypogastre; la rate descendait sur la ligne médiane presque jusqu'au pubis, et la main pouvait contourner son rebord supérieur dur et turgescent. Entre les deux tumeurs, la région épigastrique présentait une sonorité tympanique. Les deux fosses iliaques étaient remplies de liquide. La cavité thoracique n'était le siége d'aucun épanchement. Le cœur et les poumons n'offraient aucun signe sthétoscopique anormal. Les membres inférieurs présentaient un œdème peu considérable. Il n'y avait aucune trace d'ecchymoses ou d'hémorrhagies sous-cutanées.

Le malade avait conservé de l'appétit, mais il avait conservé la diarrhée. La respiration était haletante, le sommeil nul.

La miction se faisait facilement; les urines; modérément acides, se troublaient par le refroidissement, mais elles redevenaient claires par la chaleur, et l'acide nitrique n'y déterminait aucun précipité. Il n'y avait pas non plus de trace de glucose. On prescrivit une tisane diurétique et des purgatifs salins.

Une saignée de 5 grammes fut pratiquée pour étudier l'état du sang, et fut l'origine d'une phlébite assez violente, quoique l'opération parût avoir été pratiquée avec toutes les précautions désirables. Le sang, examiné par M. Robin, présenta tous les caractères du sang leucocythémique; les globules blancs étaient dans la proportion de 50 pour 100.

La dyspnée, la privation de sommeil, l'œdème des membres inférieurs augmentèrent rapidement les jours suivants. L'ascite diminua, mais elle fut remplacée à mesure par de la tympanite, et dans les derniers moments le liquide avait presque entièrement disparu.

Le malade succomba le 17 novembre.

A l'autopsie, on trouve :

Dans l'abdomen, une faible quantité de liquide séreux. Les intestins sont distendus par des gaz; mais les deux tiers de la surface sont occupés par le foie et la rate énormément dilatés.

La rate descend depuis l'hypochondre gauche jusqu'au pubis.

Son poids est de 3 kilogr.

Son diamètre longitudinal de 28 centimètres.

Son diamètre transversal de 16 centimètres.

Son épaisseur de 10 centimètres.

Son tissu est manifestement plus dur qu'à l'état normal; il présente une couleur rose violacée avec un reflet opalin quand on le regarde obliquement.

Le foie descend depuis l'hypochondre gauche jusqu'à la région hypogastrique; le lobe gauche énormément hypertrophié cache l'estomac.

Le poids du foie est de 8 kilogrammes.

Son diamètre antéro-postérieur est de 32 centimètres pour le lobe droit.

Son diamètre antero-postérieur est de 20 centimètres pour le lobe gauche.

Son diamètre transversal de 38 centimètres.

Son épaisseur ou sa hauteur (prise en arrière) est de 11 centimètres.

Sa coloration est analogue à celle de la rate, quoique avec une teinte un peu plus brune. Le tissu est ferme et ne présente du reste aucune altération apparente. Les conduits biliaires n'offrent rien à noter. Le sang pris dans la veine-porte est d'une couleur lie de vin, diffluent et poisseux au toucher.

Le pancréas présente une hypertrophie notable. Sa longueur est de 22 centimètres.

L'estomac et les intestins n'offrent rien de particulier.

Les reins ne sont pas sensiblement hypertrophiés; ils sont un peu congestionnés et d'une teinte rose violacée comme la rate.

Les ganglions mésentériques sont très-notablement hypertrophiés et de couleur noirâtre.

La cavité thoracique ne contient aucun épanchement de liquide.

Les poumons sont un peu emphysémateux en avant et assez fortement congestionnés à la partie postérieure.

Le cœur est hypertrophié; son diamètre longitudinal est de 13 centim. et son diamètre transversal de 11 centim.

Les ventricules contiennent des caillots un peu blanchâtres et diffluents. Il n'y a aucune lésion aux orifices auriculo-ventriculaires, aortique et pulmonaire.

Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés.

Dans la cavité encéphalique, on trouve les veines de la pie-mère gorgées d'un sang couleur lie de vin, avec un reflet opalin.

Le cerveau ne présente pas d'épanchement; les ventricules sont même presque effacés par l'accolement de leurs parois. La substance cérébrale offre un piqueté très-prononcé dans toute son étendue, et même un léger degré de ramollissement vers le corps strié et la couche optique. Le cervelet est sain.

Les ganglions lymphatiques de l'aine, de l'aisselle et du cou ne présentent aucune hypertrophie.

Le sang, recueilli en quantité considérable dans la veine porte dans les cavités du cœur et dans l'artère aorte, a présenté des caractères semblables à ceux qu'avait offerts celui de la saignée: les globules blancs y étaient dans la proportion de 50 pour 100; les globulins ne présentaient pas d'augmentation notable. Il était déjà plus livide et plus diffluent. La partie séreuse était trouble et légèrement opaline. Il n'y avait de coagulum véritablement blanc qu'en un seul point du caillot trouvé à la naissance de l'aorte; mais la lésion sur laquelle nous désirons appeler particulièrement l'attention des observateurs était cette dissociation, cette dilution de la fibrine que nous avons déjà décrite avec M. Robin (Comptes rendus de la Soc. de biol., 1856) et que M. Bennet (Edinb. med. and surg. journ., 1845) paraît seul avoir entrevue avant nous. Une quantité de sang, qu'on doit évaluer au moins à 300 grammes, a été malaxée dans un nouet de linge sous un courant d'eau, et n'a pas laissé de fibrine à l'état de longs filaments élastiques, comme on l'obtient ordinairement; il n'est resté sur le linge que de très-petits grumeaux blancs, gras au toucher, et dans lesquels cependant le microscope faisait reconnaître la structure fibrillaire de la fibrine. Il serait intéressant de rechercher si cette altération de la fibrine est un fait constant dans les cas de leucocythémie, et à quelle époque elle survient dans le cours de cette maladie; et si ce n'est pas un fait général; il est singulier qu'il se soit rencontré deux fois de suite entre les mains du même observateur. Notons aussi l'hypertrophie du pancréas que l'on n'avait pas, nous le croyons, signalée jusqu'à présent.

BIBLIOGRAPHIE.

Souvenirs historiques militaires et médicaux de l'armée d'Orient; par M. F. Quesnoy, médecin-major au 4e régiment des voltigeurs de la garde, officier de la Légion d'honneur. — 1 vol. in-8e de 256 pages. — Paris, chez Labé. — 1858.

Histoire médico-chirurgicale de la guerre de Crimée; par M. A. Armand, de l'ambulance de la garde impériale, médecin-major, etc. — 1 vol. in-8e de 464 pages. — Paris, chez Rozier. — 1858.

(Suite et fin. — Voir le n° 3.)

Les *plaies d'armes à feu* et les opérations qu'elles ont nécessitées, les *congélations*, la *pourriture d'hôpital*, sont, dans le domaine des maladies chirurgicales, celles qui ont fourni matière aux observations les plus nombreuses.

Si les armes de précision ont fait une révolution dans les règles du tir, elles en ont produit une aussi dans la nature des lésions qu'elles déterminent. Possédant le triste avantage de blesser plus sûrement et de frapper plus violemment, les balles cylindrico-coniques ne laissent pas les mêmes traces que les balles sphériques, et il est rare, en raison de leur force de pénétration, de les trouver arrêtées par les os, comme ces dernières. M. Quesnoy, qui a étudié avec soin ces particularités distinctives, signale l'importance qu'elles peuvent avoir, non pas seulement au point de vue du traitement, mais encore à celui de la médecine légale, en raison de la difficulté qu'on peut trouver à distinguer l'ouverture d'entrée de l'ouverture de sortie, et même d'affirmer que la blessure résulte bien réellement d'une balle.

Les blessures par les baïonnettes, très-douloureuses, ont souvent nécessité le débridement en raison du gonflement de la plaie, dont l'aspect ne laisse pas toujours soupçonner toute l'étendue des désordres internes qui peuvent les accompagner.

Les projectiles creux sont, après les balles, ceux qui ont occasionné les blessures les plus fréquentes. Les attritions, les fractures, que l'on trouve souvent à leur suite, sans que la peau soit intéressée, auraient achevé de ruiner, si cela était nécessaire, le vieux préjugé du *vent du boulet*.

Le débridement *préventif*, déjà rejeté par nos confrères d'Afrique, a été définitivement condamné par la grande expérience de Crimée. M. Scrive est, parmi les historiens de cette campagne, le seul, à ma connaissance, qui l'ait préconisé. L'extraction immédiate des esquilles et des parties d'os susceptibles de se détacher plus tard est reconnue par MM. Quesnoy, Valette, comme par tous nos confrères de l'armée, de la plus grande importance. Tous ont pu également constater la possibilité, déjà admise en Afrique, de conserver des membres atteints de fractures comminutives qu'on aurait regardées naguère comme nécessitant l'amputation; surtout quand ces lésions intéressent l'os principal d'un membre.

Dans le cas où la chirurgie conservatrice est forcée de se reconnaître impuissante, il faut amputer le plus promptement possible; tous les médecins d'Orient sont d'accord à ce sujet. La mortalité, qui ne fut que d'un tiers à la suite des amputations primitives, fut de 7 sur 9 pour les amputations secondaires (Valette). Il n'y a peut-être d'exception, dit M. Quesnoy, que pour l'amputation au-dessus du milieu de la cuisse.

Dans un mémoire sur la *désarticulation coxo-fémorale*, M. Legouest fait le relevé de 13 opérations primitives ou secondaires pratiquées dans la campagne d'Orient, et toutes suivies de mort. Un résultat aussi décourageant, rapproché des 30 cas d'insuccès à la suite de la désarticulation immédiate, et que ce confrère distingué rappelle, le détermine à ne pratiquer désormais l'ablation complète du membre que dans les cas de fracture avec lésion des vaisseaux; dans le cas contraire, il donne l'avantage à la resection. Les succès obtenus par MM. Larrey, Sédillot et Legouest lui-même par la temporisation, à laquelle on doit d'avoir sauvé 3 blessés sur 6 dans des fractures des trochanters par arme à feu, sont un argument de plus contre la désarticulation coxo-fémorale. Ajoutons toutefois qu'on ne peut pas conclure *rigoureusement*, dans cette question comme dans beaucoup d'autres, de la chirurgie des armées à la chirurgie civile.

Nos confrères ne paraissent pas s'être entendus aussi bien sur l'emploi des *réfrigérants*, dont M. Quesnoy se montre, avec Baudens, le partisan convaincu, tandis que M. Armand les rejette; ainsi que M. Valette, qui leur préfère les pansements secs. Il est probable que ce qui aura prévenu un certain nombre de médecins en Crimée contre l'emploi du froid, c'était la difficulté de l'appliquer d'une manière méthodique dans des circonstances aussi difficiles que celles où l'on se trouvait. M. Quesnoy fait aussi observer qu'il n'a eu à combattre que les effets primitifs des plaies, les blessés étant plus tard évacués sur Constantinople, où M. Valette devait avoir naturellement recours au traitement qu'il a suivi, l'indication des réfrigérants n'existant plus.

En ce qui concerne les complications immédiates des blessures commotion, stupeur, douleur, étranglement), elles ont été, suivant M. Quesnoy, très-exagérées. Loin d'être inévitables, elles n'accompagnent même pas toujours les blessures les plus graves et les plus étendues, comme on en voit la preuve dans plusieurs faits curieux que ce médecin relate (p. 190).

La *pourriture d'hôpital*, qui commença à se montrer à la fin de mars 1855, résulta de l'encombrement des blessés. Chaque affaire amenait, en effet, à sa suite, une recrudescence dans cette fatale complication, qui passa bientôt à l'état d'épidémie et fit notamment de grands ravages dans les hôpitaux de Constantinople. On l'observait souvent chez les hommes affaiblis par le scorbut. M. Quesnoy a vu, sous son influence, un simple séton amener la mort. Nul besoin n'était, d'ailleurs, d'invoquer, si ce n'est dans quelques circonstances accidentelles, l'idée de contagion immédiate, pour expliquer l'extension de ce fléau évidemment propagé par infection. Le perchlorure de fer (Salleron), la teinture d'iode et les irrigations d'eau froide (Bonnard) furent les moyens les plus recommandés en cette triste conjoncture; s'il en est de réellement efficaces, quand leur cause persiste, contre d'aussi terribles calamités.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les *congélations* observées en si grand nombre en Crimée et déjà décrites par M. Legouest dans la Revue médico-chirurgicale. On sait qu'il n'est pas nécessaire, pour la production de ce phénomène pathologique, que la température soit au-dessous de 0 quand l'air est humide, et que les phénomènes de congélation produits par un froid sec ont un caractère d'acuité qu'ils n'offrent pas dans les circonstances opposées. Ici, comme pour la pourriture d'hôpital, l'absence de réaction par suite d'anémie, de scorbut, de fatigues excessives, etc., favorisaient singulièrement la production du mal. Les observations de M. Ladureau et la statistique établie par Baudens ont prouvé qu'il faut laisser à la nature le soin d'éliminer les parties gangrénées sans recourir à l'amputation (sauf les cas de trismus ou de diarrhée incoercible). Cependant M. Lustremann croit qu'il y a lieu de revenir sur cette opinion, les circonstances atmosphériques ou autres qui rendirent les amputations fatales en 1854 s'étant probablement modifiées depuis.

Une affection moins connue que les précédentes, car, entièrement passée sous silence dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE (2e édit.), elle n'a été, jusqu'aux mémoires de M. Reynaud (ARCHIVES, t. XXVI) et de M. Chassaignac (GAZ. MÉD., 1854), l'objet d'aucun travail *ex professo*; l'*ostéo-myélite traumatique* a fourni à M. Valette la matière d'un intéressant travail. Traumatique ou spontanée, cette affection présente les mêmes caractères anatomiques, les mêmes symptômes généraux, la même marche, le même résultat fatal, si on l'abandonne à elle-même. Débutant par un frisson, elle s'accompagne bientôt de symptômes typhoïdes de plus en plus graves, dénotant l'altération du sang. C'est, en effet, le plus souvent à la pyoémie que vient aboutir la maladie du canal médullaire. Les travaux modernes sur la genèse de l'infection purulente expliquent trop bien cette succession morbide pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Inconnue dans l'ostéo-myélite spontanée, la cause de l'ostéo-myélite traumatique est évidemment la lésion de l'os. Mais si l'on veut remonter plus haut, on est obligé d'admettre l'influence de l'encombrement, de la constitution médicale, etc. Dans l'une comme dans l'autre forme, l'amputation est le seul parti à prendre dès que le diagnostic est certain. Il faut opérer alors même que les premiers signes de la pyoémie ont paru, car souvent on voit cette terrible complication céder devant l'emploi de la quinine à haute dose, tandis que l'ostéo-myélite est mortelle chez tous les amputés qui en sont atteints. Le lieu d'élection est la première articulation saine au-dessus du mal; la méthode à lambeaux est préférable. Telles sont du moins les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Chassaignac et Valette. A l'état chronique, l'ostéo-myélite diffère de la forme aiguë par la marche insidieuse des symptômes et la lenteur de leur manifestation. On constate le décollement insensible du périoste, l'altération du pus dans la plaie, l'excavation de la moelle et sa purulence. Si elle n'est pas aussi rapidement mortelle, elle place le malade sous l'imminence de la pyoémie, et doit être combattue comme à l'état aigu.

Le chloroforme, appliqué dans 30,000 cas peut-être, dit M. Quesnoy, n'a pas, à sa connaissance, occasionné une seule fois la mort.

La campagne de Crimée a mis tellement en évidence la perfection de nos moyens de transport pour les blessés, que nos alliés se sont empressés d'imiter nos ambulances mobiles. Ainsi à la suite des grandes journées de l'Alma, de Traktir, d'Inkermann, il ne restait pas un seul homme le soir sur les champs de bataille. A mesure que le génie de la destruction multiplie ses sanglantes découvertes, le génie de l'humanité redouble d'efforts pour lui arracher ses victimes.

Quelque considérable qu'ait été le nombre des lésions chirurgicales, il n'approche pas de celui des affections internes qui décimèrent notre malheureuse armée.

C'est d'abord *le choléra* qui éclate (bien qu'il ne constitue pas une maladie propre aux camps) dès le début de la campagne, au Pirée, à Gallipoli, à Varna, et comme s'il faisait partie de l'armée, reparaît à toutes les périodes de la guerre, aggravant nos désastres, et jetant un voile de deuil sur nos victoires; fléau mystérieux qui, étendu à une partie de l'Europe, mais accru dans son intensité par les conditions climatériques, topographiques, hygiéniques, où se trouvent nos soldats, notamment à la Dobrutscha, reste encore dans ses bonds irréguliers, dans ses retours capricieux, dans ses caractères spéciaux et étranges, dans cette sorte d'ubiquité qui le fait apparaître partout à la même époque, sur la flotte et dans les armées alliées, marqué de ce cachet particulier, de ce *nescio quid divinum* auquel nous en sommes restés depuis Hippocrate.

Puis arrive la saison froide; au *choléra*, à l'*anémie*, aux *diarrhées* et à la *dyssenterie*, aux *fièvres intermittente*, *rémittente*, et *typhoïde*, se joint le *scorbut*, produit de l'action complexe de toutes nos misères: humidité froide contre laquelle des vêtements trop peu chauds et souvent mouillés ne garantissent pas suffisamment les soldats; absence ou rareté de viande fraîche et de légumes frais; insuffisance de la réparation eu égard aux fatigues incessantes qu'il faut endurer; circonstance dont l'action fut d'autant plus évidente que le scorbut, très-rare chez les sous-officiers, le fut plus encore chez les officiers placés à ces divers points de vue dans de meilleures conditions. Au reste, cette affection qui, depuis son apparition dans l'hiver de 1854, a été dominante en Crimée, et qui même dans la seconde année fournissait presque la moitié du chiffre des fiévreux, était moins à redouter par elle-même que par les complications qu'elle faisait surgir, imprimant son cachet à toutes les maladies; prédisposant, par suite de l'agglomération d'un grand nombre de scorbutiques dans les ambulances et les hôpitaux, à la pourriture d'hôpital, aux congélations, enfin au typhus, sa plus terrible complication.

Bien distinct, comme on le sait, par ses caractères anatomiques, par sa marche irrégulière, la rapidité de la convalescence, et par quelques-uns de ses symptômes, de la fièvre typhoïde, le *typhus* résulta d'une altération infectieuse de l'air par les miasmes émanés de malades entassés dans des espaces restreints et sans moyens d'aération suffisants. Circonscrit d'abord dans les ambulances, il se propagea bientôt dans les camps, et dès lors il ne connut plus de limites, et ne cessa d'accabler l'armée pendant cinq mois consécutifs, s'associant à tous les états morbides, et doublant le chiffre de la mortalité. Ses ravages étaient d'autant plus terribles que les ambulances étaient depuis plus longtemps sur le même emplacement, et qu'elles avaient reçu plus de malades. Ainsi l'ambulance des 1re et 2e divisions de réserve établie dans les baraques primitivement affectées à la 1re division, voit périr tous ses malades: 5 survivent sur 400! 13 médecins sur 16 y tombent malades, 7 succombent (page 162). Ce n'étaient plus des foyers de secours, mais des asiles funèbres dont on se détournait en passant, et à l'entrée desquels eût pu figurer la fatale inscription du Dante. Que de nobles dévouements, dit M. Quesnoy, se montrent là sans témoins, et que de cœurs généreux succombent dans ce combat inégal!

L'extension du fléau dans les camps trouva sa cause dans la disposition insalubre des abris que nos soldats avaient dû creuser en contre-bas du sol pour se garantir du froid, mais qui par cela même peu susceptibles d'aération, exposés aux infiltrations d'un sol imprégné de liquides animalisés, placés quelquefois même sur des cimetières, devenaient autant de foyers d'infection pour les hommes qui s'y entassaient. Et c'est si bien là qu'il faut chercher la cause de ces désastres, que les Anglais placés dans des conditions toutes différentes, c'est-à-dire dans des baraques planchéiées, suffisamment ventilées et à fleur du sol, jouissaient d'une immunité complète à l'endroit du typhus, tandis que les Sardes campés comme nous étaient frappés de la même manière. Ajoutons enfin que le fléau s'arrêta, là comme à Constantinople, aussitôt que, sous l'impulsion de Baudens, les ambulances furent changées de place, les abris abandonnés, le mobilier renouvelé, les hommes disséminés sur une plus grande étendue de terrain; c'est même ce qui faisait dire à ce regrettable confrère que le typhus est une de ces maladies « qu'on pourrait faire naître et mourir à volonté. »

Si l'on est désireux d'apprendre comment nos alliés les Anglais se trouvèrent pendant l'hiver de 1855-56 dans une position relativement si préférable à la nôtre sous ce rapport, le médecin en chef de l'armée d'Orient, M. Scrive, va nous l'apprendre. « Cette différence tint à la somme d'efforts apportés par chaque nation à l'œuvre commune. Pendant que nous manœuvrions pour couper la retraite aux Russes, complétement absorbés par la défense d'une ligne de quinze lieues et protégeant nos alliés par des marches et des contre-marches incessantes, eux ne songeaient qu'à s'organiser convenablement sans s'inquiéter du reste, construisant paisiblement ou pour mieux dire faisant construire d'excellents baraquements par une armée d'ouvriers tirés de l'Angleterre et de la Turquie. Corvées que firent constamment nos soldats, le fusil d'une main, la pioche de l'autre. » (HISTOIRE DE LA GUERRE DE CRIMÉE, p. 446.) Assurer le bien-être de ses soldats est, en effet, pour l'Angleterre l'objet d'une constante préoccupation; rien ne lui coûte pour atteindre ce but; aussi aucune armée n'est-elle habillée, nourrie, comme l'est l'armée anglaise. Certes cela n'a rien que de très-louable et de très-habile. En aucune circonstance mieux qu'en guerre, on ne peut se convaincre de la vérité de cet adage: « La nourriture c'est tout l'homme, » et ce ne serait pas, dans tous les cas, à nous médecins à y trouver à redire. Mais enfin il ne faudrait pas toujours compter sur le concours d'alliés aussi désintéressés, aussi chevaleresques que nous le fûmes en cette conjoncture; et il est d'ailleurs en campagne maintes circonstances où le soldat doit savoir se contenter de peu, et, comme le fait très-bien observer M. Quesnoy, sacrifier son bien-être aux nécessités de la guerre et à la liberté d'action indispensable pour en assurer le succès. Ainsi les Anglais pris au dépourvu dans la première partie de la campagne furent très-malheureux et succombèrent en grand nombre, tandis que nos soldats, aussi sobres que résignés, résistèrent, comme ils l'avaient fait en Afrique, aux privations et aux intempéries aussi longtemps que le mal n'atteignit pas ce degré de puissance où toute résistance est vaine (1).

(1) L'expérience a prouvé une fois de plus l'influence de l'habitude sur l'aptitude des hommes à supporter les fatigues et les privations soit dans les marches, soit dans les camps. Ainsi, par exemple, les régiments venus d'Afrique faisaient comme une promenade les étapes journalières que d'autres corps moins exercés ne faisaient qu'en laissant beaucoup d'hommes en retard. (Quesnoy, p. 14.)

Si nos confrères d'Orient admirent généralement la contagion ou, si l'on veut, l'infection, qui n'en est après tout qu'un des modes, dans le typhus, résultat d'une véritable intoxication, il n'en fut pas de même du choléra, pour la propagation duquel un certain nombre de médecins s'en tinrent à l'épidémicité ou à la constitution cholérique régnante, et dont l'étiologie resta d'ailleurs enveloppée, comme on l'a vu, d'un voile impénétrable. M. le docteur Armand, qui a consacré quelques pages à la réfutation des contagionistes, mais que nous ne suivrons pas dans ces questions très-ardues et qui divisent encore les pathologistes, en prend occasion pour battre en brèche l'existence des miasmes, conception surannée qui constitue pour lui un véritable anachronisme médical en présence des progrès des sciences physiques. Le miasme paludéen lui-même ne trouve pas grâce devant notre confrère. C'est faire en vérité trop bon marché d'une doctrine qui rallie les meilleurs esprits, les observateurs les plus exigeants en matière de preuves. M. Armand explique les effets attribués jusqu'à présent aux effluves marécageux comme le produit d'*états thermo-électro-hygrométriques* de l'air sur la nature desquels, au reste, il ne s'explique pas. Nous préférons donc nous en tenir, en attendant mieux, à l'hypothèse très-rationnelle des miasmes, qui, s'ils ne sont pas saisissables jusqu'alors à nos instruments de précision, ont peut-être bien cela de commun avec les *états thermo-électro-hygrométriques* qu'on voudrait leur substituer, et qui possèdent en outre l'avantage de se prêter merveilleusement à l'explication des faits, la seule chose après tout qu'on demande à une hypothèse.

Une des particularités les plus remarquables des maladies observées dans cette campagne, c'est leur association et leur réaction mutuelle; d'où sont résultées des affections mixtes, complexes, se pénétrant pour ainsi dire ou passant même par gradations des unes aux autres, offrant enfin dans leur traitement des problèmes d'une étrange complication, en même temps qu'à la pathogénie des horizons nouveaux en ce qui concerne la mutabilité des espèces morbides. La théorie de l'antagonisme de certaines affections, notamment du scorbut et du typhus, a reçu là de nombreux démentis. Ce furent, en effet, les hommes dont la constitution était déjà affaiblie par la première de ces maladies qui fournirent les premières victimes au typhus. « Quand le scorbut, dit M. Barudel, paraît au sein d'une armée, ses hôpitaux et ses ambulances y seront certainement dans un délai plus ou moins rapproché décimés par le typhus. » Cette dernière affection se joignant au scorbut et au choléra amena les complications les plus funestes. Les fièvres intermittentes, rémittentes, pernicieuses, s'unirent aussi aux affections morbides du tube digestif, à l'élément typhique ou typhoïde; celui-ci aux phlegmasies pulmonaires et aux maladies saisonnières dont le caractère perçait encore à travers les affections miasmatiques.

Comme prophylaxie une hygiène bien entendue, comme médication le traitement des symptômes, voilà tout ce qui put être conseillé, si non toujours pratiqué. Ajoutons que l'élément palustre qui paraît avoir eu une grande influence sur toutes les maladies de la Crimée impliqua la nécessité de recourir à la quinine dans la période inflammatoire du typhus, et dans les fièvres rémittentes, dont la continuité n'était qu'apparente (Cazalas, etc.). Néanmoins, bien qu'attribuant le typhus, comme la fièvre intermittente, à un miasme provenant de la décomposition des substances végétales ou animales, M. Netter fut amené avec Jacquot, avec MM. Haspel, Lallemand, etc., à reconnaître l'impuissance du sulfate de quinine dans le typhus à forme rémittente. Quelle médication pouvait d'ailleurs se targuer de ses succès dans de telles circonstances? En face de semblables calamités, la médecine impuissante n'avait de résultats sérieux à attendre que de l'éloignement des causes; et jamais le lien étroit qui rattache la thérapeutique à l'étiologie ne fut plus évident. Est-il nécessaire d'ajouter que tout ce que le dévouement le plus complet peut inspirer fut entrepris, et que si dans la tâche surhumaine qui leur incombait, nos confrères eurent souvent à gémir sur l'insuffisance des ressources dont ils disposaient, il n'en furent pas moins utiles, même dans les plus mauvais jours, par leur action morale sur les malades qui, s'ils n'étaient pas toujours guéris, sentaient au moins qu'ils n'étaient pas abandonnés? Il y aurait enfin une suprême injustice à ne pas reconnaître que le zèle de l'administration et l'ardente sollicitude des chefs furent à la hauteur des circonstances.

Un grave enseignement sort de cette mémorable campagne : c'est que l'art de la guerre n'a pas de plus puissant auxiliaire que la médecine; c'est qu'il faut compter avec les exigences de la médecine préventive, et faire, à l'occasion, plier les nécessités de la guerre aux lois immuables de l'hygiène, sous peine de voir les armées se fondre sans combats. Deux cent mille hommes sur trois cents neuf mille entrèrent dans nos hôpitaux ou dans nos ambulances pendant la guerre de Crimée; sur ce nombre, on ne compte qu'un quart de blessés. (SCRIVE.) Nous n'avons rien à ajouter à la brutale éloquence de ces chiffres.

C. SAUCEROTTE.

VARIÉTÉS.

Au Rédacteur.

Monsieur,

J'ai présenté à l'Académie et publié dans la GAZETTE MÉDICALE (numéro du 22 janvier) un mémoire sur le traitement de l'hydrocèle à l'aide d'une méthode que j'avais lieu de croire nouvelle (application de l'électricité). M. Schuster en réclame la priorité en invoquant ses travaux antérieurs que j'avoue ne pas connaître, et dont je puis dire, pour mon excuse, que les traités de chirurgie n'ont pas fait mention, que je sache. J'ajouterai que le 10 janvier j'ai lu mon travail à la Société de médecine de Lyon, et que tous les membres présents ont considéré cette méthode comme nouvelle. Déjà, avant cette lecture, j'avais eu occasion d'en entretenir MM. Desgranges, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; Socquet, médecin du même hôpital; Foltz, professeur à l'École de médecine, etc.; ils n'avaient, ni les uns ni les autres, jamais entendu parler d'aucune opération analogue, non plus que les docteurs Fonteret, Potton, Pillet, Marmy, Rendet, etc., à qui j'en ai parlé successivement.

M. Schuster fait remonter ses premières communications à près de vingt ans, et il nous renvoie à 1839. Je remarquerai que les journaux de médecine de cette époque que j'ai entre les mains se taisent sur ce sujet, et que depuis lors les dictionnaires de médecine, les traités classiques, les livres spéciaux sur l'électricité gardent le même silence. Toutefois, je n'entends pas le moins du monde révoquer en doute un seul instant les assertions et la véracité de M. Schuster : entre gens honorables, on doit se croire sur parole. L'intéressante publication qu'il annonce viendra sans doute trancher toutes ces questions et lever toutes les incertitudes en citant ses sources et en apportant des faits nombreux et bien observés; et si l'un des auteurs y perd, en ce que la priorité change de date et de lieu, il devra se consoler en voyant la méthode acquérir plus de valeur et d'autorité, dût-il lui-même ne conserver que le mérite d'avoir le premier donné une démonstration doctrinale de la théorie, de façon à la faire accepter partout, et d'avoir rappelé et fixé l'attention sur une innovation utile qui était réellement oubliée et généralement méconnue, et par là même à peu près perdue pour tout le monde.

Agréez, etc.

J.-E. PÉTREQUIN.

Au même.

Monsieur,

Dans l'avant-dernier numéro de votre journal, l'un de vos rédacteurs, M. le docteur Giraud-Teulon, a émis à mon sujet quelques propositions inexactes, que je vous demande la permission de rectifier.

Dans l'article dont je parle, et où il est question de la cautérisation en flèches, il est dit que la Société de chirurgie a décidé à l'unanimité que la priorité de cette méthode appartenait à MM. Maunoury et Girouard (de Chartres).

Or la Société de chirurgie n'a jamais rien décidé de pareil; elle n'a voté qu'une seule chose : la clôture de la discussion.

Quant aux opinions individuelles de ses membres, elles ont été aussi variées qu'il y a eu d'orateurs.

Pour M. Robert, la cautérisation en flèches ressemblait à la cautérisation au fer rouge. Pour M. Broca, ce n'était qu'une variété de la cautérisation circulaire. Pour M. Jollin, la première idée de cette méthode avait été émise par Deshayes-Gendron, en 1700. Pour M. Larrey, ce n'était que la vieille méthode des trochisques. Enfin, c'est surtout M. Chassaignac qui a insisté pour en rapporter l'honneur à MM. Girouard et Maunoury (de Chartres). Seulement, quand il a fallu en *produire* les preuves, les preuves ont fait défaut.

Si vraiment vous tenez à mettre vos lecteurs à même de juger cette question de priorité, pourquoi ne feriez-vous pas une chose très-simple, qui serait de publier dans le même numéro une opération de M. Girouard à côté d'une des miennes.

En voici du reste le résumé succinct :

PROCÉDÉ DE M. GIROUARD.	PROCÉDÉ DE M. MAISONNEUVE.
1re séance. Cautérisation circulaire à la base de la tumeur avec le *caustique de Vienne.*	*1re et unique séance.* Ponctions avec le bistouri et introduction immédiate des flèches caustiques dans chacune des piqûres (durée à peine deux ou trois minutes).
2e séance. Une heure après incision de l'escarre et *application* de lanières de pâte de Canquoin dans le sillon.	
3e séance. Le lendemain, incision de cette deuxième escarre; décollement avec le doigt ou le manche d'un bistouri; introduction de chevilles caustiques dans les interstices musculaires.	Plus rien; pas même de pansement.
4e, 5e et souvent 6e et 7e séances. Décollement, arrachement de la tumeur vers le troisième et quatrième jour.	
Reste une plaie dont la surface est *cautérisée* dans toute son étendue.	Du huitième au neuvième jour, chute spontanée de l'escarre, laissant une plaie couverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Jugez vous-même si ces deux opérations se ressemblent.

Agréez, etc.

MAISONNEUVE.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE NERVOSISME, LE VITALISME ET L'ORGANICISME.

On a de tout temps consacré, par des appellations plus ou moins spéciales, certains troubles du système nerveux qu'il est impossible de faire rentrer dans le cadre des maladies déterminées. *Névroses, névropathies, état nerveux, maladies vaporeuses, surexcitation nerveuse, excitabilité morbide*, sont des mots dont la signification n'est douteuse pour personne, bien que l'objet auquel ils s'adressent ne soit clairement défini pour qui que ce soit. Cependant, il faut en convenir, la science n'en sait pas beaucoup plus que le vulgaire sur cette question. Comme le vulgaire, elle constate les faits, mais, pas plus que lui, elle n'en connaît ni l'origine, ni le véritable caractère, ni le traitement, nous entendons le traitement rationnel. Ce n'était donc pas une entreprise inutile et oiseuse que de chercher à porter la lumière dans ce chaos; et on ne saurait qu'encourager ceux qui la tentent, sauf à leur demander compte du résultat de leurs efforts. Telle est la disposition d'esprit dans laquelle nous nous trouvons, avec beaucoup de personnes sans doute, en abordant la discussion qui vient de s'ouvrir, à l'Académie, sur le nervosisme.

Qu'est-ce que le *nervosisme?* Comme dénomination, c'est un mot nouveau qui ne peut être que bien accueilli s'il est motivé convenablement; comme spécification d'un ordre de faits nouveaux, ou de faits mieux déterminés, c'est un signe suffisamment distinct pour répondre à l'objet à spécifier. La justification du nom et de la chose est donc tout entière dans la bonne détermination des faits ou de l'ordre de faits qu'il s'agit de caractériser. Or nous devons le confesser, nous n'avons vu jusqu'ici, ni dans la lecture de M. Bouchut, qui a été le promoteur de la controverse, ni dans le savant rapport dont M. Gibert l'a gratifié, aucune raison solide pour introduire le nervosisme dans le langage médical et lui a marqué une place distincte dans la nosologie. Notre honorable collègue a dit que M. Bouchut a *synthétisé* et *généralisé* les observations de ses prédécesseurs. Ces deux mots, dont on a fait souvent le plus singulier abus, auraient eu besoin d'être mieux motivés. Synthétiser et généraliser ne veulent pas dire rassembler, rapprocher ou confondre. Présenter comme un état unique, général, l'ensemble des phénomènes nerveux observés dans des circonstances diverses, et décrits comme des groupes identiques de symptômes, ce n'est pas là une opération qui ressemble le moins du monde à une synthèse ou à une généralisation. Pour mériter ce titre, un peu ambitieux, l'auteur eût bien fait de féconder cet assemblage d'états divers et disparates par une idée qui eût porté la lumière dans le chaos; qui eût établi la liaison des faits par une certaine connaissance de leur raison d'être. M. Bouchut, que nous sachions, n'a rien fait de pareil. Il s'est borné à donner une description empirique plus étendue, mais toujours empirique et peut-être plus confuse de l'état nerveux et de tous les symptômes plus ou moins bizarres, plus ou moins obscurs qu'on a généralement attribués à différentes sortes de troubles nerveux. Or en quoi la science et l'art peuvent-ils éprouver quelque bien de cette entreprise, de ce nivellement? Nous ne le comprenons pas, jusqu'ici du moins. Si la discussion nous en fait voir davantage, nous serons heureux de le reconnaître. Pour le moment, nous ne voyons donc, dans l'enfantement du *nervosisme*, qu'une simple question de mot qui n'a pas même le mérite de mieux spécifier une chose suffisamment connue par elle-même.

M. Bouillaud a très-heureusement caractérisé ce défaut du travail de M. Bouchut : « Pour former cette nouvelle espèce nosologique, a-t-il dit, M. Bouchut a réuni les éléments épars çà et là de diverses affections nerveuses, et il en a constitué un tout, un ensemble dont le mot *nervosisme* indiquerait, par sa terminaison, la parfaite homogénéité. Or rien n'est plus contestable. Il n'y a rien de plus différent, de plus disparate, que les éléments divers de cette nouvelle entité pathologique. Aussi, à ce point de vue, la *création* est-elle défectueuse, et le *mot* qui l'exprime très-malheureux. »

Mais le travail de M. Bouchut peut servir, et il a servi, en effet, de prétexte à autre chose. M. Gibert y a vu l'occasion de jeter le gant à un ordre d'opinions qu'il suppose mal à l'aise avec tout ce qui n'est pas lésion matérielle et symptôme de cette lésion. En effet, l'état nerveux, les vapeurs, l'excitabilité nerveuse, peuvent exister sans qu'on puisse les attribuer à une lésion matérielle des nerfs ou d'un organe quelconque. Les faits de cet ordre débordent donc l'organicisme, et ils sont, au contraire, fort à l'aise avec le vitalisme. De là conflit entre les deux systèmes, et, de la part de M. le rapporteur, excitation à la lutte.

L'Académie répondra-t-elle à la provocation de M. Gibert? On pouvait le croire le premier jour. Plusieurs membres, très-capables et bien dignes d'inaugurer un nouveau débat, ont demandé et pris la parole. Mais soit que le sujet ne fût pas suffisamment rajeuni, soit que les orateurs ne fussent pas eux-mêmes assez pénétrés de son importance; qu'ils fussent trop peu excités, la discussion a presque tari en commençant. Le nervosisme et son spirituel soutien M. Gibert, en seront, je le crains, chacun pour leurs frais.

Cependant n'y avait-il rien à dire d'intéressant et même de nouveau sur le sujet? Ne pouvait-on, en se plaçant tour à tour au point de vue des notions de la médecine moderne, et au point de vue de la médecine ancienne, parvenir à mettre leurs observations d'accord; et marquer la marche à suivre pour arriver à quelques notions plus précises. Nous le croyons, en effet; et si nous sommes loin d'avoir la prétention d'improviser ce travail au passage, nous croyons cependant pouvoir émettre quelques remarques utiles à cet égard.

Toute découverte dans les sciences d'observation commence par un fait particulier ou plutôt par une idée particulière, dont le fait n'est que la représentation. Pour que l'étude des névroses ou du névrosisme eût fait un pas dans le chaos ténébreux des aberrations de la sensibilité, il eût fallu qu'on y distinguât ce fait initial dans son essence physiologique, et qu'on le caractérisât comme le point de départ et raison d'être de tous les faits pathologiques; là eût été la condition de la vraie découverte. Mais cette condition n'a pas été remplie; et cependant il y avait, dans l'observation la plus vulgaire des phénomènes nerveux qui accompagnent et compliquent presque toutes les maladies, les éléments qui y conduisent. Depuis la simple et passagère émotion que cause la peur jusqu'à la folie permanente qu'elle est susceptible d'entraîner, il y a tous les degrés d'une perversion nerveuse purement dynamique. Or

FEUILLETON.

L'ANNÉE SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE (1858); par LOUIS FIGUIER. — 2 vol. — Paris, chez Hachette.

ESSAIS SCIENTIFIQUES; par VICTOR MEUNIER, rédacteur en chef de L'AMI DES SCIENCES. — Paris, 1858, au bureau de L'AMI DES SCIENCES.

C'est une heureuse marque de la nature sérieuse du mouvement des esprits pendant ce siècle que le succès et le nombre des publications réclamées par les gens du monde, et traitant des matières qui leur sont demeurées longtemps des plus indifférentes : les matières scientifiques. Chaque journal politique est obligé, pour satisfaire sa clientèle, de donner au bulletin des sciences et à sa rédaction une place chaque jour plus importante : les discussions académiques franchissent les murs de leurs enceintes (nous allions dire paisibles!), appliquant inopportunément aux séances la qualification destinée à leur objet. Tout cela se lit au dehors, et nous sommes souvent, nous les humbles échos de ces luttes, surpris de trouver dans le monde des esprits déjà bien au courant de ce qui s'y est dit et fait, et quelquefois aussi tout prêts eux-mêmes à la dispute. Ne nous en plaignons pas : les qualités heureuses de l'esprit français ne perdront rien à ces visites de curiosité sur le domaine des choses positives : l'élégance de la forme trouvera souvent des leçons précieuses dans la connaissance, même imparfaite, du fond. Qu'est-ce qui fait l'élévation si supérieure de la forme antique, si ce n'est sa merveilleuse fidélité dans la description des scènes observées de la nature.

Félicitons-nous donc, pour l'avenir et le développement de notre esprit national, en constatant l'intérêt qu'il témoigne aux questions de science, intérêt qui n'est d'ailleurs qu'une preuve de sens pratique : au milieu des productions si étourdissantes de l'industrie et des arts, fils de la science, l'indifférence du public pour les éléments créateurs de ces merveilles ne serait-elle pas une abdication de l'intelligence?

Parmi les écrivains, disons plus exactement, les savants qui consacrent à cette utile vulgarisation une portion, et notable, de leur temps, les auteurs des deux ouvrages dont nous venons d'entretenir ici nos lecteurs ont, de l'aveu général, droit à une des plus belles parts dans la reconnaissance publique. A l'affût de tout ce qui perce de notable dans toutes les branches de l'étude scientifique de la matière et de ses propriétés, ces deux esprits, chacun avec sa tendance particulière, l'une mathématique, positive, polytechnique, dirions-nous volontiers; l'autre armé d'une pointe d'imagination, d'un peu « d'humour » ou de fantaisie coloriste, ont depuis plusieurs années tenu avec une rare assiduité le public au courant de tous les progrès qu'enfantait le mouvement journalier de la science en progrès. Leurs articles, leurs comptes rendus hebdomadaires répandus, en leur temps, dans toute l'Europe, partout où pénètrent la langue et le génie clair de notre nation, un soin heureux les leur fait rassembler à la fin de chaque année dans un recueil

l'étude de tous ces degrés dans leurs rapports avec la maladie dont ils ne seront que des dépendances, pouvait conduire à la connaissance de ses conditions de manifestation, si ce n'est à la notion de son mécanisme physiologique. Voyez les conséquences d'un tel point de départ. Il ne s'agit plus d'une collection disparate de phénomènes nerveux pris au hasard et pêle-mêle dans l'amalgame des aberrations de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité : le tout séparé de leur origine ; il s'agit, au contraire, d'un fait simple suivi pas à pas depuis sa première et éphémère manifestation jusqu'à sa permanence la plus tenace et la plus durable. Pour ne pas sortir de l'exemple choisi ; n'est-il pas vrai que la peur est susceptible de produire tous les degrés, toutes les nuances de l'aberration nerveuse? L'observation clinique ne les a-t-elle pas constatés cent fois? Que l'on applique la notion physiologique fournie par ce cas particulier à tous les cas où les troubles nerveux constituent des dépendances ou des conséquences essentielles des maladies les plus diverses, et l'on aura l'unité du genre morbide, reconnaissable à travers toutes les diversités de l'espèce et de la variété. Pour parler un langage moins abstrait, on pourrait suivre et reconnaître dans tous les états nerveux permanents : dans l'excitation produite par le travail forcé ; dans la susceptibilité résultant des pertes réitérées de sang ; dans les aberrations inhérentes à l'état menstruel, à la chlorose ; dans l'effet des veilles prolongées ; dans les épuisements ou les exaltations de la passion et du chagrin ; en un mot, dans toutes les conditions où le système nerveux reçoit trop ou trop peu de l'excitation dont il a besoin, soit du dedans, soit du dehors ; on pourrait, disons-nous, suivre et reconnaître les manifestations diverses du même fait de l'éréthisme, de l'atonie ou de l'aberration du système nerveux. Jusque-là on n'aurait, nous le reconnaissons, que la notion extérieure et en quelque façon graphique de l'état morbide ; mais on aurait au moins sa physionomie réelle, c'est-à-dire le moyen de la reconnaître partout où elle se manifestera, sans qu'il soit absolument nécessaire d'aller au delà de sa constatation expérimentale. Pour beaucoup d'esprits, il n'y a aucune différence entre cette détermination rigoureuse et précise du fait pris à sa source et suivi dans tous ses méandres pathologiques, et la description ontologique d'un état arbitrairement séparé de son origine ; mais pour d'autres, la différence est grande : d'une part, c'est le fait bien observé et rattaché à des circonstances spéciales ; de l'autre, c'est la conception fantastique de l'imagination. Mais allons encore au delà.

On a coutume, dans la spécification des maladies nerveuses, de les considérer abstractivement de toute lésion du système nerveux. C'est même la condition absolue de leur acception en tant que maladies purement nerveuses. Cependant il est possible, sans recourir aux suggestions d'un grossier organicisme, de montrer que là où l'on peut assister à l'évolution de ces maladies, il est souvent possible de les rattacher à une incitation anormale, si ce n'est à une provocation directe et matérielle du système nerveux. La syncope et le tétanos qui succèdent à la piqûre d'un nerf sont les deux expressions les plus manifestes de cette relation. Il est clair, dans ces cas, que l'accident nerveux a été directement produit par la lésion de l'organe. Eh bien ! en généralisant l'induction fournie par cet exemple, — et cette induction n'est-elle pas légitime? — on a la présomption qu'une modification quelconque du nerf ou du système nerveux est la condition préalable de bon nombre de manifestations anormales de la nervosité. Cette modification comprend aussi bien les dispositions natives générales de tempérament, de cachexies, que les dispositions consécutives accidentelles et locales. Ici, nous n'avons aucune raison de le dissimuler, nous touchons aux doctrines de l'école qui n'admet de maladie qu'à la condition d'une lésion préalable de l'organe. Mais pour que les méprises ou la confusion cessent, il suffit de faire remarquer que le système nerveux et le système sanguin sont les premiers ressorts de la vie, et qu'à ce titre il est permis de leur attribuer dans l'évolution des maladies un ordre d'importance supérieure à celle des organes secondaires ; importance qui n'exclut d'ailleurs ni la possibilité d'un trouble initial de l'élément dynamique ou vital, ni la subordination de troubles nerveux secondaires. Ici, comme on le voit, nous faisons volontiers la part des observations et des idées fournies par l'école dite de Paris, tout en faisant les réserves nécessaires au profit d'un autre ordre d'idées. MM. Bouillaud et Piorry, dans leurs discours, ont très-bien représenté l'une : espérons que de nouveaux orateurs voudront maintenir la prérogative et le bien fondé de l'autre.

JULES GUÉRIN.

OPHTHALMOSCOPIE.

THÉORIE DE L'OPHTHALMOSCOPE, AVEC LES DÉDUCTIONS PRATIQUES QUI EN DÉRIVENT, INDISPENSABLE A L'INTELLIGENCE DU MÉCANISME DE L'INSTRUMENT ; par le docteur GIRAUD-TEULON, ancien élève de l'École polytechnique.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ XIV. — L'emploi d'un verre divergent, comme dans le procédé décrit au § XII, n'est pas le seul moyen que l'on puisse mettre en usage pour rendre l'œil observateur apte à s'approprier les rayons utiles émergents de l'œil en observation. On peut aussi et *très-avantageusement* se servir d'un verre convergent. Singulière chose, dira-t-on, que de recourir à un procédé de nature à augmenter encore la convergence des rayons dont le défaut était déjà la convergence.

On va voir que cette remarque n'est fondée qu'en apparence. Rappelons-nous à cet égard les principes : « On sait que tout faisceau de rayons parallèles qui traverse une lentille va converger de l'autre côté de cette lentille en un sommet conique exactement situé au foyer principal de cette lentille.

Il suit de là que tout faisceau convergent ou conique avant d'atteindre la lentille, ira, à l'émergence, former son sommet *entre la lentille et son foyer principal.*

Cette notion est de la plus haute importance : quel que soit l'éloignement du lieu de concours de ces faisceaux convergents qui, dans la fig. 1, vont former l'image aérienne que nous avons nommée « indéterminée, « toute lentille convergente placée entre l'œil et cette image, réduira cette image en une autre plus petite et de même sens, forcément placée entre cette lentille et son foyer principal.

---

portatif, facile à consulter et qui devient pour les familles, attentives au culte de leur intelligence, une bibliothèque des plus intéressantes. Ce sont ces recueils que nous venons recommander ici à nos lecteurs.

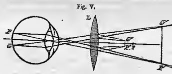
Occupons-nous d'abord du premier.

Ayant pris nous-même l'initiative, dans cette feuille, de publications périodiques choisies dans ce même esprit, mais, il est vrai, dans un cadre un peu plus restreint, celui qui intéresse plus particulièrement le médecin, quoique en dehors de la médecine ou de la physiologie, nous nous trouvons avoir fait à l'avance l'analyse détaillée d'une partie des sujets traités par notre savant confrère M. Figuier. Cependant, limité par l'espace nécessairement étroit réservé à cet ordre d'entretiens, nous n'avons qu'effleuré la riche mine dont on trouvera dans l'ANNÉE SCIENTIFIQUE le tableau complet. Nous devions forcément nous borner aux sujets liés par quelque rapport de famille avec notre caractère médical : M. Figuier, s'adressant à un public embrassant toutes les spécialités scientifiques possibles, cultive un champ plus vaste : astronomie, physique, mécanique, chimie, art des constructions, marine, télégraphie électrique (cette branche nouvellement née et qui va tenir tant de place dans le développement des nations), histoire naturelle, médecine, hygiène (on concevra que nous passions ces articles sous silence), agriculture, statistique, arts industriels, voyages scientifiques, prix décernés par les sociétés savantes, tel est l'index des chapitres ou divisions naturelles de cette immense exposition.

La simple lecture de ces titres, en donnant une idée première des objets que l'on rencontrera dans cette intéressante recherche, nous dispensera d'une analyse de détail dont le nombre des sujets traités nous rendrait la tâche impossible. Mais en signalant quelques-uns des principaux d'entre eux, nous pourrons donner une idée de la manière élevée dont leur rédaction a été abordée et conduite.

Parmi les sujets qui ont, et à bon droit, le plus occupé l'attention publique, dans le cours de cette défunte année 1858, assez même pour lui donner son nom, la comète de Donati prend naturellement sa place en tête de l'article *Astronomie*, comme celui-ci lui-même ouvre la marche dans l'étude générale des sujets scientifiques, objet de l'ouvrage. L'histoire complète de la marche de cet astre errant, les particularités reconnues dans sa constitution, les éléments de son orbite, tout cela mis à la portée des gens du monde, forme un ensemble de données qui préciseront nécessairement les discussions et les opinions qui se font si souvent jour dans les salons à propos de ces sortes d'événements. On y trouvera en outre de ces données scientifiques dont le public a besoin, et qui prendront place dans les esprits, sans fracas et sans forcer l'entrée, mais n'en seront pas moins avantageuses dans leurs effets ultérieurs, en rectifiant les connaissances humaines générales, celles sur lesquelles se fondent le jugement et les préjugés des multitudes. Les nombres qui trouvent leur place dans cet exposé laissent le lecteur dans un sentiment profond d'étonnement et d'admiration, si toutefois il n'a pas été initié déjà avec cette numération astronomique gigantesque, qui ne pouvait être dépassée, en sens contraire, il est vrai, dans celui des abstractions infinitésimales que par celle plus merveilleuse encore dans les groupements de chiffres, de la matière médicale homœopathique. La comète Donati, dont le volume

Fig. V.



La lentille L, ayant son foyer en F, ramène en p"σ" l'image p'σ'.

Mais ne comprend-on pas aussitôt l'immense effet d'une semblable conséquence? L'image aérienne n'est plus indéterminée. Vous connaissez la distance focale de la lentille additionnelle L, dès lors vous saurez où est cette image p"σ"; c'est un peu en arrière du foyer principal de la lentille. Et si celui-ci n'a pour longueur focale que 4 à 5 centimètres, vous pourrez, à 2 centimètres près environ, préciser le lieu occupé par l'image aérienne. Cela fait, l'observateur se mettant en arrière de ce point qu'il connaît, à fort peu près, d'une quantité égale à la portée de sa vue distincte pour les petits objets, peut s'emparer de cette image avec la plus grande facilité.

On remarquera que cette image, conservant le sens de l'image aérienne indéterminée, est comme elle renversée. Nous proposerons de la désigner sous le nom d'image *réduite* ou *déterminée*.

La lentille qui la procure a été fort improprement désignée par son nom vulgaire de verre grossissant (la Calle et autres). Elle joue, tout au contraire, en ophthalmoscopie, le rôle de verre diminuant relativement à l'image aérienne indéterminée.

Son avantage (immense) est de placer le sujet de l'observation quel qu'il soit, dans le cas d'une excessive myopie, pour lequel l'image indéterminée peut être très-près de l'œil observé, très-petite alors, et conséquemment très-éclairée, et embrassant une plus grande étendue relative de la surface à explorer.

§ XV. — D'après ce qui précède, on remarquera que si l'instrument destiné à faire pénétrer dans l'œil observé la lumière qui doit éclairer son intérieur, peut être employé à des distances de l'œil qui varient comme la portée de la vue distincte de l'observateur, le procédé qui permettra l'emploi de la lentille convergente que nous venons de décrire au § XIV aura cet avantage, qu'on pourra ne tenir aucun compte de la qualité de myope ou de presbyte du sujet en observation, non plus que de la distance à laquelle il porte son attention visuelle. L'image, petite et renversée, que l'observateur doit essayer de saisir est toujours *entre* la lentille et son foyer principal. On peut donc toujours, connaissant celui-ci, connaissant aussi la portée de sa vue distincte à soi-même, pour des objets de petite dimension, se placer tout de suite, et presque sans tâtonnement, à très-peu près à la distance exacte où l'observation sera possible. Le myope s'approchera, le presbyte s'éloignera exactement comme il le ferait pour lire des caractères n° 1 de Jaeger placés *au lieu où il sait que se trouve l'image;* distance pour laquelle il aura, en outre, soin d'accommoder son œil. S'il devait arriver que l'instrument dût être maintenu à une distance fixe de l'œil observé, pour la commodité de l'éclairage, l'observateur qui devrait s'éloigner, celui qui serait presbyte relativement à cette longueur, ne pouvant pas s'éloigner pour se placer à la distance de sa vue distincte, devrait s'aider d'un verre convergent.

L'inverse sera pratiqué par celui pour qui l'objet serait trop distant; il prendra un verre divergent.

Que la distance fixe de l'instrument diminuée de la distance de l'œil à l'image, soit 25 centimètres par exemple, portée moyenne de la vue des petits objets, chacun se servira du lorgnon qu'il emploie d'ordinaire pour lire de petits caractères à 25 centimètres de distance. La vue moyenne se passera de verre interposé. Qu'on n'oublie pas notre remarque ci-dessus: l'œil de l'observateur devra en outre intentionnellement s'accommoder non pour la distance de l'œil observé, *mais pour celle même de l'image.*

§ XVI. — De l'instrumentation. — Tels sont, en leur simplicité, les principes sur lesquels doit être fondée l'instrumentation ophthalmoscopique. Elle doit répondre à l'objet suivant: envoyer dans l'œil une quantité de lumière convenable; tout en permettant à l'observateur de se placer sur le trajet de l'axe des faisceaux incidents, avec lequel se confond nécessairement, comme nous l'avons vu, l'axe des faisceaux émergents.

Des essais, des expérimentations physiologiques qui portent le nom de Cumming, Brucke, Babbage, montreut qu'on peut réaliser cette condition, mais en s'entourant de grandes précautions, avec une simple lumière dont on se défendrait au moyen d'un écran, et que l'on placerait directement, dans une chambre obscure, entre l'œil observé et le sien propre: le regard rasant et la flamme et l'écran. Mais ce procédé est très-délicat et des plus imparfaits.

On entre seulement dans la voie pratique en recourant, avec Helmholtz, à quelque procédé de réflexion de la lumière qui permette de briser la marche des rayons, et de placer l'observateur sur la direction même du faisceau réfléchi. Ces procédés consistent dans l'emploi de miroirs réflecteurs de toutes formes, ou de prismes donnant la réflexion totale sur une de leurs faces. Ces derniers rentrant absolument, d'ailleurs, comme théorie, dans le cas des miroirs, nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Les miroirs ou réflecteurs employés en physique sont de trois sortes:

Plans (tels sont ceux de Helmholtz, Coccius, Epkens, Donders);

Concaves (Ruete, Jaeger, Stellwag, Anagnostakis, Ulrich jeune, Hasner, Liebreich, Desmarres, Cusco, etc.);

Convexes (Zehender).

Un quelconque de ces miroirs, percé d'un trou en son centre (ou en tout autre point, mais plutôt au centre, si l'on ne considère que l'intensité du faisceau de lumière pour une même étendue de surface réfléchissante), constitue toute l'instrumentation catoptrique.

Nous allons étudier successivement chaque espèce de réflecteur.

§ XVII. — Prenons d'abord le miroir plan.

Rien de simple comme sa théorie; son usage se fonde sur la simple égalité des angles d'incidence et de réflexion des deux côtés de la normale au point d'incidence. Cette normale est celle qui correspond au centre même du trou ménagé pour l'œil de l'observateur.

L'œil observé *voit* alors la source lumineuse (quoique celle-ci puisse être placé derrière lui) dans la direction du trou occupé par l'œil ob-

---

entier a été approximativement évalué à mille fois le volume du soleil, ne pourrait, si elle était liquide, servir d'excipient qu'à la dix-huitième dilution du formulaire d'Hannemann.

Mais ce ne sont pas seulement les aperçus numériques, les détails d'astronomie pure que nous relèverons avec satisfaction dans le travail de notre savant confrère; les remarques de l'ordre moral y ont leur place, car tout se tient et s'enchaîne dans le cadre de l'esprit humain. Voyez l'influence du progrès des sciences, même en dehors de ceux qui les cultivent et la reconnaissance qu'on doit aux vulgarisateurs, après celle plus grande encore à reporter aux génies qui découvrent! « Un fait qu'il a été facile de constater pendant la grande apparition astronomique dont nous avons été témoins, dit M. Figuier, c'est l'absence de toute crainte superstitieuse dans les masses. Cette énorme comète, dont la présence dans le firmament étoilé avait certainement quelque chose de sinistre, avec sa traînée lumineuse traçant, au milieu des constellations, un arc d'une immense étendue, n'a excité dans aucune partie de l'Europe les terreurs qu'éveillait autrefois dans l'esprit des peuples ce genre d'apparitions. On allait la voir sans autre sentiment que celui d'une curiosité intelligente. »

Ne nous est-il pas permis d'espérer que cette même distribution, cette expansion des idées scientifiques sur le monde civilisé, disperse graduellement et de la même manière le bagage énorme de préjugés, de croyances brutales que nous a légués le moyen âge, le triomphe de la barbarie sur la civilisation arabe.

Le chapitre consacré à la physique, dans l'ouvrage de M. Figuier, contient plusieurs articles dont nos lecteurs reconnaîtraient la silhouette qui a déjà paru dans ces mêmes colonnes. Dans celui consacré à la mécanique, nous leur signalerons un article sur la vapeur d'éther comme force locomotrice; un nouvel appel à l'attention publique sur le rôle si utile que peut remplir la vapeur d'eau pour arrêter les incendies. Les choses simples sont, paraît-il, bien longues à faire leur chemin: quoi de plus logique que la substitution de la vapeur d'eau à l'air, si elle est praticable et aisée, comme cela est, en effet, dans une multitude de cas, dans tous les incendies d'usine, par exemple, pour arrêter l'ignition. Nous nous souvenons avoir entendu enseigner autrefois dans des cours de physique, que lors de l'attaque d'un incendie, on devait se garder de diriger l'eau sur les corps en ignition, mais seulement à côté de ces corps, de crainte que la chaleur ne décomposât la vapeur d'eau et ne fournit plus d'oxygène au foyer. Cela était évidemment irrationnel en chimie: comment la chaleur détruirait-elle seule, et sans la présence d'une action chimique comme celle d'un corps désoxydant, le produit même de la combustion. Quand les corps organiques brûlent, c'est l'hydrogène qui brûle le premier, comment alors de la vapeur d'eau abandonnerait-elle son oxygène au charbon!

Nous joignons hautement notre voix aux efforts qui appellent l'attention des conseils d'hygiène et de salubrité sur l'emploi si précieux, en théorie et en pratique, de la vapeur d'eau comme moyen propre à arrêter les incendies. Nos confrères, membres des conseils d'hygiène, seront bien inspirés en insistant sur cette question de salubrité ou plutôt de salut public.

Nous voudrions pouvoir nous arrêter sur ces nombreuses questions si bien

servateur, et à une distance égale à sa distance réelle, mesurée sur les rayons incident et réfléchi. C'est la somme même des éloignements du miroir de l'œil observé et de la source de lumière.

Tout étant égal d'ailleurs, l'intensité de la lumière reçue par l'œil ne dépend ici que de la somme de ces éloignements, comme pour une même distance invariable elle ne dépendrait que de la grandeur ou de l'éclat de la flamme. Le miroir (en lui-même) n'y ajoute rien : il peut donc ne pas dépasser en étendue celle même de la flamme.

Dans la pratique, nous pouvons supposer constantes et cette intensité de la flamme et sa distance à l'œil observateur; quoique ce dernier élément puisse varier, on peut négliger cette variation devant celle même de l'œil observé au miroir. Cette dernière quantité décidera seule en général du degré de l'éclairage intra-oculaire, lequel augmentera à mesure qu'on se rapprochera de l'œil observé.

La lampe demeurant toujours à une distance virtuelle de l'œil, supérieure à celle du minimum de la vue distincte pour un objet de sa dimension, tout œil observé, non amaurotique, *verra* donc, dans le miroir, la lampe elle-même à la distance exprimée ci-dessus. Que veut dire cela, sinon que la flamme de la lampe se peindra renversée sur la rétine, et que le lieu de cette impression sera par conséquent la seule portion éclairée de la rétine.

Dans ces circonstances, par l'emploi du miroir plan dans sa simplicité, la portion éclairée des membranes profondes est donc nécessairement fort restreinte. Nous verrons plus loin qu'un certain artifice permet d'obvier à cet inconvénient, quand on a besoin de se procurer une plus grande intensité de lumière.

Mais lorsqu'il s'agit d'explorer un œil délicat et non dilaté par la belladone ou la maladie, un faible éclairage est souvent fort suffisant, et sous ce rapport le miroir plan est vraiment précieux.

On se rappellera donc le principe de ce réflecteur éminemment simple : les rayons lumineux arrivent à l'œil observé à l'état de *divergence*, comme s'ils partaient de la lampe même. Ils sont alors concentrés par l'appareil oculaire au foyer conjugué de la distance virtuelle de la lampe, sur la rétine ou dans son voisinage très-rapproché. C'est une conséquence obligée de leur incidence à l'état de divergence, dans les limites de la vue distincte.

§ XVIII. — Miroirs concaves. — Dans cette sorte de réflecteur, l'objet et l'image sont reliés l'un à l'autre par une relation identique à celle qui résume la théorie des lentilles : tout objet placé au delà du foyer principal donne lieu à une image renversée, placée également au delà de ce foyer et qui s'éloigne en s'agrandissant à mesure que l'objet se rapproche. Les points qu'ils occupent sont ce que l'on nomme des foyers conjugués l'un de l'autre.

Jetons les yeux sur la fig. VI.

AB étant la flamme, M, le miroir sphérique concave, F, le foyer principal, l'image sera représentée par *ba*. Considérons le cône lumineux ayant son sommet à l'image *ab* et sa base à la circonférence du miroir; ce cône est la colonne lumineuse destinée à pénétrer dans l'œil en observation ; étudions ses rapports avec lui au point de vue de l'éclairage qu'il peut donner, suivant la position de l'œil relativement au miroir ou à l'image *ab*.

Il est clair d'abord que l'œil observé ne pourra occuper, relativement à l'image *ab*, que trois sortes de positions principales. Sa cornée, ou plus simplement, son centre optique (le centre du cristallin) pourra

Fig. VI.

être placé exactement en *ab*, en avant de *ab* du côté du miroir, ou bien, au contraire, en arrière de *ab*.

Premier cas. Le sommet du cône lumineux réfléchi tombe exactement au centre optique ou tout à fait dans son voisinage. Ce faisceau *convergent* déjà jusqu'à la cornée, le devient davantage de la cornée au centre optique d'où il s'épanouit en *divergence* sur toute la surface hémisphérique postérieure, ou au moins sur une grande partie de son étendue, la plus grande qu'un cône de cette dimension y puisse intercepter. Tout le cône pénétrant est ainsi utilisé pour l'éclairage. Il n'y a point d'image formée par la lampe, mais une teinte lumineuse diffuse dont l'intensité ne dépendra que de celle de la flamme, ou des distances et de la grandeur du miroir. Tout étant égal d'ailleurs, c'est bien là une condition avantageuse ; car que cherche-t-on? Non pas, comme quelques-uns l'ont dit, une image de la flamme extérieure, mais bien une surface éclairée uniformément et dont on puisse ainsi apercevoir les détails. Quand nous examinons quelque objet à la loupe, ce n'est pas le reflet de la lampe ou du soleil que nous cherchons; nous nous proposons, au contraire, de nous affranchir de ces reflets, en concentrant cependant le plus possible de lumière diffuse sur l'objet de notre examen.

Deuxième cas. Supposons l'œil observé (centre optique) en avant de *ab* et du côté du miroir. Le cône lumineux tombe encore dans l'œil à l'état de convergence. Or, d'après les lois de la réfraction, l'image *ab* sera alors rapetissée, sans changer de sens, et dessinée dans l'humeur vitrée, quelque part entre le cristallin et son foyer principal postérieur (voy. § XIV, fig. V). De ce point, le cône lumineux divergera et reproduira les conditions du cas précédent, d'autant plus complétement que le lieu occupé par l'image réduite de *ab* sera plus rapproché de la face postérieure du cristallin. La fig. VII montre cela du premier coup d'œil.

Troisième cas. Reculons, au contraire, le miroir de façon à faire tomber *ab* plus ou moins loin, en avant de l'œil observé. Alors ce n'est plus le miroir qui est censé influencer l'œil en observation, c'est l'image *ab* elle-même qui lui envoie ses faisceaux à l'état de *divergence*. Cette image est dès lors, vis-à-vis de l'œil, comme un objet qu'il *regarderait*. Elle se peindra donc exactement sur la rétine ou au moins tout à fait dans son voisinage, pour peu que l'œil soit de *ab* à une distance égale à celle de sa vue distincte.

---

exposées par notre confrère : le forage des puits artésiens par exemple, leur influence sur notre situation morale et politique dans l'Afrique française. La probabilité d'arriver par la création d'oasis nouvelles a établir, entre les confins du désert et les centres d'habitation qu'il possède, des étapes échelonnées littéralement enfantées par la sonde des puisatiers. L'Arabe, à la vue de l'eau sortant de ces profondeurs, reconnaît plus encore notre puissance que sous les effets terribles de notre armement militaire.

Les médecins agriculteurs trouveront dans un intéressant article le résumé des beaux travaux de M. Georges Ville sur le rôle des principes minéraux dans l'économie de la nutrition végétale; problème important dont la solution complétera la loi des développements dans le règne végétal.

Toutes ces questions, avons-nous besoin de le dire, sont résumées dans ce style clair et précis que le public a su depuis longtemps apprécier et qui fait d'une étude scientifique une lecture aussi agréable et non plus fatiguante que celle d'un ouvrage de littérature, et ayant sur ce dernier l'avantage de laisser plus de traces après lui dans l'esprit du lecteur.

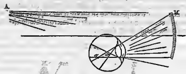
— Avec un mérite très-précieux également, la publication nouvelle de M. Victor Meunier offre un caractère d'un tout autre ordre ; ce n'est plus le simple, clair et précis procès-verbal des découvertes ou des faits scientifiques notables de l'année, que cet écrivain vient apporter à ses lecteurs. C'est plutôt une causerie, ce sont de simples feuilletons, ainsi les appelle lui-même leur auteur sur les sciences en général, mais particulièrement sur les points qui n'ont pas encore obtenu droit de cité incontesté dans la famille officielle des sciences. L'auteur aime à côtoyer le domaine non du paradoxe, ce n'est pas tout à fait cela, mais de l'étrange, du merveilleux, du disputable. Nous ne sommes pas tout à fait de cette école, cependant nous ne pouvons lui en vouloir de son existence; quelque soit notre respect pour les savants vrais, pouvons-nous ne pas les croire hommes et sujets par conséquent a l'erreur, à celle par exemple qui consiste à croire mal observé tout fait qui ne rentre pas immédiatement dans les explications classiques. Nous ne pouvons oublier ni Fulton, ni le rapport d'Arago sur les chemins de fer, ni tant d'autres circonstances où le génie lui-même a montré un peu de faiblesse. Il est donc juste qu'une tribune soit ouverte aux conceptions un peu risquées; quelques-unes renferment peut-être de grandes conséquences complétement inattendues. Enfin pouvant se faire jour, les idées nouvelles ne pourront pas au moins éternellement prétendre être étranglées par les muets.

Ce rôle, M. Victor Meunier l'a accepté ou se l'est donné et, disons le, il en use avec une parfaite intelligence. On lira avec le plus vif intérêt le tableau du ciel vu à travers le grand télescope de lord Ross exposant tous les mondes nouveaux découverts dans les nébuleuses.

La lune est-elle habitable? Tel est le titre d'un second chapitre de M. Meunier. Du temps de Fontenelle grand fut le débat à cette occasion. Depuis lui, l'absence de réfraction lumineuse sur les limites du noyau lunaire, excluant toute idée d'atmosphère autour de cet astre, excluait en même temps toute admissibilité d'habitants sur ce globe. Mais voilà un astronome italien, M. Pompolio, qui constate une réfraction: simple fait qui, avec une atmosphère, rend à notre voisine toute une population supprimée par les savants. Mais comment ne s'en serait-on pas encore aperçu? Voici ce que dit M. Meu-

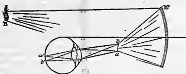
On peut dire d'une manière générale que, dans ce cas, l'image sera très-voisine de la rétine, un peu en avant, un peu en arrière, quelque-

Fig. VII.



fois sur cette membrane même, ce qui le fera rentrer dans le cas du miroir plan, mais avec plus de lumière concentrée sur un petit espace. Des trois conditions que nous venons d'examiner, celle-ci est évidem-

Fig. VIII.



ment la moins favorable à l'objet qu'on se propose généralement dans l'ophthalmoscopie.

§ XIX. — Mais ici doit prendre place une remarque importante.

Tout ce que nous venons de dire des miroirs plans ou concaves ne s'applique qu'au cas où l'on cherche à voir l'image droite, c'est-à-dire sans s'aider du secours de la lentille biconvexe interposée au miroir et à l'œil, et dont nous avons étudié les effets au § XIV; car si l'on se sert de cette lentille, quelle que soit la position de *ab* par rapport à l'œil, que les faisceaux qui en émanent tombent sur la lentille à l'état de convergence ou de divergence, ils en émergeront toujours convergents. L'image réduite de *ab* sera toujours située dès lors dans la première moitié des milieux oculaires, si l'on a soin de ne pas écarter la lentille de l'œil observé au delà de sa distance focale à elle-même. Le sommet du cône d'éclairage sera ainsi toujours très-près de la cristalloïde postérieure, position la plus avantageuse pour l'éclairage, en ce qu'elle se rapproche du maximum de section de la rétine par le cône postérieur épanoui, cas qui rentre dans les conditions des suppositions 1 ou 2 du paragraphe précédent. Voy. la fig. VII.

§ XX. — Miroirs convexes. — On démontre dans tous les traités de physique que, quelle que soit la position d'un objet devant un miroir convexe, l'image réfléchie en est toujours virtuelle, droite et plus petite que l'objet.

Ce qui, pour les considérations qui nous occupent, revient à dire que tous faisceaux de rayons parallèles ou divergents, tombant sur un miroir convexe, s'en éloignent en divergeant davantage.

Employé seul, le miroir convexe aurait donc le double désavantage d'envoyer à l'œil des rayons toujours divergents, de déterminer, par conséquent, sur la rétine une image extrêmement petite, car elle serait conjuguée d'une image, déjà réduite elle-même, de la source lumineuse. La plus grande partie des rayons incidents étant réfléchis dans des divergences énormes, il y a une grande déperdition de lumière. Réduit à cela, le miroir convexe serait donc tout à fait désavantageux.

Mais, comme pour le miroir plan, il existe un artifice très-simple qui permet d'en tirer parti.

Ce moyen consiste, pour l'un comme pour l'autre, à faire tomber sur eux les faisceaux lumineux à l'état de convergence.

Plaçant entre ce miroir et la source de lumière une lentille biconvexe, à une distance du miroir moindre que sa longueur focale, cette lentille collige les rayons divergents de la lampe qui rencontrent sa surface, et tend à produire une image renversée au delà de son foyer. Or ces faisceaux, ainsi convergents, viennent à rencontrer le miroir convexe, et cette rencontre détermine des phénomènes curieux.

On sait, nous l'avons rappelé plus haut, que tous rayons divergents ou parallèles qui viennent à rencontrer un miroir convexe, sont réfléchis en divergence; il en est encore de même des rayons convergents, dont la *convergence* est changée en *divergence* tant que l'incidence est encore assez voisine du parallélisme, c'est-à-dire tant que les rayons convergents, incidents au miroir, vont, prolongés, se rencontrer au delà de son foyer principal. En ce point même, ils sont réfléchis à l'état de parallélisme. En deçà de cette limite, c'est-à-dire si le prolongement des rayons convergents rencontre l'axe du miroir entre sa surface et son foyer, les rayons convergents sont réfléchis en *convergence*, mais à un degré moindre qu'à l'incidence.

Dans ce cas-là, il n'y a plus d'image produite dans l'œil qui recevrait directement ces faisceaux réfléchis.

Plaçons donc une lentille convergente entre une source de lumière et un miroir convexe; on observera ce qui suit:

Fig. IX.

Soient M le miroir convexe, F son foyer principal; AB l'objet; L, L' deux positions de la lentille convergente; dans la position L, la lentille est moins éloignée du foyer du miroir qu'elle ne l'est du foyer conjugué de AB. L'image aérienne de Ao, vient donc se peindre en *ao*, au delà du foyer F.

Dans la position L', la lentille est plus près du foyer conjugué de AB

---

nier : L'atmosphère terrestre dépasse bien de dix ou douze lieues les points les plus élevés du globe, et ce sont des conditions analogues qu'on cherchait autour de la blonde Phœbé; or il paraîtrait que cette planète n'aurait qu'une atmosphère très-réduite, inférieure à ses montagnes et de 580 mètres environ de hauteur seulement. Circonstance accusée par l'astronome italien et qu'Arago, du reste, avait indiqué soupçonner lui-même. Nous dirons que cette découverte, si elle se vérifie, aurait, en effet, la haute importance que lui reconnaît M. Meunier. Ne plus soupçonner seulement les mondes habités, démontrer qu'ils le sont! quelle révélation! quelle révolution!

Nous disions que M. Meunier aime l'étrange : ne conclura-t-on pas comme nous, après avoir lu son curieux chapitre intitulé l'OD, et sa description d'êtres humains doués de pouvoirs sensitifs tout particuliers, et qui ont pour la distinction des couleurs et des formes d'autres sens que ceux de la vue et du toucher. Mais ceci nous vient de l'Allemagne, et nous réservons notre opinion. Les gens qui savent encore voir le roi des Aulnes nous sont scientifiquement suspects.

Nous n'en dirons pas autant de l'article consacré au paradoxe hydrostatique, espèce de petit problème de physique expérimentale, très-bien résolu, croyons-nous, par M. Vivarès et M. Meunier lui-même, et qui nous paraît avoir été un petit piége à prendre des académiciens. Voyons là une preuve de très-sagace analyse faite en dehors de nos maîtres vénérés.

M. Meunier, dans son chapitre intitulé l'alchimiste, devance, en bon esprit, la discussion intervenue depuis entre MM. Dumas et Despretz, sur la résistance éternelle des corps simples à se laisser désimplifier. C'est un sujet qui aura sa réponse dans la suite des discussions de notre Académie des sciences; nous pouvons attendre, la question est entre bonnes mains.

Pourquoi sommes-nous obligé de passer si vite sur ces intéressantes questions de géologie, si élégamment et sérieusement soulevées par M. Meunier. Mais chacune a peu de développement, et il nous faudrait copier le livre, que nos lecteurs feront mieux de chercher à connaître par eux-mêmes. L'éducation des singes et cette famille de poissons vivipares décrite et reconnue par M. Agassiz; et les hommes à queue, tribu sauvage du centre de l'Afrique, et dont, d'après le dire des voyageurs, il faudrait admettre l'existence, mais que nous serions bien aise de voir nous-même avant d'affirmer : voilà bien des sujets qui méritent un moment d'attention.

Nous avons dit que M. Victor Meunier nous paraissait doué d'un esprit vraiment philosophique : nous n'en voudrions pour preuve que l'épigraphe qu'il emprunte à Montaigne pour mettre au fronton du musée de tératologie, dont les éléments ont tous été recueillis par notre savant collègue M. Jules Guérin : « *Les monstres ne le sont pas à Dieu.* » N'y a-t-il pas dans cette phrase, et en germe, la brillante conception de la physiologie pathologique; espérons que ce musée, résumé objectif des belles découvertes de l'auteur de la chirurgie sous-cutanée, pourra bientôt être mis à la portée de tous les observateurs.

Nous sommes forcé d'arrêter là cette revue. Ce que nous en avons rapporté suffira, nous l'espérons, pour donner de ces deux ouvrages intéressants un aperçu en rapport avec leur mérite, et engager à les parcourir tous ceux de nos lecteurs curieux de se maintenir au niveau du flot incessant des découvertes modernes.

Giraud-Teulon.

que du foyer du miroir; l'image *bo'* correspondant à Bo est donc en deçà du foyer.

Dans le premier cas, les rayons réfléchis par les faisceaux qui formeraient l'image *ao* s'éloignent en divergence.

Dans le second cas, ceux correspondant à l'image *bo'* sont, au contraire, réfléchis en convergence.

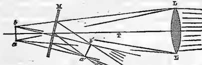
Le premier cas ne modifie rien d'essentiel aux propriétés ordinaires du miroir convexe; l'image est toujours droite et plus petite que l'objet.

Quant au second, il rentre dans le cas du miroir concave qui ne produirait pas d'image si l'œil se plaçait entre le miroir et le point de convergence des rayons. Mais on sait que ce cas, celui de la fig. VII, est l'objet recherché par l'ophthalmoscopie.

Tel est le fondement de l'ophthalmoscope de Zehender qui consiste en un miroir convexe, sur lequel une lentille convergente concentre les rayons émanés d'une lampe, placée dans les conditions ordinaires. La distance de la lentille et du miroir est calculée de manière à ce que le foyer conjugué de la lampe vienne tomber entre le miroir et son propre foyer. Un œil, placé sur la réflexion opérée par le miroir, aperçoit alors l'image circulaire de la lentille richement éclairée, un disque brillant, mais non plus l'image de la lampe. C'est ce cône de lumière réfléchie qu'on dirige sur l'œil en observation, dans l'ophthalmoscopie, et son emploi, dans certaines circonstances, peut être favorable. Il rentre d'ailleurs aussi dans le cas du miroir concave.

§ XXI. — Nous avons vu que le miroir plan ne renvoyait, par lui-même, que des rayons divergents; mais disposons, comme nous venons de le décrire pour le miroir convexe, entre la source de lumière et lui-même, une lentille biconvexe à une distance un peu moindre que sa longueur focale; le miroir plan réfléchira les faisceaux sous leur angle d'incidence, reportant l'image en avant de lui, à une distance égale à celle où elle irait naturellement se former par derrière. (Voy. fig. X.)

Fig. X.



L'image secondaire *a' b'* est alors absolument dans le cas de l'image donnée par le miroir concave: l'examen de la figure le montre immédiatement. Tout ce que nous avons dit pour la première s'applique, sans y changer un mot, à celle-ci; elle a, ou peut avoir avec l'œil observé, les mêmes rapports que celle du miroir concave et ne peut être employée que de la même manière.

§ XXII. — Conséquences pratiques. — 1° Éclairage intra-oculaire. —Ces points théoriques fixés, rien de simple comme les règles à donner à l'ophthalmoscopie. Les principes nous apprennent déjà que non-seulement on peut se procurer la vue des parties profondes de l'œil, mais même en obtenir, par deux procédés distincts, deux espèces d'images. L'une, assez étendue en surface relativement au fond de l'œil, et dans laquelle les détails sont alors assez petits et déliés (l'image renversée); l'autre n'embrassant qu'une très-faible portion de la rétine, mais dans laquelle le peu de détails qu'on saisit est grossi, amplifié et demeure droit comme dans la théorie de la loupe.

Les deux procédés sont tous deux également praticables, mais le premier donnant plus rapidement une idée plus générale de l'état des membranes oculaires et étant en outre d'une manœuvre très-facile à préciser, dans tous ses détails, suffit au plus grand nombre de cas.

Maintenant, première question: Quel réflecteur adopter?

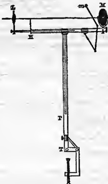
Si l'on a bien compris ce qui précède, on voit que le choix est à peu près indifférent; nous avons montré qu'avec tous les miroirs il était aisé de faire pénétrer dans l'œil observé des faisceaux convergents, particulièrement au moyen de la lentille additionnelle du § XIV.

Plus près sera du centre optique, ou plus simplement du milieu du cristallin, le sommet de ce cône convergent, plus grande sera la zone éclairée sur la rétine.

Qu'on se serve donc du miroir concave, ou des miroirs plan ou convexe armés de lentilles latérales sur le trajet de la lumière de la lampe, c'est tout un; l'important sera de placer le miroir à une distance de l'œil observé à peu près égale à sa longueur focale, que l'on peut toujours mesurer, si on ne la connaît pas par un usage préalable. Rien de plus aisé en faisant tomber le faisceau réfléchi sur un écran, au moment d'opérer.

On peut donc, avant tout, placer le miroir à la distance convenable, et pour peu qu'on n'ait pas une grande habitude du maniement de l'instrument, rien n'empêche de se servir d'un support dans le genre de celui de Liebreich, qui fixe le malade et l'instrumentation (ou mieux, l'appareil plus simple de M. Cusco).

Fig. XI.



M Miroir, mobile autour d'un axe horizontal, lequel est mobile lui-même autour d'un axe vertical.

L Lentille mobile sur un axe vertical seulement.

MH Distance horizontale égale à la longueur focale du miroir M.

M Petite mire en laiton, mobile autour d'un axe léger, articulé à frottements doux, pouvant se fixer dans toutes les positions possibles autour de l'axe horizontal de l'instrument.

P Pied creux dans lequel peut tourner horizontalement la tige du support horizontal; il est lui-même mobile autour de la charnière horizontale T, partie supérieure de l'étau, qui fixe l'instrumentation au bord d'une table.

Cette distance réglée, on a fixé la condition de l'éclairage.

Ajoutons que si, entre l'œil et le miroir, et dans leur axe commun, on interpose la lentille convergente du § XIV, à une distance de l'œil moindre d'un tiers environ que sa longueur focale, on est alors, à une très-faible différence près, certain d'avoir placé, presque au centre optique même, le sommet commun des deux cônes incident et divergent.

Tout est alors prêt pour l'exploration.

Je suppose toute l'instrumentation réglée, miroir, lentille montés sur un support horizontal commun, comme est l'instrument de M. Cusco.

L'axe de l'œil du malade étant placé bien exactement dans l'axe du miroir et de la lentille, et portant son attention sur un point qui sera ultérieurement déterminé, on est certain d'une chose (voir le § XIV), c'est qu'une figure renversée du fond de l'œil est reproduite entre le miroir et la lentille oculaire, et à une distance de cette dernière *nécessairement moindre* que sa longueur focale. Celle-ci étant généralement de 4 à 5 centimètres, on peut indiquer avec le doigt à très-peu près sa place. Nous avons fait remarquer, plus haut, le grand prix, à ce point de vue, de la lentille objective qui annule l'indétermination naturelle de l'image aérienne.

§ XXIII. — Rapports de l'image réduite ou déterminée avec l'œil observateur. — L'observateur, placé derrière le miroir, peut donc, à l'avance, connaissant la portée de sa propre vue, prévoir s'il percevra ou non cette image aérienne réduite.

Supposons, par exemple, que le miroir ait 20 centimètres de distance focale: il est à cette distance de l'œil observé. Retranchons de ces 20 centimètres, 2 ou 3 centimètres pour la distance de l'œil à la lentille objective, 3 autres centimètres environ pour la distance de la même lentille à l'image réduite, il restera 14 à 15 centimètres entre le miroir et cette image. Un myope seul peut voir sans effort à cette distance un détail assez petit. Tout autre œil, presbyte relativement à

cette distance, devra prendre un monocle convergent d'un numéro plus ou moins fort, s'il veut se procurer une perception nette de cette image aérienne.

Au lieu de 20 centimètres, prenons un miroir concave de 30 centimètres. La portée de la vue apte à saisir la petite image sera augmentée de 10 centimètres : c'est la rendre perceptible à un grand nombre de vues sans le secours d'aucun monocle convergent. Un presbyte seul sera obligé de s'en servir, et il pourra même connaître à l'avance son numéro en cherchant celui au moyen duquel il lira aisément à 25 centimètres de distance le caractère n° 1 de l'échelle de Jæger.

Dans ce cas-là, il est clair, par contre, que le myope devra faire usage d'un monocle divergent.

Le même raisonnement est évidemment applicable à toute autre longueur focale des instruments de la réflexion. Cette longueur de 30 centimètres nous semblerait assez favorable comme s'appliquant à la moyenne générale. Si on la trouvait un peu forte, eu égard à l'éclairage, rien n'est plus aisé que de compenser cette infériorité relative en augmentant un peu le diamètre du miroir s'il est concave, ou celui de la lentille éclairante dans les réflecteurs hétérocentriques.

§ XXIV. — Image droite. — Nous avons vu, § XIII, comment il était possible de se procurer cette image ; supprimer d'abord la lentille objective, puis se rapprocher plus ou moins près de l'œil.

Ce rapprochement du miroir a déjà le désavantage de rétrécir la zone éclairée de la rétine, en portant plus près de cette membrane le sommet commun des cônes lumineux déjà décrits.

Mais enfin, la lumière étant suffisante, on apercevra l'image, soit en se rapprochant considérablement comme pour l'usage de la loupe, soit en employant un verre concave assez puissant, et qui retourne, en les rendant divergents, les faisceaux convergents de l'image indéterminée. L'œil de l'observateur est, à l'égard de ces faisceaux, dans le cas d'une hypermyopie ou dans celui de l'image fournie par une lorgnette de spectacle dépourvue de son oculaire.

Si l'on demande pourquoi, dans ce cas, il est nécessaire de se rapprocher autant de l'œil, puisque la lentille divergente qu'on devra employer est chargée de l'appropriation de l'incidence des rayons, nous ferons observer qu'il y a un autre élément dans la question et qui fait sentir ici, pour la première fois, son influence. C'est la faible dimension du trou oculaire pratiqué dans le miroir lequel intercepte une notable portion des faisceaux émergents, pour peu que l'image aérienne indéterminée doive aller se former un peu loin.

C'est ce que la figure suivante rendra très-sensible.

Fig. XII.



Considérez la figure $p'\sigma'$ qui représente le cône lumineux enveloppant l'image $p\ \sigma$. N'est-il pas clair, à première vue, que plus on s'éloigne des points f ou o, avec et derrière ce diaphragme que représente le miroir, moins sera notable la portion de ce cône embrassée par la circonférence de l'ouverture du miroir. Les positions M, M', M'' du miroir font saisir à merveille cette condition.

— Si l'on s'est bien pénétré des théories précédemment développées, aucun détail de l'ophthalmoscopie ne devra arrêter l'observateur.

Quant aux conditions de détail de l'opération, elles sont partout. Il faut placer la lampe à la hauteur de l'œil, à moins que le miroir ne soit mobile sur deux de ses axes, ce qui serait une complication.

Il convient encore de placer la lampe un peu en arrière du sujet à observer, pour que l'axe des faisceaux incidents soit le plus normal possible au miroir, condition qui permet une moindre inclinaison de celui-ci et laisse à l'observateur un plus grand cercle libre pour la vision.

On est certain de la bonne direction du faisceau de rayons incidents et également de celle du faisceau émergent quand le disque lumineux, muni de sa tache obscure au centre, vient tomber sur le milieu de la pupille.

Il est encore un petit obstacle de détail qui gêne souvent l'observateur; c'est la présence d'une image, souvent assez notable, de la flamme renvoyée par la lentille objective. On s'en débarrasse aisément en inclinant *légèrement* cette lentille suivant son *axe vertical* et du côté opposé à la lampe. La lumière alors suit, au lieu de l'axe principal, un axe secondaire très-voisin.

Quant aux petites images de la même lampe fournies par les surfaces de la cornée et des cristalloïdes. On arrive aisément à n'en pas tenir compte.

Il n'en est pas de même d'une autre image de la lampe qui, dans quelques circonstances (voy. le § XVIII, 3°, et la fig. VIII), se dessine sur la rétine et est réfléchie au dehors et assez grande comme on peut le comprendre aisément. Si on a bien compris ce § XVIII, on voit facilement comment corriger cet inconvénient : il s'agit uniquement de rapprocher de l'œil observé la lentille objective ou le miroir, pour ramener les rayons incidents à rencontrer la cornée à l'état de convergence.

On voit sur la figure de l'appareil de M. Cusco, comme sur celui de Leibreich, une petite tige articulée portant à son extrémité une petite boule de cuivre. Cette tige sert de point de repère pour fixer la direction de l'œil sain ou malade, et conséquemment celle de l'œil en observation (Synergie), pour arriver à amener la papille du nerf optique dans la direction des faisceaux lumineux. C'est peut-être là le seul point de détail un peu délicat à atteindre. Pour cela quelque patience et l'habitude font vite triompher de l'obstacle. Dès que l'œil a saisi un vaisseau rétinien, il peut faire mouvoir l'œil observé dans le sens convenable pour arriver au point d'émergence de ce vaisseau : on y parvient en remuant au doigt la petite tige dans le sens favorable à l'objet qu'on se propose, et en prescrivant au malade de suivre le mouvement au moyen de son œil sain.

Il n'y a pas dans l'usage de l'ophthalmoscopie d'autres difficultés que celles-là; mais on voit qu'il faut s'en rendre compte à l'avance pour les surmonter aisément.

Nous ferons remarquer, en terminant, que l'instrument, comme toute lunette, doit être adapté à la vue de l'observateur. Le point important est de choisir un miroir dont la distance focale soit à très-peu près celle de la vue distincte de l'observateur (pour les petits objets, n° 1 de Jæger). Voilà pourquoi nous insistons pour une moyenne de 30 centimètres qui place l'image réduite, déterminée à 25 centimètres environ de l'observateur. Celui-ci, connaissant ainsi la longueur focale de son instrument, sait à l'avance s'il a besoin d'un verre oculaire, et sait aussi de quelle espèce et même de quel numéro : c'est celui dont il se sert habituellement pour voir les petits objets sans se fatiguer.

La théorie précédente rend raison de quelques remarques très-exactes qu'ont faites les ophthalmologistes :

Quand on saisit avec facilité, *sans lentille divergente*, l'image droite, on en conclut que l'œil observé est presbyte. Cela est clair; cet œil remplit d'autant plus aisément la fonction de la loupe (voy. § X, VI).

De même, on conclut à la myopie marquée du sujet si, dans les mêmes circonstances, sans faire usage de la lentille objective, on s'empare aisément de l'image renversée. Il n'y a qu'un myope qui puisse dessiner l'image renversée assez près de lui-même pour que l'observateur s'en puisse emparer à la distance ordinaire de sa vue (voy. § XI).

Enfin des ophthalmologistes ont assez d'habitude de cet examen intra-oculaire pour juger si un malade est myope ou presbyte d'après la grandeur de l'image renversée (de la papille).

Si l'on se reporte au § VI, rien ne paraîtra plus simple. On sait, en effet, que l'image émergeant d'un œil myope est plus petite que celle donnée par un œil presbyte. Or cette différence relative ne change pas par l'usage de la lentille objective.

En résumé, il n'est pas un fait de détail fourni par la pratique de l'ophthalmoscopie, qui, au moyen d'une saine connaissance des propriétés des lentilles et des fonctions de la vision, n'ait promptement son explication ; comme il n'est pas un des petits mouvements nécessaires pour employer utilement l'instrumentation, qui ne soit bientôt fourni par la possession de la théorie très-simple que nous venons de donner de cette précieuse découverte.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OPÉRATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES ET SOUS-CAPSULAIRES; par le docteur Larghi, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

(Suite. — Voir le n° 4.)

EXTRACTION DU PÉRONÉ; MORT DU MALADE.

Les extractions de l'année 1845 furent couronnées d'un plein succès; les os se reproduisent sans fièvre, sans réaction traumatique.

Obs. IV. — Le 12 mars 1847, un malheureux jeune homme vient me consulter chez moi. Il sort du péroné droit une pointe osseuse; je l'arrache avec des pinces, et j'amène une longue esquille. J'envoie le malade à l'hôpital où il est reçu sous le numéro d'ordre général 721 et sous le numéro du lit 81. Je conçois une douce espérance, c'est celle d'exciter la reproduction d'un autre os, le péroné; mais une maladie intercurrente emporte le malade.

Vercellotti (Joseph), âgé de 27 ans, de Callabiana, entré à l'hôpital le 12 mars 1847, opéré le 24 mars, mort le 13 avril. Notre malade exerce la profession de tailleur; il marche avec des béquilles depuis plusieurs années; il est d'une taille très-élevée et il a la poitrine étroite, la peau décolorée, le visage oblong et pâle. Il n'a pas souffert de maladies antérieures internes. L'esquille, que je soulevai et qui sortit sans peine, est longue de 11 centim. Il y eut une légère hémorrhagie qui s'arrêta spontanément. La jambe droite est régulière dans son côté interne ou tibial; elle est enflée dans son côté péronier; il y a au-dessus de la malléole externe un grand ulcère qui s'étend plus haut que la moitié du membre. Les tissus qui recouvrent la région péronière sont tellement tendus (tissu cellulaire et muscles) qu'ils laissent pressentir, en explorant avec les doigts la partie supérieure du membre, l'état de l'os, placé au-dessous. L'esquille que j'ai extrait, la dureté de la région malade, l'augmentation de son volume, l'absence de tumeur d'autre nature, le manque des signes de maladie frappant d'autres tissus situés autour de l'os, le vaste ulcère placé au-dessus de la malléole externe, le grand cloaque qui succéda à l'ulcère, me convainquirent d'une assez forte augmentation du péroné qui était visible dans sa partie inférieure et qu'on pouvait prévoir dans sa partie supérieure.

L'auscultation et la percussion indiquent que les poumons sont sains et que le cœur n'est pas trop volumineux. La ténuité des muscles extérieurs, l'exilité du corps, le manque de barbe au visage indiquent un cœur mou, pâle, avec des parois minces et peu robustes. Lorsque les muscles extérieurs sont faibles et peu développés, le cœur doit aussi l'être peu, car c'est le premier et le plus interne des muscles. Les organes de la digestion doivent être faibles, attendu que ce sont aussi en grande partie des organes musculaires. Certes, les artères ne peuvent pas être dans une autre condition que le cœur; heureusement notre malade n'avait jamais été saigné. Il raconte que depuis plusieurs années, c'est-à-dire depuis près de douze ans, il souffre de la jambe droite, et c'est pour cette raison qu'il a embrassé la profession de tailleur. La plaie est suppurante. J'ai parlé du manque de barbe, et je me suis un peu arrêté sur ce point; jusqu'ici je n'ai point vu dans les livres que j'ai lus que l'on ait indiqué le manque de barbe chez l'homme comme étant toujours accompagé d'un cœur mou et pâle. Si donc il arrivait qu'un autre avant moi eût assigné le manque de barbe comme signe caractéristique d'un cœur mou, regardez ce que j'ai dit comme non avenu.

Il y a plus de vingt ans, j'étudiais (c'était en 1833 et en 1834) les lésions des organes et du cœur à l'hôpital Saint-Jean à Turin. J'ai toujours remarqué ce que je viens d'avancer, jamais le contraire. La même chose arrive lorsqu'il s'agit d'une personne grasse; il est bien certain que, quand il y a beaucoup de graisse sous la peau, il y en a aussi beaucoup sous le voile du péricarde qui recouvre le cœur; dans ces cas, les muscles des membres et du tronc étant très-grêles, les parois musculaires du cœur le seront aussi beaucoup. *Consensus unus consentientia omnia.* Je n'examine pas présentement la condition et l'état des fibres du cœur dans les cas de polysarcie, parce que ce n'est pas là le but que je me suis proposé; mais je dirai que ces individus meurent souvent du ramollissement aigu du cœur qui tue les malades en peu de jours.

Revenons à notre malade. Il est d'une constitution frêle. Le cerveau, la moelle épinière, les nerfs ne présentent aucun indice de maladie; il meut en tous sens la jambe gauche et la cuisse; la rate offre un volume convenable; le foie ne s'est pas augmenté. Je demandai au malade s'il n'avait point eu de maladies syphilitiques; il en ignorait même l'existence.

Voilà donc l'examen du malade fait; devons-nous en venir à une opération ou abandonner ce malheureux à son cruel destin? Le cœur est faible, etc. Ce n'est point, il est vrai, une cause suffisante pour laisser de côté l'acte opératoire; néanmoins j'en tins un juste compte. Notre malade a un énorme ulcère qui le mine. Certes je n'aurais pas fait l'amputation, car pour peu qu'il y ait d'absorption, qu'elle provienne de l'endroit amputé ou des veines capillaires de ce même endroit, ou du cours des veines, cette absorption, si petite qu'elle soit, quand le cœur est mou, les artères affaiblies, le sang décoloré comme le cœur, suffit pour diminuer encore l'action déjà amoindrie du cœur, et ôter ainsi la vie au malade. Mais l'extraction sous-périostée ne donne pas lieu à inciser des vaisseaux artériels et veineux importants; c'est pourquoi cette opération n'entraîne pas toujours après elle les fièvres d'absorption, soit qu'on les nomme phlébites, soit qu'on leur donne tout autre nom. La plaie osseuse avait été la cause de la chétive constitution du malade. Les poumons ne présentaient pas de tubercules; aussi je jugeai le ramollissement du cœur comme condition inhérente à la constitution du malade, et je me décidai par conséquent à en venir à une opération, ce que j'exécutai en effet.

24 mars. Opération. Incision cutanéo-périostée. — L'incision de la peau s'étend de l'une à l'autre extrémité de l'os. Je la commençai avec un couteau sur la crête sous-cutanée du péroné qui s'élève de la malléole et se trouve à la partie inférieure de l'os, entre le muscle péronier antérieur et le faisceau des muscles péroniers latéraux; je l'achevai avec le couteau jusqu'au bord interne de la grande caverne; elle tomba sur l'interstice musculaire susindiqué. Sur le même plan, j'incisai le périoste avec le couteau. Arrivé au bord inférieur de la caverne péronière, je m'ouvris une voie avec les ciseaux en suivant le bord interne de la caverne et la ligne tracée par un autre trou supérieur qui se trouvait sur le trajet à parcourir. Je continuai à suivre cette voie avec les ciseaux; en coupant la peau, je voyais apparaître l'interstice musculaire que j'incisai à mesure. Après avoir fait l'incision périostée au moyen d'un fort couteau, je la prolongeai en haut, mais moins que l'incision de la peau; à deux travers de doigt au-dessous du col, il sortit un jet de sang qui s'arrêta de lui-même. Je détachai les deux bords du périoste avec le levier; ensuite j'introduisis la lame courbe entre le périoste et l'os, la faisant passer un peu du côté externe, un peu du côté interne, jusqu'à ce que je pusse faire manœuvrer à sa place les deux index opposés l'un à l'autre. Quand il y eut un espace suffisant, je glissai entre le périoste et l'os une compresse dont les angles furent tirés au côté opposé du membre. Après avoir tiré les chairs en dedans avec le plein de la compresse, je sciai l'os avec une scie ordinaire à deux travers de doigt de la malléole. Cela fait, j'élevai le moignon de l'os avec la main gauche, et j'achevai de le dépouiller de son périoste avec l'index droit entouré de linges; je poussai le dépouillement jusqu'au tiers, jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du col. Il y eut en haut une légère hémorrhagie qui s'arrêta d'elle-même pendant l'opération. L'extrémité supérieure de l'os fut sciée avec la scie à chaîne. Ce n'est pas la première fois que j'ai vu la cavité périostée d'une grande portion d'os extrait; cependant je ne pus comprimer dans mon cœur un sentiment de joie que d'ailleurs je crus bien fondée. Le périoste, vu de sa face interne, était rouge comme la pourpre; les bords de l'incision longitudinale laissaient voir son épaisseur; il n'y eut aucune lacération. Je faisais ces réflexions pendant que je travaillais à le fermer, ce que je fis en haut avec quatre points de suture entrecoupée.

Je ne pus fermer la partie inférieure du tube périosté, dont les bords étaient éloignés à cause de la destruction des parties survenue *ab antiquo.* Je rapprochai les bords avec des bandelettes de diachylon.

L'incision cutanéo-périostée fut pratiquée en suivant les traces de l'ulcère et des sinus qui correspondaient à la ligne tracée par les lois anatomiques. Je plaçai le membre sur un plan ascendant. Le malade fut tranquille pendant la journée; dans la nuit, légère hémorrhagie qui s'arrêta d'elle-même.

Le jour suivant, 25 mars, j'enlève les bandelettes qui sont tendues. Le malade a perdu toute confiance; il est apyrétique. Une humeur sanguinolente transsuda de la cavité périostée. Le traitement préventif antivermineux, suivie avec les amers et les anthelmintiques, ne peut empêcher le développement d'une forte vermination.

Le 30 mars, il y a un abcès à la malléole interne, abcès sous-cutané que j'ouvre au moyen d'une petite incision et que je ferme bientôt. La vermination continue; j'administre des anthelmintiques et des purgatifs. Accès de fièvre qui résiste au sulfate de quinine.

7 avril. Douleur pleurétique au côté inférieur droit de la poitrine; symptômes de pleurésie. Je ne fis pas d'auscultation, la chose me paraissant imprudente dans une salle exposée à des courants d'air et chez un malade opéré, et impraticable pour la partie postérieure du poumon. Je prescris des saignées; mais, malgré mes prières réitérées, le malade refuse obstinément de s'y soumettre. La cavité périostée est très-rétrécie, presque de moitié, comme on le voit à l'œil nu.

10 avril. Un léger météorisme se développe.

13 avril. Mort du malade.

14 avril. Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort

La percussion sur la partie antérieure et postérieure du poumon gauche rend un son sonore; le côté droit de la base de la poitrine rend un son obtus. Le cadavre n'est pas en état de marasme.

J'ouvris le thorax. Le poumon gauche est sain; le poumon droit est légèrement comprimé vers l'axe du corps; à la base il y a pleurite inférieure costale, pleurite diaphragmatique, faible empyème albumineuse. Le cœur est mou, pâle, vide de sang et de grumeaux; léger amas de sérum limpide dans le péricarde. Le malade n'a pas eu d'hémorrhagie grave et a refusé les saignées. Nulle trace de pus dans les veines de l'extrémité opérée, examinées avec soin, ni dans la veine porte. Système biliaire sain. Rate naturelle, non volumineuse. Artère aorte et les suivantes pâles et petites, molles. La muqueuse du ventricule et des intestins, examinée jusqu'au rectum, se détache facilement; ses tuniques musculaires sont décolorées. Nulle trace d'ulcère dans l'intestin grêle ni le gros intestin. La muqueuse est pâle dans tout le cours des intestins. Le cerveau est la moelle épinière sont sains et très-consistants, comme on les trouve toujours chez les individus non sanguins. Les articulations des extrémités étant ouvertes ne laissent voir aucun dépôt purulent; on n'en trouva point dans les muscles qui les entouraient. Pas de vers.

La vermination se développe facilement et résiste à la thérapeutique dans les cas de grave faiblesse, de dissolution des humeurs, de fièvre adynamique, etc. Dans notre cas, elle était soutenue par la constitution du malade, qui avait un cœur peu énergique, les intestins peu résistants et affaiblis. Le ramollissement, la teinte jaune du cœur et sa couleur pâle (V. Laennec) sont nés avec lui. La pâleur et le peu de ténacité des membranes du ventricule et des intestins est en harmonie avec l'état du cœur et des artères. Notre malade a toujours eu un sang pauvre dès sa naissance. Sa constitution a donné lieu à la vermination et l'a soutenue.

La pleurite qui a comprimé un peu le poumon droit et qui a conduit le malade à la tombe est d'origine ancienne. La cavité périostée

était très-petite, étroite dans le sens de la largeur; la membrane périostée était encore de couleur rose. Il n'y avait pas de trace de nouvelle ossification. Les lésions qui ont causé la mort de Vercellotti étaient peu nombreuses. Il est pénible, pour les opérateurs, de voir des individus succomber sans de graves lésions. Beaucoup de personnes portent en elles-mêmes, de leur vivant, des lésions beaucoup plus graves. Le cœur était mou, il est vrai; cependant, avec cette mollesse et ses suites, on arrive à une longue vie. En tenant compte de toutes les conditions susdites, il faut recourir à la rapidité de la lésion organique. Une lésion qui se déclare tout à coup, quoique non étendue, quoique non profonde, si elle est née pour ainsi dire d'un seul trait, devient souvent mortelle; si elle se développe lentement, les organes lui résistent. La pleurite a attaqué le côté droit, celui que les malades sont obligés de découvrir pour boire et pour manger.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OS EXTRAIT.

	c. m.
Longueur du péroné d'un adulte	39,00
Périmètre de la partie moyenne d'un péroné sain	4,08
Diamètre antéro-postérieur de la partie moyenne d'un péroné sain	1,05
Longueur de la partie du péroné extraite sur Vercellotti	19,00
Périmètre de la partie moyenne de la portion extraite	9,00
Diamètre antéro-postérieur de la partie moyenne du péroné extraite	2,08
Diamètre bilatéral de la même	1,04
— —	3,00
Longueur du cloaque péronier	12,00
Longueur de l'esquille péronière	11,00

La portion extraite est la moyenne de l'ancien péroné; 12 centimètres environ sont restés en haut, 8 en bas, le restant est la partie extraite. On remarque à peine les rudiments de l'ancienne configuration de l'os; il a perdu sa forme triangulaire et tend à la forme cylindrique. Le plus grand accroissement s'est fait dans la partie qui reçoit l'insertion du ligament interosseux, dont le bord mince et grêle s'est arrondi et est devenu plus gros que l'humérus. Il y a deux ouvertures qui se trouvent sur la région antérieure de l'os extrait : l'une inférieure et l'autre supérieure, qui sont correspondantes à la partie inférieure et supérieure du cloaque. Une autre ouverture se trouve entre les deux premières; elle est placée au bord externe de l'os. Toutes ces ouvertures conduisent dans une ample caverne qui s'est développée dans le milieu de l'os extrait, et précisément au milieu anatomique du péroné. La région postérieure de l'os, couverte par des muscles forts et puissants, ne présente aucune ouverture qui conduise au cloaque. Ainsi la partie moyenne du corps qui présente les plus grands vaisseaux est celle qui est parvenue au plus grand volume. Mais quelle est donc l'origine de cet os si monstrueux? La réponse est bien simple: c'est un os de nouvelle formation; rien, selon moi, ne reste de l'os ancien. Le dernier reste de cet os qui n'avait pas encore été consumé, c'est-à-dire l'esquille, fut extrait le matin du jour où le malade vint me voir chez moi. Que l'on considère la longueur de l'esquille (11 centimètres), et la longueur du cloaque, qui excède même un peu la longueur de la première; que l'on considère combien l'esquille est mince et grêle, et qu'on l'applique sur un péroné sain, on verra qu'elle représente parfaitement la partie corticale externe. Elle est blanche et mince comme les os qui, dans les cimetières, restent exposés à l'air, au vent; elle n'était plus qu'un corps mort; elle est restée la des années avant d'être expulsée. L'art n'est pas venu à temps secourir l'os nouveau; il a grandi et s'est hypertrophié au point de devenir inhabile à exercer ses fonctions, et il a causé autant de troubles ou de maux que celui qu'il a remplacé. Les trous nourriciers que l'on aperçoit sur l'os nouveau sont très-nombreux; ce sont autant de canaux qui ont logé les artères, les nerfs, les veines de l'os, qui se sont hypertrophiés à cause de la formation monstrueuse d'un os nouveau. Qu'ont produit tant de vie, une telle surabondance de sang et de nerfs? Une décrépitude prématurée. L'os nouveau est affecté *d'éburnisation*; il était déjà destiné à mourir. Voilà donc un os nouveau déjà altéré et contenant en lui-même les restes de son prédécesseur.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

II. BRITISH MEDICAL JOURNAL.

DE LA SYPHILISATION EN NORWÉGE; par M. LINDSAY.

La syphilisation, cette pratique bizarre, continue à fleurir loin du lieu de son origine. A Turin, M. Sperino; à Christiana, M. Boeck, l'emploient sur une vaste échelle. C'est à ce dernier que M. Lindsay a emprunté les idées et les faits qu'il a consignés dans cet article.

M. Boeck opère et les enfants et les adultes, il joint à l'énergie et à la persévérance une expérience de 200 cas de syphilisation. Suivant lui, non-seulement cette méthode guérit la vérole, mais encore elle en préserve; c'est le moyen le plus simple et le plus sûr de guérir la vérole constitutionnelle.

Pour donner une idée de la manière de faire de M. Boeck, M. Lindsay cite le cas suivant :

OBS. — Marie Syversdatter, âgée de 30 ans, était affectée depuis longtemps de tubercules syphilitiques de la face, simulant un éléphantiasis tuberculeux. Cette maladie avait résisté à l'emploi prolongé du sublimé, de l'iodure potassique, du chlorure d'or, des frictions avec les pommades de chlorure et de nitrate de mercure.

La syphilisation fut commencée le 10 août 1853, par deux inoculations faites aux bras avec le pus d'un chancre primitif.

Quelques jours après, on en pratiqua de nouvelles avec les chancres d'inoculation.

On continua de la sorte, tantôt en prenant un pus nouveau, tantôt du pus de plusieurs générations, presque toujours avec un résultat positif.

Ce ne fut que le 18 juillet 1854, que les inoculations ne produisirent plus que des pustules avortées.

Au mois d'août suivant, tous les ulcères étaient guéris; il ne restait aucun symptôme syphilitique, la santé était excellente; un an après, elle était également très-bonne.

Pendant la durée de son traitement, cette femme subit 1224 inoculations : 226 sans résultat, 998 suivies de chancres.

Jamais aucun sujet n'a présenté au professeur Boeck une telle réceptivité du virus syphilitique. Généralement la syphilisation s'accomplit de trois à huit mois.

Dans tous les cas où il a été possible à M. Boeck de continuer les inoculations sans interruption, il a obtenu l'immunité contre le virus syphilitique, c'est-à-dire la syphilisation. Il n'a trouvé à cette règle que 3 exceptions sur 100. La durée de l'immunité ne peut être déterminée. Un traitement mercuriel antérieur rend toujours la syphilisation plus difficile.

Les chiffres suivants indiquent le nombre des inoculations qui furent nécessaires pour guérir des véroles et amener l'immunité : 222, 290, 91, 71, 320, 421, 108, 315, 361; la durée moyenne du traitement est de six mois.

— En rapportant ces faits, nous laissons parler l'expérience, sous la responsabilité de ceux qui les annoncent, mais sous la réserve que commande un tel sujet.

INJECTIONS DANS LES BRONCHES POUR DES AFFECTIONS PULMONAIRES; par le professeur JOHN HUGHES-BENNETT.

Le professeur Bennett ayant lu dans un mémoire du docteur Horace Green, de New-York, un résumé statistique de 106 cas d'affections pulmonaires traitées par les injections de solution d'azotate d'argent dans les bronches, voulut lui-même expérimenter ce moyen, et il pria le docteur Green de lui envoyer les instruments dont il se servait. Le docteur Green lui répondit ce qui suit:

« Je me ferais un véritable plaisir de vous envoyer les instruments que j'emploie, mais ils sont si simples que vous pouvez vous les procurer partout. C'est un cathéter ordinaire de gomme élastique, flexible, et une petite seringue d'argent ou de verre. La sonde de gomme élastique a environ 32 centimètres, et comme la distance des dents incisives à la bifurcation des bronches est chez l'adulte d'environ 24 centimètres, si le cathéter est introduit jusqu'à ce qu'il n'en reste plus que 6 centimètres environ hors de la bouche, son extrémité inférieure, pourvu qu'elle ait pénétré dans la trachée, parviendra nécessairement à l'une ou à l'autre de ses divisions. Je prépare mes malades en introduisant pendant une ou deux semaines la sonde œsophagienne jusqu'à l'entrée de la glotte, jusqu'à ce que la sensibilité du larynx soit de beaucoup diminuée. Alors, courbant légèrement la sonde, je la plonge dans l'eau froide, ce qui la durcit momentanément et rend inutile l'emploi d'un mandrin; la tête du malade est maintenue renversée en arrière, j'abaisse la langue et je porte l'extrémité courbée de l'instrument sur la face laryngienne de l'épiglotte, puis, le glissant rapidement à travers la glotte, je la pousse jusqu'à la bifurcation trachéale ou au delà, s'il est nécessaire. Le malade doit continuer à respirer, l'intromission de la sonde est plus facile pendant l'inspiration. La canule de la seringue est alors portée dans l'ouverture de la sonde et l'on pousse l'injection. Ce dernier temps de l'opération doit s'effectuer aussi vivement que possible, car le spasme de la glotte est imminent. En effet, si la sensibilité de l'ouverture de la glotte n'a pas été calmée déjà

par des injections de nitrate d'argent, ou si le tube touche rudement les lèvres de la glotte, il se produit sûrement un spasme qui s'oppose absolument à la suite de l'opération. *L'épiglotte qui est presque insensible* doit nous servir de guide pour l'introduction de la sonde. La force de la solution doit être de 6 à 15 décigrammes par 30 grammes d'eau; on peut successivement élever la dose; j'injecte ordinairement de 9 à 26 décigrammes de cette solution.

» Dans les cas de bronchite, d'asthme et de tubercules, l'injection faite une ou deux fois par semaine diminue presque infailliblement la toux et l'expectoration, notamment dans les deux premières de ces maladies; beaucoup de malades ont guéri par ce traitement local après que tous les autres moyens avaient échoué. Les applications de la sonde œsophagienne doivent être continuées dans l'intervalle des injections. »

Le professeur Bennett a employé sept fois le traitement du docteur Green. Son expérience est encore trop limitée pour lui permettre d'asseoir une opinion définitive, mais elle confirme jusqu'ici les allégations du docteur Green.

Le professeur Bennett a fait onze injections bronchiales chez une femme de 24 ans, atteinte de bronchite et d'asthme. Elle déclare qu'aucun remède n'est plus efficace pour diminuer la toux, l'expectoration et la fréquence des accès d'asthme. Elle respire et souffle par le tube introduit de 1 décimètre dans la trachée; les injections ne sont suivies d'aucune irritation, mais plutôt d'une sensation agréable de chaleur dans la poitrine (d'autres éprouvent une sensation contraire); la toux devient plus facile et l'expectoration s'arrête pour quelque temps.

Je pense, dit le professeur Bennett, que ce moyen, judicieusement employé, peut inaugurer une ère nouvelle dans le traitement des affections pulmonaires.

DOCUMENTS POUR LA STATISTIQUE DE LA PNEUMONIE;
par ARTHUR MITCHELL, A. M., M. D.

Ces documents ont été recueillis par le docteur Mitchell à la prière du professeur Bennett, sur les pneumoniques traités à l'hôpital général de Vienne. Sur une période de dix années, de 1847 à 1856, la mortalité dans la pneumonie à l'hôpital général de Vienne s'élève à 24,4 p. 100. Mais la moyenne annuelle oscille autour de cette moyenne générale, car elle est de 20,8 en 1850 et de 31,2 en 1855. — Toutes les circonstances étant égales d'ailleurs, cette différence tendrait à prouver que la gravité d'une même affection bien déterminée peut varier d'une année à l'autre dans des limites assez étendues, ce qui d'ailleurs est conforme à l'expérience des siècles.

Ce qui est plus curieux, c'est de comparer pour une même année la mortalité des pneumoniques dans les différents services du même hôpital. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

1849.

Divisions medicales.	Malades traités.		Morts.		Rapport p. 100.		Moyenne générale.
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	
1re division	57	16	14	8	24,5	50,0	30,1
2e —	36	34	6	7	16,6	20,6	18,6
3e —	46	11	15	3	32,6	27,2	31,5
4e —	19	37	6	9	31,5	24,3	26,7
5e —	37	30	8	7	21,6	26,6	22,4
6e —	69	25	16	4	23,2	16,0	21,2
Division spéciale pour les maladies de poitrine	82	39	11	6	13,4	15,4	14,0
	346	192	76	44	21,9	22,9	22,3

Le premier fait qui semble ressortir de ces chiffres, c'est l'avantage qu'il y a eu d'être traité dans la division spécialement affectée aux maladies de poitrine. Ce service offre-t-il des conditions hygiéniques meilleures, des soins mieux appropriés; est-ce le bénéfice de la spécialité qui applique avec un art plus habile les mêmes moyens de traitement ou qui en possède de supérieurs?

M. Mitchell se décide en faveur de l'habileté pratique. Nous avons là, dit-il, un exemple remarquable de l'énorme différence des résultats d'un traitement *semblable* dans les mains de différents médecins, exerçant sur la même population, dans le même temps, dans les mêmes circonstances générales, et par conséquent, ayant affaire à un même type de la maladie.

La thérapeutique fut réglée sur l'intensité de la maladie. Dans la division spéciale des maladies de poitrine où la moyenne est le plus favorable, le traitement fut expectant : repos, abstinence de tout aliment pendant toute la durée de la fièvre, eau pour boisson, parfois une émulsion simple. Si la sécrétion bronchiale était abondante, émétique ou ipécacuanha à hautes doses. On n'eut en aucun cas recours à la saignée. La convalescence est courte.

En général les médecins de Vienne considèrent rarement la saignée comme indiquée ou nécessaire dans la pneumonie. S'ils l'emploient, ce n'est pas dans l'espoir de juguler la maladie, de diminuer l'exsudation, ou de favoriser la résorption, c'est en vue d'un soulagement temporaire, pour diminuer, par exemple, une dyspnée alarmante.

La saignée peut ainsi empêcher une terminaison fatale. Combien cette doctrine diffère de celle qui appliquait la saignée comme une règle presque sans exception à tous les cas de pneumonie au début, circonstance qui doit se présenter rarement dans un hôpital.

Telle était cependant la pratique il y a 30 ans à Vienne aussi bien qu'ailleurs. Je n'ai pourtant rencontré personne qui admette que le changement qu'a subi le traitement de la pneumonie résulte d'un changement dans le type de cette affection.

Les médecins viennois croient au contraire qu'à mesure que les praticiens sont devenus plus habiles dans l'exploration physique des affections pulmonaires, ils remarquèrent que la saignée n'influait pas d'une manière favorable sur la marche de la maladie, et qu'ils furent ainsi amenés à s'en abstenir.

Les résultats semblent justifier ce changement dans la thérapeutique, de sorte que sans absolument renoncer à la saignée dans la pneumonie, on a tout au moins banni les principes qui la faisaient pratiquer autrefois.

La mortalité, quoique diminuée, ne l'a cependant pas été d'une manière considérable, mais la convalescence est plus prompte et plus franche à la fois.

On trouve un rapport de 14,7 pour 100 pour la mortalité d'un millier de pneumonies traitées sans la saignée. Le rapport moyen sur la masse des cas traités par différents moyens, y compris la saignée, étant de 24,4 pour 100 sur une période de dix années, on voit, qu'en tous cas, l'omission de la saignée ne peut, en général, être considérée comme nuisible.

Il est indispensable de rapprocher de ces documents les résultats fournis par le traitement purement expectant de Dielt (docteur Charles Wilson, Société médicale-chirurgicale d'Édinbourg, séance du 4 mars).

Le docteur Dielt, dans son mémoire de 1849, déclare une mortalité de 7,4 pour 100, comme résultat de son traitement diététique de la pneumonie. Mais en 1852, il publie une seconde série d'observations (Wiener Wochenshrift) dans laquelle le taux s'élève à 9,2 pour 100.

Le docteur Schmidt, influencé par les opinions et les succès de Dielt, traita 47 cas par sa méthode. Le chiffre des décès s'éleva à plus de 23 pour 100 (Nederlandsch Weekblad 1854).

Le docteur C. de Bordes, autre médecin hollandais, voulut aussi imiter la pratique de Dielt. Il en publia les résultats en 1855 : mortalité de 22 pour 100, ce qui le porta à suspecter un peu la statistique de Dielt. Dans le numéro du 28 juillet 1856 du JOURNAL MENSUEL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE VIENNE, se trouve un extrait d'un rapport, lu en séance publique, sur le Wieden-district-hospital de Vienne. Ce rapport établit qu'en 1854 on fit l'autopsie de 105 cas de pneumonie, sur lesquels 92 qui étaient simples, n'avaient pas été traités par la saignée. Le taux calculé est de 20,7 pour 100. Ce document permet de contrôler les diverses phases de l'expérience faite dans le même hôpital. De 7 pour 100 en 1849, d'après la déclaration de Dielt, la mortalité s'éleva à 9 pour 100 en 1852, et enfin à près de 21, dans le rapport officiel de 1854. Ainsi les résultats de Dielt n'ont pas soutenu une seconde épreuve, ils ont été contredits non-seulement en Hollande, mais dans l'enceinte même de l'hôpital de Vienne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

— M. COLLONGUES lit une note ayant pour titre : DE LA DYNAMOSCOPIE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour de précédentes communications de l'auteur sur ce mode d'auscultation, MM. Andral, Cagniard de la Toor, Jobert de Lamballe.)

— M. GOSSELIN (Théod.) présente une addition à sa note intitulée : ÉTUDES HÉMOSCOPIQUES. (Cette note est renvoyée, comme l'avait été le mémoire auquel elle fait suite, au concours pour le prix de physiologie expérimentale.)

— M. ANCELET soumet au jugement de l'Académie une note sur un moyen qu'il a imaginé pour éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations, moyen qu'il a appliqué avec succès pour une femme très-âgée sur laquelle il avait pratiqué l'amputation du bras. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau,

J. Cloquet, précédemment nommés pour une autre communication de l'auteur.)

— M. DE RUOLZ présente au concours, pour le prix du legs Bréant, un mémoire sur les rapports entre les variations de l'hygromètre et l'intensité des épidémies cholériques. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— M. ZEISING, professeur à Munich, adresse un travail imprimé, mais non publié sur les proportions du corps humain aux différents âges et sur les proportions du Parthénon. (Renvoi à l'examen de MM. de Quatrefages et Cl. Bernard, qui jugeront, s'il est nécessaire, de demander l'adjonction d'un ou de plusieurs membres de l'Académie des beaux arts.)

—M. ROHART présente au concours, pour le prix des arts insalubres, un ouvrage intitulé : GUIDE DE LA FABRICATION DES ENGRAIS..., et y joint une note manuscrite indiquant les parties de son travail sur lesquelles il croit utile d'appeler plus particulièrement l'attention de la commission. (Réservé pour la future commission.)

COMITÉ SECRET.

La section d'anatomie et de zoologie présente la liste suivante de candidats pour une place de correspondant vacante par suite du décès de M. J. Müller.

En première ligne. . . . . M. Carus, à Dresde.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique. . : M. Delle Chiaje, à Naples. M. Purkinje, à Prague. M. Rathke, à Kœnigsberg.

Les titres de ces candidats sont discutés.
L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Une lettre portant approbation de la proposition faite par l'Académie d'accorder une médaille à M. le docteur Ragaine, médecin des épidémies à Mortagne;

2° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné, en 1858, dans les départements de la Drôme et du Finistère (Comm. des épid.) ;

3° Une notice sur une nouvelle préparation médicamenteuse dite *essence de lait iodée*, composée par M. le docteur Bouyet (de Saint-Pierre-Fursaque) (Comm. des remèdes secrets et nouveaux).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. le docteur Henri Roger, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique;

2° Une lettre de M. le docteur Max Simon (d'Aumale), qui sollicite le titre de membre correspondant;

3° Un mémoire intitulé : QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA DYSPEPSIE ET SUR SON TRAITEMENT, par M. le docteur Barre (de Troyes) (Comm. : MM. Collineau, Grisolle, Jolly).

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit :

1° Une lettre de M. Cap, qui fait don à la bibliothèque de l'Académie du COURS DE CHIMIE COMPLET ET INÉDIT DE GUILLAUME ROUELLE (1754 à 1759);

2° Une lettre de M. le docteur Bourguignon, qui demande à faire une courte communication sur l'état nerveux, avant que la discussion soit ouverte.

M. LE SECRÉTAIRE regrette que les règlements ne permettent pas d'acquiescer à la demande de M. Bourguignon.

M. MICHEL LÉVY dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Jacquez (de Lure), une note sur la conservation des cadavres et des pièces anatomiques à l'aide des borates d'ammoniaque et de soude. (Comm. : MM. Michel Lévy et Robert.)

M. PIORRY dépose sur le bureau, au nom de M. Dally, une brochure intitulée : PLAN D'UNE THÉRAPEUTIQUE PAR LE MOUVEMENT FONCTIONNEL.

M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie de voter l'impression, dans ses MÉMOIRES, du rapport de M. Laugier sur les travaux présentés pour le prix d'Argenteuil.

L'Académie adopte.

OREILLER HYGIÉNIQUE.

M. POISEUILLE lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Michel Lévy, un rapport sur la recette d'un *nouvel oreiller hygiénique* de l'invention du sieur Aubert (de Barhière).

Les substances qui entrent dans la composition de cet oreiller sont :

Balle d'avoine.	4 kilogrammes.
Esprit de lavande, de jasmin, de mélisse, de chaque	20 à 30 grammes.
Camphre pulvérisé.	1 à 2 —
Mercure de bonne qualité.	5 à 8 hectogrammes.

La commission propose de répondre à M. le ministre que cet oreiller, dit hygiénique, sarcotique, antidysménorrhéique et antistérile, loin de produire les effets que, dans son ignorance, l'auteur lui attribue, peut, par son usage, altérer la santé de la manière la plus funeste, et, en outre, que le brevet pris par le sieur Aubert lui soit retiré.

L'Académie adopte.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Gibert.

La parole est à M. Bouillaud.

DISCUSSION SUR LE NERVOSISME.

M. BOUILLAUD : Messieurs, les questions agitées par M. Gibert dans son rapport ont peut être plus d'importance au point de vue du diagnostic et de la pathologie qu'on ne serait tenté de le croire d'abord, et ce n'est pas le vitalisme seul qui se trouve mis en cause. Toutefois le vitalisme a eu sa bonne part de considération, et il devait en être ainsi à l'occasion des graves sujets auxquels M. Gibert devait toucher. Son rapport contient, à cet égard, quelques passages un peu agaçants pour les organiciens; il est un peu à la guerre. Je ne m'occuperai pas, néanmoins, de toutes les difficultés qui mériteraient discussion ; je ne veux jeter qu'un coup d'œil rapide sur le rapport de M. Gibert, et insister davantage sur une question d'histoire et de diagnostic.

M. Gibert ouvre le feu en rappelant le rôle de Pinel dans la création de la classe des névroses; il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet, mais il serait inutile d'insister sur les erreurs de Pinel, qui rangeait, par exemple, l'apoplexie dans la classe des névroses ; ces taches dans son œuvre doivent être mises en grande partie sur le compte de l'époque à laquelle vivait Pinel, et elles nous importent peu en ce moment. C'est le passage dans lequel M. Gibert s'occupe du rôle de la chloro-anémie et des lésions moléculaires du système nerveux dans la pathogénie des névroses qui devait tout d'abord fixer l'attention. L'honorable rapporteur y attache immédiatement une profession de foi vitaliste, et c'est à cet égard qu'il faut s'entendre de suite.

Je demanderai à M. Gibert s'il connaît un seul médecin parmi ceux qu'on nomme organiciens qui admette comme cause prochaine des névroses une lésion matérielle appréciable du système nerveux? Je ne pourrais pas, pour mon compte, en nommer un seul, et M. Rostan lui-même, qui a peut-être le premier formulé l'organicisme, était bien éloigné de l'entendre de cette manière. J'en ai eu maintes preuves dans des conversations que j'ai eues avec lui; ce n'est pas qu'il n'admît dans les névroses un changement matériel dans le système nerveux; mais ce n'était pas un changement qui tombât sous les sens; il était analogue à celui qui se produit lorsque la volonté provoque un mouvement musculaire. Entre le cerveau qui *veut* et le bras qui obéit, il y a évidemment quelque chose, mais ce quelque chose, jamais la vue ou le toucher n'ont pu l'apprécier.

Il me semble donc que tout le monde, là-dessus, est d'accord, et que dès lors une discussion sur le vitalisme et l'organicisme n'est plus qu'une dispute de mots. Le mot de matérialisme n'a pas de sens, car, même dans les choses matérielles par excellence, il faut bien admettre quelque chose en dehors de la matière, et l'astronome, le physicien sont aussi convaincus de l'existence des forces qui régissent la matière, que de celle de la matière elle-même.

M. Gibert me paraît donc avoir posé la question d'une manière un peu vicieuse; je déclare pour mon compte que les lésions qui accompagnent les névroses sont parfaitement inappréciables à nos sens, et j'ajouterai même qu'elles le seront toujours. Mais j'ajoute aussi que pour moi il n'y a de médecin complet que celui qui est à la fois organicien et vitaliste. Qu'est-ce d'ailleurs que le vitalisme? Il n'y a pas un vitalisme unique, il y en a beaucoup, et récemment encore nous avons vu dans une feuille, à la rédaction de laquelle M. Gibert participe, une discussion animée entre la Faculté de médecine et la Faculté de philosophie de Montpellier sur cette doctrine. Quand M. Gibert pourra nous donner un culte commun, une foi universelle, nous l'embrasserons volontiers; jusque-là nous demandons la permission d'être vitalistes à notre façon.

Ce n'est pas seulement au point de vue doctrinal que M. Gibert établit entre les médecins vitalistes et les organiciens, des différences qui ne sont pas à l'avantage de ces derniers; les vitalistes, s'il faut l'en croire, se préoccupent plus de rechercher la cause des maladies que d'en déterminer le siége ; pour les organiciens, ce serait le contraire, et il résulterait de là cette conséquence que les organiciens opposent facilement des moyens locaux à des affections dont la cause est toute générale. Ce reproche tout gratuit ne tend à rien moins qu'à renverser les féconds idées de Bichat; croyez-vous donc qu'il sera plus facile de reconnaître la nature d'une maladie lorsqu'on en ignore le siége que lorsqu'on a déterminé d'abord l'organe ou l'appareil qu'elle affecte? Entre les organiciens et les vitalistes, il n'y a à cet égard qu'une différence, qui est toute à l'avantage des premiers. Les organiciens, en effet, ne s'occupent pas exclusivement de la nature des maladies ; ils cherchent à en préciser le siége, c'est-à-dire qu'ils l'étudient plus complétement.

Ceci est manifeste, précisément dans la question que M. Gibert a soulevé dans son rapport. Si M. Gillebert d'Hercourt croit avoir été le premier à voir guérir spontanément des névroses que des praticiens habiles avaient prises pour des affections organiques du système nerveux, il prouve seulement qu'il n'est pas au courant des travaux des organiciens; nous tous nous avons fait maintes fois ce qu'il a fait, et les erreurs de ce genre que j'ai relevées pour ma part, se comptent par milliers. Le divin Hippocrate lui-même, sans prononcer le mot de chloro-anémie, signalait déjà son influence sur une foule de maladies nerveuses que tant de vitalistes ont prises depuis pour des

phlegmasies ou d'autres lésions organiques. Je n'en veux d'autre preuve que l'aphorisme : *Sanguis frenat nervos ; sanguis moderator nervorum.*

Je regrette que le rapport de M. Gibert ait été extrêmement laconique sur beaucoup de questions importantes ; j'aurais désiré que l'on y eût consigné quelques extraits du mémoire de M. Bouchut ; nous aurions alors su exactement ce que M. Bouchut entend par *nervosisme*, si ce mot nouveau était bien nécessaire. si la science sentait un besoin pressant de sa création. C'est une question dont les éléments nous manquent et que je ne puis aborder. Je vois néanmoins que M. Gibert emploie partout le mot de nervosisme comme synonyme de surexcitation nerveuse et de cachexie nerveuse, expressions parfaitement comprises et admises aujourd'hui.

M. Gibert dit à la vérité : « Par la synthèse et la comparaison d'un grand nombre de faits publiés sous les titres divers d'*Hystérie, d'Hypocondrie*, de *Vapeurs*, de *Gastralgie...*, M. Bouchut a réussi à composer une synthèse pathologique... » Je n'ai pas bien compris si cela veut dire que M. Bouchut a réuni ces diverses affections sous une dénomination commune, d'après quelques symptômes qui leur sont communs ; ce serait une conception plus difficile à apprécier que le monstre d'Horace ou l'ancienne Chimère, et je ne verrais là qu'une idée fort malheureuse ; ce qu'il importe de faire pour ces maladies, c'est une analyse de leurs différences, et non une synthèse qui ne peut être que très-mauvaise.

M. le rapporteur conclut enfin en ces termes : « Le service important rendu à la science et à l'art par M. Bouchut ne saurait être méconnu ; je lui rends grâces pour ma part des efforts qu'il a faits pour réunir les traits épars d'un état nerveux si souvent méconnu, soit dans sa nature, soit dans sa généralité, etc. » Il aurait fallu au moins, pour motiver cette conclusion, définir l'état nerveux dont M. Bouchut s'est occupé et la chloro-anémie sous l'influence de laquelle il la place.

J'aborde maintenant la question historique. Si nous remontions aux époques les plus reculées, nous ne trouverons rien sur la chloro-anémie, telle qu'on la définit aujourd'hui, et c'est une chose surprenante quand on se rappelle combien cet état est fréquent. Grimaud, en 1791, rangeait les symptômes de chlorose parmi les suites d'affections inflammatoires du système génital ; il faut vraiment avoir le diable au corps pour donner dans une pareille conception. Et pourtant Pitcairne l'a adoptée, et il en concluait hardiment à l'usage des saignées, tandis que M. Roche mettait à la place de ces prétendues inflammations une asthénie des organes génitaux, et proposait l'emploi des excitants utérins.

De ces contradictions, passons à des observateurs dont la sagacité ne fait doute pour personne. Laennec, qui avait tant étudié les symptômes de la chloro-anémie, à l'occasion des souffles artériels, etc., n'a pas dit un mot de la chlorose. M. Lallemand... il n'y a pas un de ses malades atteints de pertes séminales qui ne fût chloro-anémique, et pourtant il était fort surpris quand je me trouvais en consultation avec lui et que je reconnaissais cet élément chez ses malades.

M. Andral, qui a fait depuis de si beaux travaux sur l'anémie, n'en connaissait d'autre, en 1829, que celle qui succède aux grandes hémorrhagies.

Je n'ai pourtant pas besoin d'insister sur l'importance de la chloro-anémie et des troubles nerveux qu'elle produit. Je puis dire que, pour mon compte, moi qu'on accuse de saigner tous mes malades, j'ai empêché plus de saignées qu'aucun médecin du monde dans des cas de ce genre. Je ne citerai que quelques exemples. Les femmes qui ne sont pas réglées, qui sont bouffies, atteintes de palpitations ; les femmes enceintes chez lesquelles d'ailleurs la la chloro-anémie ne me paraît pas être le fait de la grossesse ; que de fois j'ai eu de la peine à faire renoncer ces malades aux sangsues dont elles portaient souvent des cicatrices innombrables. Mille fois encore j'ai vu des malades qui m'étaient adressés comme étant atteints de maladies organiques du cœur, et qui n'avaient d'autre affection que la chloro-anémie, qui était souvent aggravée par les saignées qu'on leur avait faites. Pour mon compte, ce qui m'a fait reconnaître la chloro-anémie, c'est la même série d'études qui m'a fait trouver la loi de coïncidence du rhumatisme et des affections du cœur.

Je tiens surtout à appeler l'attention sur des faits que je n'ai pas encore signalés suffisamment, bien que j'en ai observé un certain nombre dans ces dernières douze années.

J'ai vu de ces jeunes filles, atteintes de troubles nerveux divers et d'aménorrhée, qu'on dit être travaillées par le sang, mourir subitement, sans qu'il y ait d'autre cause de mort que la chloro-anémie. Elles s'éteignaient par défaut de sang, comme une lampe s'éteint quand l'huile est épuisée.

Je résume ce que j'avais à dire sur ce sujet en ces termes : Quel que soit le rapport de la chlorose, de l'anémie ou de l'hydrémie avec les affections nerveuses, il est certain que ces deux éléments sont souvent réunis, et que c'est leur réunion qui a simulé un grand nombre de maladies organiques du système nerveux.

Il ne me reste que deux mots à dire sur le vitalisme et l'organicisme. Je reconnais que dans toutes les maladies dont j'ai parlé, il y a un élément vital, dynamique, nerveux qui est inappréciable à nos moyens d'investigation et qui le sera toujours ; mais j'ajoute que ces états ont été souvent méconnus par des médecins, soit vitalistes, soit organiciens, uniquement parce qu'ils n'étaient pas suffisamment familiarisés avec les moyens d'observation qui permettent de les distinguer des affections organiques. Pour établir un diagnostic exact dans ces cas, le vitalisme ne suffit pas ; ce qu'il faut, c'est une étude souvent répétée de tous les phénomènes organiques aussi bien que vitaux.

M. Piorry lit un discours dont nous extrayons les passages suivants :

Le mémoire de M. Bouchut, le travail de votre commission comprennent deux choses :

1° Une question de faits ;

2° Une question de dénominations.

Parlons d'abord des faits :

1° Existe-t-il un état particulier de l'organisme dans lequel ceux qui le présentent sont plus que les autres hommes disposés aux névropathies ?

Les mots généralement admis : tempérament nerveux, état nerveux, disposition nerveuse répondent à ces questions par l'affirmative ; la plus simple observation la confirme. Il est tout à fait inutile d'insister sur cette vérité devenue triviale.

L'état nerveux étant admis, tient-il à une modification de la vie, est-ce un phénomène vital ?

Ici commence la discussion.

Il est vital, en ce sens qu'il a lieu dans des organes vivants ; il n'est pas vital, si on le considère en dehors et indépendamment de l'organisation.

Les gens qui présentent cette disposition nerveuse ont les attributs généraux que la physiologie a décrits sous le nom de tempérament nerveux, ou encore on la rencontre chez les femmes dont les organes sexuels, la partie de l'encéphale qui leur correspond, organisés d'une certaine façon sont ou développés ou ont une circulation plus active, ou encore éprouvent habituellement des souffrances dites nerveuses dont les causes sont ordinairement matérielles. Dans toutes ces manières d'être, il existe à coup sûr des phénomènes organiques, et ce sont précisément ces circonstances organiques qui donnent lieu à cet état nerveux. Vouloir l'expliquer par un modificateur du principe vital ou les propriétés vitales, c'est faire des hypothèses sans portée qui ne rendent compte de rien et qui embrouillent tout.

L'agent inconnu qui nous anime est la source de toute vie ; or il est un et ne peut pas être malade ; par conséquent il est impossible qu'il soit le point de départ des névropathies, et celles-ci ne peuvent être causées que par des modifications de l'organisme.

L'état dit nerveux est organique, car ce qu'on appelle l'innervation ne peut être entendu que de l'action fonctionnelle de l'ensemble organique, dit système nerveux, et de ses irradiations.

Maintenant, qu'entend-on par névroses ?

Les névroses, dit-on, sont des affections nerveuses dont, après la mort, le scalpel ne trouve pas le siége.

Or cela était bon à dire il y a quarante ans, mais n'est pas de mise en 1859. D'une part, en effet, l'anatomie trouve très-bien la raison anatomique de certaines aliénations mentales, de divers délires, d'un grand nombre de névralgies, de l'apoplexie, rangée d'abord par Pinel au nombre des névroses, de plusieurs cas d'angines de poitrine, de la plupart des paralysies, d'un grand nombre d'*aura epileptica*. Elle fait voir que certains accès hystériques ont pour point de départ quelques parties de l'appareil génital ou angiose, etc.

Quant aux névroses où l'on n'a pas constaté de phénomènes anatomiques, c'est tout simplement parce que l'on n'a pas pu ou que l'on n'a pas su les constater, qu'on n'a pas reconnu ces dernières. Exemples : la chorée, certaines aliénations mentales.

Un grand nombre de ces névroses ont pour point de départ une oscillation, une vibration que le malade éprouve manifestement, et cela bien que le médecin ne puisse pas la découvrir.

Dans ces souffrances, il y a lieu des symptômes dits nerveux, mais il s'y passe des actions moléculaires. D'un autre côté, lorsque l'on voit des délires spéciaux à chaque substance être en rapport avec les diverses influences des agents matériels, on est bien forcé de convenir que dans les névroses psychiques il y a des phénomènes physiques ou chimiques que l'on ne voit pas, mais qui n'en existent pas moins.

Voyez donc l'abstinence causer le délire, parce que le sang qui nourrit le cerveau est moins riche en principes réparateurs ! Voyez l'hypoxémie ou asphyxie incomplète faire pâlir la raison ! et convenez qu'il y a dans tous ces cas des lésions matérielles qui entretiennent le mal.

La classe des prétendues névroses comprend donc des affections tout à fait dissemblables et qui ont à peine de l'analogie.

Sous le rapport de leurs causes, il n'y a pas plus de ressemblances.

Quant aux caractères symptomatiques des névroses, ils sont aussi variables que sont les diverses parties du système nerveux qu'elles affectent et leur siége, dans ce système nerveux, est on ne peut plus différent dans chacune d'entre elles.

Le traitement des diverses névroses enfin n'est en rien le même. Dans la rage détruire la plaie envenimée ; dans la folie, s'occuper principalement des moyens psychiques ; dans la syncope, ramener du sang vers le cerveau, etc.

Dans tout ceci rien de semblable, rien qu'un phénomène primitif qui joue dans beaucoup de névroses le rôle principal et qui, suivant moi, constitue le *quid ignotum* de ces affections. Ce phénomène principal est cette vibration le plus souvent progressive dont il vient d'être parlé et qui a reçu le nom de *névropathie*.

On a encore réuni, sous le nom de *spasmes*, beaucoup de symptômes qui constituent les névroses des auteurs, mais cette expression spasme, est encore plus vague que le mot névrose.

2° Du mot *névrosisme*, proposé par M. Bouchut.

Puisque le mot *névrose* ne désigne rien de précis et ne se rapporte pas à un état déterminé et défini, ses composés dans un langage correct ne peuvent convenir.

M. Piorry fait ensuite voir que le mot *névrosisme* n'est conforme en rien aux principes de sa nomenclature.

Dans le génie de la langue française, *isme* entraîne l'idée de coordination régulière plus ou moins normale.

L'expression *névrosisme* signifierait donc une coordination régulière et normale, tandis que dans le sens que lui donne son auteur, il faudrait exprimer par ce mot une collection disparate de phénomènes anormaux. Elle ne tendrait à rien.

Il résulte de ce qui précède, que les conclusions que vous avez entendues sur le rapport de M. Bouchut ne peuvent être admises, et que tout en remerciant l'auteur de l'envoi de son travail, on doit laisser à lui seul et sans approbation, la responsabilité de ses opinions et de l'expression *névrosisme*.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PRINCIPALES EAUX DE L'EUROPE. — ALLEMAGNE ET HONGRIE; par le docteur A. ROTUREAU. — Paris 1858, in-8°. Chez Victor Masson.

Dans le but de pourvoir, à son tour, aux lacunes trop nombreuses de la science hydrologique, M. Rotureau a entrepris un ouvrage de longue haleine sur *les principales eaux minérales de l'Europe*, lequel doit comprendre : 1° *les principales eaux de la France*; 2° *les principales eaux minérales de l'Allemagne et de la Hongrie*; 3° *les principales eaux minérales de la Suisse, de la Savoie, de la Sardaigne, du Piémont, de la Lombardo-Vénétie, de la Belgique, de l'Espagne et de l'Angleterre*. C'est par ce programme que l'auteur nous ouvre une perspective pleine de promesses et d'espérances. Notre confrère n'en est pas à ses premières armes sur ce terrain. Une publication sur les eaux de Nauheim, il y a trois ans, montrait déjà ce que nous étions en droit d'attendre de son zèle. Depuis lors, des voyages et des séjours répétés près les diverses sources dont il compte nous entretenir, ont développé son expérience et fixé ses appréciations. Les encouragements ne manqueront pas au travail de M. Rotureau; le nôtre lui est complétement acquis. Nous pensons, en outre, qu'il n'a pas à se défendre de la solution des hauts problèmes soulevés par l'étude des eaux minérales. Les simples données de l'observation lui auraient suffi jusqu'ici, assure-t-il; nous comptons bien qu'il aura la main forcée en plus d'un endroit de son enquête.

Nul doute pour l'opportunité du volume qui traite des *eaux d'Allemagne et de Hongrie*. Les stations minéro-thermales de ce dernier pays, distinct à tant de titres des États dans lesquels il est enclavé, n'ont pas même la réputation du nom en France. Aucun traité général ne les mentionne. Les monographies qui auraient pu les faire connaître attendent encore une traduction. Quant aux premières, en dépit de séductions puissantes et de leur riche clientèle, elles n'ont pas été chez nous l'objet d'une œuvre d'ensemble propre à déterminer le choix des médecins dans leur usage. M. Rotureau s'est cru suffisamment en mesure de nous renseigner à propos de ces sources, tantôt rivales des nôtres, d'autres fois leur étant supérieures. Il a pensé qu'en faisant cette publication, c'était répondre à un besoin urgent de la pratique, si fréquemment mise en face soit des incertitudes du traitement, soit des exigences des malades eux-mêmes qui réclament une information pour cause de notoriété publique. Sous tous les rapports, le dessein se justifie. Reste à l'envisager dans son exécution.

En dépit de la discrétion du titre et des préliminaires, nous le croyons, c'est aux médecins qu'il s'adresse; gens assez difficiles à contenter, il paraîtrait; mais qui, néanmoins, peuvent légitimement réclamer de solides garanties avant d'asseoir leur opinion. Tant de renommées usurpées, tant de prospectus intéressés et vains, encombrent la voie professionnelle à l'article des eaux minérales nationales ou étrangères, que la méfiance est passée en habitude. Ce sont donc des indications précises, sévères, irrécusables qu'on va demander à ce livre. Plus qu'à aucun autre, peut-être, parce qu'il traite de choses venues de loin, il lui faut un cachet de rigueur et d'évidence, sans lequel il retomberait bien vite au rang de productions industrielles ou de ces *épitomés*, fort estimables sans doute, qui font partie du bagage de tout voyageur, et comme telles n'ont droit qu'à une valeur relative. Notre empressement sera d'autant plus vif que l'exposé des eaux de l'Allemagne et de la Hongrie s'annonce comme un résumé de notes principalement recueillies à ces sources. M. Rotureau a bu et s'est baigné dans chaque localité dont il parle, se proposant ainsi de bien constater par sa propre expérience ce qu'il appelle les effets physiologiques, tant externes qu'internes, de chaque eau. Ajoutons qu'il s'est assuré, à l'aide d'instruments de précision et des réactifs voulus de leur température, de leurs degrés d'acidité et d'alcalinité, et qu'il a eu soin de comparer ces résultats avec ceux du même genre publiés avant lui. Enfin, il serait difficile de trouver ailleurs un recueil plus authentique des analyses chimiques récentes des diverses sources allemandes ou hongroises. Quelques-unes même étaient encore inédites. M. Rotureau peut se flatter de nous avoir, à tous ces égards, produit des documents précieux. Nous verrons tout à l'heure comment il a cru devoir compléter le tableau au point de vue thérapeutique.

Tout naturellement se déduisait du sujet lui-même l'obligation d'apporter le plus d'ordre et de clarté possible dans les descriptions et dans les considérations pratiques qu'il comporte. M. Rotureau l'a parfaitement senti. Il nous déclare son embarras en présence des difficultés de classification inhérentes à l'étude des eaux minérales. Nous n'aurons pas de peine à avouer avec lui, comme avec les meilleures autorités en cette matière, combien il est difficile d'établir le trait d'union entre la composition chimique, voire même le gisement géologique des eaux, et leurs propriétés thérapeutiques. Sans accorder que les données de la chimie puissent induire le choix du praticien en des erreurs bien graves, surtout dangereuses, au dire de M. Rotureau, nous convenons qu'elles sont imparfaites et partant fort attaquables. Malheureusement il y a plus d'une nomenclature insuffisante dans le vaste champ de la médecine. On en citerait de pires, dont la réforme séduit plus d'un novateur et qui s'obscurcissent d'autant plus qu'on y porte de lumière. M. Rotureau a préféré faire une sorte de compromis en disposant sous de nouvelles qualifications les caractères généraux qui ressortent de la classification chimique. Il a pris jusqu'au langage usuel des laboratoires. Nous ne récriminerons pas sur cet article; c'est affaire de convention, et les différents termes qu'il nous propose n'ont rien que de convenable et d'euphonique.

Mais pourquoi avoir repoussé la base vraiment médicale, celle qui ressort des indications thérapeutiques? M. Rotureau déclare qu'il se sentait entraîné vers une division se rattachant à nos appareils et nos organes. Il y aurait renoncé de crainte de rapprocher les thermes les plus disparates et de se perdre ainsi dans une confusion de détails nuisible au but de l'ouvrage et contraire à l'intention de ceux qui le consulteront. Mettons de côté la forme sous laquelle la classification des maladies s'est présentée à notre confrère. Il combat aussi bien que nous le défaut essentiel des divisions nosologiques qui ne s'appuient que sur la connaissance d'un seul ordre des parties du corps. Ce n'est ni le lieu ni le moment de renouveler une campagne fournie et menée à bien par des maîtres contre cette méthode antinaturelle. Et d'ailleurs, à quelques exceptions près, de quoi s'agit-il aux eaux minérales, sinon de la cure des maladies chroniques? Rangerez-vous le rhumatisme, les affections cutanées, la goutte, les scrofules, la syphilis, sous des rubriques d'appareils et d'organes? Il y a un principe de thérapeutique général qui, rapportant les maladies chroniques plus particulièrement à des vices originels ou acquis de notre constitution, tire de cette individualisation morbide la notion fondamentale du traitement, spécifique ou autre. M. Rotureau eût pu être attiré davantage de ce côté, et personne ne s'en plaindrait, tant son travail fourmille de faits et d'utiles renseignements. En définitive, c'est le résultat d'une patiente investigation personnelle qu'il nous soumet. L'hydrologie, entre des mains aussi compétentes, doit s'enrichir de lumières nouvelles, et il n'en est pas de plus indispensable pour elle que la relation à établir, aussi approximativement que possible, entre son but et ses moyens, entre la guérison et le médicament. Ce qu'il importe de bien préciser, à défaut de doctrine fondamentale, c'est la réalité des propriétés médicales des eaux minérales et la combinaison de leurs effets curatifs dans des cas bien déterminés.

M. Rotureau a voulu échapper au reproche que nous avions adressé nous-même naguère à un manuel allemand de balnéothérapie. Ce dernier ouvrage, en effet, a l'inconvénient d'une dissémination fâcheuse des diverses sources applicables aux maladies variées qui forment autant de chapitres distincts et que ne relie aucune coordination; pas même une table analytique. Il était aisé, ce nous semble, d'obvier à ces défectuosités, et nous savons de bonne part, quoique la mention en ait été omise dans le volume édité, que plus tard l'écrivain *des principales eaux de l'Europe* se propose de tirer la résultante de ses nombreuses observations et de nous fixer sur les généralités qui nous manquent. Ce tribut d'une savante expérience sera impatiemment attendu.

Ainsi c'est la distribution géographique des établissements thermaux visités par lui que M. Rotureau a adoptée. Pour éviter jusqu'au soupçon de rien reproduire des notions géologiques, il a suivi les divisions territoriales, en partant de l'est de la France, en remontant vers le nord, pour redescendre vers le sud de l'Allemagne et terminer par la Hongrie. C'est ce qui lui a paru le plus simple. Nous voudrions partager sa conviction, mais la difficulté même de l'analyse d'un ou-

vrage de topographie proteste assez contre la bonne intention du procédé. L'itinéraire en question sous les yeux, explorerons-nous pas à pas les principautés germaniques, la Prusse, la Bavière, etc.? Certes un pareil voyage, même du coin du feu, a ses attraits. Chemin faisant, nous relèverions plus d'une remarque très-digne d'intérêt sur le site, l'altitude, la climatologie des bains de nos voisins, le nombre et l'aménagement des sources, les qualités physiques et chimiques de ces eaux, sans oublier les expériences physiologiques de M. Rotureau et les opinions locales qu'il a consignées avec soin. Mais le moyen d'emboîter sans cesse les allures d'un *guide?* Les heureux de la profession, qui voyagent chaque été et s'instruisent en voyageant, le prendront sans doute et le consulteront volontiers dans leurs diverses stations. Les personnes, signalées par l'introduction comme devant puiser dans les pages suivantes des renseignements pour leurs travaux, y trouveront certainement un secours très-profitable. Ceci ne fait point de doute. En sera-t-il de même pour le praticien auquel le temps fait défaut, qui ne peut retenir chacun des noms des sources décrites ici, ni comparer leur valeur, et qui gardera, c'est à craindre, *ce catalogue* pour le hasard favorable d'une citation d'eau étrangère, le plus souvent en réponse à la curiosité des gens du monde?

M. Rotureau a choisi parmi plus de trois mille sources minérales que possède l'Autriche et un millier qu'on trouve en Hongrie. Puisqu'il a fui systématiquement toute idée récapitulative et synthétique, force est bien de nous contenter des trente-trois stations de son goût. Elles semblent d'ailleurs les plus méritantes. Beaucoup d'entre elles jouissent d'une antique et juste renommée. D'autres sont appelées à un accroissement de prospérité et de réputation facile à prévoir. On sait de reste combien l'installation des bains de l'Allemagne l'emporte en confort, en élégance et en aménagement sur les essais de la même industrie en France et ailleurs. Quelques doutes plus ou moins fondés règnent bien parmi nous sur la bonne entente et l'application matérielle des moyens balnéaires proprement dits en ces régions fortunées et luxueuses, mais le parallèle se hérisserait de difficultés. Nous n'avons pas à entrer dans cette appréciation. Il est d'autant plus regrettable qu'en considérant uniquement les *effets* des eaux minérales pour définir celles-ci et en caractériser l'emploi, M. Rotureau n'ait pas cru devoir tenir un compte plus spécial et plus approfondi de la thermalité d'une part et des différences d'emploi du bain, de la douche, etc., dont il a été témoin ou auxquels il s'est soumis lui-même. Ne proclame-t-il pas, en propres termes, que des névroses ou des névralgies pénibles ont cédé à l'influence d'une sage et intelligente hydrothérapie thermale? Les modes d'administration dans cette thérapeutique priment souvent des considérations d'un autre ordre. C'était un sujet de chapitre de *généralités* où chacun eût trouvé son profit et dont la teneur eût prévenu des hésitations sur plus d'un point.

En effet, accompagnons, par exemple, M. Rotureau aux bains de *Wildbad*, en Wurtemberg. Voici des eaux, fort courues d'ailleurs, dans lesquelles les plus habiles chimistes, le professeur Liebig en tête, n'ont pu découvrir aucun agent prédominant, ni rien qui les différencie des eaux dites *non minérales*. M. Rotureau les expérimente en boisson et en bains, n'en déduit nulle action physiologique capable d'éclairer leurs vertus thérapeutiques, et toutefois, à l'en croire, les différents états pathologiques pour lesquels on les prescrit avec avantage sont assez nettement définis. Suit la liste comprenant les névralgies essentielles, les névroses, les manifestations internes ou externes du vice rhumatismal et du vice goutteux à sa première période, les paraplégies, non-seulement dues à une influence purement nerveuse ou rhumatoïde, mais encore rapportées à certaines affections inflammatoires ou congestives de la moelle et de ses enveloppes, les paralysies anciennes consécutives à des congestions ou à des hémorrhagies cérébrales, les tumeurs blanches et surtout les coxalgies commençantes. Des réserves sont faites, il est vrai, pour l'atrophie musculaire générale progressive, vu le petit nombre d'observations qui ont encore été réunies. Mais les atrophies musculaires localisées, pourvu qu'il n'y ait pas de compression ou dilacération de nerf, se guérissent complétement à Wildbad! Transcrivez encore tout ce qui se rattache aux lésions traumatiques, fractures, luxations, etc.; puis les maladies de peau; puis les affections nerveuses de l'estomac et de l'intestin, celles des organes urinaires, y comprise la gravelle soit urique soit phosphatique. Longue énumération qu'interrompent à peine les brevets de succès ou d'influence favorable! Il y a toutefois des maladies qui sortent de ce domaine. L'épilepsie, la chorée, la syphilis à tous les degrés, n'ont qu'y faire, et la phthisie pulmonaire doit rester à la porte. A merveille, mais la raison d'un cadre si rempli de beaux résultats et si bigarré d'attributions pour une eau que la chimie qualifie d'*indifférente*, où la trouver? Est-elle dans la chaleur native ou acquise, dans le procédé hydrothérapique, dans tout cela à la fois ou séparément? Et le contrôle qu'on est en droit d'espérer d'un indicateur instruit dans ce choc d'affirmations, que devient-il? Quels que soient nos sentiments de confraternité pour les honorables médecins exerçant près des sources de l'Allemagne, il est impossible d'accepter un pareil dénombrement d'efficacité autrement que sous bénéfice d'inventaire. Si M. Rotureau s'est récusé pour cette tâche, nous qu'il s'est donné qualité de renseigner et d'instruire, nous devons en appeler à lui-même ou de son excès de courtoisie, ou de cet abus de réserve.

Faut-il citer encore des exemples à l'appui de nos regrets? Ils seraient nombreux. Sur les trente et quelques stations thermales dénommées, on en compte environ vingt-six s'adressant avec avantage à la dyspepsie stomacale ou intestinale, une vingtaine aux névralgies, une quinzaine au rhumatisme, une dizaine aux affections catarrhales des bronches, autant aux troubles des fonctions utérines, et ainsi du reste, en proportions variées. Que serait-ce donc si tous les établissements du Rhin et d'au delà avaient fourni leur contingent? Rien d'étonnant à cela, en vérité. La pente est très-facile sur un terrain de prédilection. Mais encore une fois, il serait bien temps, à propos des eaux de l'Allemagne ou d'ailleurs, de nous tirer de l'embarras du choix, et le progrès de la thérapeutique hydrologique a tout à gagner à une saine critique des éléments qui la composent et qui s'y ajoutent de plus en plus.

On ne saurait trop le répéter, rapprochons autant que possible la médication de la maladie, et surtout efforçons-nous de spécialiser l'une comme l'autre, d'après leurs modes et d'après leurs formes, sans nous contenter de dire brièvement que telle eau, entre autres celle de Canstatt, s'emploie avec succès contre *certaines* maladies des voies respiratoires et contre *certaines* affections de la peau, que telle autre combat l'organisation des dépôts pseudo-membraneux, non-seulement à la plèvre, mais encore à la suite des méningites de l'enfance. Encore, s'il s'agissait de quatre-vingt-dix observations de tumeurs fibreuses de l'utérus que l'application des eaux de Kreuznach en douches et en injections ont amenées à résolution, il y aurait lieu à examen. Mais qu'imaginer de certains phénomènes psychiques produits dans les deux premières semaines de l'usage interne de certaine source et qu'on aurait eu l'idée d'utiliser dans le traitement des maladies mentales? Enfin est-ce trop demander que les manifestations fonctionnelles et organiques étudiées après l'ingestion du Sprudel de Carlsbad, nous expliquent la disparition de hernies inguinales et la mise en place de reins et de rates qu'on avait vu précédemment se porter tantôt dans un point du ventre, tantôt dans un autre. M. Rotureau se borne à nous signaler l'heureuse intervention des thermes de Carlsbad en ces bizarres circonstances. Il a eu la précaution de nous avertir que c'est sous l'inspiration et d'après l'expérience d'un médecin distingué de la localité qu'il a enregistré ces résultats.

Ce serait dépasser les bornes d'une analyse que de multiplier les emprunts d'assertions pour le moins trop aphoristiques et confondues avec d'excellentes indications. M. Rotureau, tout le premier, blâme le grand Hufeland d'avoir exagéré sa reconnaissance personnelle en préconisant les qualités miraculeuses des eaux de Wildungen dans la cure de la pierre. S'il consigne l'estime qu'on fait sur place des bains de Wildbad-Gastein pour la guérison des paralytiques, il ne les transforme pas, Dieu merci, en appareil électrique construit par la nature, ainsi que des expériences relatées par lui tendraient à le faire admettre.

Faute de pouvoir suivre l'ouvrage dans les sujets multiples auxquels il touche, nous regardons comme de notre devoir de signaler à l'attention de ceux qui s'y renseigneront tout ce qui concerne la méthode d'inhalation et en particulier l'emploi, peu ancien encore, du gaz carbonique. Une véritable monographie initie le lecteur à ce qu'on doit entendre par *eaux mères* et au rôle que cet agent peut remplir très-salutairement vis-à-vis des diathèses déterminées. Eu égard à la véritable signification du traitement minéro-thermal par rapport au cancer, aux tubercules et à la syphilis, on recueillera avec plaisir le fruit de judicieuses réflexions. Sur les scrofules et la cure de leurs différentes périodes, M. Rotureau s'étend en détails qui ne manquent pas d'originalité. Autant de preuves démonstratives, s'il en était besoin, du tort qu'il nous a fait en s'abritant trop souvent sous la responsabilité d'autrui et que nous lui reprochons au nom des mérites de son œuvre et des inflexibles exigences de la science positive.

E. Le Bret.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE D'ACCLIMATATION.

La Société impériale d'acclimatation a tenu le 17 sa séance publique annuelle, dans une des salles de l'hôtel de ville, au milieu d'un concours considérable de public. On a vu avec plaisir que le corps médical comptait un grand nombre de représentants dans cette assemblée d'élite. Parmi les membres de la Société, on a remarqué, entre autres confrères, MM. J. Cloquet, Chatio, Larrey, Michel Lévy, Moquin-Tandon, Rufz, Demarquay, Leblanc et plusieurs autres membres de l'Académie de médecioe et des hôpitaux.

Le discours d'ouverture a été prononcé par M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire qui a fait connaître l'organisation et les progrès de la Société dont il est président.

« La Société, a-t-il dit, ne se composait à son origine (il y a cinq ans) » que de 50 membres : dès le lendemain de sa première séance préparatoire, elle en comptait 150; l'an dernier, ce nombre était décuplé. » 500 nouvelles admissions viennent de porter notre ebiffre à plus de » 2,000. Institution à la fois scientifique et pratique, c'est parmi les » naturalistes, les agrienlteurs, les industriels, les médecins, que la » Société a, comme toujours, trouvé le plus grand nombre de ses nouveaux adhérents.... Entre les pays qui sont représentés sur les listes » de 1858, nous remarquons, sans parler des Etats voisins de la France, » la Norvége, la Pologne, la Russie, la Moldavie, la Turquie, Java, » Madère, la Caroline du Sud, le Brésil, le Chili, la Nouvelle-Grenade : » presque tous ces Etats figuraient déjà sur nos listes antérieures, et » plus de trente autres avec eux. Désormais, un membre de la Société » d'acclimatation peut faire le tour du moode, en trouvant partout » des confrères associés à sa pensée.

» Où ne rencontrerait-il pas aussi des assoeiations, filles de la nôtre » ou déjà même nées de ses filles? Grenoble, Nancy, Bordeaux, en » France, Cayenne et Saint-Denis dans nos colonies, Alexandrie d'Egypte, Berlin, Moscou, à l'étranger, avaient déjà leurs Sociétés ou » Comités d'acclimatation : Poitiers, Alger, Roveredo du Tyrol, Saint-Pétersbourg, Orel, viennent de constituer les leurs. D'autres, en voie » de formation, témoigneront bientôt à leur tour de la vitalité de notre association et de la force d'expansion des idées dont elle a été le » premier foyer. »

M. Geoffroy-Saint-Hilaire après avoir fait connaître que la Société a maintenant l'honneur de compter parmi ses membres et protecteurs 18 souverains, a terminé par quelques détails sur les deux établissements complémentaires dont l'organisatioo a surtout occupé cette année la Société; un *dépôt de reproducteurs* qui a été institué il y a quelques mois en Auvergne par les soins de M. le docteur Richard (du Cantal), vice-président de la Société, et où sont déjà réunis un grand nombre d'animaux de montagne, et le *Jardin d'acclimatation* qui va être créé au bois de Boulogne, sur les vastes terrains concédés à cet effet par la ville de Paris.

Le jardin d'acclimatatioo, dit à ce sujet M. Geoffroy-Saint-Hilaire en terminant son discours, « sera, pour les études relatives au règne » animal, la troisième création due à l'initiative française : en 1793, la » première Ménagerie d'observation zoologique; en 1854, la première » Société d'acclimatation; en 1859, le premier Jardin d'acclimatation. » Puissions-nous, messieurs, être aussi heureux que l'ont été nos devanciers, que nous l'avons été nous-mêmes une première fois! Si le » Muséum d'histoire naturelle, dans son vaste ensemble, est resté » unique en Europe, il a été, parties par parties, imité chez presque » toutes les nations civilisées : à l'exemple de sa Ménagerie, dix grandes » villes ont successivement créé des jardins zoologiques. La Société » d'acclimatation a été plus heureuse encore : quatorze associations se » sont déjà constituées à son exemple, pour développer et appliquer » les vues qu'elle émettait il y a cinq ans. Puisse notre nouvelle création trouver à son tour des imitateurs! Et puisse-t-il être donné à nos » premiers successeurs, si ce n'est à nous-mêmes, de voir de nombreux » jardins d'acclimatation s'élever bientôt autour du nôtre, comme des » colonies autour de la métropole! »

M. A. Duméril, secrétaire de la séance, a lu ensuite un savant et lucide résumé des travaux de la Société en 1858. Nous regrettons de ne pouvoir citer que quelques passages de ce rapport.

Rappelant d'abord le but que se propose cette œuvre qui s'est approprié la belle devise d'Et. Geoffroy-Saint-Hilaire : *Utilitati*, le secrétaire s'exprime ainsi :

« Soumettre à une étude pratique les animaux et les plantes dont la » zone géographique semble pouvoir être agrandie dans l'intérêt des » pays qui ne les possèdent pas encore : tel est l'objet constant de » nos travaux.

» Pour procéder avec sûreté, et de manière à éviter autant que » possible les erreurs, il est indispensable, vous le savez, messieurs, » de tenir exactement compte des conditions climatologiques dont » l'influence sur les résultats des expériences d'acclimatation est si » manifeste. Or, dès longtemps convaincue de cette nécessité, et voulant désormais prendre pour base de ses tentatives, plus encore » qu'elle ne l'avait fait jusqu'ici, les données fournies par la science » des météorologistes, la Société a institué dans son sein une commission de climatologie. Présidée par M. le professeur Becquerel, » qu'il suffit de nommer pour rappeler tous ses droits à ce titre, la » réunion d'hommes habiles dont il s'agit ne peut manquer de nous » rendre les services les plus signalés. »

Après avoir énuméré tout ee que la Société a fait pour la culture des végétaux nouveaux, et en particulier pour l'igname et le sorgho sucré, plantes précieuses de la Chine, dont l'acclimatation est maintenant assurée parmi nous, M. A. Duméril a ajouté :

« Votre attention a été plusieurs fois appelée sur les ressources que » les flores étrangères peuvent fournir à la thérapeutique, et une » commission médicale, présidée par le savant professeur M. J. Cloquet, est chargée de l'examen de tout ce qui, dans le cercle de nos » études, se rattache à l'art de guérir. »

Le savant secrétaire a ensuite insisté sur les ressources que promet à notre industrie séricicole l'introduction des vers à soie de l'Inde, qui vivent sur le mûrier et sur le chêne, et de celui de la Chine, qui se nourrit des feuilles du faux vernis du Japon (*ailanthus*

FEUILLETON.

DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE COMPARÉES A CELLES DE L'ÉTRANGER.

Les eaux minérales, par l'immense extension qu'elles ont prise dans ces derniers temps, intéressent au même titre la santé et la fortune publiques. En effet, les nombreux baigneurs qui, chaque année, y affluent de toute part, soit dans un but d'hygiène, soit dans l'espoir d'y trouver la guérison ou le soulagement de leurs maux, emportent avec eux un abondant numéraire qui, versé dans le pays, contribue puissamment à sa prospérité et à sa richesse. *Aquæ condunt urbes*, disaient avec raison les anciens, tout établissement thermal devenant promptement le noyau de constructions susceptibles des plus grands développements. Vous verrez s'élever ainsi de véritables villes dans des contrées qui, par leur caractère sauvage ou leur isolement, semblaient ne devoir comporter d'autres abris que de chétives masures. Que seraient, sans leurs eaux, Bagnères, Cauterets, Luchon, Barèges, Saint-Sauveur, Bonnes et le mont Dore? C'est au point qu'on peut établir, sans crainte d'être taxé d'exagération, que partout où l'on rencontre, au sein des montagnes, un village ou une cité florissante, on est presque sûr d'y rencontrer en même temps une source minérale.

Puisque telle est la valeur des eaux, tant au point de vue médical qu'au point de vue économique, on comprend qu'un sentiment bien naturel de patriotisme nous porte à conseiller nos sources de préférence à celles de l'étranger. Toutefois gardons-nous de prendre une convenance de localité pour une indication thérapeutique, et, s'il est vrai qu'au lit du malade toute nationalité s'efface, n'allons pas faire de cette nationalité un obstacle au choix du remède qui doit guérir.

Il est donc pour nous de la plus haute importance de bien savoir dans quelles limites les eaux minérales de la France peuvent suffire à nos prescriptions, et quelles sont, au contraire, les conditions morbides qui exigent que nous fassions franchir la frontière à nos malades. Que de questions difficiles et délicates soulève ce grave problème! Je crois être le premier qui en aie essayé la solution. Ainsi, dans les diverses éditions de mon Guide, et plus particulièrement dans la dernière (1), j'ai fait suivre la description de toutes les stations thermales de l'histoire des diverses maladies pour les-

(1) GUIDE PRATIQUE AUX EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE, DE L'ÉTRANGER ET AUX BAINS DE MER, suivi d'une Étude sur l'hydrothérapie, d'un Traité thérapeutique des maladies pour lesquelles on conseille les eaux, et d'un article de M. Darralde, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, sur l'emploi de ces eaux dans le traitement des maladies de poitrine. — 4e édition, avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes sur acier et sur papier de Chine.

glandulosa). Ces deux derniers peuvent être dits définitivement acquis à l'Europe.

Au nombre des quadrupèdes introduits en Europe par la Société, il faut surtout citer les chèvres d'Angora et les yaks du Thibet ramenés par M. de Montigny, consul à Shang-Haï, et l'un des membres les plus dévoués aux succès de l'œuvre.

Le rapport se termine par l'énumération des pertes que la Société a faites pendant le cours de l'année. Le secrétaire, rendant hommage à la mémoire de ces confrères, a eu à citer plusieurs médecins :

« Le corps médical, a-t-il dit, qui nous a donné tant de confrères, » a été cruellement frappé. Nous avons perdu les docteurs Barrier, » Alex. Thierry-Valdajou, membre du conseil municipal de Paris. A » Lyon, le docteur Bonnet, membre correspondant de l'Académie des » sciences, a été enlevé, dès l'âge de 49 ans, à la science, dont il était » l'une des gloires et l'une des forces. Il faut, enfin, nommer Paul Gaimard, qui, après avoir fait deux fois le tour du monde, comme chi» rurgien de la marine, avait deux fois exploré les régions voisines » du pôle septentrional. »

Deux lectures sur des sujets spéciaux ont été faites ensuite par deux membres qui, nous aimons à le remarquer, appartiennent, comme les deux orateurs précédents, au corps médical. M. le docteur Cosson, récemment de retour de son cinquième voyage d'exploration en Algérie, a fait connaître les curieux résultats de ses études sur le Sahara, ses cultures, et les acclimatations qui pourront être faites dans cette région exceptionnelle. M. de Quatrefages a entretenu l'assemblée, dans un discours qui l'a vivement intéressée, de quelques oiseaux récemment introduits à l'état sauvage comme gibiers, tels que les colins et la perdrix Gambra, et d'autres domestiques ou en voie de domestication. Au nombre de ces derniers, signalons l'autruche ellemême, que M. Hardy élève maintenant en Algérie, et qui, avec les casoars et le nandou, paraît appelée à constituer bientôt une nouvelle catégorie d'animaux alimentaires, celle des *oiseaux de boucherie*.

La séance a été terminée par un rapport de M. le comte d'Eprémesnil, secrétaire général, sur les récompenses, et par leur distribution. La Société a décerné, cette année, trois grandes médailles d'or, vingt et une médailles de première classe, douze de seconde, et plusieurs mentions honorables et récompenses pécuniaires. Parmi les personnes qui ont obtenu des médailles de première classe, nous remarquons M. Persoz, ancien directeur de l'Ecole de pharmacie de Strasbourg, le célèbre physiologiste allemand Dzierzon et M. Bourlier, professeur à l'École de médecine d'Alger.

Outre les médailles qu'elle décerne annuellement, sans distinction de nationalité, à tous les travaux qui entrent dans le cercle de ses études, la Société a proposé, pour des questions à la solution desquelles elle attache un intérêt particulier, quinze prix dont nous regrettons de ne pouvoir insérer le programme. Nous en citerons toutefois les nos 11 et 13 :

« Introduction, culture et acclimatation du quinquina dans le midi » de l'Europe ou dans une des colonies européennes.—Prix : une mé» daille de 1,500 francs. »

« Introduction et acclimatation à la Martinique d'un animal des» tructeur du bothrops lancéolé (vipère fer-de-lance), à l'état de liberté. » — Prix : une médaille de 1,000 francs. »

Tout en applaudissant au zéle et à l'intelligente activité qui ont porté, en aussi peu de temps, la Société d'acclimatation au degré de prospérité, et l'on peut dire d'illustration, où elle est parvenue, il est permis de regretter néanmoins qu'elle ne concentre pas davantage son attention sur les causes qui rendent si difficile l'acclimatation des espèces animales et végétales exotiques. La connaissance approfondie de ces causes pourra seule conduire à la découverte des moyens, et ceux-ci à des résultats certains et durables. Dans des séances publiques, ce serait un beau texte de dissertation et une occasion heureuse de faire valoir l'institution par son côté le plus élevé. Tout fait d'acclimatation est une chose intéressante ; mais la recherche des conditions et des lois générales qui peuvent favoriser ou empêcher le succès de l'œuvre, serait encore plus intéressante pour la partie intelligente du public qui suit les progrès de l'entreprise. Espérons que l'année prochaine ces remarques pourront être prises en considération.

ÉTIOLOGIE.

ÉTUDES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE ; par le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux, etc.

(Suite. — Voir les nos 3 et 4.)

INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA VARIOLE.

Cette influence est éloignée ou prochaine. Occupons-nous d'abord de la première.

Déjà Jenner avait reconnu que la variole peut se développer chez des personnes bien vaccinées. Il a cité d'abord l'exemple de la fille d'un fermier qui, après avoir contracté le cow-pox, avait été, malgré cela, atteinte par la variole ; puis d'autres cas de variole survenus chez des personnes vaccinées.

Vers 1805, en Angleterre, des faits plus nombreux de variole, vraie ou plus ou moins modifiée, survenus après un vaccin reconnu légitime, avaient été constatés, mais restaient ignorés dans le continent. C'était à l'époque où une grave épidémie régnait à Londres.

En 1846, Thomson (d'Édimbourg) observa 836 varioleux au nombre desquels se trouvaient 484 vaccinés, dont 1 mort. Grégory, à Londres, fit des observations rigoureuses dont nous rapporterons plus loin le tableau.

En Danemark, Luders à Altona, Wendt et Mohl à Copenhague, ont rapporté des faits de variole chez des sujets variolés.

Dans le royaume de Wurtemberg, M. Heim, sur 634 individus atteints de la variole, en trouve 147 avec de bonnes marques de vaccine ; sur 1043 cas de varioloïde, 767 avec des cicatrices évidentes.

M. Ebers observe à Breslau, en 1832, une épidémie dans laquelle, sur 448 individus atteints, 78 seulement n'avaient point été soumis à

---

quelles on se rend aux eaux, avec l'indication en regard des sources les mieux appropriées à leur traitement. Toutefois, comme il m'a fallu entrer dans des développements un peu étendus, les caractères communs ou différentiels de nos sources et des sources étrangères ne ressortent peut-être pas suffisamment pour qu'on puisse opérer, d'un trait de plume, le classement de chaque groupe. Je viens donc substituer ici un simple résumé à l'exposé didactique de mon livre. De cette manière, le nom de certaines sources se détachant comme une étiquette du nom de certaines maladies, on n'aura plus besoin de faire ensuite le triage des nationalités.

Je suivrai, pour cette étude, le même ordre que dans mon GUIDE, c'est-à-dire que je passerai en revue, dans autant de chapitres différents, les maladies qui attaquent : 1° le système nerveux ; 2° les organes de la poitrine ; 3° ceux de l'abdomen ; 4° les maladies dites *générales* ; 5° les maladies chirurgicales. Quant aux sources étrangères que j'ai comparées aux nôtres, ce sont également celles qui se trouvent décrites dans mon GUIDE, à savoir : les sources de la Belgique, de l'Allemagne, de la Suisse, de la Savoie et de l'Italie.

1° MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

Quelque lumière que la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique aient jetée sur les maladies du système nerveux, le diagnostic de ces maladies laisse encore beaucoup à désirer et leur traitement offre parfois de regrettables incertitudes. C'est surtout, quand il s'agit du choix et de l'emploi des eaux minérales, qu'on se trouve souvent ainsi en face des difficultés les plus graves. Nous allons cependant essayer d'établir quelques indications.

HÉMIPLÉGIE.—Il n'existe pas d'eaux minérales possédant une action réellement spécifique pour la guérison de l'hémiplégie. Si celle-ci est récente, aucune eau n'est indiquée. Plus tard, quand le sang épanché paraît être en voie de résorption, les sources purgatives froides, prises en boisson, peuvent être conseillées comme médication révulsive. Malheureusement la France est très-peu riche en eaux de cette classe : je ne vois, à vrai dire, que Niederbronn, Encausse et Cransac ; encore ces sources purgent-elles très-peu. L'Allemagne, au contraire, est admirablement dotée à cet égard ; il nous faudra donc envoyer le plus souvent nos malades à Soden, Hombourg, Kissingen ou Marienbad. Enfin, quand le foyer apoplectique est cicatrisé complétement, la plupart des sources thermales peuvent être utiles en douches sur les membres paralysés : sous ce rapport, nos sources de Bourbonne, Balaruc, La Mothe et Bourbon-l'Archambault m'inspirent tout autant de confiance que les sources étrangères de Wiesbaden, Aix, Abano et Ischia. J'ajouterai toutefois d'une manière générale, que le traitement de l'hémiplégie par les eaux est toujours fort incertain quant à ses résultats, et que, de plus, de quelques précautions qu'on s'entoure, on n'est jamais sûr que le malade soit complétement à l'abri de tout danger.

PARAPLÉGIE.—Il existe en Allemagne deux eaux minérales qui semblent posséder une efficacité toute particulière dans le traitement de la paraplégie, ce sont Wildbad et Gastein : Pfeffers, en Suisse, est aussi un peu dans le même cas. Nous n'avons en France aucune eau semblable à leur opposer.

la vaccination; tous les autres avaient été vaccinés: il faut s'empresser d'ajouter que 208 cas de varicelle figurent dans son tableau, et que, sur les 78 individus non vaccinés, 48 ont succombé.

Par une coïncidence remarquable, on trouve que, dans une épidémie qui régna à Genève la même année, un nombre presque égal d'individus fut atteint de variole; mais les cas furent presque également répartis :

Non vaccinés.	233	Morts. . .	49
Vaccinés	231	Morts. . .	0
Varioles secondes . . .	4	Morts. . .	0

Dans l'épidémie de Turin, décrite par M. Grive, en 1829, 4235 personnes non vaccinées furent atteintes; il en périt 785. Sur 57 vaccinées, 5 sont mortes; 156 ont été variolées pour la deuxième fois; il en est mort 9. La proportion des individus variolés pour la seconde fois a été presque de 3 à 1.

Le résultat le plus extraordinaire est celui que nous remarquons dans l'épidémie que M. Terzachi a observée à Milan. Sur 748 varioleux, il a compté 134 non vaccinés et 614 vaccinés, dont 45 morts.

Terminons cette revue par la France, où les varioles des vaccinés paraissent avoir été observées pour la première fois, en 1816, dans l'épidémie de Montpellier; puis dans celles de Céret, en 1821; de Paris, en 1825; du Bas-Rhin, en 1825 et 1826; de Saint-Paul-de-Léon, en 1826; de Saumur, en 1827; de Marseille, en 1828; de Strasbourg, en 1833; de Paris, en 1834; de Montauban, en 1838 et 1839; de Nantes, en 1839; de Wasselonne, en 1839 et 1840.

Nous empruntons tous ces détails au savant ouvrage de M. Bousquet. Il les résume, pour la France, dans un tableau où l'on voit que, sur 16051 malades, 6071 étaient vaccinés, dont 63 morts.

Ajoutons à ces documents ceux que nous trouvons dans le consciencieux rapport fait par M. le docteur James au comité central de vaccine du département de la Somme. Ce médecin distingué, dont l'Académie a couronné le travail, établit que, sur 755 varioleux, 353 n'avaient point été prémunis.

On constate, dans tous ces relevés, des différences très-considérables, qu'il faut attribuer surtout à l'intensité variable de l'influence épidémique, et d'autres circonstances qu'il ne nous appartient point de rechercher ici.

Voici maintenant ce qui résulte du dépouillement de nos observations :

Sur 229 varioleux,
141 ont été vaccinés,
88 ne l'ont point été.

Cette proportion est généralement plus forte que dans les relevés que nous venons de citer.

Faut-il supposer qu'on a négligé, soit de parti pris, soit par défaut d'observation suffisante, de faire connaître tous les cas de variole survenus chez les individus bien et dûment vaccinés? Il est évident que beaucoup ont été dissimulés dans des intentions assurément très-louables; mais il est difficile d'admettre qu'il n'y ait point eu progression très-notable depuis un certain nombre d'années; les statistiques faites sur les mêmes lieux; dans les mêmes conditions, par les mêmes médecins et sans idées préconçues, pendant un nombre d'années considérable, le prouvent suffisamment.

Grégory calcule qu'en 1834, 2236 individus furent variolés à Londres, dont 906 vaccinés; ce qui donne 34 à 35 p. 100, au lieu de 3 p. 100, comme il l'a constaté pour 1809.

Il résulterait donc de nos observations que les individus vaccinés atteints par la variole existent dans une proportion beaucoup plus grande encore : 141 sur 229.

On comprend d'ailleurs que cette proportion doit toujours aller en croissant, à mesure même que les pratiques de la vaccine feront plus de progrès. Lorsque le virus varioleux, qui s'attaque toujours d'abord et de préférence aux sujets qui n'ont point été prémunis, n'a point épuisé toute sa force, il se tourne nécessairement sur les individus vaccinés qui se trouvent dans des conditions favorables de réceptivité.

DES FORMES ET DE LA GRAVITÉ DE LA VARIOLE CHEZ LES INDIVIDUS VACCINÉS ET NON VACCINÉS.

	Individus vaccinés.	Individus non vaccinés.	Individus variolés antérieurement.	Total.
Variole confluente. . . .	19	55	»	74
Variole discrète	23	17	1	41
Varioloïde	98	15	1	114
Totaux.	140	87	2	229

Tout en convenant, en face de ces chiffres, que la vaccine est loin d'assurer une complète immunité, il faut cependant constater qu'elle atténue d'une manière notable la gravité de la variole.

Chez les vaccinés, la forme confluente entre dans la proportion de moins du septième des cas (19 sur 140).

Chez les individus non vaccinés, elle représente beaucoup plus de la moitié (55 sur 87).

La variole discrète se montre en nombre presque égal, tandis que la varioloïde, très-rare chez ces derniers, devient très-fréquente chez les premiers (98 sur 140).

Il y a donc une échelle inverse à parcourir; elle indique de la manière la plus nette les chances que l'on a pour contracter telle ou telle forme de variole, suivant que l'on a été soumis ou non à la vaccination.

Il importe maintenant de déterminer à quelle époque de la vie les individus vaccinés sont accessibles aux attaques de la variole, et sous quelle forme et avec quelle gravité elle sévit, suivant que l'on s'éloigne plus ou moins de l'époque de la première vaccination. C'est ce qu'on voit dans le tableau suivant :

Sans doute la plupart de nos sources thermales sulfureuses ou salines, Baréges, Luchon, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, opèrent aussi de magnifiques cures dans la paraplégie, mais alors elles agissent surtout par leur forte minéralisation, leur température élevée et le choc de la douche; au contraire, Wildbad, Gastein et Pfeffers impressionnent la moelle épinière par leur seule vertu intrinsèque, car elles sont à peine minéralisées, et on les emploie moins en douches qu'en bains simplement tièdes.

Quand la paraplégie a résisté à la médication par les eaux, on se trouve bien quelquefois de recourir aux bains de sable échauffé naturellement par les exhalaisons des volcans. Dans ce cas vous enverrez vos malades à Ischia, dont les eaux pourront leur être également d'un grand secours.

NÉVRALGIES, NÉVROSES. — Les eaux minérales agissent surtout ici par leur température qui doit être un peu basse; mais on ne peut nier non plus que quelques-unes possèdent en propre des propriétés réellement sédatives. Telles sont en France Saint-Sauveur, Ussat, Bagnères-de-Bigorre, Néris et Bains; telles sont à l'étranger Schlangenbaden, Ems, Baden-Baden, San-Juliano et Lucques. Quant à la valeur comparative de ces sources ainsi classées en deux camps, j'avoue que j'aurais beaucoup de peine à motiver des préférences.

2° MALADIES DE LA POITRINE.

Nous ne nous occuperons ici que des maladies de l'appareil respiratoire. Celles qui s'attaquent au cœur ou aux gros vaisseaux contenus dans la poitrine étant, le plus habituellement, caractérisés par des altérations organiques, se trouvent, par cela même, à peu près en dehors de la médication thermale.

AFFECTIONS CATARRHALES ET TUBERCULEUSES. — Les sources que nous allons indiquer comme ayant réellement fait leurs preuves dans le traitement de ces affections, peuvent être divisées, d'après les effets qu'elles déterminent sur le poumon et ses annexes, en sources excitantes et en sources calmantes. Les sources excitantes sont : Bonnes, Cauterets, le Vernet, Amélie-les-Bains, Labasserre, St-Honoré, Allevard, Enghien et Pierrefonds. Il y a bien aussi le mont Dore; mais le mécanisme de son action n'est nullement le même que celui des sources précédentes. En effet, tandis que celles-ci agissent d'une manière élective sur le poumon dont elles congestionnent momentanément le tissu et la muqueuse, celles du mont Dore n'influencent cet organe que par voie détournée, en provoquant vers la peau un état pléthorique artificiel. Les sources calmantes sont : Penticouse, Weilbach, Ems, Salzbrunn, Lippspringe, Gleichenberg, Soden et Weissembourg. Ces sources, à l'opposé des sources excitantes, ne déterminent aucune crise. Elles ont simplement pour effet d'opérer une combinaison lente, insensible, comme interstitielle, de l'eau minérale avec nos fluides et nos tissus; d'où résultent d'heureuses modifications dans la vitalité de l'appareil respiratoire. Les sources calmantes sont peut-être d'un emploi et d'une direction plus faciles que les excitantes; mais, d'un autre côté, il faut plus de finesse dans le diagnostic pour découvrir leur opportunité. En effet, une semblable médication reçoit le contre-coup du tempérament plutôt qu'elle ne le donne, et, par suite, les symptômes qu'elle manifeste varient suivant l'individu qui s'y soumet. Chose précieuse à noter comme mnémo-

INDIVIDUS VACCINÉS.			INDIVIDUS NON VACCINÉS.			INDIVIDUS VARIOLÉS.	
Variole confluente.			*Variole confluente.*			*Variole confluente.*	
			Avant 1 an.	2			
			De 1 à 10 ans.	30			
De 15 à 20 ans.	2	19	De 11 à 20	11	55	....	»
De 21 à 30	17		De 21 à 30	10			
			De 31 à 40	2			
Variole discrète.			*Variole discrète.*			*Variole discrète.*	
De 10 à 20 ans.	5		Avant 1 an.	2			
De 21 à 30	8	23	De 1 à 10 ans.	14	17	De 31 à 35 ans.	1
De 31 à 40	8		De 20 à 30	1			
De 41 à 50	2						
Varioloïde.			*Varioloïde.*			*Varioloïde.*	
De 1 à 10 ans.	8						
De 11 à 20	31		Avant un an.	4			
De 21 à 30	42	98	De 1 à 10 ans,	8	15	De 51 à 55 ans.	1
De 31 à 40	13		De 11 à 20	3			
De 41 à 50	4						
		140			87		2

Il est, pour toutes les maladies éruplives, une époque de la vie qui paraît prédisposer d'une manière notable à contracter ces maladies : c'est, pour la rougeole et la scarlatine, l'âge de 5 à 6 ans. Pour la variole, cette époque est plus tardive; c'est vers la dixième année que la variole non modifiée par une première vaccination atteint son maximum. Sur 87 individus non vaccinés, 60 occupent la période décennale de 1 à 10 ans; c'est presque les trois quarts. Chez les individus vaccinés, c'est dix ans plus tard, de 20 à 30 ans. Sur 140 vaccinés, 67 se trouvent placés dans l'intervalle qui sépare la 21e année de la 30e.

Les résultats sont fortement accusés; ils indiquent nettement l'époque où l'immunité procurée par la vaccine tend à diminuer et à disparaître, et, par conséquent, la limite extrême que l'on doit atteindre pour les revaccinations.

Le docteur Eimer admet que la prédisposition à la variole, que chaque homme apporte en naissant, est moins marquée dans un âge peu avancé, et atteint son apogée à l'époque de la puberté, pour diminuer vers la 30e année.

Nous allons tout de suite mettre en regard de ce tableau les résultats d'un nombre de revaccinations que nous avons pratiquées et qui se trouve égal, à peu près, à celui des varioleux.

REVACCINATIONS.

Sur	Individus âgés de	Succès.	Insuccès.
47	1 à 10 ans	»	47
57	11 à 15	7	50
36	16 à 20	7	29
17	21 à 25	7	10
14	26 à 30	7	7
18	31 à 35	5	13
7	36 à 40	2	5
8	41 à 45	5	3
4	46 à 50	2	2
208		42	166

De même qu'à mesure que l'on s'éloigne de l'époque de la vaccination, les chances d'être atteint par une variole plus grave augmentent, de même aussi on voit les revaccinations donner des résultats d'autant plus positifs à mesure que l'on avance dans la série des âges. Ainsi, de 1 à 10 ans, pas un seul succès, tandis qu'à l'âge moyen de la vie, les succès et les insuccès se balancent, et qu'à l'âge de 45 ans, les succès l'emportent. Ces chiffres ne sont sans doute pas en nombre suffisant; ils prouvent d'ailleurs ce fait important à noter : c'est que l'on pratique les revaccinations précisément à l'époque où elles ne sont pas le plus nécessaires, et qu'on les néglige dans un âge plus avancé, où elles réussissent, sinon constamment, au moins d'une manière plus sûre : en effet, c'est surtout après la 30e année que l'on obtient des boutons de vaccine que l'on pourrait comparer à ceux qu'une première vaccination fait pousser sur le bras d'un enfant nouveau-né. S'il est sage et utile de pratiquer les revaccinations à l'époque de 10 à 12 ans, il le serait bien plus encore d'y revenir vers l'âge de 20 à 30 ans, et surtout avant 40 ans, âge où nous voyons la variole reparaître plus fréquemment chez les individus vaccinés que chez ceux qui ne l'ont point été.

Ces résultats se rapprochent beaucoup de ceux obtenus par M. Bousquel, et que nous ne pouvons nous empêcher de rapporter ici.

Sur 194 revaccinations, il a obtenu les résultats suivants :

Nombre.	Age.	Résultat,
24	de 0 à 10 ans.	1 bonne vaccine.
50	de 10 à 20 ans.	12
88	de 20 à 30 ans.	16
22	de 30 à 40 ans.	5
10	Au-dessus de 40 ans.	8
194		42

Ils s'éloignent complétement de ceux observés sur les conscrits de l'armée prussienne, en 1853. On a revacciné 44,652 individus sur lesquels on a obtenu :

28,329 fois une éruption régulière;
5,933 fois une éruption irrégulière;
7,665 résultats nuls.

---

nique, ces diverses sources excitantes se trouvent toutes en France, et ces diverses sources calmantes toutes à l'étranger. Les premières conviennent pour les tempéraments lymphatiques ou strumeux, les secondes pour les tempéraments pléthoriques.

A côté de ces eaux minérales et presque sur la même ligne comme efficacité dans le traitement des maladies de poitrine, se placent les cures de petit-lait de vache, de brebis et de chèvre. Ces cures, inusitées en France, sont au contraire pratiquées sur une grande échelle en Suisse et en Allemagne. Je citerai plus particulièrement Gaïs, Gonten, Heinrichsbad, Weisbad, Kreutz, le Righi, Interlaken, Ischl, Schlangenbad et Reyburg, toutes stations situées dans les bois et entourées des conditions les plus salubres. La cure de petit-lait offre le précieux avantage de pouvoir profiter aux phthisiques, même arrivés au dernier degré de la tuberculisation. Quelquefois on lui adjoint consécutivement, ou même on lui préfère une cure de raisin (1). Cette cure dont j'ai obtenu aussi d'excellents résultats, peut se suivre en tout pays de vignobles; il n'est peut-être aucun endroit préférable à Fontainebleau.

(1) On vante encore les cures de fraises, de figues, de pêches et autres fruits. Dans le nord de l'Italie, on a particulièrement confiance, pour le traitement de la phthisie, dans les cures de.... jambon cru. Un monsieur avec qui je voyageais l'été dernier, de Milan à Venise, avalait de temps en temps, sans pain, de petites tranches de jambon cru, et il me dit se trouver très-bien de ce régime.

ASTHME; EMPHYSÈME. — Les eaux de Cauterets et du mont Dore en France, celles de Tarasp en Suisse, passent pour avoir une véritable spécificité anti-asthmatique. Il m'a semblé que ces eaux agissent en prévenant la répétition des congestions pulmonaires apyrétiques qui constituent l'accès d'asthme et en favorisant l'expectoration qui est presque toujours la solution de la crise. Quant à l'emphysème, lequel reconnaît comme caractère anatomique la raréfaction du tissu pulmonaire, de quel secours peuvent être les eaux minérales?

3° MALADIES DE L'ABDOMEN.

Il existe entre les viscères situés au-dessous du diaphragme une solidarité de fonctions et par suite de maladies, qui explique comment les mêmes sources peuvent quelquefois être aptes au traitement des affections les plus diverses par leur siége. C'est qu'ici la médication thermale consiste surtout à stimuler la vitalité. Qu'on n'aille pas cependant en inférer que toutes les maladies de l'abdomen puissent être traitées indistinctement par les mêmes sources. Nous allons voir, au contraire, qu'il faut faire entre elles un choix, et que ce choix peut soulever les questions les plus sérieuses.

GASTRALGIES; ENTÉRALGIES. — Si la nature de ces affections est difficile à définir, il est souvent plus difficile encore d'indiquer l'eau minérale qui convient le mieux à leur traitement. Voici à cet égard les préceptes que je crois devoir poser. S'il y a dyspepsie, digestions lentes, vomituritions : eaux gazeuses de Saint-Galmier, Saint-Alban, Chateldon, Seltz, Schwalheim. Si, en même temps, la constitution est appauvrie : eaux ferrugineuses de Forges,

On a remarqué cette progression dans les résulats des revaccinations :

En 1833. . . .	33 succès sur 100.
En 1843. . . .	57 —
En 1853. . . .	69 —

Nous avons donné d'une manière générale la liste des succès et des insuccès. Il importe cependant d'établir des distinctions. Pour être rigoureux, nous avons classé dans la première catégorie les cas où la vaccine s'était montrée avec ses caractères les plus normaux ; dans la seconde, nous avons confondu les insuccès complets et ceux où les piqûres avaient déterminé une éruption. Cette dernière catégorie a besoin d'être examinée de nouveau.

Le plus habituellement l'insertion du virus produit une éruption à l'endroit des piqûres. Sur nos 163 cas cependant l'insuccès a été complet 36 fois, c'est-à-dire qu'il n'a été possible à aucuno époque de constater une rougeur, une élevure quelconque ; 122 fois il y a eu vaccinoïde ou faux vaccin, mais avec tous ses degrés d'intensité ; 5 fois enfin nous avons obtenu une vaccine mitigée, c'est-à-dire que sur la base rougeâtre, saillante, un peu conique, que formait le bouton, se voyait une vésicule blanchâtre, transparente et remplie d'un liquide limpide qui, inoculé sur des individus non vaccinés et même vaccinés, a produit une éruption normale.

(La fin au prochain numéro.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE ; par le docteur E. Q. LEGENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

Rara non sunt artis.

Dans une série de recherches entreprises sur la hernie crurale, j'ai rencontré un certain nombre de faits appartenant à des variétés assez peu communes de cette hernie pour mériter d'être décrites avec soin. Malgré cet adage d'un auteur ancien : *Rara non sunt artis*, je crois cependant qu'il est utile de faire connaître ces variétés rares de hernie qui peuvent quelquefois embarrasser le chirurgien lorsqu'il a un diagnostic à poser ou une opération à pratiquer sur une de ces tumeurs si variées qui se rencontrent au pli de l'aine. Mon but en rassemblant ces faits est donc seulement d'apporter quelques matériaux nouveaux à ceux qui voudraient faire l'histoire complète de la hernie crurale, les faits semblables qui existent dans la science étant encore peu nombreux. C'est le soin des sociétés savantes d'accueillir les observations de ces affections rares, afin qu'on qu'on puisse un jour en tracer un tableau plus complet lorsque les cas analogues se seront multipliés.

Pendant un espace de temps assez long, du mois de juillet 1854 au mois d'août 1858, j'ai pu, comme prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, rechercher sur tous les cadavres envoyés à l'amphithéâtre quelle était la fréquence de la hernie crurale. Dans ce but, j'ai examiné 6,044 cadavres, adultes ou vieillards, morts de maladies diverses, et j'ai trouvé 37 hernies crurales dont 30 cas chez la femme et 7 chez l'homme ; 1 seul cas présentait une double hernie.

Cet examen, fait avec un soin tout particulier sur des cadavres entiers et sur des cadavres ouverts par l'autopsie, m'a permis de recueillir, comme on le voit, un grand nombre de cas de hernies soit intestinales, soit épiploïques, quelques-unes complétement guéries, d'autres réduites seulement à l'existence d'un sac herniaire. On comprend que la dissection seule des cadavres pouvait permettre de reconnaître un certain nombre de ces faits qui auraient échappé à l'observation, la tumeur n'étant plus apparente au pli de l'aine. Aussi, sachant que j'étudiais cette question, mes collègues, M. le docteur Béraud, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Bastien, m'ont donné plusieurs pièces qu'ils avaient rencontrées. Toutes ces hernies crurales ont été disséquées avec soin et dessinées, puis desséchées pour être conservées ; leur étude me servira pour faire une nouvelle classification de ces tumeurs ; ce sera l'objet d'un autre travail.

On sait que la hernie crurale sort le plus ordinairement par la partie la plus interne du canal ou de l'entonnoir crural, tout à fait en dedans des vaisseaux fémoraux, pour faire saillie du côté de la cuisse, au niveau du pli de l'aine, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, où elle vient former une tumeur arrondie, régulière. C'est là la marche la plus habituelle de la hernie crurale. Quelquefois la hernie suit une marche différente ; elle se place en dehors ou en arrière des vaisseaux fémoraux, ou bien elle affecte avec eux des rapports très-éloignés et traverse des aponévroses qui lui donnent une forme multilobée. Toutes ces modifications s'observent assez rarement et constituent autant de variétés de la hernie crurale. Je n'ai pas l'intention de donner ici une classification de ces différentes variétés, je ne les ai pas toutes rencontrées ; je veux seulement donner une description détaillée de quelques cas de ces variétés rares de la hernie crurale que j'ai observées. De plus, je ferai remarquer que sur le nombre de 37 cas de hernie crurale que j'ai disséqués, ces différentes modifications dans la marche de la hernie ne se sont présentées que sept fois.

J'étudierai seulement ici quatre variétés de la hernie crurale.

Dans la première, la hernie, au moment où elle traverse l'anneau crural, se porte directement en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux, et repose sur le muscle pectiné dont l'aponévrose lui forme quelquefois une enveloppe ; je l'ai nommée, à cause de son siége, *hernie crurale pectinéale* ou *hernie de J. Cloquet*, en l'honneur du chirurgien qui l'a décrite le premier.

Dans la seconde variété, la hernie, quoique placée en dedans des vaisseaux fémoraux, en est cependant à une assez grande distance ; elle traverse cette portion fibreuse résistante qui borde en dedans le canal et l'entonnoir crural, c'est le ligament de Gimbernat. M. Laugier, qui l'a observée le premier, l'a désignée sous le nom de *hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat* ; je l'ai décrite sous le nom de *hernie de Laugier*, puisque c'est à cet observateur que l'on doit cette nouvelle espèce de hernie.

Bussang, Auteuil, Passy, Orezza, Schwalbach, Spa, Pyrmont. Y a-t-il vive sensibilité épigastrique : Plombières, Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre, Evian, Pfeffers, Schlangenbad. Quand il existe des renvois acides ou nidoreux : Vichy, Vals, Pougues, Vic, Ems, Bilin, Gleichenberg. Jusqu'ici, nous le voyons, nos eaux de France marchent au moins de pair avec les sources des autres pays. Il n'en sera plus de même dans les cas de flatulence, tension abdominale, tympanite, hypocondrie, la médication thermale devant être avant tout une médication évacuante, dont notre pays est si pauvre ; vous serez limité aux eaux de Hombourg, Kissingen, Carlsbad, Marienbad ou Saint-Gervais.

HYPERTROPHIE DU FOIE. — Vichy occupe incontestablement le premier rang. Vous verrez, sous son influence, des engorgements considérables du foie diminuer et même disparaître sans laisser de traces. Malheureusement vous en verrez aussi qui offrent une telle cohésion, une telle densité, qu'il vous faudra recourir à des eaux plus pénétrantes : ces eaux seront Kissingen, Carlsbad et Monte-Catini. Ces deux dernières surtout vous offriront des ressources que ne possède aucune autre eau minérale. C'est que, tout en étant fondantes comme Vichy, elles purgent, landis que Vichy constipe. Or, s'il est essentiel de résoudre un engorgement, il ne l'est pas moins quelquefois d'évacuer les matériaux qui servaient à le constituer ; de cette dernière condition dépend souvent le succès de la cure.

CALCULS BILIAIRES. — Les eaux minérales peuvent-elles dissoudre les calculs biliaires ? Cela est fort douteux, car la plupart de ces calculs sont formés de cholestérine ; or les sels contenus dans les eaux sont sans action sur cette substance. D'ailleurs les calculs cystiques se trouvant dans un véritable état de séquestration, je ne vois point du tout par quel chemin ni par quel artifice l'eau minérale pourrait pénétrer jusqu'à eux. Lors donc qu'ils s'échappent et tombent dans l'intestin, d'où ils sont rejetés par les vomissements ou les sels, les eaux n'ont agi qu'en donnant plus de force à la vésicule et en augmentant sa puissance d'expulsion. Ce sont, du reste, les mêmes sources que pour l'hypertrophie du foie, et les mêmes considérations leur sont applicables.

DIABÈTE. — Si je range le diabète parmi les maladies du foie, c'est qu'il est parfaitement établi aujourd'hui, d'après les expériences de M. Bernard, que le foie est l'organe sécréteur du sucre. Le diabète est une des affections contre lesquelles les eaux minérales seront le plus avantageusement conseillées : ce seront surtout les eaux alcalines, Vichy en tête. Ces eaux ont pour effet, à peu près constant, de diminuer la quantité de glycose contenu dans les urines. Il m'a semblé toutefois qu'elles étaient impuissantes à relever les forces générales ; aussi convient-il de leur adjoindre, comme boisson aux repas, des eaux ferrugineuses. Si déjà le diabète avait trop profondément débilité la constitution, il faudrait s'adresser d'emblée à Carlsbad, qui, dans cette maladie comme dans beaucoup d'autres, est souvent l'*ultima ratio* des remèdes.

HYPERTROPHIE DE LA RATE. — La même obscurité qui couvre les fonctions de la rate couvre ses maladies, et par suite on est très-peu renseigné sur leur traitement par les eaux. Il m'a paru que certains engorgements de ce viscère cèdent aux mêmes eaux que nous avons dit convenir contre l'hypertrophie du foie. Ces engorgements sont-ils consécutifs à des fièvres intermit-

La troisième variété comprend cette forme de hernie crurale que Hesselbach a si bien décrite et figurée dans son mémoire DE ORTU ET PROGRESSU HERNIARUM. La hernie, dans ce cas, traverse plusieurs ouvertures du *fascia cribriformis* et présente alors plusieurs lobes distincts qui lui donnent un aspect caractéristique, c'est la *hernie avec diverticulum à travers le fascia cribriformis* ou *hernie d'Hesselbach.*

Enfin, dans une quatrième variété, la hernie après être sortie au-dessous du ligament de Fallope, après avoir traversé le *fascia cribriformis*, envoie un ou plusieurs prolongements à travers le *fascia superficialis.* J'ai désigné cette variété nouvelle sous le nom de *hernie crurale avec diverticulum à travers le fascia superficialis* ou *hernie d'Astley Cooper.*

I.

DE LA HERNIE CRURALE PECTINÉALE OU HERNIE DE J. CLOQUET.

Dans cette forme particulière, la hernie, au moment où elle traverse l'anneau crural, se dirige en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux, et se met en rapport avec le muscle pectiné dont l'aponévrose lui sert d'enveloppe.

Cette variété avait été rencontrée par quatre observateurs : par Callisen, par M. J. Cloquet, par Vidal (de Cassis), et par M. Richet. Je n'en ai trouvé aucun autre exemple dans la science, et comme ces auteurs ont seulement mentionné cette variété, je décrirai avec soin le fait nouveau que j'ai recueilli.

Donnons d'abord brièvement les indications de ces quatre observations, sur cette forme de hernie crurale; elles présentent entre elles de très-légères différences.

Callisen rapporte le fait suivant comme une observation de hernie rare.

OBS. I. — Une femme de 40 ans était atteinte, depuis plusieurs années, d'une hernie crurale qu'elle maintenait irrégulièrement avec un bandage. Depuis deux ans elle éprouvait souvent des accidents. Enfin, elle fut prise de douleurs vives dans sa tumeur, puis dans l'abdomen avec des nausées et des vomissements. Le troisième jour survinrent des vomissements de matières stercorales.

A l'examen de la malade, je trouvai une petite tumeur assez mobile, oblongue, égale, profondément cachée sous une couche épaisse de tissu cellulaire, dure et peu douloureuse à la pression. Il y avait peu de fièvre, la malade rejetait tout ce qu'elle prenait. Les divers traitements employés ne purent faire disparaître ces symptômes.

Le jour suivant, l'apparition des règles ayant amené une diminution dans les symptômes, Callisen douta que la hernie fût la cause de tous ces accidents; mais le jour suivant, tous les symptômes augmentèrent avec une telle intensité, que l'opération fut jugée nécessaire.

Après avoir incisé les téguments, j'aperçus la tumeur environnée de tissu cellulaire, ressemblant moins à une hernie qu'à une tumeur des ganglions ou du tissu cellulaire, mais paraissant tout à fait la même que celle que j'avais reconnue par l'exploration lorsque j'avais tenté en vain sa réduction. Assez troublé de cette disposition, je craignais qu'il n'y eût pas de hernie et je soupçonnais l'existence d'un iléus; mais me rappelant avoir déjà réduit la hernie chez cette malade, je pensai qu'il fallait poursuivre les recherches plus profondément dans cette région. Après avoir enlevé plusieurs lames de tissu cellulaire par une dissection laborieuse, je sentis une partie plus élastique, et je trouvai une anse assez grande d'intestin cachée entre le muscle pectiné et le tendon du psoas. Après l'ouverture du sac, elle était d'une couleur violacée : après avoir coupé très-peu le ligament de Fallope, on put rentrer l'intestin avec assez de facilité.

Les symptômes se calmèrent bientôt : la cavité située entre les deux muscles qui renfermaient la hernie fut bientôt remplie, enfin la plaie elle-même se cicatrisa bientôt, et la malade, après sa guérison, reprit son bandage (Callisen, OBSERVATA MEDICO-CHIRURGICA, HERNIARUM RARIORUM BIGA, IN ACTA SOCIETATIS MEDICÆ HANNIENSIS, 1777, vol. II, p. 321).

Ce qui avait frappé Callisen dans ce fait, comme une chose insolite, c'est la présence entre les muscles psoas et pectiné d'une portion d'intestin hernié au-dessous du ligament de Fallope, et il pense qu'il faut en chercher la cause soit dans l'usage du bandage, soit parce que la hernie est sortie, la cuisse étant dans la flexion. Il remarque, en outre, combien il est facile de confondre avec les hernies les tumeurs glandulaires ou du tissu cellulaire, lorsqu'on ne peut reconnaître exactement le point où elles prennent naissance.

Cette observation recueillie sur le vivant, ne pouvait présenter tous les détails qu'aurait fournis la dissection des parties; ainsi on cherche le rapport de la tumeur avec les vaisseaux fémoraux dont le chirurgien ne parle pas, rapports qui certes offraient une bien grande importance au point de vue de l'opération. Cependant, le signe principal qui caractérise cette hernie qui, par sa situation si profonde, pouvait être confondue avec une hernie obturatrice, est bien indiqué : le débridement qui a porté sur le ligament de Fallope et qui a porté aussitôt la réduction de la hernie, montre bien que le collet herniaire s'était engagé par l'anneau crural.

OBS. II. — M. J. Cloquet, dans sa thèse présentée au concours pour la chaire de pathologie interne, représente dans la figure 17 de la planche I des varices de la veine fémorale et un commencement d'oblitération de l'artère du même nom, produits par la compression d'une hernie crurale épiploïque; pièce recueillie sur le cadavre d'une femme d'environ 60 ans, pavillon de l'Ecole pratique, 1814.

Ce cadavre présentait deux hernies crurales : celle du côté droit, formée par un long appendice de l'épiploon qui était dur et surchargé de graisse, était renfermée dans un sac globuleux assez mince, long de 15 lignes, légèrement rétréci à son collet. Le sac descendait en dehors du ligament de Gimbernat dans la gaîne de l'artère et de la veine fémorales, s'introduisait en partie entre ces vaisseaux qu'il refoulait en avant et en dehors, ainsi que le muscle pectiné sur lequel il reposait en arrière.

Le sac de la hernie du côté gauche avait la même forme, les mêmes rapports que dans le cas précédent, et opérait aussi une déviation de l'artère et de la veine fémorales. Il renfermait une portion d'épiploon dure, comme squirrheuse, avec laquelle il avait contracté quelques adhérences. (J. Cloquet, PATHOLOGIE CHIRURGICALE, thèse de concours, 1831, p. 88.)

C'est d'après ce fait que le même auteur, dans ses recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen, étudiant la marche de la hernie crurale le long du canal crural, établit cette XLVI[e] proposition : « J'ai vu, dit-il, le sac s'engager par une ouverture de la paroi postérieure du canal crural; il reposait immédiatement sur le muscle pectiné, et avait au-devant de lui l'artère et la veine fémorales, dont il était séparé par le feuillet profond de l'aponévrose fascia lata. (J. Cloquet, RECH. ANAT. SUR LES HERNIES DE L'ABDOMEN, thèse 1817, p. 85.)

Nous voyons, dans ce cas, que la hernie envoie des diverticulum en

---

tentes paludéennes, vous conseillerez plus spécialement Encausse, Bourbonne et Orezza.

CATARRHE VÉSICAL — Nous pouvons parfaitement ici nous passer des sources étrangères. Ainsi Contrexeville, Vittel, Pougues, Vichy, Vals, Saint-Sauveur, suffisent à toutes les indications. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels et un peu pour céder aux convenances des malades, que nous préférerons à nos eaux Ems, Evian, Pfeffers ou Kissingen. N'oublions pas les cures de raisin qui souvent, en pareilles circonstances, font merveille.

GRAVELLE. — Les mêmes sources que pour le catarrhe vésical et, en général, toutes les sources diurétiques. S'éclairer avant tout de la composition chimique des graviers comparée à celle de l'eau minérale, sans quoi on s'exposerait à de très-grands mécomptes. La gravelle urique ou gravelle rouge devra être combattue par les sources alcalines et en particulier Vichy, les sels alcalins ayant la propriété de dissoudre l'acide urique en excès. Il n'en sera pas de même pour la gravelle blanche qu'on sait être formée de phosphate de chaux et surtout de phosphate ammoniaco-magnésien. C'est contre cette espèce de gravelle que les eaux de Contrexeville, Pougues, Sermaise, la Preste, Kissingen et Carlsbad seront principalement réservées, ces eaux agissant moins par la réaction chimique de leurs éléments minéralisateurs que par les modifications qu'elles impriment aux fonctions rénales.

CALCULS URINAIRES. — Quelques faits semblent prouver que certaines eaux minérales, Vichy et surtout Carlsbad, ont amené la diminution graduelle des calculs au point de permettre leur expulsion naturelle hors de la vessie. Ce n'est donc pas un moyen à négliger entièrement. Quant à expliquer ces cas heureux, l'hypothèse la plus plausible est que les eaux agissent plutôt sur le mucus qui sert de ciment aux calculs, de manière que ceux-ci, dont la composition est trop complexe pour qu'une même eau minérale puisse les dissoudre, soient peu à peu désagrégés par l'érosion successive de leurs couches.

ALBUMINURIE. — Il n'existe pas d'eaux minérales qui possèdent une efficacité incontestable contre cette redoutable affection. Carlsbad et les eaux ferrugazeuses sont encore celles qui m'inspireraient le plus de confiance. Toutefois j'ai observé trop peu de succès pour pouvoir rien affirmer.

MALADIES DE LA MATRICE. — Nous désignerons sous tout ici les engorgements du col utérin, quelques ulcérations superficielles, les déplacements (antéversion, rétroversion, abaissement), ainsi que certaines métrorrhagies. Or ces divers états réclament d'habitude l'emploi de sources légèrement alcalines, telles que Néris, Ussat, Plombières, Bagnères-de-Bigorre, nu riches en barégine, comme Saint-Sauveur ou Gréoulx. Ici donc encore nous n'avons point à faire appel aux sources étrangères; citons cependant comme convenant très-bien aussi, Ems, Schlangenbad, Bade (Argovie), Tœplitz et Lucques. Quelle que soit, du reste, la source dont on ait fait choix, ne pas oublier que l'emploi de la douche vaginale doit être rarement prescrit, comme exposant à une trop vive stimulation de l'appareil utérin.

STÉRILITÉ. — La stérilité peut dépendre soit de l'inertie, soit de l'irritabilité de la matrice et de ses annexes, quelquefois aussi de l'abondance des leucorrhées; par suite, son traitement réclame l'emploi de sources différentes, appropriées à la cause qui la produit ou qui l'entretient. C'est donc la con-

avant et en arrière, entre les vaisseaux fémoraux et vers le muscle pectiné : la tumeur aurait donc suivi la gaîne des vaisseaux ; mais l'observation ne mentionne pas à quelle hauteur elle s'est mise en rapport avec le muscle pectiné. Dans la figure qui représente la disposition de cette hernie, voici ce que nous observons : le collet du sac herniaire répond à l'artère et à la veine iliaque externes; il est situé un peu au-dessus de l'origine des artères épigastrique et circonflexe iliaque ; immédiatement au-dessous, la tumeur se renfle et se porte en arrière vers le muscle pectiné; enfin son extrémité inférieure est encore à une certaine distance de l'origine de l'artère fémorale profonde.

D'après cette disposition, nous croyons pouvoir admettre que cette hernie s'est faite tout à fait à la partie supérieure du canal crural; que c'est au niveau de l'anneau crural qu'elle a abandonné son rapport immédiat avec les vaisseaux, puisque le rétrécissement du collet du sac en rapport avec les vaisseaux iliaques externes semble indiquer que c'est en ce point qu'il s'est mis en rapport avec l'aponévrose du muscle pectiné.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES MOYENS A EMPLOYER DANS LES SYNCOPES POST-HÉMORRHAGIQUES ; par M. MICHAUX, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Louvain.

Monsieur,

Dans la *Revue thérapeutique* de la GAZETTE MÉDICALE du 5 février, vous appelez l'attention de vos lecteurs sur les moyens à mettre en usage dans les syncopes prolongées, suite d'hémorrhagie. Précisément le même jour, le 5 dans la matinée, avant d'avoir reçu mon numéro de la GAZETTE, j'avais eu occasion de mettre en œuvre les moyens que vous préconisez. Voici le fait :

OBS. — Un jeune homme de 17 ans portait depuis trois ans un polype fibreux naso-pharyngien. Des hémorrhagies souvent répétées et parfois abondantes, la gêne dans la respiration et la déglutition, et quelques maladies intercurrentes avaient considérablement affaibli notre malade. Il était très-anémique. J'ai d'abord essayé la ligature du polype qui ne m'a pas réussi. Après plusieurs explorations, j'estimais que cette production accidentelle devait être attaquée par l'excision combinée à un arrachement modéré, après avoir préalablement créé une voie à travers le voile mobile et la voûte du palais (procédé de M. Nélaton). Toutes les précautions devaient être prises pour prévenir une perte de sang considérable; l'opération devait donc être faite avec célérité (*citò*); aussi elle fut achevée en trois minutes.

L'excision et l'arrachement du polype furent suivis d'une bémorrhagie foudroyante; un flot de sang sortait de la bouche. Un cautère chauffé à blanc fut éteint sur l'insertion du polype. Lorsque je voulus faire usage d'un second cautère, je m'aperçus que les yeux tournaient dans l'orbite, et que mon opéré s'affaissait. Tous les assistants crurent qu'il mourait. J'introduisis de suite deux doigts dans l'arrière-bouche pour comprimer le point dont le sang sortait. Je reversai la tête en avant, et je couchai le malade sur le ventre, la tête étant dans la déclivité. Cette position devait empêcher le sang de tomber dans les voies aériennes. Des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer furent successivement portées et maintenues avec les doigts sur la source de l'hémorrhagie. En même temps, je fis ouvrir les fenêtres de mon amphithéâtre; je jetai de l'eau fraîche sur la face, tandis que mes aides faisaient respirer de l'ammoniaque et faisaient des frictions avec la teinture de cannelle, de quinquina et même avec l'ammoniaque.

Après avoir employé ces moyens pendant quelques minutes (12 à 15), l'hémorrhagie s'arrêta complétement, et le jeune homme s'éveilla un peu. Je profitai de ce moment pour lui faire avaler trois cuillerées de vin dans lesquelles on avait mis de la teinture de cannelle. Cependant le pouls était à peine perceptible et très-irrégulier, la peau restait froide, les yeux fermés. L'orage était loin d'être passé. Je le fis transporter sur le lit bassiné, qui lui avait été préparé dans un cabinet particulier pour lui continuer les soins. Des cruchons remplis d'eau chaude furent placés autour du malade, des sinapismes promenés sur la surface du corps, la pommade de Gondret appliquée sur la région précordiale, des frictions sur les points non couverts de sinapismes furent les moyens excitants auxquels nous eûmes recours. Je fis prendre 30 gouttes de laudanum dans de la teinture de cannelle, moyen que j'ai vu employer avec beaucoup de succès par mon collègue et ami M. Hubert, dans les métrorrhagies graves.

Malgré tous ces moyens, le jeune homme restait froid, le pouls très-petit, les yeux fermés, et le râle des agonisants commençait. La transfusion fut proposée. J'acceptai immédiatement cette idée. Un infirmier bien portant, sanguin, donna bien volontiers de son sang. Je mis à découvert la veine médiane basilique droite chez mon opéré, dont les veines du pli du bras étaient peu développées. On saigna l'infirmier; le sang fut recueilli dans un vase plongé dans l'eau chaude, et fut pris au moyen d'une petite seringue en verre pour être injecté doucement dans la veine de l'opéré, que j'avais ouverte longitudinalement. Toutes les précautions furent prises pour que l air ne fût pas introduit dans la veine, soit par l'injection, soit pendant les intervalles de l'injection; 4 onces de sang environ furent injectées. Le malade parut un peu mieux après la transfusion, mais le mieux était peu marqué. Enfin, nous fîmes passer trois lavements de 4 à 5 onces de vin ordinaire et d'une once d'alcool. Les excitants à la surface de la peau furent continués. J'introduisis une sonde dans le pharynx pour faire avaler un peu de vin et de la teinture de cannelle. On éveillait souvent le malade pour l'encourager, le ranimer et le mettre en quelque sorte en garde contre la mort. Insensiblement la vie revint, et vers trois heures de relevée, nous avions l'espoir de sauver notre opéré.

L'opération avait été faite vers dix heures du matin. Le mieux continua, une douce réaction s'établit; on donna du bouillon par la bouche et en lavements, etc.

Voilà maintenant quatre jours révolus que l'opération a été faite; aucun autre accident que la syncope n'est survenu.

J'ai été admirablement secondé dans cette circonstance par mon collègue M. Lefebvre, professeur de médecine opératoire, par M. le docteur Van Roechout, chef de clinique, par les élèves internes et d'autres. Sans cette assistance dévouée, je n'aurais pas ressuscité mon opéré. Plus tard je publierai l'histoire du polype et de l'opération.

J'avoue que je n'ai pas pensé au marteau de Mayor, moyen qui m'était cependant très-bien connu : mais l'ammoniaque, les sinapismes, les frictions, l'eau chaude ont rempli la même indication. L'idée de la transfusion et des lavements de vin alcoolisé est venue à peu près en même temps. J'ai commencé par la transfusion, parce que tout se trouvait dans le cabinet pour la faire.

Agréez, etc.

---

naissance de ces causes qui doit surtout guider dans le choix d'une eau minérale. Malheureusement la mode a fait irruption jusque dans le domaine de nos prescriptions médicales. Ainsi, pendant presque tout le dix-huitième siècle, Bourbon-Lancy et Forges en France, Ischia en Italie, Liebenzel, Schwalbach et Spa en Allemagne, possédèrent, sous ce rapport, un véritable monopole; aujourd'hui le vent souffle plutôt du côté d'Ems et des bains de mer. Ce sont là de ces caprices de l'opinion auxquels il faut savoir résister. Bien entendu que, si la stérilité se rattachait à quelque vice de conformation congéoial ou accidentel, à des altérations organiques ou aux progrès de l'âge, aucune eau minérale ne saurait être utilement conseillée.

IMPUISSANCE. — Parmi tant de circonstances qui peuvent produire l'impuissance virile, nous ne désignons ici que celles qui se rattachent au défaut d'érectibilité du pénis. C'est surtout par le fait de jouissances anticipées ou excessives, ou par la masturbation, que l'homme voit ainsi prématurément disparaître les attributs qu'il conserve souvent jusqu'à un âge avancé; les désirs dans ce cas survivent à la faculté de les satisfaire. Il n'existe pas, à vrai dire, d'eaux minérales aphrodisiaques ; cependant Wildbad, Gastein et Pfeffers, que nous avons déjà indiquées contre la paraplégie, sont celles qui m'ont paru influer de la manière la plus directe sur l'appareil reproducteur.

CONSTANTIN JAMES.

(La fin au prochain numéro.)

— On lit dans LE PROGRÈS :

« Si nous sommes bien informé, la commission chargée d'examiner les deux nouvelles questions soumises à la Faculté de médecine par M. le ministre de l'instruction publique, proposera de déclarer :

» 1° Que la chaire de pharmacie doit être conservée, sans aucune modification ;

» 2° Qu'il n'y a pas lieu de créer de nouvelles chaires;

» 3° Qu'il serait bon que des agrégés fussent chargés de faire, dans les hôpitaux, des conférences cliniques sur les maladies mentales, les maladies de la peau, la syphilis, etc. »

— M. le docteur Fonssagrives, deuxième médecin en chef de la marine, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Turin.

— La mort d'un grand nombre de résidents européens ayant jeté le trouble et la consternation dans la ville de Téhéran, le shah de Perse a demandé à son premier médecin, M. Tholozan, ancien professeur au Val-de-Grâce, un rapport sur ce sujet. D'après l'avis de notre confrère, ces morts ne devraient être attribuées à aucune épidémie. Il profite de l'occasion pour solliciter l'introduction de la vaccine en Perse, et le shah ne trouvant pas que cette opération soit contraire aux lois musulmanes, est dans l'intention de donner un grand exemple en faisant vacciner ses propres enfants.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. THE GLASGOW MÉDICAL JOURNAL.

Les livraisons d'avril, juillet et octobre 1857 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Anatomie chirurgicale de l'artère brachiale*; par M. Buchanan. 2° *Déplacement d'un testicule*; par M. Morton. 3° *Climat de Scutari*; par M. Aitken. 4° *Tumeur encéphaloïde du thorax*; par M. Robert. 5° *Fistule vésico-vaginale guérie par le procédé de Bozeman*; par M. Wallace. 6° *Action caustique du sulfate de zinc*; par M. Watson. 7° *De l'adaptation de l'œil aux distances*; par M. Thompson. 8° *Notice bibliographique sur Thomas Thompson*. 9° *Hypertrophie du sein*; par M. Lawrie. 10° *Historique de la guerre de Crimée*; par M. Aitken. 11° *Observations de pneumonie*; par M. J. Bell. 12° *Cas de catalepsie*; par M. Buchanan. 13° *Traitement de la gonorrhée compliquée*; par M. Milton. 14° *Opération d'iléus*; par M. Anderson. 15° *Origine de la malaria*; par M. Pash. 16° *Jurisprudence et police médicale*; par M. Cowan. 17° *Emploi de l'émétique dans l'épilepsie*; par M. J. Bell.

DU CLIMAT DE SCUTARI ET DE LA CRIMÉE ; NATURE DES MALADIES DES TROUPES ALLIÉES PENDANT LA GUERRE DE RUSSIE (1853-54-55); par M. WILLIAM AITKEN, M. D.

Le travail du docteur Aitken doit être signalé à nos confrères de la médecine militaire. Il leur sera intéressant de comparer les vues et les appréciations des médecins de l'armée anglaise avec celles qu'ils ont eux-mêmes rapportées d'Orient.

Le docteur Aitken attribue les pertes immenses de l'armée anglaise, pendant les sept premiers mois de son séjour en Crimée, à deux causes principales :

1° L'influence fatale du séjour des troupes en Bulgarie, comme circonstances prédisposantes;

2° L'incurie du commandement pour le bien-être du soldat.

Il insiste sur cette dernière avec une vigueur qui montre que la position du fonctionnaire est parfaitement compatible en Angleterre avec l'indépendance des opinions et les droits de la publicité.

C'est, d'ailleurs, uniquement pour lui une question de prophylaxie; voilà comment il la traite.

Chaque médecin admet sans conteste qu'il vaut mieux prévenir la maladie que d'avoir à la guérir; mais tant que la position de l'élément médical de l'armée ne sera pas relevée, les médecins resteront aussi dépourvus qu'ils le sont aujourd'hui des moyens de *prévenir* les maladies en en détournant les causes. On dirait que la position du médecin dans l'armée n'est qu'une *tolérance*. Il est souffert par l'élément militaire parce qu'il lui est quelquefois nécessaire ; mais l'importance du rôle que le médecin devrait exercer par rapport à l'état sanitaire de l'armée est en grande partie ignorée ou méconnue.

Un tel état de choses, au dix-neuvième siècle, est, pour ne pas dire plus, un déshonneur pour la nation, et présente un contraste très-défavorable avec le soin que les anciens prenaient de la santé de leurs armées.

Xénophon, au livre Ier de la CYROPÉDIE, rapporte le dialogue suivant entre Cambyse et Cyrus :

CYRUS : J'ai appris, j'ai vu que les États jaloux de la santé de leurs troupes instruisent des médecins et que les généraux en prennent avec eux pour avoir soin du soldat ; aussi dès que le commandement de cette expédition me fut confié, j'ai porté mon attention sur cet objet, et j'espère avoir avec moi des médecins très-instruits.

CAMBYSE : Mon fils, ces médecins dont tu parles sont semblables à ceux qui réparent les vêtements déchirés : ils soignent les hommes qui sont devenus malades. Ton soin principal doit être de maintenir la santé ; tu dois empêcher les maladies de se répandre dans ton armée.

CYRUS : Et comment y parvenir?

CAMBYSE : Lorsque tu devras séjourner dans un lieu, ton premier soin doit être de choisir pour ton camp une localité salubre ; car l'aspect des troupes parle toujours des lieux salubres ou insalubres, leurs corps et leurs visages en conservent l'empreinte.

Que n'aurait pu dire le visage d'un soldat anglais qui a campé en Bulgarie?

Ainsi, non-seulement des médecins habiles accompagnaient les armées dans ces temps anciens, mais ils avaient sur les chefs militaires une influence qui leur permettait de les guider dans le choix d'un lieu de campement, et nous croyons que chacun admettra que l'élément médical devrait avoir, dans le choix de l'assiette des camps et dans l'organisation des armées, une influence et une autorité plus grande que celle qu'on lui a accordée jusqu'à présent.

Dans la dernière guerre, par exemple, le médecin en chef de l'armée aurait dû avoir son siége au conseil de guerre, et une voix dans les discussions de cette assemblée, dans toutes les questions qui intéressaient l'état sanitaire de l'armée.

Le docteur Aitken demande en même temps que l'instruction professionnelle des médecins d'armée soit élevée à la hauteur du rôle qu'ils devraient remplir, des services qu'ils seraient appelés à rendre.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE GUÉRIE PAR LE PROCÉDÉ DE BOZEMAN; par M. WALLACE.

L'auteur relate l'observation intéressante d'une fistule vésico-vaginale, qui avait résisté à plusieurs moyens, et pour laquelle il mit en usage le procédé de Bozeman. Au bout d'une semaine, la cure fut complète. M. Wallace loue beaucoup la facilité d'exécution de ce nouveau mode opératoire.

HYPERTROPHIE DU SEIN; par M. LAWRIE.

OBS. — Une jeune fille de 13 ans, non menstruée, avait le sein gauche très-volumineux, de la grosseur d'une tête d'enfant environ ; cette hypertrophie résista au traitement iodé, etc. La surface étant couverte de veines très-développées, un chirurgien consultant crut à un cancer. L'ablation complète de la glande fut pratiquée; elle fut suivie d'une cicatrisation rapide, et peu de temps après, de l'apparition des règles.

SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE; par M. JOSEPH BELL, M. D.

Cet article est une des pièces importantes apportées à la discussion soulevée à Edimbourg par le professeur Bennett. Le médecin de Glascow combat avec un talent fort remarquable les cinq célèbres propositions du professeur de clinique; il peut être utile de les consigner ici.

1° Il y a peu de fond à faire sur l'expérience de ceux qui, comme Cullen et Grégory, ignoraient la nature de l'inflammation interne et les moyens de la découvrir.

2° L'inflammation est aujourd'hui ce qu'elle a toujours été ; l'analogie qu'on cherche à établir entre elle et les types variables des fièvres est fallacieuse.

3° Les principes sur lesquels la saignée et le traitement antiphlogistique ont été jusqu'ici pratiqués, sont opposés à une saine doctrine pathologique.

4° L'inflammation une fois établie ne peut être jugulée; l'unique but d'une judicieuse pratique doit être de la conduire à une favorable terminaison.

5° Toute connaissance positive de l'expérience du passé, aussi bien que les observations plus exactes de l'époque actuelle, établissent les principes ci-dessus énoncés comme des guides pour l'avenir.

ILÉUS AVEC OPÉRATION; par M. ANDERSON.

OBS. — Un homme de 32 ans, habituellement constipé, fut pris le 20 mai 1856 de vomissements, de tympanisation, etc. On ne put amener des selles, ni avec les purgatifs ordinaires, ni avec les lavements de tabac, ni avec l'huile de croton, ni avec le mercure coulant. Des topiques furent administrés sans succès; des injections répétées avec des sondes de gutta-percha ne donnèrent que peu de résultat.

Vingt-sept jours après le début de l'obstruction, M. Anderson fit l'ouverture de l'S iliaque du colon pour créer un anus artificiel.

Le malade survécut vingt-trois jours à cette opération ; il semblait même en voie de guérison, quand il fut emporté par une péritonite suraiguë.

A l'autopsie, on trouva une tumeur colloïde qui comprimait l'S iliaque.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE; par M. P. JOSEPH BELL, M. D.

Le docteur Bell a été conduit à cette médication par les considérations suivantes :

1° La grande valeur de l'émétique contre le délire des fièvres.

2° Ses résultats favorables dans le *delirium tremens*.

3° Son action sédative dans les inflammations aiguës des viscères.

4° Son influence pour prévenir les congestions cérébrales.

5° Depuis Aretée jusqu'à de Haen, depuis ce dernier jusqu'à nos

jours, on a signalé l'efficacité des émétiques et des substances nauséeuses dans le traitement de l'épilepsie.

6° M. Craighton, médecin des Enfants-trouvés de Dublin, a publié un mémoire sur le traitement de l'épilepsie par des frictions avec le tartre stibié. Dans 6 cas, heureusement influencés par ce moyen, le tartre stibié a produit des effets contre-stimulants.

7° M. Akerley (de Liverpool) a publié, dans le 21e volume du LONDON MEDICAL GAZETTE, un excellent travail dans lequel il établit les heureux effets de ce médicament dans les affections spasmodiques, telles que l'hystérie et l'épilepsie.

8° Enfin les médecins aliénistes sont unanimes à louer le pouvoir des antimoniaux pour calmer les paroxysmes de la manie.

Le docteur Bell, ayant essayé l'effet du tartre stibié sur quatre épileptiques, croit pouvoir annoncer que ce médicament diminue la fréquence et l'intensité des accès.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section d'Anatomie et de Zoologie en remplacement de feu M. Muller.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 50,

M. Carus obtient. . . . . 49 suffrages.
M. Rathke. . . . . 1 —

M. Carus, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

— M. LEBICHE adresse de Lyon un mémoire sur un appareil qu'il désigne sous le nom de *chalumeau pyrolique*, et qu'il destine à remplacer dans les cautérisations le fer rougi au feu.

Un de ces instruments, transmis par M. Charrière, est mis sous les yeux de l'Académie.

— M. LOISEAU soumet au jugement de l'Académie la description et la figure d'un instrument qu'il suppose propre à rendre plus facile et plus prompte l'opération de la *trachéotomie*.

Ces deux instruments sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).

— M. MATTEI présente une Note intitulée : LES SYMPTÔMES DE LA PONTE ANNUELLE DES OVAIRES CHEZ LA FEMME. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Coste.)

— M. HAUSSMANN, préfet de la Seine, présente, par l'intermédiaire de M. Flourens, deux Mémoires *sur les eaux de Paris*, Mémoires publiés par lui, l'un en 1854, l'autre en 1858.

Dans la lettre qui accompagne l'envoi de ces deux volumes, M. le préfet rappelle que c'est sur le désir exprimé par M. le secrétaire perpétuel qu'il s'est empressé de les adresser à l'Académie.

M. le Président charge le bureau de transmettre les remercîments de l'Académie à M. le préfet pour un travail si important et qui se rattache par tant de côtés aux sciences dont elle s'occupe.

— M. FLOURENS présente au nom de M. Van Beneden un exemplaire d'un discours prononcé à la séance publique de l'Académie royale de Belgique, le 15 décembre dernier, et y signale le passage suivant, auquel donne un intérêt tout particulier la discussion récente sur les générations spontanées.

« Dans certains organismes inférieurs, les parasites par exemple, les œufs, » dit M. Van Beneden, résistent non-seulement à la dessiccation la plus complète pendant des mois entiers ou même des années; mais après avoir servi » de préparations anatomiques dans l'alcool le plus concentré ou même l'acide » chromique, ils reviennent à la vie aussitôt qu'on les replace dans les conditions ordinaires, et les différentes phases de la vie embryonnaire se déroulent dans toute leur ampleur comme s'ils n'avaient pas quitté leur séjour naturel. On comprend dès lors la difficulté de bien conduire une expérience qui a pour but d'éliminer tout germe organique. L'air est souvent » chargé de formes microscopiques animales ou végétales dont les œufs et les » spores, sinon les organismes entiers, envahissent comme une poussière » fine et impalpable nos plus délicats instruments. »

— M. JOBARD présente une Note ayant pour titre : DE LA VITALITÉ DES GERMES.

L'auteur dans cette Note n'a pas eu pour but de jeter du jour sur la question débattue en y apportant des faits nouveaux, mais de dégager des résultats acquis à la science certaines conséquences que les expérimentateurs n'avaient pas su ou n'avaient pas voulu en déduire. Ainsi, remarquant que la résistance des germes à la destruction semble augmenter proportionnellement à leur ténuité, il ne voit pas d'invraisemblance à supposer que ce genre de rapports se continue beaucoup au delà de ce que l'observation a démontré. De telle sorte que, quelque puissants que fussent les moyens de destruction employés par un expérimentateur, il y aurait toujours possibilité de supposer une classe de germes offrant un degré supérieur de résistance.

NOTE RELATIVE AUX GÉNÉRATIONS SPONTANÉES DES VÉGÉTAUX ET DES ANIMAUX ; par M. GAULTIER DE CLAUBRY.

La discussion soulevée au sein de l'Académie par la communication de M. Pouchet sur les générations spontanées a donné lieu, de la part de plusieurs de ses membres, à des observations qui me semblent de nature, malgré les réponses de M. Pouchet et les documents extraits d'un ouvrage de M. Montegazza, à démontrer que rien ne permet de donner rang dans la science aux phénomènes que ces deux savants ont considérés comme démontrés.

L'Académie voudra bien, je l'espère, me permettre d'apporter à l'appui de ceux qu'ont signalés MM. Milne-Edwards, Payen, de Quatrefages, Cl. Bernard et Dumas, quelques faits qui démontreront les causes d'erreur que présentent les faits sur lesquels se fondent MM. Pouchet et Montegazza pour admettre des générations spontanées.

Qu'on introduise du blé charançonné dans un vase au travers duquel on fait passer, pendant très-longtemps, un courant d'air échauffé de 120 à 130 degrés, en traversant un tube rempli de fragments de porcelaine, par exemple, dans le but de multiplier les surfaces; on trouvera, après un certain temps, les charançons morts. Mais si l'on fait arriver ensuite dans l'appareil une portion du même air humide, à la température de l'atmosphère, plus ou moins rapidement des charançons se montreront au sein du blé.

Je ne pense pas que MM. Pouchet et Montegazza veuillent voir là une génération spontanée. Les œufs déposés dans l'intérieur des grains que n'avait pas détruits la température à laquelle on avait opéré sont éclos, de même que peuvent éclore ceux d'animaux d'un autre ordre.

M. Pouchet se croit très-assuré que toutes les parties du foin sur lequel il a opéré étaient bien parvenues à la température de 100 degrés; mais, outre qu'il est loin de l'avoir démontré, il n'a pas démontré davantage qu'aucun germe n'a pu échapper à l'action de la chaleur.

De nombreuses expériences m'ont prouvé que les grains de blé, dans celles que je rapporte, n'y parviennent que très-difficilement, même après longtemps, et dans des conditions bien autrement favorables que l'échauffement dans une étuve du foin, que rien ne préservait d'ailleurs du contact de l'atmosphère.

Rien ne démontre donc que le foin employé par M. Pouchet ne renfermait aucun germe des animaux dont il a constaté le développement.

En est-il autrement des expériences de M. Montegazza? Il me semble qu'elles laissent la même prise à la critique.

En effet, si nous voyons ici l'emploi de l'eau formée artificiellement, nous trouvons qu'on y a fait bouillir des feuilles de laitue. Dans une autre expérience, l'auteur a mis en contact avec de l'eau distillée un morceau de courge. Quelle preuve pourrait-il donner que cette eau, l'air avec lequel ce liquide se trouvait en contact, le fragment de fruit ne pouvaient apporter même un seul germe des animaux dont il a observé le développement?

On sait que l'eau qui coule à la surface de la terre, comme celle qui provient de ses profondeurs, abandonnée à elle-même dans des vases clos, présente plus ou moins rapidement des végétaux ou des animaux.

J'ai fait passer dans un appareil tout en métal, afin d'éviter même l'emploi du liége, rempli de fragments du même métal, afin qu'aucune partie de celle qui le traversait ne restât au-dessous de la température rouge très-vive du tube, de la vapeur d'eau qui a été condensée dans des flacons contenant de l'air qui avait été porté à la même température.

Ces flacons, remplis entièrement ou partiellement d'eau, ont été conservés, soit dans l'obscurité, soit sous l'influence de la lumière, à des températures variant de 10 à 25 degrés, sans que jamais il s'y soit développé ni animaux, ni végétaux microscopiques ou autres.

Si des flacons débouchés étaient abandonnés à l'air, après un temps variable, on y observait le développement de corps organisés rendu beaucoup plus rapide et sensible en y faisant passer, au moyen d'un appareil aspirateur, de grandes quantités d'air atmosphérique pris dans diverses conditions.

M. Pouchet « est effrayé du nombre d'œufs et de spores dont il faudrait » encombrer l'air pour qu'il suffise à l'universelle dissémination qu'on lui » prête et que l'expérience récuse de toutes parts. » Le transport par les » vents de graines ailées et de pollen est chose trop bien vérifiée pour être mise en doute.

En 1843, je communiquais à l'Académie une curieuse observation que venait de faire, à ce sujet, le célèbre astronome Plana.

Abstraction faite de ces substances et des poussières visibles que le vent transporte dans une foule de circonstances, que sont ces myriades de corpuscules qu'un rayon de lumière fait apercevoir dans une chambre plus ou moins obscure? MM. Pouchet et Montegazza pourraient-ils affirmer qu'elles ne renferment ni germes, ni sporules?

Jusqu'au moment où l'on démontrerait qu'un seul d'entre eux n'a pu se trouver au contact des substances au sein desquelles on voit se développer des végétaux ou des animaux, les faits du genre de ceux que MM. Pouchet et Montegazza apportent en faveur de leur opinion, sont absolument impropres à la faire admettre.

Il importe, en terminant, de faire remarquer que les prétendues générations spontanées se rapportent toujours à des végétaux ou à des animaux

dont les spores ou les œufs sont d'une petitesse telle, qu'ils échappent à la vue et qu'ils peuvent facilement se soustraire à un examen, même très-attentif, et se conserver dans des conditions en apparence de nature à les détruire.

Si les substances organisées, employées dans les expériences, donnaient réellement naissance à des animaux ou à des végétaux vivants, il faudrait donc admettre que leurs éléments sont susceptibles non-seulement de se grouper, mais de s'organiser, la température de l'eau, au sein de laquelle ces substances s'étaient trouvées placées, ayant modifié leurs principes immédiats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux-publics transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Aube, de la Charente et de l'Ariége ;

2° Deux rapports relatifs à une épidémie de fièvre typhoïde, par MM. les docteurs Fonquet (de Vannes), et Maurin (de Crest) (Commission des épidémies).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. le docteur Dugas (de Marseille), qui sollicite le titre de membre correspondant ;

2° Une réclamation de M. le docteur Petit (de Maurienne), à propos de quelques erreurs qui se seraient glissées dans le rapport de M. Londe sur son travail intitulé : DE LA VENTILATION (Renvoyé à M. Londe) ;

3° Une note sur le titrage de l'opium, par M. Berthé, pharmacien (Comm. : M. Boudet) ;

4° Un travail intitulé : OBSERVATIONS MÉDICALES RELATIVES A L'EMPLOI DE L'EAU SALÉE DE LA RIVIÈRE DE SALZ, A RENNES-LES-BAINS, par M. le docteur Cazaintre, médecin inspecteur (Comm. des eaux minérales) ;

5° Une note relative à la prétendue influence de la vaccination sur la production de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Marquez (de Colmar) (Comm. de vaccine) ;

6° Un mémoire de M. Eug. Marchand, pharmacien à Fécamp, ayant pour titre : RECHERCHES SUR LA PRODUCTION ET LA CONSTITUTION CHIMIQUE DU LAIT SÉCRÉTÉ PAR LES VACHES NORMANDES PURES ET PAR LES VACHES NORMANDES CROISÉES DE DURHAM (Comm. : MM. Boullay, Poggiale, Boudet) ;

7° Une observation d'hydrosarcocèle à double sac, interne et externe, par M. le docteur Peixoto (à Rio-Janeiro) (Commissaires : MM. Grisolle, Jobert, Larrey) ;

8° Un pli cacheté déposé par M. Baudrimont (Accepté).

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie le décès de M. Renauldin, membre de la section d'hygiène et de médecine légale. Une députation de l'Académie a assisté aux obsèques.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Gibert.

La parole est à M. Baillarger.

DISCUSSION SUR LE NERVOSISME.

M. BAILLARGER : Je viens présenter à l'Académie quelques courtes observations sur le travail de M. Bouchut, mais surtout répondre en partie à un désir exprimé dans la dernière séance par M. Bouillaud.

M. Bouillaud a semblé regretter que l'objet du travail de M. Bouchut, c'est-à-dire le nervosisme, n'ait pas été plus exactement défini dans le rapport. Qu'est-ce au juste que le nervosisme ? Quels sont ses caractères pathognomoniques ? Comment peut-on le distinguer des maladies avec lesquelles il aurait été jusqu'à présent confondu ? Telles sont les questions dont M. Bouillaud aurait désiré trouver la solution dans le rapport.

M. Gibert, il est vrai, a bien dit que le nervosisme correspond à l'état décrit par M. Gillebert-d'Hercourt, sous la dénomination de *surexcitation nerveuse*, et que sous sa forme la plus commune il se rapproche de « ce que les médecins qui nous ont précédés désignaient habituellement sous les noms de mélancolie et d'hypocondrie ; » mais cela n'a pas paru suffisant.

Il ne m'appartient pas de devancer la réponse de M. Gibert aux objections qui lui ont été adressées, mais je crois devoir établir dès ce moment une distinction qui pourra peut-être aider à la discussion. M. Bouchut a décrit deux formes de nervosisme : le nervosisme aigu et le nervosisme chronique. Or, si le nervosisme aigu est une maladie nouvelle à peine entrevue jusqu'ici, il n'en est pas de même du nervosisme chronique. Celui-ci, comme l'indique M. Bouchut, a été déjà décrit sous les dénominations très-différentes de vapeurs, d'hystéricisme, d'état nerveux, de névropathie protéiforme, de névropathie générale, de surexcitation nerveuse, de cachexie nerveuse, etc.

Comme on le voit, ce ne sont ni les dénominations, ni les descriptions qui ont manqué.

Il y a donc ici deux états à examiner :

L'un, qui est décrit pour la première fois, c'est le nervosisme aigu ; l'autre, depuis assez longtemps connu, c'est le nervosisme chronique.

Or je crois que l'objection faite à M. Gibert subsiste quant au nervosisme aigu. C'est, comme je viens de le dire, un état nouveau qui n'est décrit que dans le travail de M. Bouchut, et il serait à désirer, pour compléter le rapport, que M. Gibert pût nettement spécifier en quoi il consiste.

Quant au nervosisme chronique, le rapporteur pouvait assurément, comme il l'a fait, se borner à renvoyer aux descriptions déjà données par plusieurs auteurs.

En attendant que M. Gibert vienne compléter son travail pour ce qui a trait au nervosisme aigu, je vais m'occuper du nervosisme chronique. Je ne sais si je parviendrai sur ce point à satisfaire M. Bouillaud, j'ai même quelques raisons d'en douter : mais très-certainement M. Bouillaud me tiendra compte de ma bonne volonté et des efforts que j'aurai faits.

Je dois dire d'abord que si l'on en croit les auteurs, le nervosisme chronique est une maladie très-commune. Sandras va même jusqu'à admettre « qu'il est peu de personnes qui n'en soient accidentellement affectées, et que presque toute l'espèce humaine y est sujette, au moins dans certains moments de la vie. »

Ainsi, ce ne sont pas les faits qui manquent ; et si le nervosisme n'est pas bien connu, ce ne saurait être faute d'occasions de l'observer.

Voilà quant à sa fréquence.

Maintenant quels sont ses caractères ? Ici commencent, dès le début, de graudes difficultés.

Les maladies, on le sait, peuvent offrir des phénomènes très-variés ; mais ces phénomènes se relient tous autour de quelques symptômes principaux et, comme on le dit, pathognomoniques ; ou bien, quand les manifestations sont très-variées et affectent des siéges différents, ainsi que cela a lieu dans la goutte et la syphilis, ils se trouvent réunis à l'aide d'une cause commune ; quelquefois encore, un certain ordre de succession, toujours le même, pourrait être un guide suffisant.

Or tous ces moyens de caractériser une maladie manquent dans le nervosisme chronique.

Il n'y a ni symptômes pathognomoniques, ni une cause connue pour relier les phénomènes entre eux, ni un ordre de succession puisse servir de guide.

Voyons d'abord pour les symptômes.

M. Cerise, qui l'un des premiers a signalé le nervosisme comme une maladie distincte de l'hystérie et de l'hypocondrie, déclare que cette névrose n'est caractérisée par aucun symptôme dominant, et qu'on y voit se succéder les phénomènes les plus divers et les plus opposés.

Ce qui caractérise cet état, c'est, d'après l'auteur que je viens de citer, la généralité et l'infinie variété de ses symptômes. De là la dénomination *névropathie protéiforme* créée par M. Cerise.

M. Bouchut reconnaît, comme M. Cerise, qu'il n'existe au milieu de cette variété infinie de symptômes aucun phénomène prédominant qui puisse servir à caractériser la maladie. Non-seulement il admet que le tableau du nervosisme est extrêmement variable, mais il va jusqu'à déclarer qu'il n'y a pas deux malades qui se ressemblent, et il ajoute que chaque malade constitue presque une variété dans son espèce.

La définition du nervosisme donnée par M. Bouchut reflète, par sa généralité, l'opinion que je viens de rappeler. Voici cette définition :

« Le nervosisme est une névrose générale, continue ou rémittente, quelquefois accompagnée de fièvre, caractérisée par un grand nombre de troubles nerveux, mobiles et variables, de la sensibilité de l'intelligence du mouvement et des principales fonctions organiques. »

Ainsi donc, pour le premier point, il est bien établi que l'état nerveux ou le nervosisme ne peut être caractérisé par un ou plusieurs symptômes dominants.

On réunit dans cette dénomination les phénomènes les plus variées, qui, combinés de mille manières, constituent presque autant de formes qu'il y a de malades.

Ces manifestations pathologiques, quelque variées qu'elles soient, pourraient, comme je l'ai dit, être reliées entre elles par une même cause. Mais il n'existe rien de semblable.

L'étiologie du nervosisme, c'est l'étiologie générale des maladies nerveuses ; ce sont les mêmes causes qui donnent lieu à l'hystérie, à l'hypocondrie, à la mélancolie, etc. J'avais pensé d'abord que l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, étaient, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de cet état ; mais M. Bouchut regarde le plus souvent l'altération du sang comme une conséquence du nervosisme. « Chez quelques malades, dit-il, l'anémie est réellement antérieure au développement des accidents nerveux ; mais, dans le plus grand nombre des cas, l'altération du sang est secondaire et ajoute son influence à celle des causes physiques et morales de la maladie. » Quant à l'ordre dans lequel les symptômes se succèdent, il n'y a absolument rien de fixe et de déterminé.

Je ne parle pas du siége du nervosisme, les phénomènes qui le caractérisent étant essentiellement mobiles et pouvant se présenter successivement ou simultanément dans des points très-différents.

Voici donc une névrose dont le siége est très-variable, qui n'offre aucun symptôme prédominant, dont les phénomènes, dans leur variété, ne sont pas reliés par une cause commune et ne se succèdent point dans un ordre déterminé.

On peut dès lors se demander s'il y a lieu d'admettre tous ces faits sous

une même dénomination et d'en former une maladie spéciale.

Cherchons donc les raisons qui ont décidé certains auteurs à réunir des symptômes si disparates.

Ces raisons, les voici :

L'hystérie et l'hypocondrie sont assurément des maladies très-différentes, mais personne ne nie cependant qu'elles n'aient dans un très-grand nombre de cas beaucoup de symptômes semblables; or ces symptômes sont précisément, dit-on, ceux qui constituent le nervosisme.

Après avoir établi que la névropathie protéiforme constitue en quelque sorte le caractère commun de l'hystérie et de l'hypocondrie, M. Cerise ajoute :

« C'est sans doute parce qu'il a été préoccupé de ce caractère commun aux deux affections, plutôt que des caractères propres à chacune d'elles, que Sydenham les a regardées comme une seule et même maladie, et que la plupart des auteurs les ont si mal définies, si diversement décrites et si confusément appréciées. »

Ainsi, en faisant une névrose spéciale des symptômes communs à l'hystérie et à l'hypocondrie, on a pour but de rendre la description de ces maladies plus facile, de les circonscrire plus nettement, et de faire disparaître une cause d'erreur et de confusion.

La seconde raison qu'on donne, c'est que l'hystérie et l'hypocondrie existent assez souvent sans cet ensemble de symptômes variables qu'on propose de réunir sous une dénomination spéciale, et que, d'autre part, cet ensemble de symptômes se rencontre dans beaucoup de cas isolés de l'hystérie et de l'hypocondrie.

Il y aurait donc, comme on le voit, trois ordres de faits : d'abord l'hystérie et l'hypocondrie à l'état de simplicité; puis l'hystérie et l'hypocondrie associées à l'état nerveux; enfin, l'état nerveux sans hystérie ni hypocondrie.

Sans doute il peut paraître étrange de constituer une maladie dont le caractère principal, est, comme on le dit, l'infinie variété de ses symptômes; mais un fond il suffit de s'entendre.

Cette réunion ne se fait pas par suite d'une théorie spéciale qui pourrait conduire à des indications erronées. Sous ce rapport, la dénomination de la maladie n'est pas indifférente, et celle de *névropathie protéiforme*, employée par M. Cerise, me semble devoir être préférée.

Il me reste à dire quelques mots des signes différentiels qui séparent le névrosisme de l'hystérie et de l'hypocondrie.

Pour ce qui a trait à l'hystérie, la chose est des plus simples, et je ne puis mieux faire ici que de citer encore le remarquable travail de M. Cerise, couronné il y a près de vingt ans par l'Académie.

« Nous distinguons dans l'hystérie, dit M. Cerise, deux ordres de phénomènes qu'il importe de ne pas confondre. Nous y distinguons, d'une part, l'ensemble des symptômes variables qui correspond à la névropathie protéiforme, et de l'autre, les accès spasmodiques ou convulsifs qui seuls constituent le caractère différentiel de l'hystérie. Faites abstraction des accès, et cette névrose se confondra souvent avec la névropathie protéiforme ou avec une des formes de la surexcitation ganglionnaire. C'est à la *forme déterminée des accès* que vous reconnaîtrez dans l'hystérie une maladie distincte, nonseulement des affections nerveuses non spasmodiques, mais encore des autres affections qui éclatent comme elle par des paroxysmes spasmodiques ou convulsifs. »

La distinction du nervosisme avec l'hypochondrie est plus difficile. Sans doute la préoccupation constante sur des souffrances réelles ou imaginaires, est le caractère principal de la nosomanie; mais alors même que cette préoccupation ferait défaut, ne suffirait-il pas d'une ou plusieurs conceptions délirantes relatives à la santé pour la constituer?

Une jeune dame se figure que sa digestion se fait avec une lenteur extrême; si on l'en croit, ces n'est qu'après vingt-quatre ou trente-six heures ou même plus, que l'estomac se débarrasse des aliments ingérés. Par suite de cette idée, la malade se nourrit très-peu, et prend ses repas de la manière la plus irrégulière.

Cependant elle n'a pas la crainte de mourir, elle ne recherche ni les médecins ni les remèdes, elle n'est pas autrement préoccupée de sa santé. Peu à peu la maigreur survient, et la malade finit par tomber dans un marasme complet. C'est alors seulement que, séparée de sa famille, on parvient, en l'intimidant, à lui faire prendre régulièrement une quantité suffisante d'aliments. Après quelques mois, les forces et l'embonpoint reviennent, et la guérison est obtenue.

Quel nom donner à cette maladie, dont le point de départ et le caractère principal étaient une conception délirante relative à la santé? Si l'on admet, comme je crois devoir le faire, que les cas de ce genre sont une des formes de la nosomanie, il deviendra quelquefois très-difficile de distinguer le nervosisme et l'hypocondrie.

Un des symptômes les plus fréquents de l'état nerveux, c'est, dit-on, une faiblesse excessive. Les malades peuvent à peine se soutenir sur leurs jambes, et beaucoup restent constamment couchés. Cependant, sous l'influence d'un désir, d'une émotion, il arrive que tout à coup ces malades recouvrent leurs forces pendant quelques heures et même pendant plusieurs jours.

« J'en ai vu, dit M. Bouchut, quitter la chaise longue pour aller au bal, danser toute la nuit, dépenser une force musculaire incroyable, et revenir anéanties reprendre la position horizontale au milieu des douleurs les plus vives. »

M. Bouchut cite entre autres l'observation empruntée à M. Fleury, d'une dame qui, quoique réduite à une extrême faiblesse, quittant à peine son lit, put gravir le Vésuve et parvint au sommet plus vite que ses compagnons d'ascension.

J'avoue que ces malades qui, à un moment donné, trouvent à leur disposition des forces si considérables, ressemblent beaucoup aux hypocondriaques. N'y a-t-il pas là, en effet, une erreur d'imagination qui constitue une véritable conception délirante?

Cette conception délirante étant relative à la santé, ne rentre-t-elle pas dans la forme de nosomanie dont je viens de citer plus haut un exemple?

J'ai essayé, messieurs, d'indiquer aussi clairement qu'il m'a été possible ce qui a été décrit sous les dénominations d'état nerveux, de névropathie protéiforme et de nervosisme, et les raisons qui ont porté quelques auteurs à séparer cette affection de l'hystérie et de l'ypocondrie. Je suis loin, sans doute, d'avoir atteint le but que je m'étais proposé; mais s'il faut s'en prendre à mon insuffisance, il sera juste aussi, je crois, de faire la part du sujet.

M. Beau, inscrit après M. Baillarger, ayant demandé à prendre la parole mardi prochain seulement, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PLIQUE POLONAISE.

M. le docteur Raciborski donne lecture d'on mémoire intitulé : Quelques considérations sur la plique et sur une nouvelle variété d'hypocondrie que l'on pourrait désigner sous le nom d'hypocondrie trichomatique.

D'après l'opinion la plus accréditée en Pologne, dit l'auteur, la *plique* ou le *trichoma* consisterait dans une espèce de crise, qui est considérée comme la terminaison la plus heureuse d'une diathèse spéciale, capable d'occasionner de graves désordres, tenant tantôt à des affections rhumatismales, tantôt à des névralgies ou des névroses, tantôt enfin à des phlegmasies. Dès qu'on peut supposer l'existence de cette diathèse dans l'économie, on doit chercher a favoriser le feutrage des cheveux. Malheur à celui qui, s'étant aperçu du commencement de ce travail critique, s'aviserait de tenter imprudemment de démêler les mèches pliquées ou de les couper avant le temps nécessaire pour l'achèvement de la crise!

A l'instant il se verrait assailli par une foule de maux dont la nature se préparait ainsi à éliminer le germe.

Cette doctrine, née dans les masses, a été soutenue pendant longtemps par la généralité des médecins polonais et de leurs voisins, les Allemands, autant par conviction que pour masquer soit leur ignorance à diagnostiquer, soit leur impuissance à guérir diverses maladies chroniques, qu'ils n'étaient pas fâchés de pouvoir rapporter à une diathèse pliquense méconnue ou mal soignée; ils expliquaient ainsi d'une façon très-naturelle l'opiniâtreté de ces maladies.

D'autres médecins ne croient pas à la diathèse pliqueuse, mais continuent de regarder la plique comme une manifestation critique favorisée par le concours de certaines influences endémiques et pouvant se produire dans de cours de différentes maladies.

D'autres, enfin, attribuent la plique à la malpropreté et à la superstition; pour eux, la plique ne mérite pas l'attention des médecins, et son traitement doit être abandonné, comme le disait Desgenettes, aux perruquiers.

Un fait reconnu par tous les observateurs qui ont écrit sur la plique est que le défaut de soins les plus vulgaires suffit pour amener le feutrage des cheveux; ce défaut se trouve même parmi les personnes appartenant aux classes les plus élevées de la société, par suite du préjugé qui fait considérer la plique comme étant la manifestation d'une crise heureuse et d'un favorable augure pour l'avenir de la santé des pliqueux.

M. Raciborski présente ensuite une masse énorme de cheveux ayant appartenu à un ecclésiastique polonais, et ne constituant que la moitié extérieure de la plique. Le malade a travaillé pendant sept ans à atteindre ce résultat, aidant de toutes ses forces à la production du feutrage de ses cheveux et allant même, pour atteindre ce but, jusqu'à faire couler dans ses cheveux une certaine quantité de cire fondue. Il pensait ainsi favoriser les efforts de la nature, cherchant à se débarrasser de cette manière du virus pliqueux.

M. Raciborski a reconnu, par l'examen et l'observation du malade, que celui-ci était atteint d'une véritable hypocondrie. Sous l'influence de cette aberration intellectuelle, le malade se croyait la proie d'une foule de virus morbides, dont la crise pliqueuse devait favoriser l'expulsion définitive.

Se livrant ensuite à des considérations étendues sur les diverses variétés d'hypocondrie, M. Raciborski cherche à établir l'existence d'une hypocondrie qu'il appelle *trichomatique*, et qui est caractérisée par le penchant des malades à se croire atteints de diathèse pliqueuse.

L'auteur parle ensuite des recherches microscopiques auxquelles il s'est livré avec M. Robin sur l'altération des cheveux qui accompagne la plique. Le microscope permet d'y reconnaître une quantité de cellules épithéliales et une forte proportion d'éléments d'un champignon semblable à celui de la teigne (*achorion Schoenleini*).

Dans toute la masse pliqueuse, on trouve une poussière de grains irréguliers d'un brun grisâtre; ils se détachent facilement de la masse, et ont offert la composition suivante : 1° beaucoup de graisse tenant empâtés un grand nombre de cellules épithéliales; 2° beaucoup de champignons semblables à ceux de la levûre de bière; 3° de rares filaments cylindriques, se dissolvant facilement dans le chloroforme comme la graisse et possédant la même teinte jaunâtre et le même pouvoir réfringent. Il n'a été constaté aucune altération des cheveux. (Commissaires; MM. Baillarger, Devergie, Gibert.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport de M. Michel Lévy sur les candidats au titre d'associé national.

BIBLIOGRAPHIE.

NOTES ON THE SURGERY OF THE WAR IN THE CRIMEA, WITH REMARKS ON THE TREATMENT OF GUNSHOT WOUNDS (NOTES SUR LA CHIRURGIE DE LA GUERRE DE CRIMÉE, AVEC REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DES BLESSURES PAR ARMES A FEU); par M. le docteur G. MAC-LEOD, F. R. C. S., chirurgien de l'Ambulance générale devant Sébastopol. — London, Churchill. — 1858.

Un de nos plus distingués collaborateurs, M. Saucerotte, donnait dernièrement, dans ces mêmes colonnes, un résumé des travaux publiés sur l'histoire médico-chirurgicale de Crimée, par MM. Quesnoy et Armand, médecins de l'armée française. Nous croyons être agréable à nos lecteurs en rapprochant de cet intéressant travail les remarques que vient de nous suggérer la lecture d'un ouvrage sur le même sujet, fort bien conçu et également très-sérieux, dû à la plume d'un de nos confrères certainement les plus éminents de l'armée anglaise, M. Mac-Leod.

Beaucoup de réflexions fort naturelles sur la grandeur morale et la valeur intellectuelle du rôle dévolu au médecin d'armée ont dû, pendant le cours de cette lecture, se présenter à notre esprit. Mais les retrouvant pour la plupart éloquemment formulées dans les lignes chaleureuses inspirées à M. Saucerotte, nous nous bornerons, dans cette revue, à présenter l'analyse scientifique des documents et des propositions consignés dans le remarquable tableau présenté par l'auteur anglais, de façon, tout en donnant une idée générale de l'ouvrage, d'en reproduire ici, pour être mises en regard des doctrines françaises, les principales conclusions.

Quelques remarques générales sur la constitution médicale et les maladies internes observées dans l'armée dans les différents cantonnements et aux différentes époques du siége, ouvrent l'entrée en matière de cette intéressante publication, dont la grande partie est d'ailleurs presque exclusivement chirurgicale.

Pendant le premier hiver du siége, les maladies qui pesèrent le plus sur l'armée furent le choléra, la diarrhée, la dyssenterie, le typhus, la fièvre typhoïde; ces maladies apparaissaient soit avec leurs caractères nettement définis, soit, le plus souvent, avec une confusion de leurs principaux symptômes, telle qu'il devenait difficile d'assigner, au milieu de ces mélanges, la part revenant à chaque poison spécial. Cependant, durant le traitement, quelque signe prédominant venait éclairer la question. L'influence ou plutôt la disposition scorbutique était fréquemment le lien, le trait d'union d'une de ces affections avec l'autre; c'était en outre l'élément morbide le plus difficile à combattre et même à reconnaître, tant il se dissimulait sous les apparences les plus multipliées. Et pourtant, ajoute l'écrivain anglais avec l'accent du souvenir le plus douloureux, il n'épargnait aucun malade, il n'oubliait aucune blessure. Parfois on le voyait se déclarer d'une façon ouverte et à tous reconnaissable; mais, le plus souvent, sa présence ne se pouvait assurer qu'aux qualités négatives, à la permanence des retards qu'il imprimait à la marche des autres affections.

Ces observations rappellent tout à fait, on le voit, celles consignées dans le remarquable rapport présenté en septembre 1856 à l'Académie de médecine par notre collaborateur et ami M. Tholozan, sur les maladies de l'armée d'Orient. Constatant les mêmes faits généraux que M. Mac-Leod, M. Tholozan établissait directement et par l'analyse nécroscopique le caractère des altérations anatomo-pathologiques succédant à ces maladies, et reconnaissait en toutes l'altération de nutrition, l'anémie de tissu.

Du double point de vue où se sont placés l'auteur anglais et notre compatriote, on est donc conduit à envisager ces maladies des armées, typhus, fièvre typhoïde, dyssenterie, comme des affections reposant sur un substratum d'étiolement et d'adynamie, dont le scorbut est une manifestation saisissante, et sur le compte de laquelle les appréciations sont moins sujettes à désaccord.

(Quant au choléra, il avait sa raison d'être à part; son principe était nettement et franchement d'origine importée; il venait brocher sur le tout.)

Ce n'est pas que nous veuillons dire que le côté anatomo-pathologique de cette immense question ait été négligé par l'auteur anglais. Loin de là, nous trouvons même à cet égard un fait curieux à noter. M. Mac-Leod, après avoir exposé le trait principal des altérations anatomiques, consistant dans toutes les maladies abdominales en ulcérations du gros intestin, annonce avoir remarqué d'abord, puis constaté ensuite, la présence de ces mêmes ulcérations chez un très-grand nombre (l'immense majorité) de ceux qui ont succombé durant la guerre à toute autre cause que les maladies intestinales, chez ceux qui étaient emportés par le feu de l'ennemi au milieu de toutes les apparences de la santé. Comme si la maladie, dans ces derniers cas, ne fut encore qu'en puissance, à l'état latent, prête à éclater sous l'influence de la moindre cause provocatrice.

Cette observation ne saurait être négligée par ceux qui ont encore une opinion à se faire sur le caractère intime profond des constitutions chez lesquelles se manifestent les affections typhoïdes et dyssentériques. L'ulcération intestinale semble singulièrement synonymique de débilitation profonde, offrant un terrain singulièrement préparé aux dévastations toxiques de toutes espèces qui planent sur les agglomérations d'hommes placés dans des conditions hygiéniques défavorables.

Nous joindrons à ces remarques une autre donnée encore, non moins digne d'intérêt que les précédentes. L'auteur anglais constate, d'après les relevés statistiques des pertes souffertes par l'armée anglaise, que les corps d'armée qui ont le plus souffert en Crimée de l'action des maladies des camps, ont été, toutes choses égales d'ailleurs, les corps qui avaient précédemment fait la campagne de Bulgarie. Le séjour de Varna et des vallées dépeuplées du Danube a été une des plus terribles causes de destruction que l'armée de Crimée ait emportées dans son sein. L'affaiblissement par intoxication palustre a été la préparation de nos armées à cette immortelle campagne de la Chersonnèse. On ne saurait assez admirer ces armées déployant tant de constance et d'héroïsme, étant en proie déjà aux éléments les plus terribles de dissolution physique et morale!

Qui fait de plus rapides progrès, l'art de détruire ou celui de réparer les brèches éprouvées par la constitution et le corps humain attaqués par l'arme ennemie? A peine les observations des chirurgiens de ce siècle, à peine les améliorations dans les transports des blessés, dans les méthodes de pansement, ont-ils commencé à faire relever appel de la condamnation portée contre le membre dont l'os principal s'est vu atteint d'une balle, que déjà les perfectionnements apportés dans la fabrication des armes de guerre viennent rendre inutiles les efforts de l'art. Doués d'une vélocité inconnue jusqu'ici, prenant dans des canons rayés un mouvement de rotation sur eux-mêmes qui ajoute à l'effet de leur choc, les projectiles déterminent de tels effets d'éclats et de comminution dans les os qu'ils rencontrent, que l'espoir de les conserver redescend au-dessous de ce qu'il était à l'époque de la célèbre discussion de Faure et de Boucher. Ce résultat est une des plus tristes réactions que l'art ait subies et des plus décourageants pour le chirurgien des armées. Aussi ne sommes-nous qu'imparfaitement disposé à répéter avec M. Mac-Leod la phrase de Percy, écrite à une époque où l'art se trouvait en progrès relatifs : « Que si l'art de tuer les hommes avec méthode et gloire n'a jamais été porté plus près de la perfection, nous pouvons nous consoler par l'idée que nos progrès à nous, nous apportent la même perfection et la même récompense dans l'art de les conserver. »

Le chap. V de l'auteur est consacré aux généralités relatives aux blessures par armes à feu : à part les travaux de Hunter et quelques remarques empruntées à Guthrie, auteur du MANUEL DE CHIRURGIEN MILITAIRE ANGLAIS, les doctrines de l'auteur se calquent absolument sur celles de l'école militaire française et ne sont guère qu'une discussion raisonnée des opinions de cette école, et finalement leur adoption. Quant au pansement, celui des Anglais est plus simple en général que le nôtre, des compresses d'eau froide et de légers bandages en forment le principal trait. Le régime n'est pas tout à fait aussi craintif que le nôtre. Quand la blessure n'occupe pas l'une des grandes cavités, ils ne se préoccupent pas autant que nous de l'inflammation, et alimentent mieux leurs malades. Ils vantent l'huile de foie de morue dans les cas de vastes suppurations : cet emploi est évidemment logique.

Le chapitre suivant est consacré à l'examen des conséquences de l'emploi du chloroforme dans les opérations. M. Mac-Leod est tout à fait favorable à son emploi, convaincu qu'il profite directement et indirectement au salut du blessé. Il conseille son usage aussi bien dans le cas de blessures par armes à feu que dans celles déterminées par l'arme blanche. La grande, l'énorme majorité des chirurgiens anglais est d'accord avec lui sur ce point. Nos chirurgiens également; sur près de 30,000 cas d'application du chloroforme dans l'armée française, M. Quesnoy ne cite pas un accident sérieux.

L'hémorrhagie, dans la guerre de Crimée, n'a pas plus épargné les blessés que dans toute autre campagne ; cependant il a été observé, en conformité avec ce que l'on savait déjà, que l'hémorrhagie primitive est relativement rare et peu souvent dangereuse. La plus à craindre est l'hémorrhagie consécutive. L'auteur, discutant les diverses méthodes qui lui sont opposées, exprime l'opinion que celle de Guthrie (qui consiste à lier les deux bouts de l'artère divisée), confirmée par les travaux, sur ce même point, de M. Nélaton, est celle qui lui a paru la plus exempte d'inconvénients et de dangers. Il conseille donc, en tous cas, de faire tout ce qui est humainement possible pour découvrir, à quelque époque qu'ait lieu l'hémorrhagie, les deux bouts de l'artère et de les lier.

Les pages consacrées aux plaies de tête formeront, selon l'expression anglaise consacrée, une intéressante *contribution* à l'histoire militaire du traitement des blessures du crâne. Après une discussion pleine de sens sur les indications et les contre-indications de l'opération du trépan, telles qu'elles sont formulées par les auteurs du siècle dernier particulièrement, et leur rapprochement des enseignements fournis par l'expérience de cette héroïque campagne, l'auteur conclut ainsi, par les mêmes raisons que notre Gama : « Finalement, nous conclurons que les symptômes qui peuvent indiquer l'emploi du trépan ont été si diversement interprétés par les hommes d'expérience, que l'opération a failli aussi souvent (plus souvent serait peut-être plus exact) qu'elle a réussi à écarter ce danger, que le bien qu'elle a occasionnellement produit peut être attribué, en maintes circonstances, à des causes toutes différentes de celles prévues par les auteurs, que d'ailleurs l'opération en elle-même est terriblement loin d'être dépourvue de dangers, notre opinion est de n'avoir jamais recours au trépan, à moins que ses indications ne soient, et pendant un temps assez considérable, trois fois évidentes. » Cette conclusion n'aura aucunement lieu de surprendre si on en rapproche le simple document statistique qui forme le sommaire du chapitre et qui vaut, à lui seul, tout un enseignement : « Du 1er avril 1855 à la fin de la guerre, les statistiques de l'armée nous apportent un total de 630 observations de plaies de tête par armes à feu offrant les caractères de la simple contusion, avec plus ou moins de gravité. La mortalité ne s'est élevée qu'à 8 cas. Sur 61 cas de fracture du crâne sans enfoncement *reconnu*, on recueille 23 morts ; les fractures avec enfoncement suivies de divers troubles du sentiment sont au nombre de 74 ; on y trouve 53 cas mortels. Les blessures pénétrant dans le crâne montent au chiffre de 67, et à celui de 67 décès. Sur 19 cas où le crâne était perforé, on compte 19 morts ; sur 28 cas où le trépan fut employé, on a eu à déplorer 24 décès. » Ce tableau donne évidemment grand poids à l'opinion de M. Mac-Leod.

La base du traitement conseillé en regard du trépan, consiste dans l'école anglaise, en applications de glace sur la tête, à son défaut de l'eau froide, purgatifs répétés, diète sévère, le plus grand repos et la phlébotomie, comme la pratiquait J. L. Petit, abondamment et itérativement.

Les blessures de la face ont été particulièrement intéressantes à étudier, eu égard à la rapidité avec laquelle se réparaient même les plus graves d'entre elles. La grande vascularité des tissus de la face les doue à cet égard d'une vitalité bien avantageuse, qui est mise à profit par le chirurgien, ainsi que leur grande distensibilité pour les réparations autoplastiques. Pendant l'espace de temps indiqué plus haut, sur 382 cas de simples contusions et plaies plus ou moins sévères des chairs de la face, une seule mort est à compter. Quant aux plaies pénétrantes intéressant le squelette, sur 107 cas on a eu à déplorer 10 morts, et enfin sur 44 cas présentant lésion d'organes importants, le nombre des décès ne s'est élevé qu'à 3 ; encore la plupart de ces cas malheureux sont-ils imputés à des causes concomitantes et étrangères à la blessure.

Parmi les enseignements que l'observation de la marche de ces plaies a donnés aux chirurgiens anglais, nous remarquerons les suivants. Dans les fractures des os de la face suites de plaies d'armes à feu, il semblerait indiqué de ne suivre qu'à titre d'exception la règle, générale pour les autres régions, et qui consiste à enlever soigneusement tous les fragments osseux presque entièrement détachés. L'abondance de l'afflux sanguin physiologiquement fourni à cette région, favoriserait et hâterait en elle des réunions qui sont beaucoup plus lentes ou douteuses dans toute autre région.

Dans les plaies du cou on a été frappé du petit nombre de cas où, malgré sa pénétration complète et d'outre en outre, les gros vaisseaux auraient été atteints. Les dangers les plus fréquents ont paru se lier à la contusion ou la dilacération des plexus nerveux cervicaux.

Quant à la poitrine, voici les résultats des relevés statistiques, toujours dans la même période et par arme à feu. Parties molles superficielles : 255, 3 morts. Sur 24 cas où les tissus osseux, cartilagineux ou intercostaux étaient intéressés, 1 seule mort. Lésions des parties contenues, sans pénétration de la balle : 9 morts sur 16 cas ; pénétration et logement du projectile : 33 cas, 31 morts. Sur 83 cas de plaies pénétrantes profondes, 71 décès.

Ces résultats sont peu différents de ce que l'histoire des guerres a toujours enseigné ; ils justifient la distinction entre les plaies pénétrantes et les plaies superficielles, fort différentes, on le voit, par leurs résultats.

La question du sondage des plaies pénétrantes de poitrine n'a pas été particulièrement étudiée par l'auteur ni par ses collègues. Ils semblent s'être conformés aux doctrines reçues généralement aujourd'hui et qui proscrivent toute recherche profonde. M. Mac-Leod n'autorise que les recherches praticables avec le doigt seul, pour relever un fragment de côte, par exemple. Ses observations confirment celles de Boyer relativement à la rareté de la lésion de l'artère intercostale. Il affirme n'avoir vu ni entendu citer aucun cas de cette espèce.

Notre attention a été particulièrement attirée dans ce chapitre par une question intéressante relative au traitement dans les cas des plaies pénétrantes de la poitrine, suivies toujours, on le sait, d'une hémorrhagie interne considérable : c'est celle de la saignée.

« L'état de collapsus qui suit les plaies pénétrantes de la poitrine, dit M. Mac-Leod, quoique nécessairement dangereux, devient pourtant, en ces cas, s'il n'est pas prolongé outre mesure, l'ancre de salut du blessé. L'anéantissement et la syncope, dit Hewson, étant favorables à la coagulation du sang et à la contraction des orifices vasculaires, ne doivent point être combattus, mais bien plutôt maintenus. Avec notre manière d'envisager aujourd'hui les effets de la saignée, nous nous trouvons embarrassés pour concilier nos idées avec les enseignements de l'expérience qui prescrivent dans ces cas-ci d'énergiques déplétions sanguines dès qu'apparaît la réaction » (nous savons qu'il en est encore de même pour les plaies pénétrantes et graves de la tête).

Dans toutes ces conditions, en effet, l'expérience montre la nécessité absolue des saignées abondantes, nécessité qui est loin d'être reconnue dans les inflammations de cause interne, pratique que l'on abandonne au contraire aujourd'hui presque de toutes parts, ou du moins qui n'est plus mis en usage que dans des proportions fort amoindries. La clef de ces différences ne serait-elle pas à trouver en ce fait que dans les cas nettement chirurgicaux dont il s'agit ici, l'inflammation, la réaction hypersthénique serait franche et sans complication d'aucun élément dépressif. Tandis que dans les pneumonies, pleurésies, etc., déterminées par une cause interne, existerait toujours, et préalablement à l'inflammation, une altération générale du sang ou des liquides de l'économie, effet de quelque perversion, de quelque intoxication mal définie encore, mais possédant en elle un agent de dépression comme tout ce qui vicie les humeurs organiques. La différence des causes entraînerait alors des divergences adéquates dans les traitements, et la physionomie en apparence semblable des deux états morbides où domine la forme inflammatoire ne serait analogue qu'à la seule superficie. C'est un objet qui mérite assurément la méditation.

GIRAUD-TEULON.

(La suite prochainement.)

VARIÉTÉS.

ÉTAT DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Vires acquirit eundo.

Nous sommes heureux de constater le succès toujours croissant de l'Association générale. C'est la meilleure réponse à faire à ceux qui ont conçu des doutes à cet endroit. C'était un besoin, une lacune : le besoin a été compris ; la lacune sera bientôt comblée. En attendant que nous insistions sur le genre d'intérêts professionnels que l'Association générale est spécialement appelée à satisfaire, nous nous bornons à la suivre dans ses développements et à l'accompagner de tous nos vœux.

Aisne. Société locale agrégée à l'Association générale comprenant les médecins de l'arrondissement de Laon.

Calvados. Idem, comprenant les médecins du département.

Charente-Inférieure. Idem, comprenant les médecins de la Rochelle.

Côte-d'Or. Idem, comprenant les médecins de l'arrondissement de Dijon.

Doubs. Jura. Haute-Saône. Idem, comprenant les médecins de ces trois départements. Siége à Besançon.

Gironde. Idem, comprenant les médecins du département.

Indre. Idem (association antérieurement existante), comprenant les médecins du département.

Loire. Idem, comprenant les médecins du département.
Loire-Inférieure. Idem, comprenant les médecins du département.
Seine-et-Marne. Idem, comprenant les médecins de l'arrondissement de Melun (association antérieurement existante).
Idem, comprenant les médecins de l'arrondissement de Provins (association antérieurement existante).

Dans un grand nombre de départements et d'arrondissements où existent des associations médicales, les délibérations à prendre sur l'annexion à l'association générale, préparées par des rapports favorables, ont été cependant ajournées à la prochaine réunion de ces associations qui a lieu presque partout dans la belle saison.

Il en est de même d'un grand nombre d'autres localités où le nombre des adhérents à l'Association générale est suffisant pour l'institution de sociétés locales, qui n'est retardée que par la difficulté de réunir les médecins pendant l'hiver.

A Paris, on attend d'un jour à l'autre l'approbation ministérielle pour l'institution de la *Société centrale.*

Au Rédacteur.

Monsieur,

Vous avez bien voulu insérer dans le n° 6 de la GAZETTE une réclamation que j'eus l'honneur de vous adresser au sujet du traitement de l'hydrocèle par l'électricité, et de l'incontestable antériorité de mes travaux, comparés à ceux de M. Pétrequin. Cette réclamation a provoqué de la part de mon éminent compétiteur une réponse dans laquelle, tout en reconnaissant la priorité de mes titres, l'auteur cherche à en atténuer la portée, par la raison que ni les journaux de médecine de l'époque, ni les traités de chirurgie, à l'entendre, ne feraient mention de mon procédé.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de rétablir en quelques mots les faits :

Mes premiers essais relatifs au traitement électro-thérapique de l'hydrothorax, etc., remontent à l'année 1839, et furent tentés en partie sous les auspices et dans la clinique d'Amussat, où elles eurent pour témoins un grand nombre de médecins, tels que MM. Amussat fils, L. Boyer, Bonnet (de Lyon), Filhos, Levaillant, etc., etc.

Mais ce ne fut qu'en 1843, c'est-à-dire quatre ans après la guérison de mon premier cas d'hydrocèle, que je me crus en droit de saisir de cette nouvelle méthode l'Académie des sciences; ce que je fis dans deux mémoires, dont l'un fut présenté à l'Institut au mois de janvier, l'autre au mois d'octobre de la même année. Or, ce sont les conclusions de ces deux mémoires qui furent reproduites par plusieurs journaux, entre autres par la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Ces expériences ayant été répétées, *mais sans ma participation*, dans plusieurs hôpitaux, et le résultat n'en ayant point été concluant, le BULLETIN THÉRAPEUTIQUE les résuma dans un article fort remarquable, mais malheureusement peu favorable à l'électrothérapie, et sans faire mention de mes travaux; de telle sorte que les cas de guérison que j'avais obtenus à l'aide de cette méthode, et que je continuais d'obtenir, à côté de quelques insuccès, devaient rester momentanément isolés. De là sans doute le silence gardé à cet égard par certains journaux, ainsi que par les auteurs des divers traités de chirurgie.

Je me trompe cependant quand je dis que mes essais restèrent complétement isolés; car plusieurs confrères qui m'ont fait l'honneur de m'écrire, soit en province, soit à l'étranger, entre autres M. le Dr Lamarre, de Honfleur, m'ont annoncé quelques cas de guérison obtenus par l'emploi de mon procédé d'électro-puncture dans le traitement de l'hydrocèle. D'autres faits du même genre ont été publiés par des journaux italiens, faits parmi lesquels je ne citerai ici que celui publié par M. Pecchioni, et reproduit en 1842 par la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Il est donc constant, et M. Pétrequin en conviendra, que le traitement de l'hydrocèle par le galvanisme a été essayé avec succès dès l'année 1839, qu'il a obtenu la consécration de la publicité devant l'Académie des sciences et dans un grand nombre de journaux, et que cette publicité remonte à plus de seize ans. Au surplus, il me serait facile de prouver que depuis l'époque indiquée, je n'ai pas cessé de m'en occuper, et de l'appliquer toutes les fois que l'occasion s'en est présentée.

Au demeurant, quels que soient mes titres à la découverte du procédé en question, ils ne sauraient porter atteinte, je me plais à le reconnaître, à l'importance de la communication faite à l'Institut par M. Pétrequin. Bien au contraire, le témoignage empreint de spontanéité d'un chirurgien aussi haut placé dans l'estime publique ne saurait que prêter un puissant concours à la méthode électro-thérapique employée comme agent chirurgical, et comme tel substituée, dans certains cas, au trocart, à la canule et au bistouri.

Quant à la bonne foi de M. Pétrequin, il est inutile de dire que jamais je n'ai pu faire planer sur elle le plus léger doute.

Agréez, etc.

SCHUSTER, D. M. P.

Paris, le 13 février 1859.

— M. Ferrus, inspecteur général des établissements d'aliénés, vient d'être promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Les jurys pour les concours ouverts actuellement à l'administration de l'assistance publique sont constitués de la manière suivante :

Pour une place de pharmacien en chef, MM. Léger, Manec, Lecanu, Gobley, Boussel, Fordos, Chatin, titulaires;
MM. de Saint-Laurent, Giraldès, Hébert, suppléants.
Pour les places d'internes en pharmacie, MM. Chevallier, Hottot fils, Morin, Ducom, Mehu, titulaires;
M. Fermond, suppléant.
Pour les prix des internes en pharmacie, MM. Vialla, Réveil, Personne, titulaires;
M. Lutz, suppléant.

— Voici la liste des candidats inscrits pour le concours pour trois places de médecin au bureau central, qui doit s'ouvrir lundi prochain 28 février. Il y a longtemps qu'on n'avait vu autant de concurrents pour un aussi petit nombre de places.

Ce sont : MM. Archambault, Axenfeld, Barnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondean, Boivin, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Cannet, Chauffard, Dal-Piaz (de Beauvais), Desnos, Dufour, Dumont-Pallier, Dupuy, Gallard, Géry, Grange, Gros, Guyot, Isambert, Labat-Durouchaux, Laboulbène, Lamaestre, Landry, Lorain, Luys, Magnac, Maingault, Mesnet, Montanier, Moretin, Moynier, Parrot, Pibret, Potin, Prost, Rotureau, Simonet, Thibierge, Triboulet, Vidal et Zambaco.

— Par arrêtés en date du 31 janvier 1859, M. Maurice, professeur adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

M. Gossard, professeur suppléant près de la même École, est nommé professeur adjoint de chimie et de pharmacie.

M. Barrier, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. Bonnet, décédé.

M. Valette, professeur suppléant à ladite École, est nommé professeur adjoint de clinique chirurgicale.

M. Desgranges, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant spécialement attaché au service des chaires de chirurgie et d'accouchement.

M. Giraudet fils, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. le docteur Allain-Dupré, décédé.

M. Meslays, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. Patin, appelé à d'autres fonctions.

M. Blanche, professeur suppléant à ladite École, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Meslays, nommé professeur titulaire.

— Par arrêté en date du 3 février 1859, M. Bousset, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier.

— L'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres, M. le docteur Renauldin, qui appartenait à la section d'hygiène et de médecine légale. Ancien médecin des hôpitaux de Paris, numismate distingué, M. Renauldin a publié divers travaux de médecine. C'est lui qui a écrit l'*Introduction* du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

— M. le docteur Ponget (de Bordeaux), médecin-inspecteur des bains de mer de Royan, auteur de divers ouvrages de balnéologie et d'hygiène, est mort à Bordeaux.

— L'un des plus spirituels collaborateurs de l'ARMANA PROVENÇAOU, M. le docteur Toussaint-Poussel, vient de mourir à Avignon, à l'âge de 63 ans.

— On écrit de Téhéran, à la date du 31 décembre 1858 :

« La colonie européenne vient d'éprouver une nouvelle perte, un savant français, M. le docteur Barthélemy, ancien médecin de quarantaine à Trébizonde, médecin de la légation russe, a cessé de vivre. »

— Le professeur Ranzi (de Florence), auteur, en collaboration avec M. Regnoli, d'un TRAITÉ COMPLET DE CHIRURGIE, est mort subitement d'une maladie de cœur. Il est enlevé, à 47 ans, à l'estime et à l'affection de tous ses concitoyens.

— M. Flower, préparateur des pièces anatomiques du collége royal des chirurgiens de Londres, vient de terminer un squelette de grandeur naturelle, en bois de sycomore, destiné au roi d'Ava. Ce prince désire, en effet, se livrer à l'étude de la charpente du corps humain, et ne saurait, sans déchoir de sa caste, toucher à des os humains. Cette pièce curieuse est d'une très-grande fidélité, et fait le plus grand honneur à son auteur.

— M. le docteur Aubert-Roche, nommé médecin en chef et directeur du service de santé de la compagnie de canalisation de l'isthme de Suez, vient de partir pour Suez avec tous les chefs de service de cette grande expédition.

— M. Flourens, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 2 mars, à quatre heures précises, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure, au collége de France.

Il traitera, cette année, de l'histoire des sciences naturelles aux seizième et dix-septième siècles. Il s'occupera plus particulièrement, cette année, de l'étude de la *vie* et de l'*intelligence*.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE NERVOSISME. — CLÔTURE DE LA DISCUSSION.

On a vainement attendu que la discussion sur le nervosisme sortît du vague où elle s'était égarée dès le premier jour. Après quelques remarques présentées occasionnellement par MM. Baillarger et Beau, M. le rapporteur a résumé ce simulacre de discussion, en maintenant avec autant de fermeté que de courtoisie le bien fondé de ses conclusions.

Maintenant que tout est dit sur ce sujet obscur, du moins académiquement parlant, il est plus que jamais permis de demander ce qu'a produit cette discussion.

Sait-on mieux aujourd'hui qu'avant la communication de M. Bouchut ce qu'il faut entendre par le *nervosisme?* Il est permis d'en douter. M. Baillarger, dont l'esprit net et lucide introduit la lumière partout où il se présente, a rappelé une distinction capitale entre le *nervosisme aigu* et le *nervosisme chronique*. Pour lui, le nervosisme aigu est une conception toute moderne et presque contemporaine. M. Cerise en particulier a beaucoup insisté sur cette distinction. Aux yeux de M. Baillarger, c'est un progrès. Cela peut être, mais jusqu'ici il n'est pas aisé de le comprendre. Aigu ou chronique, on est encore à se demander ce que c'est que le nervosisme. Certes le système nerveux, plus qu'aucun autre, est susceptible d'être le théâtre d'une foule d'affections qui se rapportent directement à lui. Mais au milieu de cet encombrement de symptômes fugaces, protéiformes, variables, indéterminés, incohérents, est-il possible de dire où commence et où finit le domaine du nervosisme? M. Baillarger a essayé d'établir quelques distinctions. L'hystérie, l'hypocondrie, en raison de la spécialité de leurs symptômes, ne seraient pas du nervosisme. Dans ces maladies les symptômes pathognomoniques sont évidents; autour d'eux se groupent les symptômes protéiformes qui leur forment comme une sorte d'enveloppe mobile. Cela ne manque pas de justesse en théorie, mais cela est-il clair dans l'application? Que l'on suppose en principe pouvoir établir une distinction entre l'hypocondrie, la mélancolie, l'hystérie et le simple nervosisme : en est-il de même dans la pratique? Nous ne le pensons pas, surtout si l'on réfléchit que c'est principalement chez les femmes que ces sortes de maladies s'observent, et que chez elles les mêmes états simultanés ou successifs peuvent très-souvent se confondre.

M. Beau s'est occupé de la question d'histoire et de la question clinique. Pour lui, M. Bouchut n'est parvenu à établir son nervosisme qu'en séparant arbitrairement quelques symptômes de l'hystérie et de l'hypocondrie. C'est en réduisant l'hystérie à sa forme convulsive, et l'hypocondrie à sa forme nosomanique.

M. Bouchut a privé l'hystérie de tous les symptômes généraux, bizarres et fugaces que nous reconnaissons tous à cette maladie ; il lui a été ainsi très-facile d'y trouver la matière du nervosisme. Mais cette séparation était-elle fondée? c'est ce que M. Beau ne pense pas, et ce qu'avec lui personne ne pensera. En sorte que si l'on rend à l'hystérie ce que M. Bouchut en a distrait, il ne lui reste rien de cette origine pour motiver le nervosisme. A l'appui de cette argumentation, qui repose sur l'observation de tous les temps, M. Beau a cité les auteurs et les textes. C'est d'un bon exemple.

S'attaquant plus spécialement ensuite à l'hypocondrie — que M. Bouchut a tenté de réduire, comme l'hystérie, à quelques-uns de ses symptômes pour attribuer le surplus au nervosisme — M. Beau s'est efforcé de rétablir le sens primitif et le véritable caractère de l'hypocondrie. Pour les anciens, l'hypocondrie ne s'entendait pas seulement de la nosomanie, mais de tous les symptômes perveux engendrés par la maladie *chronique* des organes de l'abdomen. Nous soulignons le mot chronique, car tel est le vrai sens de la doctrine des anciens, à l'endroit de l'hypocondrie, particularité que M. Beau nous paraît avoir omis de signaler dans son excellent discours. Or la symptomatologie de l'hypocondrie, telle que l'ont tracée Willis, Hoffmann, Stoll et autres, comprend tous les symptômes de la nosomanie, sous le titre de *mélancolie*, et tous ceux qu'en a détachés M. Bouchut au profit du nervosisme. La conclusion de M. Beau est donc que le nervosisme à l'état chronique n'a aucune raison d'être, ou plutôt qu'il est compris dans les désignations anciennes d'hystérie, d'hypocondrie.

Reste le nervosisme aigu. Ici M. Beau, comme M. Baillarger, n'est pas éloigné de se ranger du côté de M. Bouchut, c'est-à-dire du côté de M. Cerise, qui, vingt ans avant M. Bouchut, avait cru pouvoir dénommer à part, sous le titre d'*affections nerveuses aiguës protéiformes*, les symptômes de réaction nerveuse fébrile que M. Bouchut a désignés sous le titre de *nervosisme aigu*.

Mais MM. Baillarger et Beau sont-ils fondés à reconnaître, avec MM. Cerise et Bouchut, qu'il existe un état nerveux aigu, un nervosisme aigu différent de ce que les anciens avaient observé? Nous ne le croyons pas. Si ces messieurs comprennent sous cette dénomination l'état aigu, fébrile des symptômes de l'hypocondrie et de l'hystérie, ils ont oublié que presque tous les auteurs qui ont écrit sur ces maladies admettent qu'elles peuvent se présenter sous la forme aiguë et s'accompagner de fièvre. Témoin le traité de la fièvre hystérique, *febris hysterica*, de Manningham, et la dissertation de Frédéric Hoffmann : *De affectu spasmodico-hypochondriaco.* Sans compter les chapitres de Huxham, *De febre nervosa*, et l'opinion de Louyer-Willermay, qui écrivait : « L'invasion de la maladie (hypocondrie) ne s'opère en général que d'une manière fort lente. Toutefois, dans un très-petit nombre de cas, cette invasion est brusque, et, dès le principe, l'affection nerveuse présente *une grande intensité*, ou parcourt rapidement ses différents stades. »

L'importance et la nouveauté des remarques de MM. Cerise et Bouchut tiennent donc uniquement à ce qu'elles ont été faites à une époque où on avait oublié et méconnu les vérités anciennes sur la fièvre considérée comme phénomène essentiel et indépendant de toute lésion organique, époque à laquelle tout phénomène fébrile était invariablement considéré comme une réaction symptomatique d'une lésion organique locale. A ce point de vue, le *nervosisme aigu* pourrait être considéré comme une appellation, sinon une détermination nouvelle de la fièvre nerveuse aiguë, mais c'est à la condition d'oublier l'histoire et de recommencer l'œuvre traditionnelle de la médecine de tous les temps.

FEUILLETON.

DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE COMPARÉES A CELLES DE L'ÉTRANGER.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

4° MALADIES GÉNÉRALES.

Nous désignons ainsi certaines maladies qui, tout en se manifestant par des symptômes locaux, se rattachent cependant à une cause plus générale qui consiste, soit dans une altération du sang ou des humeurs, soit dans des troubles de la nutrition, soit dans l'existence au sein de l'organisme d'un principe morbide appelé communément *vice*, *diathèse* ou *virus*. C'est ce principe qui donne un cachet tout particulier aux affections dites herpétiques, scrofuleuses, rhumatismales, scorbutiques, goutteuses, vénériennes, et à tant d'autres. Par lui s'expliquent la ténacité de ces affections, la mobilité de leur siége, leur réapparition si fréquente après des guérisons momentanées, ainsi que leur transmission par hérédité ou par contact. C'est donc seulement en neutralisant ce principe que les eaux minérales, soit seules, soit avec l'aide des médicaments spéciaux, parviendront à triompher des divers états morbides qui en sont l'expression.

CHLOROSE, ANÉMIE. — Les eaux ferrugineuses sont, dans l'immense majorité des cas, les eaux les mieux appropriées au traitement de ces affections. Sous ce rapport, la France est moins bien partagée que l'Allemagne, aucune de nos meilleures sources ne pouvant être réellement comparée à celles de Spa, Schwalbach ou Pyrmont. Sans doute nous possédons des sources encore plus chargées de fer : telles sont, par exemple, Forges et Passy, mais elles ne contiennent pas de gaz acide carbonique, lequel peut être considéré comme l'agent digestif du fer ; aussi sont-elles lourdes à l'estomac. Orezza, il est vrai, fait exception, car il est tout à la fois plus ferrugineux et plus gazeux que les sources les plus saturées de l'Allemagne; malheureusement Orezza se trouve en Corse, et peu de malades iront l'y chercher. Comme les eaux purement ferrugineuses constipent, et que c'est là un inconvénient souvent fâcheux, on devra, dans quelques cas, donner la préférence aux sources de Kissingen, Hombourg ou Franzensbad. Ces sources sont ferrugineuses aussi ; seulement elles contiennent d'autres sels qui leur communiquent des vertus laxatives, sans pourtant débiliter.

SCROFULES. — La plupart des eaux thermales sulfureuses ou chlorurées ont été vantées à juste titre pour le traitement des scrofules. Toutefois on possède un moyen bien autrement énergique et efficace dans l'emploi des eaux-mères provenant de l'extraction du sel marin. Jusqu'à l'année dernière, il nous fallu être tributaires de l'Allemagne, car, par une incurie inexplicable, nous laissions perdre ce précieux résidu dont on savait, au contraire, tirer un parti si avantageux à Krentznach, Nanheim et Ischl. Mais, depuis la magnifique organisation des bains de Salins, nous n'avons plus rien à envier à l'Allemagne pour le traitement des scrofules; peut-être même le moment n'est-il pas éloigné où l'étranger deviendra notre tributaire à son tour.

La réplique générale de M. Gibert a été comme toutes les allocutions de notre spirituel et savant confrère : courte, incisive et topique. Personne ne sait mieux que M. Gibert ce qu'il pense et ce qu'il veut; aussi ses argumentations ressemblent-elles à ces *motifs* des grands maîtres qui reviennent à chaque instant sous une forme nouvelle : les motifs de M. Gibert sont ses conclusions, et ses conclusions reviennent à chaque moment dans ses discours. Aussi rien n'est aussi aisé à comprendre, agréable à lire, et ajoutons aussi facile à combattre (nous ne disons pas à vaincre) que les argumentations de M. Gibert.

Pour notre savant collègue, M. Bouchut n'a rien produit de nouveau : il n'a rien inventé, il a réhabilité d'anciennes variétés; il a rappelé utilement l'attention sur le caractère général essentiel des phénomènes nerveux observés indépendamment des maladies organiques. En constituant le *nervosisme* comme une formule à part et distincte pour ses symptômes, il a naturellement ramené les esprits à l'observation large et élevée de la nature morbide, et en particulier de certains symptômes généraux que la médecine moderne tendait à localiser; il a ainsi rendu au vitalisme la prépondérance qu'il doit avoir comme théorie générale capable de relier et d'expliquer ces faits.

Passant de la théorie à la pratique, M. Gibert a surtout insisté sur les conséquences à tirer des études de M. Bouchut pour le traitement des maladies nerveuses. Rappelant avec raison les inconséquences et les excès auxquels ont conduit les doctrines de l'organicisme — qui ont souvent épuisé, à force d'émissions sanguines et de diète, les dernières forces des pauvres malades luttant plus contre les méprises de l'art que contre le mal lui-même — il a montré combien il serait utile d'encourager les recherches de la médecine contemporaine dans cette voie. « La vérité, a-t-il dit, est souvent plus ancienne que l'erreur : c'est faire presque du nouveau que de réhabiliter et d'accommoder à nos formes modernes une antique vérité plus ou moins méconnue. » De son côté, M. Beau avait dit avec raison que le travail de M. Bouchut est « important parce qu'il remet en lumière d'anciennes vérités sous des dénominations nouvelles, qu'il les reproduit d'une manière puissante et avec toute la force que donne seule l'observation des faits. »

Tout cela est parfaitement exact et parfaitement dit. Mais, en résumé, la thèse étant donnée; n'y avait-il rien de mieux à faire que d'encourager à moderniser les observations et les idées de la médecine ancienne, en les reproduisant sous des dénominations nouvelles? Nous ne le pensons pas et nous demandons la permission de présenter quelques remarques à cet égard.

Il est de fait que les anciens nous ont laissé des modèles d'observations à suivre en ce qui concerne les maladies générales, et en particulier l'hypocondrie et l'hystérie. Mais faut-il immobiliser la science et s'en tenir à ces observations? Au contraire, ne convient-il pas, en rétablissant avec eux les faits dans toute leur étendue, dans toute leur généralité, de chercher à en faire un départ plus rigoureux? L'alternative n'est douteuse pour personne : ni M. Bouillaud, ni M. Piorry, ni M. Beau, ni M. Bouchut, ne contestent l'excellence du but; toute dissidence entre eux repose sur la différence dans l'emploi des moyens. Or, pour M. Bouillaud, le progrès a consisté à avoir expliqué une foule de phénomènes dits nerveux par la chloro-anémie; pour M. Piorry, le progrès consisterait à ramener à des lésions fixes, matérielles, du système nerveux, tout ce qui appartient à un trouble fonctionnel de ce système; pour M. Baillarger, le progrès consiste à mieux définir ce qui appartient à l'hystérie et à l'hypocondrie, sauf à laisser le reste au nervosisme; pour M. Beau, au contraire, le progrès serait de conserver à l'hystérie et à l'hypocondrie tout ce qu'on cherche à en distraire, mais en montrant mieux les liens cachés qui rattachent les symptômes nerveux à ces deux types principaux de la maladie nerveuse. MM. Gibert et Bouchut sont à peu près d'une opinion opposée : réduire à leur symptomatologie la plus directe l'hystérie et l'hypocondrie, et enlever à ces deux maladies ce qui ne s'y rapporte pas directement pour en constituer le nervosisme aigu et chronique : tel est leur but. On le voit, d'accord sur la nécessité d'une observation plus précise, et sur la réalité d'un fonds commun de maladies essentiellement nerveuses, tous nos collègues ne diffèrent que sur la délimitation à donner à leur domaine. Nous le confessons volontiers, d'accord aussi avec eux sur ces deux points, nous différons avec tous sur la manière de concevoir le caractère spécial des maladies nerveuses, et sur la manière de les distinguer entre elles et de les classer.

Sans s'en apercevoir peut-être, MM. Bouillaud, Baillarger, Beau, Gibert et Bouchut ont procédé de la même manière. Ils ont pris pour base de leur détermination les caractères extérieurs des maladies. Cette méthode, qu'on peut appeler en bonne part la *méthode empirique* ou *symptomatique*, ne repose que sur les apparences extérieures des objets : leur plus ou moins grande diversité, leur différence d'étendue de forme, de durée, en un mot, tout ce qui est extérieur et accessible aux sens, voilà la base de leurs déterminations. Quand M. Bouchut réduit l'hystérie à la forme spasmodique, et quand M. Beau veut restituer à l'hypocondrie tous les symptômes nerveux en plus de la insomnie, ils n'ont pour se guider l'un et l'autre que la différence des phénomènes; ni l'un ni l'autre ne s'est préoccupé de leur nature, de leur origine, de leur raison d'être. M. Baillarger seul a dit quelques mots de la caractéristique des maladies en rapport avec la spécificité de leurs formes. Cependant là était la condition et la source du progrès. Pour qui se place à ce point de vue, c'est-à-dire au point de vue de la nature des maladies, de leur causalité, les choses peuvent se comprendre et se limiter plus rigoureusement. Ainsi, dans toutes les maladies nerveuses, il y a un ordre de phénomènes communs : le trouble, la perversion de la fonctionnalité nerveuse, c'est-à-dire la multiplicité et la généralité des formes. Mais ce trouble, cette multiplicité et cette généralité de formes ou symptômes, sont-ils les mêmes lorsque des causes essentiellement différentes les mettent en jeu? Si tous les phénomènes nerveux ont quelque chose de commun au point de vue physiologique, ne prennent-ils pas un caractère propre, un mode d'arrangement, d'apparition, de succession, de mobilité ou de fixité, suivant les causes qui les provoquent? Voilà le principe. Quant à l'application, elle n'est ni moins facile, ni moins rigoureuse.

Il est de fait que l'hystérie ne saurait ressembler à l'hypocondrie. Certes si les deux sièges peuvent également être atteints de l'une, l'autre est exclusivement réservée à la femme. Eh bien! en quoi consistent l'une et l'autre de ces deux espèces? D'où partent-elles? comment se forment-elles? quelle est leur caractéristique propre? Si, après ce départ fait au profit des deux maladies suffisamment connues

---

MALADIES DE LA PEAU. — L'emploi du soufre contre les maladies cutanées est une pratique tellement répandue qu'elle en est devenue en quelque sorte populaire. Cependant le traitement par les eaux sulfureuses n'est réellement indiqué que quand il existe dans la constitution un vice herpétique, que l'affection est ancienne et le malade peu irritable. La France possède en eaux sulfureuses, bonnes pour les dermatoses, des richesses tellement admirables qu'elles excluent toute comparaison avec celles des autres pays. Qu'il me suffise de citer Baréges, Luchon, Cauterets, Saint-Sauveur, Amélie, Ax, Molitg, Uriage, Gréoulx, Saint-Honoré, Pierrefonds et Enghien. Les principales sources sulfureuses réunies de l'Allemagne, de la Suisse, de la Savoie et de l'Italie, ne sont, à vrai dire, représentées que par les deux Aix, Bade (Autriche), Weilbach, Saint-Gervais, Schinznach, Acqui, la Porretta et Rapolano. C'est peu pour le nombre; pour la qualité, si on les rapproche des nôtres, c'est peut-être moins encore.

Je ne connais qu'une source étrangère à laquelle nous soyons quelquefois forcés de recourir pour les maladies de ce genre : c'est Louèche. Cette source, en déterminant vers la peau l'éruption appelée *poussée*, convient tout particulièrement dans les cas où le vice herpétique est répercuté. Chose remarquable! Louèche, si souverain dans certaines maladies cutanées, ne contient pas un atome de soufre.

OBÉSITÉ.—L'obésité, quand elle atteint certaines proportions, constitue une infirmité des plus pénibles. Alors, au lieu de recourir, comme on le fait trop souvent, à des breuvages empiriques qui ne diminuent l'embonpoint qu'en s'attaquant à la santé elle-même, on trouvera, dans l'usage intelligent de certaines eaux purgatives, des recettes amaigrissantes exemptes de tout danger. Sous ce rapport, les sources fortes de Kissingen et Hombourg méritent une mention à part. Sedlitz, Pulloa, Saidschitz, Birmenstorf et Friedrichshall ont également une grande valeur; seulement on ne peut aller les boire sur les lieux, par le manque d'établissements thermaux. Certaines eaux, riches en iode, peuvent de même être utilisées contre l'obésité : telle est tout spécialement Heilbrunn. Il est à regretter que dans l'énumération de ces diverses stations, nous ne voyions figurer le nom d'aucune source française; c'est que la France est aussi dépourvue d'eaux iodurées que d'eaux purgatives; à cet égard, notre infériorité est complète.

RHUMATISME. — Toutes les eaux minérales peuvent être utiles; seulement, comme le rhumatisme affecte des formes très-différentes, il faudra, pour le choix de la source, se laisser diriger par le caractère prédominant de l'affection à laquelle il se rattache. Il est impossible d'entrer ici dans des prescriptions individuelles, car on serait amené à passer en revue l'un après l'autre les divers Bains de chaque pays. Je ne puis donc que renvoyer à l'étude des tempéraments et des diathèses. Par exemple, les rhumatismes nerveux, goutteux, herpétiques, vénériens, réclament plus spécialement l'emploi des eaux indiquées contre les névroses, la goutte, les dartres et la syphilis; ainsi pour les autres formes de l'affection rhumatismale. Quant à établir une sorte de préséance des sources françaises ou des sources étrangères, je dirais presque que toutes ces sources se valent en ce sens qu'elles répondent chacune à quelque indication particulière.

GOUTTE. — J'ai consacré dans mon GUIDE un long article à l'étude des

et suffisamment différentes par la nature de leur origine et de leurs causes, il reste un déchet symptomatique qu'on ne puisse rationnellement attribuer ni à l'une ni à l'autre, c'est le cas, non de grouper tous ces symptômes disparates sous l'appellation commune du *nervosisme*, mais de chercher les causes qui puissent se les attribuer. Voilà le progrès; car détacher des symptômes d'une maladie pour les confondre réellement dans une appellation commune arbitraire, il vaut tout autant les laisser autour des maladies auxquelles on les a rattachées sans motifs suffisants. Il y a encore un avantage à cela: c'est que les progrès de la science pourront peut-être un jour découvrir le lien caché qui unit les symptômes les plus excentriques d'une maladie nerveuse à ceux qui la caractérisent le plus directement.

Mais il y a une autre considération à faire valoir. Toutes les maladies nerveuses doivent se ressembler par le caractère physiologique du système qui leur sert de théâtre commun. Pour le vulgaire, la réponse n'est pas douteuse: toutes les maladies nerveuses se ressemblent. C'est même pour cela qu'à l'origine, l'hystérie et l'hypocondrie ont été confondues et décrites comme une même maladie. Mais le bon sens a bientôt conduit à faire deux parts, deux espèces distinctes. C'est qu'en effet, si, à une certaine époque, à certain moment et à certain point de vue, quelques symptômes peuvent se ressembler, dans l'observation successive et générale de la maladie, la physionomie propre des deux espèces se différencie et la science nosographique s'établit de la sorte. Qu'est-ce que cela, si ce n'est la reconnaissance implicite et forcée d'un fait que la notion étiologique eût suggérée d'emblée? c'est-à-dire, n'est-ce pas, que si l'on eût considéré et connu l'origine essentielle des deux maladies, on n'eût pas eu besoin d'être guidé — pour ne pas les confondre — par la différence de leur physionomie extérieure; on eût déduit d'avance cette différence de la différence plus fondamentale de leurs causes.

Or ces causes sont de deux ordres.

Les unes, physiologiques, tiennent au siége et à la spécificité du siége organique de ces maladies. Si, comme on l'a reconnu de tout temps, l'hypocondrie a principalement pour point de départ une affection chronique des organes abdominaux, c'est-à-dire du système ganglionnaire abdominal, l'hystérie a au contraire pour point de départ l'appareil utérin, c'est-à-dire le système ganglionnaire de cet appareil, et probablement une portion spéciale de ce système. Nul doute que les deux maladies ne puissent se combiner, s'influencer, et constituer par ce mélange une maladie mixte; voilà ce qui a encore motivé, et ce qui excuse les rapprochements qu'on a faits entre les deux maladies. Ajoutons que dans leur réaction générale sur le système nerveux central, ces deux affections du système ganglionnaire abdominal et utérin peuvent encore être modifiées et recevoir des conditions physiologiques accessoires un supplément de spécificité corrélative.

Les causes autres que les causes physiologiques des maladies capables de modifier puissamment leur physionomie, sont celles qui la motivent, qui la déterminent; c'est pour cela que nous les appelons pathologiques. Par leur manière d'agir sur le système nerveux de chaque appareil, de chaque région, elles impriment aux réactions de cet appareil un supplément de spécificité qui fait leur cachet propre: on en a des exemples dans les affections hystériques et hypocondriaques résultant de la syphilis, de la constipation opiniâtre, de la masturbation, des affections morales, etc. Si ces différences n'ont pas été notées, elles le seront un jour, parce que la différence des origines implique la différence des symptômes: telles causes, tels effets.

Ces considérations, que nous rappelons à la hâte, et qui se retrouvent à chaque pas plus ou moins explicitement exprimées dans les trente années de la GAZETTE MÉDICALE, touchent au fond des doctrines de ce journal. Si elles étaient mieux comprises, peut-être exerceraient-elles une influence salutaire sur les travaux de notre époque. Ceux-ci, en effet, tendent à redemander au passé ce qu'on en avait injustement oublié. On veut faire revivre l'observation et les doctrines des anciens; mais là n'est pas le progrès; ce n'est là que reculer et s'exposer plus tard à perdre encore ce qu'on aura reconquis. La vérité ancienne n'a chance de se maintenir et de durer qu'à la condition de se moderniser, de se fortifier d'un nouvel élément de vitalité, c'est-à-dire de vérité. Or cet élément réside dans la notion étiologique mieux comprise et mieux appliquée à l'étude des maladies.

JULES GUÉRIN.

ÉTIOLOGIE.

ÉTUDES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE; par le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux, etc.

(Suite et fin. — Voir les nos 3, 4 et 9.)

CICATRICES VACCINALES.

Dans l'espoir de préciser les cas où la revaccination paraît plus nécessaire, on a cherché à établir les caractères tirés des cicatrices vaccinales qui prouvaient l'efficacité d'une première vaccination.

Après avoir singulièrement varié sur la détermination de ces caractères, Gréory fit adopter une théorie qui fut bientôt démontrée par les faits que les épidémies de variolole et les nombreuses revaccinations faites en Allemagne et surtout dans le royaume de Wurtemberg, permirent d'observer. Les docteurs Heim, Dornblüth, Voustosch, Sunderland, etc., ont prouvé qu'il ne fallait point attacher trop d'importance aux cicatrices, et que les plus parfaites et les mieux formées ne sont point nécessairement une condition de préservation absolue.

Il y a ici bien des difficultés sur lesquelles on n'a point assez insisté. Les cicatrices vaccinales subissent une foule de modifications, suivant des circonstances très-variables; chez les jeunes enfants aux chairs blanches et potelées, on peut ne pas les retrouver, bien qu'on ait suivi chez eux l'évolution d'une vaccine magnifique. Dans un âge plus avancé, la peau perd de sa transparence, devient plus colorée, et l'on voit les stigmates vaccinaux reparaître. Il est souvent nécessaire, chez les enfants, d'exercer de fortes frictions sur la peau pour pouvoir les mettre en relief sur le fond plus injecté de la peau. Les caractères établis par Grégory, qui les a plusieurs fois modifiés lui-même, et par MM. Husson, Decking, etc., n'ont donc aucune valeur.

Nous avons vu la variole se manifester, le vaccin se reproduire de nouveau chez des individus qui présentaient des cicatrices remarquables

---

principales formes de la goutte, véritable Protée qui se joue également de nos théories et de nos médications. Je me suis surtout attaché à bien spécifier les sources, soit françaises, soit étrangères, qui conviennent le mieux au traitement de chacune de ses variétés. On comprend qu'un semblable travail, par le multiplicité des questions qu'il embrasse, se prête difficilement à une analyse; je ne puis donc qu'y renvoyer (1), me contentant de donner ici quelques préceptes généraux.

La goutte franchement acide, celle qui est accompagnée d'habitude de gravelle rouge, pourra quelquefois être heureusement modifiée par l'emploi des eaux alcalines, spécialement par celles de Vichy. Mais l'usage trop prolongé de ces eaux aurait le grave inconvénient d'appauvrir le sang et de détériorer la constitution; j'en ai vu de très-nombreux exemples. Aussi tout goutteux prudent s'abstiendra-t-il de fréquenter Vichy plus de deux ou trois années de suite: et encore est-ce pour moi le maximum de temps.

La goutte molle, vague, irrégulière, celle qui s'accompagne fréquemment de gravelle phosphatique, n'éprouve aucune amélioration des eaux alcalines; le plus souvent, au contraire, ces eaux l'aggravent. Cela doit être, puisque, dans cette forme, les liquides de l'économie pèchent déjà par excès d'alcalinité. Il faut plutôt des sources stimulantes et résolutives, telles que Pougues, Contrexéville, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Wiesbaden, les deux Aix ou Ischia. Sans doute ces eaux pourront provoquer la réapparition des douleurs goutteuses, mais, comme compensation, elles redonneront de la souplesse aux muscles et aux ligaments, et préviendront la formation des tophus. Souvent aussi elles seront aptes à rappeler vers les articulations le principe goutteux répercuté sur quelque organe intérieur.

La goutte a-t-elle pour caractère prédominant l'exaltation de la sensibilité, vous préférerez les eaux tempérantes de Néris, Bains, Ussat, Bigorre, Baden-Baden, Bade (Argovie) et Lucques.

Enfin, lorsque la goutte est passée à l'état de cachexie, que les articulations sont nouées par des dépôts crétacés, en un mot, lorsque tous les rouages de l'économie sont altérés profondément, n'hésitez pas à diriger vos malades sur Carlsbad. Aucune eau, dans ces cas extrêmes, n'est comparable à celle-là. Son action, pour peu qu'elle soit dirigée avec mesure et avec art, pénètre insensiblement l'organisme, dissout les engorgements fibrineux de la goutte, et même s'attaque aux concrétions calcaires. C'est ainsi que vous verrez quelquefois les mouvements reparaître dans des articulations plus ou moins ankylosées. Comme les eaux de Carlsbad ne produisent de semblables effets qu'en éprouvant fortement la constitution des goutteux, la plupart de ceux-ci vont, en les quittant, suivre une cure complémentaire à Franzensbad, Wildbad ou Tœplitz.

En résumé donc, il nous faudra mettre à contribution, pour le traitement de la goutte, la plupart des principales sources de la France et de l'étranger. Heureux encore si nous pouvons ainsi, je n'ose dire la guérir radicalement, mais du moins en éloigner et en amoindrir les attaques.

ACCIDENTS VÉNÉRIENS, CACHEXIE MERCURIELLE. — Aucune eau minérale ne

(1) Voir dans la 4e édition de mon GUIDE (p. 572 et suivantes), le chapitre intitulé: *Du choix des eaux minérales dans le traitement de la goutte.*

par leur étendue, leur profondeur, leur apparence striée, tandis que nous avons vu la revaccination échouer chez des individus dont les bras, examinés avec soin, ne révélaient la preuve d'aucune vaccination antérieure.

Nous irons même plus loin : nous serions porté à admettre un rapport inverse entre le degré de réceptivité et d'absence de cicatrices vaccinales, celles-ci devenant plus marquées à mesure que l'on avance en âge, et par conséquent à mesure que les chances de contracter la variole augmentent.

Pour ne point exagérer, nous dirons que nos observations confirment pleinement celles de nos prédécesseurs, et qu'il ne faut tenir aucun compte de l'état des cicatrices vaccinales, et s'en tenir, dans la pratique des revaccinations, aux indications générales tirées de l'âge, de l'influence épidémique, etc.

Autant que possible, il est bon, pour les pratiquer avec succès, de vacciner de bras à bras : c'est ce que nous avons toujours fait, et, autant que possible, avec la lymphe de boutons peu avancés dans leur maturité. Nous devons insister sur ce détail pour faire comprendre que nos revaccinations ont toutes été faites dans des conditions les plus favorables à leur réussite.

Un mot encore sur l'importance des revaccinations. Nous pouvons jusqu'à présent affirmer que nous avons toujours, par cette pratique, enrayé des épidémies menaçantes, et qu'aucun de ceux qui s'y sont soumis n'ont été atteints, bien qu'ils fussent en contact constant avec des varioleux. (Voir l'épidémie de Lhay en 1852.)

Cependant nous avons la douleur de signaler un exemple où cette revaccination a été impuissante :

Obs. — Une jeune fille, âgée de 18 ans, a été revaccinée par nous avec le plus grand soin, le 15 octobre 1845 ; les pustules de vaccinoïde se manifestèrent. Mariée deux ans plus tard, elle soigne son mari atteint de variole, et succombe elle-même à cette maladie.

Nous avons déjà indiqué l'époque qui nous paraît la plus favorable. Nous reculerons volontiers la limite extrême, qui a été fixée à 30 ans, jusqu'à l'âge de 40 à 45 ans.

Influence immédiate de la vaccine sur la variole.

L'influence prochaine de la vaccine sur la variole, c'est-à-dire de la vaccine dans la période d'incubation ou prodromique de cette affection, a donné lieu à de nombreux écrits, au premier rang desquels il faut placer le chapitre XV (1re partie) de l'ouvrage de M. Bousquet, le mémoire de M. Legendre, la thèse de M. Gérault, le travail plus récent de M. Barthez (Revue médico-chirurgicale) ; elle a aussi provoqué des débats assez vifs.

Les faits que nous avons recueillis ne sont pas assez nombreux pour être d'un grand poids dans la balance ; mais ils ont leur importance et leur intérêt.

Obs. — Dans l'épidémie qui a régné à Arcueil, en 1846, sept enfants de la famille R... furent atteints par la variole :

1° Une fille, âgée de 23 mois, non vaccinée, eut une éruption confluente et mourut d'une pneumonie droite, au dixième jour.

2° R..., sa sœur, âgée de 17 ans, variolée huit ans auparavant, eut une variole discrète.

3° R..., une autre fille, âgée de 13 ans, pas vaccinée antérieurement, avait de la fièvre depuis trois jours ; douleur lombaire, céphalalgie, vomissements. Appelé auprès d'elle le 23 juin, nous proposons de la vacciner ; les parents se décident, non sans peine, à consentir à cette demande. Le même jour, l'éruption variolique paraît ; elle est discrète et les pustules sont en complète dessiccation le 2 juillet. Aucune trace de vaccine.

4° R..., un frère des précédents, âgé de 6 ans, éprouve les mêmes symptômes ; il est vacciné le même jour ; il a une variole extrêmement mitigée. Le vaccin ne se montre point.

5° Une sœur, âgée de 4 ans, prise le même jour 23 juin, n'a point été vaccinée ; elle a une éruption beaucoup plus abondante, presque confluente.

6° R..., garçon, âgé de 8 ans, vacciné le 24 juin, au milieu des symptômes de l'éruption, a une variole très-bénigne qui paraît le soir même. Pas de trace de vaccine.

7° Enfin R... garçon, âgé de 6 ans. Mêmes conditions. L'éruption paraît le lendemain de la vaccination ; elle est discrète.

8° Le 24 décembre 1850, Luce, garçon de 6 ans, non vacciné, a une variole discrète, à laquelle néanmoins il succombe avec des accidents cérébraux le 1er janvier 1851.

9° Le 5 janvier, sa sœur, âgée de 8 ans, est vaccinée sur nos instances ; elle était en bonne santé. Le 6, elle est prise de fièvre avec mal de gorge, nausées et vomissements ; pouls à 120. Le 7, convulsions et vomissements porracés ; pouls à 112. Le 8, elle continue à vomir. Le soir, l'éruption variolique paraît ; papules disséminées sur la face ; pouls à 96 ; apparition de trois boutons vaccinaux très-distincts. Le 9, l'éruption se développe ; plus d'accidents, de fièvre, de vomissements ; les deux éruptions marchent parallèlement et avec beaucoup de régularité. Le 11, un peu de fièvre ; les boutons suppurent et sont peu abondants. Le 16, ils se dessèchent ; apyrexie ; appétit. La vaccine continue sa marche jusqu'à la fin.

10° Duval (Mélanie), 16 ans, vaccinée le 26 décembre 1852, est prise, le 30, de vomissements et de fièvre. Le 2 janvier, la variole paraît en même temps que huit boutons de vaccin, quatre à chaque bras. Les pustules sont en pleine suppuration le 8, et le 13 les croûtes sont déjà tombées. La vaccine continue sa marche avec régularité.

11° Son frère Denis, âgé de 3 ans et demi, est vacciné le même jour qu'elle. Le 30 décembre, les vomissements paraissent ; fièvre, agitation, un peu de délire. Le 1er janvier, la variole apparaît, ainsi que le vaccin, et suivent tous deux leur marche comme dans le cas précédent.

12° Mademoiselle Vincent, âgée de 10 ans, non vaccinée antérieurement, est soumise, le 2 janvier 1853, à une vaccination qui ne réussit point ; elle est revaccinée huit jours après (16 janvier). Le 21, elle est prise de douleurs dans les membres, dans les reins ; elle a des vomissements bilieux abondants et très-pénibles ; céphalalgie, fièvre intense. L'éruption vaccinale paraît : quatre boutons à chaque bras. Dans la nuit, la variole paraît à son tour ; les papules sont en médiocre quantité ; elles se développent régulièrement jusqu'au 30 janvier. A cette époque, les pustules sont en pleine suppuration ; la fièvre a reparu pour cesser le 1er février. Les pustules suppurent sur le reste du corps ; elles sont desséchées partout au bout de trois ou quatre jours. L'appétit revient rapidement ; la convalescence est très-prompte. Cette jeune fille n'a conservé aucune cicatrice. L'éruption vaccinale a suivi sa marche régulière ; mais arrivée à la période de dessiccation, elle s'est confondue avec la variole.

13° Andry (Nestor) n'a point été vacciné, quoiqu'il soit âgé de 4 ans et demi. Il est vacciné le 16 janvier, en même temps que la précédente. Rien ne paraît à l'époque habituelle, et l'on croyait avoir échoué, lorsque le 29 janvier, c'est-à-dire treize jours après l'inoculation, nous nous apercevons, en faisant déshabiller l'enfant, que nous nous préparions à vacciner de nou-

---

convient dans les accidents primitifs de la syphilis, à cause de l'inflammation qui complique ces accidents ; il faut attendre qu'un certain temps se soit écoulé. Si l'on employait les eaux alors que la période aiguë serait à peine calmée, on aurait à craindre que la stimulation minérale ne devînt trop vive, et que, par suite, on ne pût la diriger méthodiquement ni même tempérer ses excès. Administrées au moment opportun, les eaux, au contraire, constituent la plus précieuse de toutes les médications.

Je crois, en effet, avoir démontré l'un des premiers (1) que les eaux jouissent de la très-remarquable propriété d'appeler au dehors le virus syphilitique caché profondément au sein des tissus, ou bien, quand la présence de ce virus se trahissait déjà par des signes encore vagues, de rendre le diagnostic plus certain. Ce seront surtout les eaux sulfureuses, et plus particulièrement Baréges, Luchon, Cauterets, Ax, Gréoulx, Pietrapola, Aix-la-Chapelle, Schinznach et Aix en Savoie. Ces diverses sources, pour peu qu'on sache approprier leur choix aux divers tempéraments, ont à peu près toutes une égale valeur. N'oublions pas Louèche : par la *poussée* qu'elle provoque, Louèche est l'eau révélatrice par excellence.

Lorsque, sous l'influence du traitement thermal, les accidents vénériens commencent à se dessiner, il faut diminuer la dose des eaux et faire intervenir les spécifiques tels que le mercure et l'iode, car les eaux minérales sont impuissantes par elles-mêmes à guérir la syphilis, en tant que le virus est encore présent dans l'économie ; par contre, elles peuvent agir, dans ce cas, comme un puissant auxiliaire des agents pharmaceutiques. Or ceci s'applique surtout au mercure. En général, les eaux sulfureuses devront être préférées aux eaux salines, en ce que, administrées concurremment avec ce métal, elles aident à son action antivénérienne et préviennent en même temps toute salivation. Il y a plus, les eaux que minéralise le soufre remédient très-efficacement aux ravages causés par les mercuriaux (stomatite, ptyalisme, ramollissement des gencives), y eût-il même déjà commencement de cachexie.

5° Maladies chirurgicales.

C'est surtout pour le traitement des maladies chirurgicales que l'emploi des eaux constitue une méthode perturbatrice et substitutive qui a pour effet, comme l'a dit avec raison Bordeu, « de changer les affections chroniques en aiguës, les invétérées en récentes, les particulières en générales. » Il s'opère ainsi dans les parties lésées une sorte de projection vitale qu'il faut savoir modifier, ralentir ou suspendre, mais qui, bien dirigée, aboutit à une crise, prélude de la guérison. L'excitation minérale est donc, dans ce cas, la véritable puissance médicatrice. C'est par elle que les foyers fistuleux se détergent, que les engorgements se résolvent, que les vaisseaux et les tissus se régénèrent, que les plaies se cicatrisent ; c'est par elle en un mot qu'on parvient à produire au sein des tissus une heureuse et puissante transformation. Puisque telle est la manière dont les eaux agissent contre

(1) De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis. Paris, 1852. (Ce mémoire est également inséré dans la 4e édition de mon Guide.)

veau, qu'il y a deux boutons à chaque bras : ils paraissent au deuxième jour. Dans la journée du 1er février apparaissent de petites papules sur la poitrine, le cou, le dos et les membres; il n'y a pas de fièvre, et il y a absence complète d'accidents généraux.

Le 2 février, les quatre boutons de vaccin sont déjà secs et prennent une teinte brunâtre; ceux de l'éruption variolique sont déjà très-avancés et tendent à sécher.

Le 9, les croûtes développées à la suite de cette éruption sont en grande partie tombées; mais les pustules vaccinales sont moins avancées, recouvertes d'une croûte brunâtre, fort adhérente, qui n'est tombée qu'au bout de vingt jours, alors qu'il ne restait plus aucune trace de la varioloïde.

Dans les faits que nous avons réunis, la vaccination a été pratiquée à des époques différentes.

Dans la famille R... (d'Arcueil), nous trouvons sur sept enfants :

Une fille de 23 mois, non vaccinée, atteinte d'une variole confluente qui la tue;

La sœur aînée, variolée antécédemment, en est quitte pour une variole discrète;

Une autre sœur, non vaccinée, a une variole confluente;

Les quatres autres enfants, vaccinés quelques heures ou un jour à peine avant l'éruption, n'ont eu qu'une variole très-bénigne. L'éruption vaccinale ne s'est point montrée chez ces derniers.

Voilà des faits négatifs, à moins de supposer que la vaccine, quoique ne se manifestant point à l'extérieur, n'a pas moins modifié l'intensité de la variole, ce qui peut être d'ailleurs parfaitement contesté.

Mais on peut toujours admettre que la vaccination n'a point nui, et il est permis de supposer que si les deux autres enfants avaient subi l'épreuve du vaccin, ils n'auraient peut-être point présenté une variole confluente chez l'un, mortelle chez l'autre.

Dans la seconde catégorie de faits, la vaccine a été inoculée à une époque plus éloignée, et ce n'est qu'au troisième ou quatrième jour que les deux éruptions se manifestèrent simultanément. Notons ici que la variole a parcouru ces périodes avec une très-grande rapidité. Au bout de douze ou quatorze jours, les croûtes étaient déjà tombées, tandis que celles du vaccin ont été beaucoup plus tardives et ont suivi leur marche normale.

Ici donc l'influence s'est fait sentir d'une manière incontestable.

Dans les deux derniers faits, il y a eu une sorte de lutte entre les deux maladies.

Cette jeune fille est vaccinée une première fois sans succès, puis une seconde huit jours après. Au bout de cinq jours après l'insertion de la lymphe vaccinale, c'est-à-dire au bout d'un temps plus long qu'à l'ordinaire, la vaccine se développe, mais accompagnée de tous les symptômes de l'invasion de la variole, qui se montre le soir même et dure quatorze jours.

Chez le jeune garçon vacciné en même temps qu'elle, la vaccine ne paraît que treize jours après l'inoculation, anomalie remarquable; puis trois jours plus tard survient une varioloïde qui en dure à peine huit. La vaccine s'est desséchée beaucoup plus vite qu'à l'ordinaire; mais la chute des croûtes s'est faite à l'époque habituelle, alors qu'il ne restait plus aucune trace de l'éruption concomitante.

Il est impossible de ne point admettre ici que les deux éruptions ne se soient pas réciproquement influencées. Le retard dans l'apparition du vaccin, le développement rapide de la varioloïde, la chute prématurée des croûtes, la bénignité des accidents généraux, le prouvent surabondamment.

Nous n'avons point la prétention d'apporter des faits susceptibles de clore la polémique assez vive soutenue sur ce point de doctrine, et de concilier les dissentiments qui se remarquent entre les différents auteurs.

Tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que la vaccine, lorsqu'elle est parvenue à une certaine époque de son développement, adoucit la variole d'une manière évidente.

M. Bousquet a soutenu une doctrine opposée avec un rare talent, et le chapitre destiné à discuter cette question est certainement un des plus remarquables de son livre, aussi savant qu'élégamment écrit. Pour lui, la vaccine ne guérit que la variole, elle en prend la place, en tient lieu; il y a substitution, rien de plus, rien de moins (p. 220). Il n'admet donc point cette modification que la vaccine imprimerait à la variole : « Si la variole doit être discrète, elle le sera; si elle doit être confluente, elle le sera; mortelle, elle le sera, et réciproquement la vaccine sera forte ou faible, avec ou sans aréole, comme elle l'eût été dans le plus parfait isolement. » (P. 218.)

Il faut le dire, M. Bousquet a été seul de son avis; il s'est vu opposer le nom d'Odier (de Genève), de Guersant, Blache, Rayer, et plus récemment MM. Clérault, Rilliet, Barthez, Legendre, Foucart, ont publié des faits qui paraissent avoir une grande valeur.

Laissant de côté la question théorique, nous nous demanderons quelle est la conduite à tenir en face d'une variole plus ou moins imminente, chez un sujet non vacciné. La réponse sera facile, et M. Bousquet tout le premier, sans doute, donnera, comme tout le monde, le conseil de vacciner.

Or comme il est prouvé suffisamment que si la vaccine n'a point, dans l'époque prodromique de la variole, tous les avantages qu'on veut lui accorder, elle ne paraît produire aucun effet fâcheux, on ne doit pas hésiter à pratiquer la vaccination à toutes les époques et jusqu'au moment où l'exanthème variolique ne menacera point de faire son apparition.

MM. Rilliet, Barthez et Legendre ont prouvé que la vaccine, chez les enfants jeunes, débiles et affaiblis par une maladie antérieure, n'était qu'une complication fâcheuse ajoutée à la variole; qu'elle ne paraissait propre qu'à précipiter son évolution et à lui donner un caractère de gravité plus grand. En conséquence, ils recommandent de s'abstenir dans les conditions que nous venons d'indiquer. Ces conditions se rencontrent plus souvent dans les hôpitaux que dans la pratique civile. Les occasions de suivre les règles qu'ils ont tracées seront assez rares; il sera bon toutefois d'en tenir compte.

---

les maladies chirurgicales, on comprend que leur choix soit plus facile et plus simple que s'il s'agissait d'une de ces affections internes dont nous avons parlé précédemment.

La plupart des eaux thermales, tant salines que sulfureuses, conviennent pour le traitement des maladies chirurgicales. Quelques-unes cependant paraissent mieux appropriées que les autres à cette nature d'affections; c'est le motif pour lequel on y a établi des hôpitaux militaires. Les sources, en France, où existent des hôpitaux de ce genre, sont Baréges, Amélie-les-Bains, Bourbon-l'Archambaut et Bourbonne. Il y a aussi aux eaux de Guano, en Corse, un hôpital militaire fréquenté principalement par les malades de l'Algérie. Il est difficile de se prononcer sur la valeur comparative de ces diverses sources; car, malgré leur différence de minéralisation, l'administration de la guerre y envoie indifféremment ses blessés, quelle que soit l'affection dont ils sont atteints. Or, de part et d'autre, les statistiques sont également satisfaisantes.

Il existe de même, à l'étranger, des sources justement réputées pour le traitement des maladies chirurgicales. Les principales sont les deux Aix, Acqui, Abano, Viterbe, Ischia et Tœplitz. Tœplitz surtout peut être regardé comme la grande infirmerie de l'Allemagne, car, indépendamment de l'Autriche, plusieurs gouvernements allemands, entre autres la Saxe et la Prusse, y ont des hôpitaux militaires destinés exclusivement à leurs nationaux. Disons de suite que, de l'aveu des étrangers eux-mêmes, ces diverses sources sont loin de valoir les nôtres. Toute comparaison devenant par cela même sans objet, et d'ailleurs les maladies chirurgicales se prêtant peu aux voyages lointains, j'en resterai là de cette revue et de ces appréciations.

— Il résulte des détails dans lesquels nous venons d'entrer que, si la France est un des pays les plus heureusement dotés en eaux minérales, elle ne saurait cependant se passer du secours de ses voisins, pas plus que ceux-ci ne peuvent s'affranchir de notre assistance. Dans cet échange de mutuels services, l'avantage, en définitive, reste encore de notre côté. Pourquoi donc, tandis que les établissements de l'Allemagne deviennent, tous les ans, le rendez-vous de ce que la société renferme de plus distingué et de plus élégant, les nôtres sont-ils beaucoup moins bien partagés? J'ai déjà répondu à cette question dans le passage suivant que j'extrais textuellement de mon GUIDE : « C'est qu'en Allemagne les gouvernements eux-mêmes rivalisent de zèle pour tirer tout le parti possible des eaux minérales et pour embellir les lieux où elles se trouvent (1). En France, au contraire, les départements, les communes ou même les particuliers étant propriétaires des sources, une économie mal entendue, des préjugés invétérés, l'absence de direction centrale, laissent nos établissements dans un état d'infériorité relative. Or, qu'on

(1) Sans doute les maisons de jeu y entrent pour beaucoup aussi. Remarquons, toutefois, que ces maisons n'existent que dans quelques établissements voisins du Rhin et que, précisément, elles manquent aux sources qui nous font la plus redoutable concurrence, telles sont : Kreutznach, Kissingen, Pyrmont, Carlsbad, Marienbad, Tœplitz, Ischl, Wildbad et Gastein. Dernièrement encore on les a supprimées à Aix-la-Chapelle, à Evian et à Aix en Savoie; il est même question aujourd'hui de les abolir partout.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE; par le docteur E. Q. LE GENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Vidal (de Cassis), dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, signale une variété de hernie crurale qui, dit-il, n'a été décrite par personne : il donne sa description d'après une note qu'il avait rédigée à l'amphithéâtre de la Pitié, pendant qu'il y faisait des recherches avec M. Goyrand.

OBS. III. — Le 18 octobre 1827, j'ai trouvé, sur le cadavre d'une vieille femme, une hernie bien extraordinaire : elle s'était faite tout à fait à la partie interne du canal crural, à toucher le ligament de Gimbernat. De là elle se portait en arrière, perçait le feuillet profond du fascia lata qui recouvre le pectiné, et se prolongeait dans ce muscle.

Cette hernie consiste en un sac de la longueur de 2 pouces, oblitéré dans sa moitié inférieure; sa paroi est très-épaisse dans le reste de son étendue; il ne contient rien. A son ouverture dans l'abdomen, le sac est entouré d'un tissu sous-séreux violet, comme on en trouve aux ovaires des vieilles femmes.

Cette disposition existait des deux côtés : c'était là évidemment un ancien sac de hernie crurale. (Vidal (de Cassis), TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, 4e édit., t. IV, p. 232.)

Cette observation est très-rigoureuse; c'est là le type de la hernie pectinéale. L'auteur indique bien son rapport avec le canal crural, mais seulement au niveau du ligament de Gimbernat, par conséquent à l'orifice supérieur de ce canal, à l'anneau crural. C'est dans ce point, au niveau du bord supérieur du pubis, que la hernie se porte en arrière et traverse le feuillet profond du fascia lata qui recouvre le pectiné. Elle ne suit donc pas le trajet du canal crural, et si son rapport avec les vaisseaux fémoraux n'est pas indiqué dans l'observation, c'est qu'elle en est à une assez grande distance.

M. Richet a mentionné, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE CHIRURGICALE, un cas analogue.

OBS. IV. — J'ai disséqué, dit-il, une hernie crurale dans laquelle on voyait une portion de l'épiploon qui, après avoir traversé l'aponévrose pectinéale, s'était mise en rapport immédiat avec les fibres de ce muscle. (Richet, ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE, 1857, p. 905.)

Dans ce fait très-brièvement rapporté, M. Richet a en vue surtout la marche des hernies crurales dans l'entonnoir fémoral. Il montre que c'est la paroi antérieure formée par la lame criblée qui cède le plus ordinairement, comme étant la paroi la plus faible. On comprend cependant qu'à la rigueur ce soit la paroi postérieure qui faiblisse, celle qui est formée par l'aponévrose du muscle pectiné, comme dans l'observation précédente.

Mais nous n'avons pas d'indications sur la hauteur à laquelle la hernie a traversé l'entonnoir, pour pouvoir préciser son rapport avec le canal crural ou la gaîne des vaisseaux fémoraux, et pour affirmer que c'est au niveau de l'anneau crural que cette hernie a dû perforer l'aponévrose pectinéale, comme dans les trois autres observations que je rapporte dans ce mémoire.

Voici maintenant la description du fait que j'ai observé : j'en ai déjà donné une courte observation à la Société de biologie. (Le Gendre, *in* COMPTES RENDUS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1857, p. 86.)

OBS. V. — Cette hernie a été recueillie sur une femme âgée d'environ 60 ans, morte à la Salpêtrière le 6 mars 1855. Cette femme avait été atteinte anciennement d'une hernie crurale pour laquelle elle avait été opérée et guérie par M. Maoec, chirurgien de cet hôpital. On trouve encore la cicatrice et la bride fibreuse adhérente à la peau du pli de l'aine, traces de l'opération ancienne.

La hernie que l'on trouve aujourd'hui est une hernie épiploïque, peu volumineuse : l'épiploon avait contracté des adhérences avec le côté externe du sac herniaire. La longueur totale de ce sac, depuis son ouverture abdominale jusqu'à son épanouissement dans le muscle pectiné était environ de 4 centimètres.

Si l'on examine cette hernie du côté de l'abdomen, on voit qu'elle occupe la même situation que la hernie crurale ordinaire; elle sort entre la veine iliaque externe et le bord concave du ligament de Gimbernat. L'espace qui existe entre ces deux parties offre, chez cette femme, un élargissement considérable. La hernie repose sur la partie moyenne de l'éminence iléo-pectinée, contre le bord concave du ligament de Gimbernat. Par conséquent, le ligament rond contenu dans le canal inguinal longe le bord antérieur de la hernie et l'artère épigastrique répond au côté externe du collet du sac herniaire.

En mesurant dans cette région cette partie de l'ouverture supérieure que traverse la hernie et que l'on désigne sous le nom d'anneau crural, on trouve : de la concavité du ligament de Gimbernat au bord interne de la veine iliaque externe, 3 centimètres 6 millimètres. D'autre part, la distance du collet de la hernie à la veine iliaque externe est de 1 centimètre 1 millimètre; enfin, le diamètre de ce collet, du côté de l'abdomen, avant qu'il ait franchi l'anneau, est de 11 millimètres.

Voyons maintenant comment cette hernie passe de la région abdominale dans la région crurale. Elle s'engage immédiatement en avant du ligament de Cooper pour traverser l'aponévrose pectinéale, qu'elle refoule plutôt pour s'en former une enveloppe; il n'y a pas ici de perforation d'une aponévrose, comme cela a lieu au niveau du fascia cribriformis; le fascia pectinéal coiffe la hernie, qui l'a déprimé en doigt de gant. La tumeur herniaire suit la face antérieure de la branche transversale du pubis, sur laquelle elle repose.

Arrivée dans la région crurale, cette hernie se présente avec une forme arrondie, en infundibulum, ressemblant pour le volume à un petit œuf de pigeon : son plus grand diamètre est de 2 centimètres. Elle ne présente pas de rétrécissement à sa partie supérieure pour former un collet au sac herniaire, dans le point où elle traverse l'aponévrose pectinéale, qui est cependant épaisse et résistante.

Elle répond par sa partie postérieure à la face antérieure de la branche transversale du pubis, au niveau de la gouttière sous-pubienne; elle en est séparée par une partie des fibres musculaires du pectiné, près de son insertion; il a fallu disséquer ce muscle par sa face postérieure et enlever ses fibres pour isoler la hernie qui était logée au milieu de ses faisceaux musculaires.

---

le sache bien, les malades qui vont aux eaux désirent y trouver, avec la santé, le bien-être ou même le plaisir qui, s'il ne guérit pas, fait du moins oublier la souffrance. Leur exigence, à vrai dire, n'est autre que l'exercice d'un droit fondé sur la richesse qu'ils répandent dans le pays, soit par eux-mêmes, soit par les constructions d'utilité, d'embellissement ou de luxe que leur présence active ou nécessite. Il y aurait donc à la fois patriotisme et sagesse à faire cesser un semblable état de choses, et à prendre au plus tôt les mesures les plus propres à sauver plusieurs de nos thermes de l'abandon si regrettable qui les menace. » (GUIDE AUX EAUX, 4e éd., p. 44.)

CONSTANTIN JAMES.

— A propos des embellissements projetés dans le XIe arrondissement, une question d'une haute importance a été soulevée dans le Conseil de salubrité. Il s'agissait de savoir si un établissement d'études anatomiques pratiques peut exercer une influence fâcheuse sur l'état sanitaire des habitations voisines. Précisons plus nettement le point du litige, et disons qu'il s'agissait de décider s'il y a nécessité de transférer l'École pratique annexée à la Faculté de médecine de Paris dans un local excentrique et très-éloigné du siége de la Faculté, ou s'il est possible, sans porter atteinte à la salubrité publique, de conserver cet établissement important dans le quartier qu'il occupe. Nos lecteurs comprendront, sans peine, l'immense influence que la solution de cette question était appelée à exercer sur l'avenir des études médicales en France. Le Conseil, tout en recommandant à l'autorité supérieure de veiller à la bonne installation des pavillons d'anatomie et à la désinfection des eaux de macération et de lavage, a déclaré qu'un établissement de ce genre, bien isolé et bien entretenu, ne peut, en aucune manière, compromettre l'état sanitaire des maisons construites dans le voisinage. Tous les médecins apprendront avec plaisir cette décision, qui concilie si heureusement les exigences de la salubrité publique avec les besoins impérieux de la science.

Nous avions espéré que les conclusions si sages du remarquable rapport de M. Guérard ne rencontreraient pas de contradicteurs sérieux; mais nous avions compté sans M. le directeur de l'École de perfectionnement du Val-de-Grâce, lequel a soutenu, contrairement à tout ce qu'ont établi les meilleurs travaux d'hygiène publique, que les pavillons d'anatomie sont des établissements insalubres et, par suite, doivent être relégués aussi loin que possible des centres de population. Comme nous, tout le monde sera certainement surpris de voir M. le directeur du Val-de-Grâce adopter une semblable doctrine. Chacun sait, en effet, que le Val-de-Grâce est un vaste hôpital militaire, situé au centre d'un quartier pauvre mais très-populeux. Et cependant il y a, dans le Val-de-Grâce, un établissement de dissection! M. le directeur pourrait-il expliquer comment et pourquoi des émanations si dangereuses pour la salubrité publique entre la rue Monsieur-le-Prince et la rue de l'École-de-Médecine perdent toutes leurs propriétés infectieuses dans le quartier Saint-Jacques. Nous espérons que notre question ne lui paraîtra pas indiscrète.

Décidément, le directeur du Val-de-Grâce n'a pas la main heureuse en matière d'organisation des études médicales; nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié sa célèbre et malheureuse campagne au sein du Comité des inspecteurs généraux, contre le rétablissement du baccalauréat ès lettres.

Le sommet de la tumeur arrive presque au niveau du trou obturateur. En avant, la hernie est recouverte par l'aponévrose du muscle pectiné, et, de plus, par les feuillets aponévrotiques superficiels de la région inguino-crurale. D'après cette situation, elle affecte des rapports très-éloignés avec les vaisseaux fémoraux qui sont situés en dehors et sur un plan plus superficiel, et séparés de la hernie par la paroi interne et postérieure du canal crural ou de la gaîne triangulaire qui leur fournit le fascia lata. (Le Gendre, observation inédite.)

J'ai décrit ce fait avec détails, les deux figures de la planche 1 pourront servir à mieux faire comprendre la disposition et les rapports de cette hernie avec les organes environnants.

On peut voir, dans la figure 1re, que la hernie occupe dans la région abdominale la position de la variété la plus commune de la hernie crurale, c'est-à-dire qu'elle est située entre le bord externe et concave du ligament de Gimbernat et la veine iliaque externe. De là elle traverse, au niveau même de l'anneau crural, l'aponévrose du muscle pectiné.

La figure 2 de la même planche montre bien le rapport de la tumeur avec le bord supérieur du pubis en arrière, et avec l'aponévrose du muscle pectiné en avant. On voit nettement la disposition de cette lame aponévrotique qui va s'insérer en dehors sur la capsule articulaire coxo-fémorale, en se joignant au fascia iliaca, et comment la hernie est séparée des vaisseaux fémoraux par cette même lame aponévrotique profonde, résultat de l'accolement des deux aponévroses fascia iliaca et pectiné, qui, confondues dans leur insertion sur la capsule articulaire, se séparent en avant pour former les deux parois postérieures de la gaîne triangulaire des vaisseaux fémoraux.

RÉSUMÉ DES FAITS.

Après l'exposé des faits que je viens de rapporter, je crois qu'il est possible de regarder cette variété de la hernie crurale comme bien nettement caractérisée. C'est du reste ce qui va résulter encore de la discussion de ces cinq observations. En les passant en revue, nous verrons qu'elles offrent de nombreux points de ressemblance, et si elles diffèrent par quelques détails, c'est seulement d'après l'interprétation différente des diverses parties de cette région du pli de l'aine, si controversée parmi les anatomistes et les chirurgiens.

Dans quatre cas où l'on a noté le sexe, c'est chez la femme que cette hernie a été observée; cela doit tenir aussi à la plus grande fréquence de la hernie crurale chez elle.

L'âge des sujets était très-avancé : trois fois à 60 ans, une fois chez une vieille femme, une seule fois à 40 ans.

Cette tumeur renfermait presque toujours de l'épiploon; une fois une anse intestinale était étranglée; dans un autre cas, il ne restait qu'un ancien sac herniaire.

La situation de la hernie du côté de l'abdomen est toujours précisément notée contre le bord concave du ligament de Gimbernat, et même, dans un cas (obs. IV), le chirurgien la compare à une hernie crurale ordinaire.

Deux fois seulement on indique la position des vaisseaux fémoraux en avant de la hernie, ou mieux, en dehors.

Enfin, le caractère spécial qui distingue cette variété de hernie est constaté par tous les auteurs dans les cinq observations : la tumeur repose sur le pectiné ou traverse son aponévrose, qui forme une enveloppe au sac herniaire.

Comme on le voit, il existe aujourd'hui dans la science cinq cas bien décrits de cette variété de hernie crurale que je désigne sous le nom de hernie pectinéale ou hernie de J. Cloquet. Nous pouvons maintenant en tracer la description d'après les principaux caractères que nous venons de mentionner.

DESCRIPTION DE LA HERNIE CRURALE PECTINÉALE OU HERNIE DE J. CLOQUET.

Cette hernie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme : elle est située tout à fait à la partie interne de la cuisse, très-profondément; elle ne fait pas de saillie appréciable sous la peau dans cette région crurale; si la tumeur était très-volumineuse, cette saillie se présenterait dans la région du trou obturateur.

Voici son trajet : dans la région abdominale, cette hernie traverse l'anneau crural entre le bord externe et concave du ligament de Gimbernat et le côté interne de la veine iliaque externe, puis elle s'engage immédiatement en avant du ligament de Cooper pour se placer en avant des muscles pectiné et psoas, ou traverse l'aponévrose de ce premier muscle en se dirigeant en arrière, suivant la face antérieure de la branche transversale du pubis, sur laquelle elle repose. Elle arrive ainsi dans la région crurale jusqu'au-dessous de la gouttière sous-pubienne; son collet répond au niveau de l'anneau crural.

Sa direction, comme on le voit, est tout à fait opposée à celle que suit la hernie crurale ordinaire. En effet, placée d'abord sur le bord supérieur du pubis d'arrière en avant et de haut en bas, elle se dirige en arrière dans la région fémorale de haut en bas et d'avant en arrière, de manière à représenter une courbe dont la concavité postérieure embrasse la branche transversale du pubis.

Nous avons indiqué les rapports de cette hernie dans la région abdominale, ils sont les mêmes que ceux de la hernie crurale que l'on rencontre le plus fréquemment. Notons seulement que le collet du sac est plus rapproché, dans cette région, du bord concave du ligament de Gimbernat.

Du côté de la région crurale, la hernie affecte des rapports complétement différents. Située très-profondément, elle est en rapport avec les muscles psoas et pectiné sur lesquels elle repose, ou bien elle est enveloppée par les fibres du muscle pectiné qui la séparent de la face antérieure du pubis; en avant, elle est recouverte par l'aponévrose de ce muscle. Enfin, elle est placée très-en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux, dont elle est assez éloignée. En effet, elle est située sur un plan bien plus profond et vers la région la plus interne de la cuisse.

Elle présente successivement, comme enveloppes, des parties superficielles aux parties profondes : 1° la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; 2° les deux lames de l'aponévrose superficielle; 3° enfin cette portion de l'aponévrose fémorale, dépendance du facia lata, qui passe en avant du muscle pectiné et du premier adducteur. Cette dernière lame aponévrotique présente deux feuillets, un superficiel qui recouvre le muscle pectiné, l'autre profond qui forme une véritable enveloppe à la hernie.

DISCUSSION DES FAITS.

A cette description, nous joindrons quelques observations sur le mécanisme de la formation de cette hernie.

La hernie crurale du pectiné a-t-elle suivi le canal crural tel que le décrivent les auteurs? Je n'ai pas l'intention de donner une nouvelle description des aponévroses de la région du pli de l'aine. M. Deville a fait, dans ces derniers temps, une étude extrêmement complète de la disposition qu'elles présentent autour des vaisseaux fémoraux, et en discutant sur ce point les opinions des différents auteurs, il a décrit d'une manière extrêmement précise ce que l'on doit entendre aujourd'hui par canal crural. Je renvoie donc à son beau travail sur les hernies crurales. (Deville, COUP D'OEIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE. *Des hernies crurales.* 1853.)

On pourra consulter aussi la disposition de ces aponévroses du pli de l'aine dans mon ANATOMIE CHIRURGICALE HOMALOGRAPHIQUE, où j'ai représenté la coupe de Scarpa pour montrer le rapport exact des vaisseaux avec les aponévroses et le tissu cellulaire ambiant de cette région que l'on a désignée sous le nom de *canal crural.*

L'examen de la figure qui représente le pli de l'aine, dont aucune dissection n'a dérangé les rapports, fera bien comprendre, je l'espère, cette disposition des aponévroses qui est ici la même que dans toutes les autres régions du corps. Ces membranes enveloppent les muscles sous forme de gaînes, les unissant les uns aux autres; dans les intervalles qui séparent ces muscles se trouve du tissu cellulaire où rampent les vaisseaux et des ganglions, recouverts seulement par ces aponévroses. (Le Gendre, ANAT. CHIRURG. HOMALOGR., 1858, pl. 23.)

Le canal crural peut être regardé comme une disposition de l'aponévrose fémorale en forme d'entonnoir, renfermant les vaisseaux artériels veineux et lymphatiques qui traversent de la région iliaque dans la région fémorale. Ce canal, limité de tous côtés par des feuillets de l'aponévrose fascia lata, commence dans la région abdominale au niveau de l'anneau crural, pour se terminer du côté de la cuisse, vers le point où la veine saphène interne se jette dans la veine fémorale.

La hernie crurale pectinéale que nous venons de décrire n'affecte de rapport qu'avec la partie supérieure du canal crural, dans le point où les aponévroses de la région abdominale se continuent avec celles de la région crurale. C'est au niveau de l'anneau crural que la hernie s'engage immédiatement en avant du muscle pectiné ou à travers l'aponévrose de ce muscle. Or on sait que le muscle pectiné remonte très-haut pour s'insérer à la crête pectinéale et sur la surface pectinéale du pubis qui regarde du côté du bassin.

D'après ce rapport, cette hernie doit bien être rangée parmi les hernies crurales, puisqu'elle est située comme elles immédiatement en dehors du bord concave du ligament de Gimbernat, au-dessous du

canal inguinal et en dedans de l'origine des vaisseaux fémoraux; elle ne diffère de la variété ordinaire de la hernie crurale que dans son trajet fémoral.

Je ne crois pas que l'on puisse admettre que cette hernie ait suivi la gaîne celluleuse des vaisseaux pour traverser ensuite la paroi postérieure. Non pas que je rejette d'une manière absolue la possibilité de ce trajet de la hernie crurale; je sais qu'il existe des observations de hernies contenues dans cette gaîne vasculaire; mais alors, de même que, dans certains cas, nous voyons la tumeur faire hernie par la paroi antérieure de ce canal, de même aussi nous comprenons comment sa paroi postérieure peut céder sous la pression des viscères.

Nous ferons remarquer qu'il existe une certaine gradation dans tous les faits dont nous venons de donner la description, si l'on envisage le rapport de la hernie avec les aponévroses qui constituent le canal crural. Nous voyons dans un cas la hernie en rapport avec la face antérieure des muscles psoas et pectiné, envoyer un diverticulum dans ce dernier muscle dans un autre cas; enfin, dans la majorité des faits, elle traverse tout à fait l'aponévrose pectinéale.

Ainsi la hernie crurale du pectiné affecte des rapports trop éloignés avec les vaisseaux fémoraux dans la région crurale pour qu'on puisse la regarder comme une de ces variétés qui se font dans la gaîne des vaisseaux. C'est le plus souvent directement dans le bassin, dans la région abdominale même que s'est faite la séparation entre la tumeur et ces mêmes vaisseaux fémoraux.

Aussi je rejette la dénomination de *hernia retrovascularis* que quelques auteurs allemands unt donné à cette variété de hernie crurale, parce qu'elle entraîne avec elle l'idée d'un rapport trop immédiat avec les vaisseaux fémoraux. (BALASSA UNTERLEIBS HERNIEN, Wien., 1856, p. 147.)

Il y aurait encore à discuter le rapport de cette hernie avec le fascia transversalis. Cette aponévrose se termine, comme on sait, au niveau de l'anneau crural en se perdant sur les différents feuillets aponévrotiques qui le constituent, et en recouvrant les vaisseaux iliaques externes au moment où ils traversent dans la région inguino-crurale. De cette disposition du fascia transversalis résulte une espèce de fossette plus ou moins marquée, à laquelle Thomson a donné le nom d'*entonnoir femorali-vasculaire*. C'est le septum crural de M. J. Cloquet à travers lequel s'engagent souvent les hernies; dans quelques cas même il leur fournit une véritable enveloppe.

Ce rapport n'existe pas pour la hernie pectinéale; elle traverse ordinairement l'aponévrose du pectiné en avant du ligament de Cooper, dans un point où le fascia transversalis, près de sa terminaison, est réduit à une lamelle extrêmement mince et presque confondu avec l'aponévrose du pectiné. Il faut donc admettre qu'il a été traversé par la hernie et qu'il ne lui fournit pas une nouvelle enveloppe, puisqu'on n'en fait aucune mention dans les observations, et qu'on n'en retrouve pas de traces sur la tumeur dans la région inguino-crurale, dans le fait dont j'ai donné avec détails la description anatomo-pathologique.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES.

Il nous reste seulement à faire ressortir les faits les plus importants que présente cette hernie au point de vue pratique.

Sa situation à la région la plus interne de la cuisse et sa profondeur pourraient la faire confondre avec la hernie obturatrice; car elle occupe tout à fait la même position. La recherche du pédicule de la tumeur qui se prolonge vers le pli de l'aine pourrait seule faire reconnaître que l'on a affaire à une hernie passant par l'anneau crural.

Dans un cas d'étranglement, il faudrait, comme l'indiquent ces rapports, se rapprocher beaucoup de l'épine du pubis dans la recherche du collet de la hernie au point de vue de l'opération. De plus, comme dans la région abdominale, la hernie est très-rapprochée du bord concave du ligament de Gimbernat, c'est sur ce bord fibreux que devrait porter le débridement dans le cas où une opération serait nécessaire; dans ce point, il n'y a pas de vaisseaux importants à léser. Je rejette la pratique de Calliseu qui, dans un cas, débrida en avant sur le ligament de Fallope (obs. 1), à cause de l'anomalie fréquente de l'artère obturatrice, et surtout à cause de la présence des petites artères pubiennes, branches de l'épigastrique qui passent dans ce point et dont la blessure peut quelquefois amener une hémorrhagie assez grave pour occasionner la mort, comme j'en ai vu un exemple.

Si maintenant nous étudions les couches que le chirurgien aurait à traverser pour arriver à cette hernie, nous trouvons seulement, malgré sa profondeur, des parties superficielles aux parties profondes: 1° la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; 2° les deux lames de l'aponévrose superficielle; 3° dans quelques cas, l'aponévrose fascia lata qui recouvre le pectiné; 4° enfin le sac berniaire doublé du tissu cellulaire sous-péritonéal ou fascia propria.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

AMAUROSE DATANT DE SIX ANS; PLUSIEURS ATTAQUES D'APOPLEXIE; HÉMORRHAGIES DU CERVEAU ET DU CERVELET; ALTÉRATION ATHÉROMATEUSE DES ARTÈRES CÉRÉBRALES ET CÉRÉBELLEUSES, etc.; par M. HILLAIRET, médecin de l'hospice des Incurables (hommes). Observation lue à la Société de biologie.

OBS. — Le 15 décembre 1854, le nommé Jacquin, âgé de 64 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes), et est couché au n° 20. C'est un homme d'une forte constitution et très-vigoureux.

Il a toujours exercé la profession de bonnetier, qui l'a mis dans la nécessité de travailler, depuis l'âge de 10 ans, des journées entières, dans une chambre à température fort élevée. Il fut très-adonné aux excès alcooliques et aux excès vénériens, auxquels il n'a renoncé que quatre années environ avant son admission à l'hospice.

Il a subi il y a très-longtemps, à une époque qu'il ne peut préciser, l'amputation partielle du pied gauche pour une lésion traumatique. L'opération a été pratiquée par Lisfranc.

En 1849, il fut atteint, pour la première fois, d'étourdissements fréquents, de céphalalgie sus-orbitaire continue et opiniâtre, et de constipation. A dater de cette époque, sa vue s'affaiblit graduellement au point, qu'en 1851, il percevait à peine la lumière de l'œil gauche. Malgré l'emploi réitéré des saignées et des vésicatoires, la vue continua à s'affaiblir de plus en plus jusqu'en juin 1854, époque à laquelle il fut admis à l'hospice des Incurables. Il y voyait à peine pour se conduire et ressentait toujours de la céphalalgie continue, mais plus vive dans des temps que dans d'autres.

Le 15 décembre 1854, Jacquin entra à l'infirmerie, accusant, depuis deux ou trois jours une céphalalgie des plus intenses, des étourdissements plus marqués et plus fréquents, *et enfin des vomissements presque incoercibles*, puis de la somnolence. Toutefois, il racontait très-bien ce qu'il éprouvait. On lui prescrivit immédiatement une saignée, un lavement purgatif et un vésicatoire volant sur le sommet de la tête.

Le lendemain, à la visite, il fut trouvé dans l'état comateux le plus complet, ne pouvait proférer une seule parole, faisant entendre une respiration stertoreuse; seulement il semblait entendre lorsqu'on le secouait et qu'on l'appelait à hauts cris, car il suivait alors les yeux et faisait quelques signes de tête. Il n'y avait aucune trace de paralysie, les membres étaient en résolution. Il resta ainsi plongé deux jours entiers dans le coma le plus complet, pendant lesquels on insista énergiquement sur le même traitement: sangsues derrière les oreilles; calomel et jalap à l'intérieur; boissons délayantes. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'amendent assez rapidement, et la vue semble s'améliorer un peu.

Le 26 décembre, après plusieurs jours de traitement très-énergique et continu, Jacquin était en assez bon état, sauf un peu de lourdeur de tête. L'état comateux avait disparu; le malade répondait parfaitement aux questions, digérait très-bien ses aliments; l'amélioration survenue dans l'état de la vue persistait, car il pouvait distinguer les personnes. Il était en état de se lever.

On appliqua alors un séton à la nuque, et trois jours après il se développa, au pourtour des deux plaies d'entrée et de sortie de la mèche, un érysipèle qui envahit successivement la tête, le cou, le tronc, les membres supérieurs. Pendant la durée de cette complication grave, Jacquin constate qu'il distingue encore mieux la lumière; bientôt il compte, avec l'œil gauche qui avait été le premier pris et le plus malade, le nombre des vitres de la fenêtre. La suppuration de l'exutoire est entretenue; des purgatifs et des pédiluves synapisés sont prescrits.

L'état général s'améliore de jour en jour, et le 16 février 1855, c'est-à-dire après deux mois de séjour à l'infirmerie, le malade sort dans un état très-satisfaisant et pouvant distinguer les heures et même les minutes au cadran de l'horloge de l'hospice.

Le séton est conservé près de deux mois et demi.

Depuis cette époque, Jacquin, qui observe un régime convenable, jouit d'une bonne santé. Toutefois, durant les grandes chaleurs de l'été suivant (1855), il éprouva de nouveau de la céphalalgie et parfois des étourdissements.

Je l'avais perdu de vue depuis quelques mois, lorsque le 13 novembre, il est de nouveau conduit à l'infirmerie. Cette fois, il peut à peine imprimer quelques mouvements au bras droit et à la jambe droite, qui sont le siége de fourmillements et d'engourdissements. Il ne peut se soutenir sur la jambe droite. Cette hémiplégie incomplète est venue lentement. Depuis la veille au soir, pendant la nuit, elle s'est faite d'une manière progressive et n'a été précédée ni accompagnée de perte de connaissance.

Sous l'influence d'une saignée générale, il se manifeste une certaine amélioration.

Le 14, je prescris une application de 15 sangsues aux apophyses mastoïdes;

puis calomel et jalap à l'intérieur, qui donnent lieu à des évacuations abondantes.

Le 16, l'amélioration de l'état général est notable. Les douleurs de tête ont disparu, ainsi que les fourmillements; les mouvements étaient plus faciles dans le bras paralysé. Le membre inférieur correspondant ne peut supporter le malade; la face est toujours déviée à gauche; la langue qui, au début, était déviée à droite, est un peu revenue à sa direction normale.

Le 22 novembre, sur les instances du malade, qui en avait déjà obtenu de grands bénéfices, je fais appliquer un séton à la nuque. Jaquin se trouvait à cette époque dans l'état suivant : intelligence nette, sensibilité générale intacte, motilité très-faible du côté droit, surtout au membre inférieur qui ne peut soutenir le poids du sujet. La main gauche se contracte assez énergiquement; la droite a beaucoup moins de vigueur, mais peut serrer assez convenablement encore; l'excrétion des urines et la défécation se font normalement. La vue est de nouveau affaiblie depuis le début des accidents (cet affaiblissement a été graduel comme l'hémiplégie), mais elle l'est moins aujourd'hui qu'à l'époque de l'entrée du malade. Il y a ceci de remarquable qu'autrefois l'affaiblissement de la vue était beaucoup plus prononcé à l'œil gauche, et qu'aujourd'hui il est à peu près égal pour les deux yeux. La parole est toujours embarrassée, pâteuse, lourde; la langue est légèrement déviée, ainsi que la face; les fourmillements dans les extrémités paralysées ont diminué.

Le 25, le séton est pansé régulièrement.

Jusqu'au 28, il ne se passe rien de notable, si ce n'est que Jaquin trouve que son bras droit prend plus de force. Il peut s'en servir pour manger. La jambe droite ne peut encore servir à la station.

Le 4 décembre 1855, il ressent des douleurs assez vives dans la jambe et le pied droit. L'appétit est un peu revenu; les fonctions se font assez régulièrement.

Le 7, il commence à pouvoir se servir de sa jambe, qui est seulement un peu paresseuse et lente; il se sert bien de son bras.

Du 8 au 15, il se lève, marche avec un peu d'aide, mais ne peut encore bien se soutenir seul. La douleur qu'il a ressentie pendant quelques jours, dans la jambe et le pied paralysés, a disparu.

Du 16 au 20, il commence à se tenir debout.

Le 19, il peut faire quelques pas sans autre soutien que des béquilles.

Du 20 au 30, l'amélioration continue graduellement; le malade peut faire plusieurs fois par jour le tour de la salle, se déshabiller et se coucher seul. La vue est notablement améliorée; il peut lire et distinguer, quoique avec peine, comme avant cette seconde attaque, l'heure au cadran de l'horloge de l'hospice.

Il sort le 4 février 1855, pour aller dans sa salle (section des grands infirmes).

Depuis sa sortie, Jaquin a pu marcher en se soutenant à l'aide de béquilles, et plus tard avec un bâton. La jambe droite reste un peu traînante, mais les mouvements du bras droit sont complétement rétablis, et la vision très-nette; il reconnaît les petits objets, même de l'œil gauche.

Pendant trois années, je perdis de vue ce malade. Il se porta très-bien dans le cours des deux premières, mais comme il faisait peu de mouvements, qu'il restait des demi-journées assis auprès de son lit, dormant la plupart du temps, il engraissa beaucoup. Son embonpoint augmenta à ce point, vers la fin de l'année 1857, qu'il cessa de sortir dans les jardins de l'établissement. Il avait beaucoup de difficulté à marcher; ses jambes pouvaient à peine le soutenir; la vue était sensiblement affaiblie dans les deux yeux. L'appétit diminua; il mangea de moins en moins, et cependant son ventre grossissait de plus en plus. La miction, d'abord facile, volontaire, devint plus lente et quelquefois indépendante de sa volonté, surtout lorsque la vessie était pleine. Les urines étaient un peu troubles, lactescentes, et laissaient de temps en temps au fond du vase un dépôt muco-purulent. Il était dans ces conditions, lorsque, le 14 mai 1858, il entra de nouveau à l'infirmerie. Il était dans l'état suivant :

Depuis huit jours, Jaquin a, sans cause connue, les urines fortement colorées en rouge et plus abondantes que de coutume; mais l'émission était volontaire et n'occasionnait aucune douleur. De jour en jour elles sont devenues plus colorées, laissant déposer des caillots sanguins au fond du vase, et plus abondantes. Il se décida alors à réclamer des soins.

L'embonpoint de ce malade est extrême, le ventre très-volumineux et globuleux, mais plus volumineux à gauche de la ligne médiane et plus résistant qu'à droite. La percussion fait constater de la résonnance gazeuse dans toute l'étendue de ce côté droit, tandis qu'à gauche elle est remplacée, lorsqu'on percute profondément, par de la matité, depuis la dixième fausse côte jusqu'au niveau à peu près de l'épine iliaque. La palpation fait constater de ce côté un corps solide irrégulièrement globuleux, un peu aplati verticalement vers son bord droit, mais très-lisse et non bosselé. D'ailleurs la palpation et la pression abdominale ne causent aucune douleur. Les urines, rendues abondamment pendant la nuit et la matinée, sont complétement rouges et laissent déposer un caillot qui couvre le fond du vase; elles ont été faciles et volontaires. Affaiblissement général; l'intelligence du malade est obtuse, la parole est empâtée; les mouvements des membres supérieur et inférieur du côté droit sont difficiles, la sensibilité y est très-affaiblie. Le malade ne peut, en aucune façon, renseigner sur ses antécédents depuis une année, ni dire s'il a ou non souffert pendant le développement exagéré de son ventre.

Des boissons acidules sont prescrites; des injections d'eau froide sont pratiquées dans la vessie. Le malade est soumis à une alimentation légère et peu abondante. Peu à peu les urines deviennent moins colorées; le malade les rend facilement, excepté lorsqu'il se trouve quelque caillot poussé dans le canal.

Le 24 mai 1858, vingt et un jours après son entrée, les urines étaient devenues tout à fait limpides et moins abondantes; mais le ventre avait conservé le même volume. Jacquin demandait à partir; il se trouvait beaucoup mieux; je refusai.

Deux heures après la visite, les accidents nerveux survinrent. L'interne de service (M. Lancereaux) vint immédiatement et trouva le malade dans l'état suivant : La parole est tout à fait abolie. Jacquin cherche à se faire comprendre par des gestes; l'intelligence est conservée; l'hémiplégie droite est plus prononcée; le bras et la jambe peuvent à peine exécuter quelques mouvements très-limités; toutefois il peut encore porter, avec beaucoup de peine, la main à la tête; le pouls est fort développé, de 76 à 80; les battements du cœur soulèvent vigoureusement la paroi thoracique; la matité de la région précordiale est plus étendue que de coutume. Une saignée de trois palettes est pratiquée.

A la visite du soir, l'état est à peu près le même; la parole cependant semble moins anéantie.

Le lendemain, 25 mai, l'état est à peu près le même. On note que le malade n'a pas eu de vomissements; état subcomateux; intelligence plus obtuse que la veille. (Lavement purgatif, etc., etc.)

Le 26, l'état comateux a fait de sensibles progrès; tous les membres sont en résolution; le pouls est à 96; la langue est sèche; les dents sont recouvertes de croûtes noirâtres.

Il se joint à l'état comateux de l'adynamie, qui, après avoir persisté six ou sept jours, se dissipe peu à peu; mais en même temps l'hémiplégie augmente. On applique alors un séton à la nuque. Dès les premiers jours de son application, le malade peut parler un peu et se faire presque comprendre pendant quelques jours. Cet état persiste durant une partie du mois de juin.

Le 23 juin, il est pris de vomissements, qui se renouvellent ensuite deux ou trois fois; ils surviennent dès que les boissons ou les aliments sont ingérés. En même temps la langue devient rouge et sèche; le pouls prend de la force et s'accélère; la peau est chaude et sèche; le facies, habituellement hébété, est en outre profondément altéré.

L'examen de la poitrine ne fait rien découvrir de particulier : il en est de même pour la cavité abdominale, qui présente la même déformation que celle décrite précédemment.

Le 26 juin, on découvre un vaste érysipèle à la partie postérieure du tronc, sur les régions dorsale et lombaire, qui descend sur le membre inférieur droit.

Pour traitement : vin de Bordeaux, quinquina; onctions avec axonge, etc.

Les jours suivants, l'érysipèle continue à se propager; l'état général persiste.

Le 30 juin, l'état est le même; il survient encore quelques vomissements.

Le 2 juillet, le malade paraît un peu mieux; l'érysipèle de la cuisse est en partie disparu.

Le 3 juillet, l'érysipèle reparaît sur la jambe droite et s'étend de plus en plus, de manière à l'envahir complétement. La langue se sèche de nouveau; elle ne peut plus être sortie de la bouche; les dents deviennent noires et fuligineuses; le malade ne parle plus; son pouls est fort, à 100 pulsations; l'hémiplégie est absolue; le pharynx se paralyse également. Les aliments et même les boissons ne peuvent plus pénétrer dans l'estomac.

Les 4 et 5 juillet, l'état est le même et le 6 juillet Jacquin meurt après une longue agonie.

AUTOPSIE 30 heures après la mort.

Aspect extérieur. Roideur cadavérique à peine prononcée du côté paralysé, tandis qu'elle l'est beaucoup plus du côté opposé; pas de taches sur le corps.

Cavité crânienne. A l'ouverture de la boîte crânienne, il s'écoule une très-grande quantité de sérosité. En certains points, cette sérosité, comprise entre l'arachnoïde et la pie-mère, forme des espèces de kystes placés entre les circonvolutions; les membranes ne présentent rien d'anormal; la pie-mère est peut-être un peu injectée; elle se détache parfaitement de la substance cérébrale, dont la consistance est ferme et résistante. La masse cérébrale est peu volumineuse, cela s'explique jusqu'à un certain point, puisque le lobe postérieur droit est presque entièrement détruit; mais néanmoins il est facile de voir que l'hémisphère gauche, qui est resté intact, est un peu atrophié; il en est de même du cervelet, qui est d'un assez petit volume.

Les artères de la base du cerveau sont presque toutes altérées par des produits athéromateux ou calcaires; le tronc basilaire est considérablement rétréci; l'artère cérébrale postérieure droite, qui se rend au lobe postérieur du même côté, est amincie, blanche, décolorée, réduite en une espèce de cordon fibreux. On reconnaît la présence d'un caillot fibrineux adhérent et allongé, existant depuis longtemps. Dans le tronc basilaire se trouvent quelques caillots noirâtres.

Le lobe postérieur du cerveau est déprimé à la face inférieure et paraît être le siége d'un ancien foyer, qui aurait pour paroi inférieure la pie-mère et l'arachnoïde. En effet, lorsqu'on vient à inciser les membranes épaissies, on tombe dans une cavité dont la paroi supérieure est constituée par la paroi supérieure de la portion postérieure du ventricule latéral. Mais cette paroi n'est pas altérée; elle a sa coloration normale, tandis que la corne postérieure et ce qui reste de la substance cérébrale constituant le plancher du ventricule latéral en dehors de la corne d'Ammon, présente une couleur café

au lait (1), qui indique assez qu'elle a été le siége de l'ancien foyer. Celui-ci donc ne paraît pas avoir communiqué avec le ventricule; néanmoins, dès son début, il semble avoir plutôt siégé dans la substance de la corne postérieure, qu'il a détruite en grande partie; la longueur de ce foyer, qui part de l'extrémité de la corne postérieure pour se porter en avant jusqu'au niveau du corps strié, est de 8 centimètres. Les membranes épaissies, qui forment le plancher du ventricule, au lieu de la substance cérébrale détruite, présentaient sur un de leurs points un dépôt calcaire, et sur un autre point un amas de substances noirâtres qui paraît avoir été le siége de l'ancien foyer.

On comprend qu'un foyer aussi considérable, comme devait être celui dont nous voyons les débris, a dû comprimer les portions voisines; aussi voyait-on la couche optique correspondante considérablement atrophiée, réduite d'un tiers et même de moitié. La bandelette optique du même côté, quoique ne paraissant pas plus petite que celle du côté opposé, a cependant dû être également soumise à ta compression. On pensait peut-être ici trouver une explication de l'amaurose qui a existé autrefois. Cependant, malgré l'atrophie de la couche optique, le malade voyait des deux yeux au moment même de la mort. La substance cérébrale, qui environne cet énorme et ancien foyer, a perdu un peu de sa consistance; elle est assez fortement injectée et commence aussi à se ramollir.

L'hémisphère cérébelleux du même côté (gauche) est aussi le siége d'un ancien foyer, siégeant à sa face supérieure, assez large, mais peu profond, existant à la surface de la substance grise. Il intéresse à peine la substance blanche. Ce foyer présente une couleur jaune sale (peau de chamois clair); on n'y trouve pas de membrane kystique. Cet hémisphère est petit et atrophié.

Les hémisphères cérébraux et cérébelleux du côté opposé sont sans altération et d'un petit volume.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Le *foie*, sauf une infiltration graisseuse, ne présente rien de particulier à considérer.

Les reins sont recouverts par un paquet graisseux tellement considérable qu'il devient difficile de les énucléer.

Le *rein gauche* est très-volumineux, oblong, aplati transversalement; il offre à sa partie inférieure une tumeur de la grosseur des deux poings, assez arrondie, mollasse, ayant à l'extérieur l'aspect de l'encéphaloïde. Divisé en deux parties égales, cette tumeur n'est autre chose qu'un kyste qui renferme une matière d'un gris rouge sale. Vessie çà et là, ayant aussi quelque peu l'aspect de l'encéphaloïde ramolli, car elle est mollasse et même comme pulpeuse et se divise très-facilement à la plus légère pression et sous un filet d'eau. Le kyste est tapissé d'une membrane interne. Cette substance, examinée au microscope, n'a présenté rien autre chose que des cellules graisseuses, des cristaux nombreux de cholestérine et des granulations indéterminées. (Cet examen a été fait par M. Robin et par moi séparément, et nous sommes arrivés au même résultat.)

La substance propre du rein, substance corticale et médullaire, tube de Malpighi, etc., etc., sont refoulés à la partie supérieure de l'organe et quelque peu comprimés. Les vaisseaux sont assez développés et gorgés de sang. Les intestins et les épiploons infiltrés d'énormes quantités de graisse.

Poitrine. Les poumons ne présentent rien de particulier, si ce n'est quelques adhérences qui unissent le poumon droit à la paroi thoracique.

Cœur assez volumineux, surtout à gauche où le ventricule est considérablement dilaté. Il n'est pas recouvert, comme les organes de la cavité abdominale, d'une couche de graisse trop considérable. Rien d'anormal aux orifices; pas d'ossifications.

Yeux. Les yeux, examinés par M. Follin, n'ont rien présenté d'anormal, si ce n'est un faible exsudat plastique entre la choroïde et la rétine de l'œil gauche.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL.

Les livraisons de juillet et octobre 1857 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Phénomènes de la circulation capillaire*; par M. Flicat. 2° *Traitement de la scarlatine par l'acide acétique dilué*; par M. Schneck. 3° *Cas de paralysie générale partielle ou paralysie des aliénés*; par M. Earle. 4° *Des malades traités à l'hôpital de Pensylvanie*; par M. Packard. 5° *Statistique obstétricale*; par M. Pierson. 6° *Emploi du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle*; par M. Gallahert. 7° *Injections du chlorate de potasse dans les cas de leucorrhée et d'ulcération du col*; par M. Brown. 8° *Emploi de l'eau dans le traitement des fièvres*; par M. Cornelberry. 9° *Influence de la grossesse sur la marche de la phthisie*; par M. Warren. 10° *Etude chimique et physiologique de la bile*; par Dalton. 11° *Luxation compliquée des os longs*; par M. Hamilton. 12° *Remarques cliniques sur l'ordre des bruits du cœur*; par M. Lée. 13° *Description d'un nouvel appareil pour les maladies du coude*; par M. Baud. 14° *Heureux emploi du procédé de Marshall-Hall pour ranimer un enfant asphyxié*; par M. Lente. 15° *Extirpation de la clavicule*; par M. Curtis. 16° *De la petite vérole et de ses variétés*; par M. Mc Dowell. 17° *Ovariotomie couronnée de succès*; par M. Bennett. 18° *Deux cas de guérison, après fractures des vertèbres*; par M. Lente. 19° *Empoisonnement par le chloroforme*; par M. Smith. 20° *Maladies intercurrentes de la grossesse*; par M. Hutchinson.

(1) Peau de chamois clair.

PHÉNOMÈNES DE LA CIRCULATION CAPILLAIRE; par AUSTIN FLINT, M. D.

Les expériences du docteur Reid avaient déjà permis d'inférer que le sang privé d'oxygène, comme dans l'asphyxie, est ralenti dans le système capillaire. Celles de Flint prouvent directement que le sang non aéré stagne dans les capillaires, bien que le cœur continue à se contracter. Ainsi dans l'asphyxie, l'obstacle à la circulation gît dans les capillaires. Leur inertie peut rejeter sur le cœur tout le travail de la circulation, et cet organe ne plus suffire à cette tâche.

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE PAR L'ACIDE ACÉTIQUE DILUÉ; par B. F. SCHNECK.

Pendant les douze ou quatorze derniers mois, dit le docteur Schneck, une grave épidémie de scarlatine régnait autour de moi. Sur 190 cas que je traitai par la méthode recommandée par les plus hautes autorités médicales, je perdis un malade sur 8 1/2 ou 9.

Mécontent de ce résultat, j'essayai l'acide acétique dilué recommandé par le docteur Brown, dont j'ai eu la bonne fortune de lire l'ouvrage au commencement de cette année. De 60 cas que j'ai traités d'après cette méthode, je n'en ai pas perdu un seul. Cependant la maladie n'avait point diminué de violence, car sur ces 60 scarlatines, il y en a eu de si graves qu'elles auraient eu certainement une issue fatale même avec tous les soins que j'aurais pu leur donner. Il est vrai que sur ces 60 malades deux moururent plus tard, l'un d'un épanchement thoracique, l'autre d'un épanchement cérébral, qu'un troisième succomba au quinzième jour de sa convalescence aux suites d'un purpura hæmorrhagica; mais ces accidents ne peuvent être attribués au traitement.

Bornons-nous à enregistrer le fait, mais gardons-nous d'en donner la théorie fondée sur la nature de la maladie et sur l'action de l'acide acétique sur l'économie. Ces explications prématurées n'ont de scientifique que l'apparence, car elles ne s'appuyent que sur de vagues hypothèses.

Le docteur Brown entend par acide acétique dilué, une partie d'acide acétique dans sept parties d'eau distillée.

On le prescrit ainsi qu'il suit :

Prenez : A. acét. dilué	30 grammes.
Sirop simple	15 —
Eau distillée	120 —

Pour un enfant de 9 ans, deux cuillerées à bouche toutes les quatre heures.

Cette mixture sera continuée pendant toute la durée de la maladie, quelle qu'en soit la forme, et une ou deux semaines après, jusqu'à ce que la desquammation ait complétement cessé. Elle agit, dit l'auteur, comme astringent sur le système lymphatique et les séreuses, et prévient ainsi l'hydropisie. Pourvu qu'elle la prévienne, c'est assez pour le moment, l'avenir seul nous dira peut être à quel titre.

CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS; par le docteur PLINY EARLE.

Ce médecin rapporte, dans son travail, le cas très-rare d'une guérison complète et durable de paralysie générale parfaitement établie. Nous en présenterons une courte analyse.

OBS. — Un avocat distingué de l'État de New-York, âgé de 42 ans et marié, ayant éprouvé en 1847 des revers de fortune et perdu un enfant qu'il chérissait, s'abandonna à la mélancolie.

Au commencement de 1848, il eut une attaque épileptiforme, bientôt suivie de plusieurs autres. Sa parole s'embarrassa, et les muscles des bras devinrent si faibles qu'il ne pouvait plus écrire.

Il entra, à la fin de juillet 1848, à l'asile de Bloomingdale. A cette époque, il est très-excité, sans cesse en mouvement; loquacité, incohérence, délire général, embarras de la langue qui rend sa prononciation souvent défectueuse; pupilles contractées. On observe, quelques jours après, que la pupille de l'œil gauche est plus large que celle de l'œil droit, et qu'il y a une paralysie partielle de tous les membres.

Les idées de richesses, de rang, de pouvoir, le dominent de plus en plus. Sensibilité générale obtuse, goût émoussé. La paralysie s'étend bientôt aux sphincters de la vessie et du rectum. L'embarras de la parole est plus marqué à certains jours. La mémoire des faits récents est presque entièrement perdue. Excoriations en diverses places. Purgatifs répétés, séton à la nuque.

Il était encore dans le même état le 3 novembre 1848, époque où il quitta l'asile pour la maison de santé du docteur Macdonald, à Flusbing.

Au bout de quelque temps, le mieux se manifesta et le malade sortit guéri peu de mois après. Il ne fut soumis à aucun traitement spécial par le docteur Macdonald, qui attribuait sa guérison aux seules ressources de la nature.

Ce gentleman est encore vivant; il jouit d'une excellente santé, au physique comme au moral; il suit avec succès des affaires très-étendues.

INJECTIONS DE CHLORATE DE POTASSE DANS LES CAS DE LEUCORRHÉE ET D'ULCÉRATION DU COL; par M. BROWN.

Ayant observé les bons effets d'une solution de chlorate de potasse dans les ulcérations externes, l'auteur songea à l'employer dans les ulcérations du col utérin. Ses injections sont composées de 4 gr. de sel pour 250 grammes d'eau environ. Le succès répondit à son attente; il cite quatre observations. La guérison de l'ulcération et de la leucorrhée fut complète au bout de deux semaines. Une condition essentielle, c'est que la maladie soit bornée au vagin et au col.

QUELLE EST L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES TUBERCULES? par EDWARD WARREN. M. D.

La diathèse tuberculeuse implique l'existence d'un certain affaiblissement de l'action digestive qui se manifeste par une transformation incomplète des matières grasses en chyle et une formation insuffisante de fibrine. Cet affaiblissement est produit par un état anormal du système nerveux, qui n'envoie plus aux organes digestifs une excitation suffisante à l'accomplissement de leurs actes. Il résulte de la torpeur de ces organes une diminution de la quantité des fluides qu'ils sécrètent, et ces fluides deviennent insuffisants pour l'élaboration complète du chyle. Alors les globules rouges et la fibrine sont diminués, tandis que l'albumine acquiert une prédominance relative. La diathèse tuberculeuse est constituée et l'amaigrissement, la débilité nerveuse, l'irritabilité pulmonaire, et les produits morbides en sont les conséquences.

D'autre part, la grossesse produit dans l'économie des conditions opposées à la diathèse tuberculeuse.

La grossesse est de toutes les fonctions la plus haute et son existence est incompatible avec la marche et l'accomplissement d'un effort morbide. La grossesse détourne les forces et les fluides des poumons sur l'utérus.

L'auteur sent le besoin de corroborer ces assertions par des raisonnements et de les appuyer sur des autorités et il en invoque un grand nombre à son aide. Les faits, ce qui vaut mieux, sont en sa faveur, une foule d'observations prouvent que la phthisie est plus souvent enrayée pendant la grossesse. On peut admettre comme corollaire qu'un certain nombre de femmes sous l'imminence de la phthisie en ont été préservées par la grossesse, et c'est probablement pourquoi, bien que les femmes soient plus fortement prédisposées que les hommes à la tuberculisation, il n'en meurt pas beaucoup plus que des hommes des suites de la phthisie.

CONSTITUTION ET PHYSIOLOGIE DE LA BILE; par le professeur DALTON.

Voici les conclusions du travail du professeur de New-York :

1° Les deux substances biliaires, la cristalline et la résineuse, ne sont pas identiques dans les différentes espèces d'animaux, quoiqu'elles y soient respectivement ressemblantes dans la plupart de leurs propriétés chimiques;

2° Dans tous les cas elles se comportent de la même manière avec le réactif de Pettenkofer, soit qu'il agisse sur les deux substances à la fois, ou seulement sur l'une d'elles;

3° Dans les différentes espèces de bile, les matières peuvent être distinguées les unes des autres principalement par leurs réactions avec les sels de plomb;

4° Dans la bile humaine, il n'y a pas de substance cristallisable, mais seulement une substance résineuse. Il en est de même dans la bile du porc;

5° Le réactif de Pettenkofer est le seul bon pour les substances biliaires proprement dites.

Il peut ne point les faire apparaître quand elles sont en quantité trop minime, mais si on l'emploie avec précaution, il ne nous fera pas prendre ces substances pour d'autres.

6° La bile, dans les carnivores, passe dans l'intestin pendant douze heures au moins après le dernier repas.

7° Elle coule dans l'intestin avec plus d'abondance immédiatement après le repas; pendant les vingt-quatre heures suivantes, elle y est versée d'une quantité presque uniforme (environ 1 gramme 40 cent. de matières biliaires par heure chez un chien de taille moyenne). Mais de la dix-huitième à la vingt-quatrième heure elle est beaucoup diminuée.

8° Quand la bile entre en contact avec les sucs gastriques, les matières organiques de ces sucs sont précipitées, mais les substances biliaires restent en solution.

9° Elles disparaissent durant leur passage par l'intestin, de sorte que le réactif de Pettenkofer ne peut plus les déceler.

10° Elles sont, selon toute probabilité, absorbées de nouveau; mais s'il en est ainsi, elles subissent d'abord un changement dans l'intestin, car elles ne donnent plus la réaction de Pettenkofer, par le sucre et l'acide sulfurique.

REMARQUES CLINIQUES SUR LES LIMITES NORMALES DANS LESQUELLES ON PERÇOIT LES BRUITS DU CŒUR; par le docteur A. LEE.

D'après le docteur Lee, il faut regarder comme trop absolue dans les auteurs classiques, la valeur qu'ils accordent à l'extension anormale des bruits du cœur, comme signe d'une affection propre de cet organe.

D'abord à l'état physiologique, l'étendue dans laquelle on perçoit les bruits du cœur n'a pas de limites bien tranchées. Il y a beaucoup de conditions individuelles étrangères au cœur lui-même qui peuvent les faire varier à l'état physiologique; il y a en outre certains états morbides des organes pulmonaires en particulier qui peuvent aussi en modifier l'étendue. Tels sont, entre autres, les dépôts tuberculeux, l'hépatisation, l'apoplexie pulmonaire, l'épanchement pleural, les infiltrations cancéreuses, l'œdème pulmonaire et peut-être la dilatation des bronches. Toutes ces lésions sont des causes de renforcement et de propagation des bruits; il en est d'autres qui les diminuent, comme l'hypertrophie ou l'épaississement des parois cardiaques, l'atrophie, le ramollissement, l'atonie locale, la débilité générale, l'hydropéricarde ou l'emphysème du bord antérieur du poumon, le manque de souplesse des valvules, etc.

OVARIOTOMIE COURONNÉE DE SUCCÈS; par M. BENNETT.

OBS. — Alice Banett, âgée de 24 ans, s'aperçut, il y a un an, que son ventre prenait du développement; elle s'en inquiéta peu d'abord, car sa santé n'était que médiocrement altérée. Lorsqu'elle consulta l'auteur, son ventre avait le volume de celui d'une femme enceinte; cependant elle était bien réglée, elle urinait comme d'habitude et allait normalement à la selle. On percevait fort bien la fluctuation à la partie supérieure de la tuméfaction abdominale, dans la station verticale, et moins bien à la partie inférieure. Cette différence n'existait plus quand la malade était couchée. Il y avait partout de la matité à la percussion.

M. Bennett pensa qu'il avait affaire à un kyste ovarien, multiloculaire, dont la poche la plus considérable occupait la partie supérieure, ou bien à un kyste de l'ovaire, avec ascite. Du reste, les battements du cœur étaient normaux; pas d'œdème; pas d'albumine dans les urines, ni de signe d'affection du foie.

M. Bennett dit à la malade que l'extirpation était le seul moyen de guérison; que cette opération présentait une chance fatale sur trois.

Trois semaines après, la tuméfaction ayant augmenté, on fit une ponction, qui donna issue à plusieurs pintes d'un liquide épais.

Quatre jours après, on procéda à l'opération. Une incision fut pratiquée de l'ombilic au pubis, sur la ligne médiane; le péritoine étant ouvert, il s'écoula en grande quantité un liquide transparent, et on vit le kyste ovarien à la région hypogastrique; on le fit saillir au dehors avec précaution, car il était enclavé dans le petit bassin, puis on entoura le pédicule avec une ligature. La plaie fut réunie par quatre points de suture et on fit un pansement ordinaire.

Pendant tout le temps de cette opération, la malade était sous l'influence du chloroforme. Le jour précédent, elle avait été légèrement purgée; immédiatement après l'extirpation, on lui donna de temps en temps de petites doses de morphine.

Aucun accident ne vint entraver la marche heureuse de la cicatrisation; le quatorzième jour, toutes les ligatures étaient tombées, et, au bout de cinq semaines, l'opérée faisait, sans fatigue, une longue course, dans toute la plénitude de la santé.

La tumeur était formée d'un kyste multiloculaire, affectant la forme sphérique. Ce n'était point, à proprement parler, un kyste multiloculaire, mais plutôt une série de kystes, en nombre infini et de dimensions variables.

M. Clay (de Manchester) paraît avoir pratiqué l'ovariotomie 79 fois; il a eu 55 guérisons et 24 cas de mort.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR DES CALCULS URINAIRES TROUVÉS DANS LA VESSIE D'UN PORC; par M. SCHEERER-KESTNER (de Thann); communiqué par M. JULES CLOQUET.

Un chimiste distingué, dont l'Académie connaît les travaux, M. Scheerer-Kestner (de Thann), a fait parvenir à M. Geoffroy-Saint-Hilaire des calculs trouvés dans la vessie d'un porc. Notre honorable confrère a bien voulu me charger d'examiner et de présenter ces productions pathologiques à l'Académie.

Ces concrétions ont été trouvées, par hasard, dans une des vessies de porcs que M. Scheerer-Kestner s'était procurées pour boucher des bocaux; mais il n'a pu obtenir aucuns renseignements sur l'animal auquel appartenait la vessie sujet de son examen. Ces calculs étaient disséminés par groupes sur la membrane muqueuse, dont ils se sont facilement détachés. Il est bien vraisemblable qu'ils ne lui adhéraient que par du mucus, car la vessie ne présente aucune de ces excavations herniaires dans lesquelles on rencontre assez fréquemment des concrétions lithiques dans l'espèce humaine.

Ces calculs sont au nombre de plus de deux cents; ils sont parfaitement ronds, et leur volume varie depuis celui de la cendrée jusqu'à celui des grains de plomb à lièvre. Leur surface, très-polie, présente un éclat métallique des plus vifs. C'est un reflet mordoré semblable à celui des bronzes de Florence. Au reste, on rencontre assez fréquemment ce brillant métallique et cette couleur sur les calculs urinaires des bœufs, des moutons et dans ceux de la prostate chez l'homme. Cet aspect brillant, métallique, est également un des caractères de certains calculs biliaires.

M. Scheerer-Kestner s'est livré à l'analyse chimique de ces concrétions, et voici un extrait de la Lettre qui accompagne son envoi. « Malheureusement, dit-il, je n'ai pas eu assez de matière pour répéter l'analyse que j'en ai faite et qui correspond aux chiffres suivants :

Silice	1,20
Carbonate de chaux	96,40

» Contre mon attente, continue-t-il, je n'ai trouvé ni trace de phosphate, ni de fer, ni de magnésie. La matière qui colore le calcul est un produit organique, probablement un dérivé de l'acide urique ou de l'acide margarique.

» En calcinant la matière, et en comptant comme perdu l'acide carbonique expulsé du carbonate de chaux, il y a eu un dégagement de 2,92 pour 100, de sorte qu'en définitive ces calculs étaient composés de :

Silice	1,20
Carbonate de chaux	95,40
Matière organique	2,92
	99,52

» D'après l'examen de ces calculs, j'ai tout lieu de penser qu'ils ont été formés dans les cavités libres des reins et qu'ils ne sont parvenus par les uretères dans la vessie que postérieurement à leur formation. Ils constituent, dans l'espèce porcine, une affection semblable à celle qu'on appelle gravelle d'acide urique chez l'homme. Seulement, s'ils ont la même forme, ils en diffèrent essentiellement par l'aspect et par la composition chimique. »

SUR L'IRRITATION CHIMIQUE DES NERFS ET DES MUSCLES; par M. W. KUHNE. (Présenté par M. C. BERNARD.)

Des faits consignés dans ce mémoire, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les acides concentrés agissent également sur les muscles et sur les nerfs moteurs; mais à l'état de dilution ils n'excitent que le muscle et sont sans action sur le nerf.

2° Les alcalis (potasse et soude) peuvent agir sur les muscles et les nerfs, qu'ils soient concentrés ou à l'état de dilution.

3° Certains sels (chlorure de potassium, sodium, calcium) donnent les mêmes effets que les acides, c'est-à-dire qu'à l'état de concentration ils excitent les muscles et les nerfs, tandis qu'à l'état de dilution ils n'agissent que sur le muscle.

4° Il est d'autres substances (l'ammoniaque et quelques sels minéraux) qui n'agissent jamais sur les nerfs, quel que soit leur degré de concentration, mais qui excitent toujours le muscle.

— M. DUCHESNE-DUPARC, en adressant pour le concours Montyon son TRAITÉ PRATIQUE DES DERMATOSES, y joint, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. E. GEORGE présente une note intitulée : ÉTUDES BIOLOGIQUES OU DE PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

M. Cl. Bernard est invité à prendre connaissance de cette note et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

— Deux notes destinées au concours pour le prix du legs Bréant sont adressées des États-Unis d'Amérique, l'une de Cincinnati (Ohio), par M. J. LEA; l'autre de l'État du Kentucky, par M. J.-S. DANIEL.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet une lettre de M. le consul général de France à Port-au-Prince, qui annonce l'envoi à l'Académie d'échantillons de fleurs, de rameaux, d'écorces et de racines de *frêne d'Haïti*, signalés comme un préservatif de la dyssenterie. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Faivre (de Beaune) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1858 dans la commune de Fontenottes;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements des Vosges, des Pyrénées-Orientales, de la Gironde, des Landes, de la Vienne, de la Moselle et dans l'arrondissement d'Arras. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Des lettres de MM. Denonvilliers, Menière, Noel Guénean de Mussy et Hardy, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoi à la section.)

2° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Duchenne-Duparc.

— M. GIBERT dépose sur le bureau, au nom de M. de Beauvais, une brochure sur l'emploi de l'*uva ursi* comme agent obstétrical.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL offre à l'Académie, au nom de M. Boudet, organe de la Société des amis des sciences, la médaille frappée à l'effigie de M. Thénard, fondateur de cette société.

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, les rapports suivants :

1° Sur une source découverte à Encausse (Haute-Garonne), et dite source d'Argut. Cette source ne diffère point, par sa composition chimique, des deux autres sources qui existent déjà dans ce pays. Elle est minéralisée par des bicarbonates alcalins et de l'acide carbonique libre.

2° Sur l'eau de Villemin-Troy, qui appartient à la classe des eaux salines, silicoso-magnésiennes, et vient prendre rang après celles de Contrexeville, de Vitelle, etc.

3° Sur deux sources de Châteldon, dites sources de la Montagne (Puy-de-Dôme); leurs eaux appartiennent à la classe des eaux acidules, bicarbonatées, calcaires et sodiques. Elles ont à peu près la même composition chimique que la source des Vignes, exploitée depuis longtemps.

4° Sur l'eau de deux sources de Vals (Ardèche); l'une de ces sources, la source Camuse, minéralisée par les bicarbonates de soude, de potasse, de chaux, de magnésie, de fer, etc., associés à l'acide carbonique libre, ne présente aucune différence avec les sources déjà connues du même pays; l'autre source, la source Dominique, est d'une tout autre nature. On y trouve de l'acide sulfurique libre, du chlorure de sodium, des silicates, des arséniates et des phosphates du sesquioxyde de fer, enfin du sulfate de chaux.

(La Commission propose d'émettre un avis favorable relativement aux eaux d'Encausse, de Villemin-Troy, de Châteldon et à la source Camuse. Quant à la source Dominique, l'autorisation d'exploiter ne devrait être donnée qu'au médecin inspecteur, en attendant qu'on soit suffisamment éclairé sur ses propriétés médicales (Adopté.)

FOLIE TRANSITOIRE.

M. DEVERGIE communique à l'Académie les renseignements qui lui ont été adressés sur le jeune homme dont il a été question dans son travail sur la FOLIE TRANSITOIRE. Acquitté par la Cour de Pau, sur l'avis des médecins experts, il se retira à Bruxelles, où il vécut dans l'isolement le plus absolu. Le 1er janvier, il quitta brusquement ses appartements, y laissant tous ses effets, et se rendit à Bordeaux. Au lieu de descendre chez son père ou chez son frère qu'il aimait tendrement, il se rendit à un hôtel, où il passa la nuit. Le lendemain, il acheta une paire de pistolets, les chargea, prit une voiture et se fit conduire au cimetière. Là il prit un conducteur et se fit indiquer la tombe de sa belle-mère; il s'y agenouilla, écrivit quelques mots sur un carnet qu'il déposa sur le tombeau, et se fit sauter la cervelle.

Parmi les phrases qu'on lisait sur le carnet, on remarqua celle-ci : « Je veux mourir sur la tombe de celle que j'ai tant aimée, et que j'ai tant regrettée. »

Or, poursuit M. Devergie, ce jeune homme avait conçu tout d'abord, pour sa belle-mère, de l'éloignement, puis une aversion de plus en plus profonde. Cette conclusion de l'observation démontre bien que les experts avaient eu

raison d'admettre, chez ce jeune homme, une véritable *folie transitoire homicide*.

M. Ferrus s'étonne que la Cour de Pau ait pu livrer à lui-même un individu que les experts avaient constaté être atteint d'une aliénation aussi dangereuse.

M. Devergie. J'en suis peut-être plus surpris que M. Ferrus lui-même. Les experts avaient expressément demandé, dans leur rapport, que le malade fût séquestré, attendu qu'un accès analogue au premier pourrait se reproduire d'un instant à l'autre.

M. Ferrus. Les fous de cette espèce peuvent toujours être séquestrés par mesure administrative.

M. Devergie. Il n'était pas dans le pouvoir des experts que cette mesure fût prise.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'état nerveux.

La parole est à M. Beau.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR LE NERVOSISME.

M. Beau : La question soulevée par le rapport de M. Gibert est une des plus intéressantes et en même temps des plus difficiles qui puissent nous occuper. Elle embrasse, en effet, la pathologie si complexe du système nerveux ; c'est ainsi que jusqu'à présent on a traité la question du vitalisme dans ses rapports avec les manifestations nerveuses, et on a traité avec toute l'importance qu'elle méritait la question si pratique de l'anémie, au point de vue de son influence sur le développement des névroses. Il y aurait d'autres points tout aussi intéressants à aborder ; je me renfermerai dans les limites de la proposition fondamentale du travail de M. Bouchut, qui me semble devoir être discutée.

Les symptômes que M. Bouchut réunit sous le nom de *nervosisme* sont-ils, comme il le pense, différents de l'hystérie et de l'hypochondrie? Cela dépend de l'idée que notre confrère se fait de ces deux maladies, et des caractères essentiels qu'il leur prête. C'est ce que nous allons examiner.

M. Bouchut ne donne le nom d'hystérie qu'à la forme convulsive de cette maladie ; la réunion de symptômes non convulsifs, appelée jusqu'à présent *hystéricisme*, hystérie *vaporeuse* ou *sensitive*, *névropathie protéiforme*, est distraite par notre confrère de l'affection hystérique comme une névrose particulière, sous le nom de *nervosisme*.

Cette séparation des formes convulsive et vaporeuse de l'hystérie peut certainement être proposée ; il est même fort possible qu'elle soit acceptée. Mais il me semble qu'une semblable scission aura toujours contre elle de grandes difficultés.

En effet, la forme vaporeuse ou protéiforme de l'hystérie existe certainement seule ; elle est même la plus fréquente des deux à l'état d'isolement, mais la forme convulsive se rencontre rarement sans être procédée ou accompagnée de la forme vaporeuse, c'est-à-dire que les phénomènes protéiformes ou vaporeux servent de prodromes éloignés aux attaques convulsives, ou se montrent dans leur intervalle.

On voit, par là, que ces deux manifestations convulsive ou vaporeuse dénotent le même fond morbide, produisant les vapeurs ou le nérvosisme quand la susceptibilité nerveuse est médiocre, et produisant le mouvement reflexe de l'attaque convulsive quand la susceptibilité nerveuse est intense ou que les causes occasionnelles sont violentes.

Quant aux symptômes différentiels du nervosisme et de l'hystérie convulsive, je trouve que leur opposition a été exagérée.

Ainsi, on doit accorder certainement que la forme convulsive est plus tranchée, plus définie que la forme vaporeuse ; mais cependant cette dernière n'est pas tellement protéiforme, qu'au dire de notre confrère on la trouve à peine semblable sur deux personnes. Si je ne m'abuse, on observe assez souvent chez les femmes vaporeuses la réunion des symptômes suivants : gonflement de la région épigastrique ou des hypocondres, névralgie intercostale, palpitations, sentiment de dyspnée, quelquefois de houle qui, partant de l'estomac, remonte jusqu'au milieu de la région sternale et même jusqu'à la gorge, sans être suivi de mouvements convulsifs.

On voit par là que la sensation de houle ascendante qui pour M. Bouchut donne un cachet caractéristique à l'hystérie, c'est-à-dire à la forme convulsive, se trouve aussi, mais moins souvent, dans le nervosisme, c'est-à-dire dans la forme vaporeuse. Et ce qui prouve que la forme convulsive n'est qu'un degré de plus que la forme vaporeuse, c'est que lorsque cette dernière vient à augmenter d'intensité par suite d'un surcroît dans l'intensité de la cause, la sensation de houle, s'exagérant et devenant plus intolérable à la malade, finit par donner lieu aux mouvements réflexes de l'attaque convulsive.

J'en dirai autant de l'état de la nutrition dont M. Bouchut se sert pour séparer l'hystérie convulsive de son nervosisme. Toutes les femmes affectées d'hystérie convulsive sont maigres absolument ou relativement... On ne peut donc pas opérer une séparation radicale entre les formes convulsive et vaporeuse de l'affection hystérique, c'est-à-dire, pour M. Bouchut, entre l'hystérie et le nervosisme. Cette séparation est aussi arbitraire et aussi illégitime que celle que l'on voudrait tenter entre le vertige et l'attaque de la maladie épileptique, que, malgré leurs dissemblances, on regarde avec raison comme deux manifestations différentes de la même maladie.

Passons maintenant à l'hypochondrie, et voyons si cette maladie est distincte du nervosisme.

Pour M. Bouchut, comme pour un grand nombre de médecins, « l'hypochondrie est caractérisée par une préoccupation constante sur des souffrances réelles ou imaginaires. » Or, cette définition de l'hypocondrie n'est guère donnée et acceptée que depuis le commencement du siècle. Les anciens médecins, Sydenham, Sennert, Willis, Highmore, Hoffmann, Stalh, Stoll, etc., appelaient hypocondrie une maladie à symptômes multiples, mobiles et variables, qui avaient pour foyer ou pour siége principal la zone des hypocondres et de l'épigastre. Ils avaient donc, comme on le voit, donné à une collection de symptômes extrêmement nombreux et variables, un nom anatomique tiré de la région où siégeait habituellement la prédominance symptomatique de la maladie, c'est-à-dire la région hypocondriaque. Il n'y a rien d'étonnant à cela.

Ici M. Beau cite à l'appui les textes de quelques-uns de ces auteurs, puis il poursuit en ces termes :

Quant à la pathogénie de l'hypocondrie exposée par la plupart des auteurs que je viens de citer, il ne sera pas hors de propos de la mentionner. Les organes hypocondriaques ou sous-diaphragmatiques qui servent particulièrement à la digestion étant affectés à la suite de causes morales ou d'une mauvaise hygiène alimentaire, ou d'autres circonstances étiologiques qu'il serait trop long d'énumérer, la chylification se trouve altérée ou enrayée ; le sang n'étant pas suffisamment réparé dans ses pertes, est plus *ténu*, et il en résulte des désordres nombreux et variables dans toute l'économie, et particulièrement dans le système nerveux.

Voilà en abrégé les symptômes caractéristiques et la pathogénie de l'hypochondrie, que l'on trouve dans la plupart des auteurs qui ont écrit avant le dix-neuvième siècle.

Nous allons rechercher maintenant comment s'est fait le changement qui existe actuellement dans la signification du mot hypochondrie.

Parmi les symptômes de l'hypochondrie des anciens médecins, il en est un qui a dû frapper tout le monde, c'est l'appréhension qui tourmente le patient au sujet de sa maladie. Chez quelques-uns, l'imagination est tellement frappée, qu'ils se croient atteints d'autres maladies ou même victimes d'une fascination.

Ce travers morbide de l'intelligence, qui figure au nombre des symptômes de l'hypochondrie, mais qui pourtant ne la caractérisait pas pour les anciens, a paru être tellement essentiel dans cette maladie à plusieurs des nosographes de la fin du siècle passé (Cullen, Sauvages, etc.), qu'ils la firent figurer dans la définition de l'hypocondrie.

Les auteurs de ce siècle ont presque tous marché sur la trace de ces nosographes. C'est par là qu'il faut comprendre pourquoi Franck, Georget, MM. Falret, Brachet, Dubois (d'Amiens), Michéa, etc., ont tous, à l'exception de Louyer-Villermay, Hufeland, Trousseau, Pidoux, et quelques autres, présenté l'hypocondrie comme une névrose de l'intelligence. C'est pour eux la nosomanie qui, sous le nom d'hypocondrie, domine toute la maladie.

Il y a même plus, c'est que les symptômes fournis par l'abdomen, le thorax, etc., qui ont toujours servi à constituer l'hypocondrie des anciens, ne sont plus nécessaires pour caractériser l'hypocondrie des modernes. Il suffit maintenant de se croire affecté d'une maladie grave que l'on n'a pas, pour être considéré comme hypocondriaque.

Ce désordre particulier de l'intelligence existe réellement comme fait pathologique, et il faut en tenir compte ; mais on doit, dans un but de précision analytique, le distinguer, sous le nom de *nosomanie*, de l'hypocondrie de Willis, Hoffmann, Stoll, etc., bien que souvent il figure parmi les symptômes de cette dernière maladie. Il me semble, en un mot, qu'on doit comprendre les rapports de la nosomanie et de l'hypocondrie des anciens, de la même manière à peu près que ceux de l'hydrophobie et de la rage. On sait, en effet, que la rage a l'hydrophobie pour symptôme, mais l'on sait aussi que ce symptôme, surtout chez les animaux, n'est pas constant, essentiel. D'un autre côté on admet avec raison qu'en dehors de la rage on peut observer l'hydrophobie. On peut en dire autant de la nosomanie et de l'hypocondrie.

Il résulte des textes que M. Beau emprunte ici à plusieurs auteurs anciens, que ceux-ci avaient déjà distingué de l'hypocondrie la crainte exagérée de la maladie ; seulement ils n'avaient pas donné un nom particulier à ce dernier symptôme, ils le comprenaient dans le nom générique de *mélancolie*.

Après cette excursion dans l'historique de l'hypocondrie, continue M. Beau, revenons à M. Bouchut, et discutons la question que nous nous sommes proposée : Le nervosisme est-il distinct de l'hypocondrie?

Il est évident que le nervosisme n'est pas différent de l'hypocondrie quand on comprend cette dernière maladie comme les anciens ; mais si, comme la plupart des médecins actuels, on entend la nosomanie sous ce nom d'hypocondrie, le nervosisme et l'hypocondrie sont deux maladies différentes.

M. Bouchut, pour donner une juste idée de son nervosisme, dit qu'il faut lui appliquer ce que Mead pensait du mal hypocondriaque : que c'est une maladie générale plutôt qu'une maladie locale. Je suis complétement de cet avis, et c'est là une vérité que tout le monde doit admettre, puisqu'il s'agit ici de la même maladie portant deux noms différents.

Du reste, il faut le reconnaître, puisque M. Bouchut donnait au mot *hypocondrie* ce sens de nosomanie, il était juste qu'il signalât, en dehors de l'hypocondrie, c'est-à-dire de la nosomanie, le groupe de symptômes nerveux qu'il appelle nervosisme.

Le nervosisme est une affection commune aux deux sexes. Or, comme chez la femme, ainsi que nous avons cherché à le démontrer contre M. Bouchut, il se confond avec l'hystérie dont il constitue la forme vaporeuse, non convulsive, et comme chez l'homme il ne diffère pas de l'hypocondrie des anciens, il s'ensuit que ceux-ci étaient parfaitement fondés à regarder l'hystérie et l'hypocondrie comme des maladies semblables.

Mais je n'ai pas fini encore avec le nervosisme. En disant que le nervosisme de M. Boncbut est semblable à l'bypocondrie des anciens, je ne prétends pas que l'on puisse lire dans les descriptions des anciens autenrs tous les phénomènes signalés par notre confrère. On n'y trouve pas tous les détails séméiologiques dont s'est enrichie la médecine moderne. Mais à part cela, je sontiens que le tableau pathologique est le même.

S'il est difficile de tracer une description générale des affections vaporeuses à l'état cbronique, à cause de leur forme si mobile, c'est une difficulté plns grande encore de la tracer à l'état aigu ou fébrile. On en donne nne idée suffisante, en disant qne c'est une réunion de symptômes nerveux capable de simuler une affectioo pyrétique ou phlegmasique.

M. Bean rapporte ici quelques faits semblables à cenx qne M. Bouchut a elassés dans son nervosime aigu, et qn'il a eu l'oceasion d'observer. Quelqnes-uns de ces faits, que M. Beau désigne sous le nom de *fausses dothinentéries*, à cause de leur ressemblance avec cette affection, étaient dns à des commotions morales ou à de grandes fatigues physiques; d'autres simulaient des affections de poitrine, d'antres des encépbalites on des apoplexies.

M. Bouchut intercale dans son nervosisme aign une maladie nouvellement signalée par M. Chomel, sous le nom de *forme grave de dyspepsie acide*. La dyspepsie est un centre pathologique trop important pour qu'on ne le mette pas en saillie dans la pathogénie d'nne foule de maladies. Mais je pense que jusqu'à nouvel ordre on ne doit pas classer cette maladie, si pen connue encore, dans la classe des névroses, pour cetle raison que tont le monde sentira, c'est que la *dyspepsie acide* dont il est question s'est toujours à peu prés terminée par la mort, tandis que les névroses dont il s'agit dans cette discussion ont pour caractére de n'être pas graves immédiatement ou par elles-mêmes.

Les anciens médecins n'ont pas insisté d'nne maniére spéciale sur la description de cette forme aiguë de névrose. Mais pourtant ils l'ont suffisamment signalée en disant que l'bystéro-hypocondrie imitait toutes les maladies, soit aiguës, soit chroniqnes. Le nervosisme aigu était donc comme en substance. Et à ce sujet je rappellerai ces considérations si longtemps classiques sur l'état des nrines ponr le diagnostic des maladies nerveuses.

De toutes ces considérations, dit M. Beau en terminant, je crois pouvoir tirer les conclnsions suivaotes :

1° La collection de symptômes appelée *nervosisme* par M. Boucbut, se confond avec l'hystérie, dont elle constitue la forme vaporeuse.

2° Le nervosisme se confond aussi avec l'bypocondrie des anciens; il en est la reprodnction réelle, mais il diffère manifestement de l'hypocondrie de la plupart des auteurs modernes, c'est-à-dire de la nosomanie.

3° Il n'y a par conséquent rien de nouveau dans l'exposition des symptômes qui constituent le nervosisme soit à l'état chronique, soit même à l'état aigu.

4° Néanmoins le travail de M. Bouchul est important parce qu'il met en lnmière d'anciennes vérités sous des dénominations nouvelles, qu'il les reproduit d'une manière pressante, et avec toute la force que donne seule l'observation des faits.

La parole est à M. Gibert pour répondre et résumer la discussion, déclarée close.

M. Gibert : J'ai pen de mots à répondre au disconrs de M. Beau, que je dois accepter comme ami plutôt que comme adversaire. Nous n'avoos pas eu l'intention de traiter la vaste question des névroses, assurément trop étendue pour être comprise dans un rapport académique. Le travail de M. Boncbut nous offrait à considérer deux parties, la partie théorique ou scientifique et la partie pratique ou la question d'art. Dans la première, il s'agissait de relier eosemble et de rapporter à un fonds commun les phénoménes nerveux décrits sons des titres différents par les auteurs classiques, et c'est ce que nous a paru avoir fait avec succès M. Bouchut, qu'on adopte ou non, pour désigner ce fonds commnn, le nom de *nervosisme* qu'il a proposé. Les objections de détail présentées sur ce snjet par M. Beau ne nons ont pas paru convaincantes, el ce qu'il a dit en particulier de la forme *vaporeuse* de l'bystérie s'appliquerait aussi bien au *nervosisme* de l'homme qu'à celui de la femme, ce qui impliqnerait contradiction avec le nom même de la maladie. Quant à la question *pratique*, celle qui a le plus particulièrement fixé l'attention de la commission, elle avait pour but de signaler les accidents nervenx de nature à en imposer pour des lésions locales phlegmasiques ou organiques; M. Bouchut nous paraît également l'avoir traitée avec sagesse, et M. Beau lui-même y a donné son approbation. Cela dit, nous ne pouvons que remercier l'orateur de la savante leçon qu'il a faite sur la question géoérale des névroses, et en faire chacun notre profit. Venons-en à la discussion proprement dite.

Des deux discours qne vous avez entendus dans la premiére séance, le premier a offert par avance une réfutation si compléte et si péremptoire du second que je n'ai point à m'occuper de celui-ci (1), si ce n'est, peut-être, pour remercier M. Piorry de l'appui qu'il est venn apporter à une assertion qni avait paru tant soit peu *agaçante* à M. le professeur Bouilland. J'avais dit, en opposant les partisans de l'*anatomisme* à ceux de l'*hippocratisme*, que les premiers, croyant tonjours découvrir dans la contextnre matérielle des organes la raison de tous les phénomènes pathologiques, ne se faisaient pas fante, an besoin, de *supposer* l'existence de l'altération matérielle qne leurs sens ne ponvaient apercevoir. Or vous avez entendu M. Piorry vous parler d'une prétendue *oscillation ou vibration moléculaire* qui lui suffisait, en l'absence de toute lésion appréciable, pour coostituer l'élément organique de la névrose. Il est vrai qn'il a rangé naïvement cette lésion an nombre des *phénomènes* qn'on ne sanrait voir : l'oratenr, en ce moment, avait un pen oublié son grec!

(1) « ..... Les névroses, dit-on, n'offrent point de lésion matérielle appréciable après la mort..... Cela était bon à dire il y a quarante ans, mais n'est pas de mise en 1859.... S'il y a des névroses où l'on n'a pas constaté de phénoméoes anatomiques, c'est que l'on n'a pas pu ou pas su les constater.... Un grand nombre de ces névroses ont pour poiot de départ une oscillation, une vibration que le malade éprouve manifestement, bien que le médecin ne puisse la découvrir..... Il y a des phéoomènes physiques ou chimiques *que l'on ne voit pas*, mais qui n'en existent pas moins.... » (Piorry.)

« ..... Je reconoais que dans toutes les maladies dont j'ai parlé, il y a un élément vital, dynamique, nerveux, qni est inappréciable à nos moyens d'investigation et qui le sera toujours. » (Bouillaud.)

Mais parlons sérieusement : M. Bonillaud, aprés avoir donné bautement son adbésion anx vues pratiques exposées dans mon rapport, s'est principalement attaché à faire l'bistoire de la *chlorose*. Je n'ai point à m'occuper ici de ce sujet, qui ne rentrait qu'accessoirement dans la question principale.... si ce n'est toutefois ponr faire remarquer que M. Bouillaud ne me paraît pas s'être prononcé catégoriquement entre les deux opinions capitales exprimées sur la chlorose par les médecins de notre époque, savoir : celle de M. Bland, qui, dés 1832, déclarait formellement qne la maladie dépendait d'une altération primitive du sang, tandis qne notre bonorable collégue, M. Jolly, dans un mémoire remarquable qui lui a ouvert les portes de cette Académie, s'est attaché à démontrer, et, je le crois, avec succès, que le système nerveux était l'élément organique primitivement et spécialement affecté dans l'état chlorotique (1).

Ajoutons d'ailleurs que le reméde spécifique de la *chlorose* (le fer) a été découvert bien loogtemps avant l'invention des théories modernes, el qu'il a été notamment préconisé par Sydenbam.

Quant à l'hippocratisme moderne, dont j'ai crn devoir, à l'occasion des maladies sans lésioo organique appréciable anx sens, rappeler la formule exprimée en termes précis et caractéristiques, regrettant qne, dans une discussion académique réceote, on n'ait pu savoir à quoi s'en tenir sur le jugement qu'auraient dû en porter les médecins organiciens... Cette fois encore, je n'ai pu obtenir de réponse à une questioo nettement et clairement posée..... Eh bien! je prendrai patience et j'attendrai!

Mais il est un point sur lequel je m'éloigne tont à fait du sentimeot de M. Bouillaud. Je ne sanrais en aucune maniére partager l'admiration qn'il professe pour l'opinion exprimée dans cette phrase échappée à la plnme un peu trop facile du célèbre Bichat : « *Qu'est l'observation si l'on ignore où siége le mal?* » Je dis que c'est beaucoup, et que cette attaque portée imprudemment à la médecine ancienne ne repose que sur un paradoxe. Où donc, je vons prie, fixez-vous le siége de la *fièvre*, de la *morve*, du *choléra-morbus*, du *rhumatisme*, de la *goutte*, de la *rage*, de la *syphilis*? Est-ce que l'observation pure et simple, l'observation hippocratique, ne nous a rien appris sur toutes ces affections? Il est telle d'eotre elles, et notamment la dernière que je viens de nommer, sur laquelle l'observation cliniqne (abstraction faite de toute connaissance *de siége* ou d'élément organique) nous a révélé tont ce qu'il importait au médecin de savoir sur l'origine, la nature, la marche, la terminaison, le traitement..... c'est-à-dire, en un mot, snr tout ce que comprend la *prognose hippocratique* dont M. Bouillaud ne me paraît pas avoir bien saisi les caractères.

D'ailleurs, je le répète, je ne puis que remercier M. Bouilland de l'appui sympatbique qn'il est venu apporter aux opinions que j'avais exprimées sur la thérapeutique des névroses : j'attache un grand prix à la sanction généreuse et imposante qne l'antorité de sa parole est venne donoer aux observations que j'avais faites sur le danger de méconnaître, dans la pratique, l'*état nerveux*, et de s'en laisser imposer par des apparences qui pourraient conduire aux erreurs thérapeutiques les plus préjudiciables au malade.

Il est ponrtant un reproche auquel je dois répondre, bien qu'il m'ait été adressé avec toute la courtoisie possible.

M. Bouillaud s'est plaint de ce que je n'avais pas donné assez de développement, dans mon rapport, aux opioions de M. Bouchut, et de ce qne, faute d'être entré dans un détail suffisant des faits et des choses, j'avais laissé quelque vague et quelque incertitude sur le caractère essentiel du travail dont j'avais à rendre compte.

Je coofesserai franchement à cette tribune que le tort dont on m'accuse est un tort volontaire. Par une réaction peut-être exagérée contre les longs discours, je m'attache toujours, et avant tout, à être bref et coocis. Il m'a toujours semblé qn'en présence d'nn auditoire instruit et éclairé, c'était un abus que de vouloir transporter dans cette enceinte des habitudes d'enseignement qui convienoent à d'autres lieux. Ici, nous parlons à des collègues qui entendent à demi-mot et qui, dans la plupart des cas, sont aussi bien au courant de la question que l'orateur lui-même.

Pour le cas actuel, en particulier, j'ai cru qu'il me suffisait, pour rendre à l'auteur du mémoire la justice qui lui était due, d'exposer l'idée mère de son travail, sans entrer dans les détails circonstanciés que pourrait comporter un mémoire de 300 pages qui contient 43 observations particulières.

Or cette idée fondamentale, qui nous a paru mériter une honorable mention (à laquelle a bien volu s'associer M. Bouillaud), c'est, pour me servir du terme adopté par l'auteur, d'élucider la questioo du *nervosisme*, en établissant, d'une part : qu'un fonds commun rapproche les unes des autres les di-

(1) Voir le tome I, année 1832, et le tome IV, année 1839, de la Revue médicale.

verses névroses décrites sous les noms d'hystérie, d'hypocondrie, de mélancolie, de surexcitation nerveuse, etc. ; et, d'autre part, qu'il existe des affections nerveuses, soit aiguës, soit chroniques, qui peuvent simuler des lésions locales inflammatoires ou organiques, qu'il importe beaucoup d'en distinguer, car le traitement approprié à ces dernière est extrêmement nuisible aux autres.

Le soin qu'a pris M. Bouchut d'établir cette distinction sur des faits empruntés aux auteurs classiques, et décrits par eux sous des noms variés et sur des observations qu'il a recueillies lui-même, nous a paru digne d'éloge et d'encouragement.

N'omettons point d'ajouter que l'auteur a décrit un nervosisme aigu et fébrile beaucoup plus rare et beaucoup moins bien connu que l'état nerveux chronique. Je pense qu'on pourrait y rattacher ces épidémies fébriles observées dans nos garnisons, il y a quelques années, dans lesquelles on voyait succomber rapidement les malades traités par les émissions sanguines, comme atteints de méningo-encéphalite, tandis que l'opium opposé aux accidents nerveux amena les résultats les plus heureux et les plus inattendus.

D'ailleurs, le mémoire de M. Bouchut ne contient que deux observations détaillées de nervosisme aigu fébrile: ce sont deux exemples de fièvre continue, avec affaiblissement, abattement, amaigrissement, gastralgie, vomissement...., s'aggravant sous l'empire du régime antiphlogistique et se terminant heureusement sous l'influence d'une alimentation méthodique.

Quant au nervosisme chronique, à l'état nerveux proprement dit, notre excellent collègue M. Baillarger, en sa qualité de membre de la commission, est venu en aide au rapporteur et vous a signalé les principaux caractères de cet état considéré comme distinct de l'hystérie, de l'hypocondrie et de la mélacolie.

Mais il est une dernière objection que je ne dois pas passer sous silence; on nous a dit: Qu'y a-t-il de nouveau dans le travail de M. Bouchut? D'abord, nous n'avons nullement prétendu faire décerner à l'auteur un brevet d'invention. Dans un art qui compte plus de deux mille ans d'existence, les prétendues nouveautés ne sont parfois que de vieilles erreurs; et comme la vérité est assez souvent plus ancienne encore que l'erreur, c'est presque faire du nouveau que de réhabiliter et d'accommoder à nos formes modernes une antique vérité plus ou moins méconnue. Or si l'on venait à soutenir que l'état nerveux, tel que l'a dépeint M. Bouchut, a été admis et reconnu par tout le monde, il me suffirait, pour ne parler ici que des morts, de citer des œuvres contemporaines qui ont joui d'une grande popularité, et dans lesquelles on s'est efforcé de *localiser* l'état nerveux dans des organes précis et d'y opposer les médications topiques usitées contre les lésions organiques ou inflammatoires. Avez-vous donc oublié que dans les *leçons* de votre collègue Lisfranc, toutes les névroses, chez la femme, étaient plus ou moins rattachées à la *métrite* et traitées en conséquence? Peut-on nier que la dernière édition du TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, d'Ollivier (d'Angers), n'offre un grand nombre d'exemples d'états nerveux rapportés à tort à une lésion locale de la moelle ou de ses enveloppes?

Le livre récent de M. Prosper Yvaren sur les *métamorphoses de la syphilis* ne contient-il pas plusieurs observations de névroses entretenues par la *diathèse syphilitique*, et auxquelles on avait longtemps opposé, sans succès, des médications dirigées contre de prétendues phlegmasies locales? M. Bonilaud lui-même ne vous a-t-il pas cité plusieurs faits de sa pratique particulière propres à mettre en lumière une erreur plus ou moins analogue? Et chacun de nous n'a-t-il pas maintes fois rencontré des cas semblables? On pouvait donc regarder comme utile et opportun d'appeler l'attention des médecins sur les dangers d'une pratique devenue trop commune sous l'empire des doctrines encore prédominantes (quoi qu'on dise) de l'*école anatomique* : cette tâche essentiellement utile, M. Bouchut nous a paru l'avoir remplie avec succès.

Il ne nous reste plus qu'à vous relire les quelques lignes qui terminent le rapport, en vous priant d'en adopter les conclusions.

« En résumé, le travail important de M. Bouchut nous a paru de nature à fixer l'attention des médecins sur l'écueil le plus redoutable où puisse échouer le praticien, savoir : le danger de confondre un état purement nerveux avec des lésions phlegmasiques ou organiques diverses et de lui appliquer des médications impuissantes ou dangereuses.

» Nous croyons avec l'auteur qu'il existe un état nerveux distinct de l'hystérie, de l'hypocondrie et de la mélancolie, que l'on pourrait désigner sous le nom de *cachexie nerveuse*, et auquel se joint souvent la *chloro-anémie*.... Mais j'ajoute qu'il ne faut pas omettre non plus comme individualité spéciale, la surexcitation nerveuse *sans anémie* et même avec une crase sanguine toute contraire, qui a été signalée justement par MM. Cerise et Gillebert (d'Hercourt).

» Le service rendu à la science par M. le docteur Bouchut ne saurait donc être méconnu ; je lui rends grâce, pour ma part, des efforts qu'il a faits pour réunir les traits épars d'un état nerveux si souvent méconnu, soit dans sa nature, soit dans sa généralité. »

Votre commission ne doute point, en conséquence, que vous n'accueilliez favorablement les conclusions suivantes qu'elle a l'honneur de vous proposer :

1° Renvoyer le mémoire de M. Bouchut au comité de publication;

2° Adresser à l'auteur une lettre de remerciments pour la nouvelle preuve de science et de zèle qu'il a bien voulu soumettre à votre jugement.

M. CAZEAUX propose de renvoyer le travail de M. Bouchut au comité de publication.

L'Académie adopte en conséquence les conclusions ainsi modifiées :

1° Renvoyer le mémoire de M. Bouchut au comité de publication;

2° Adresser une lettre de remerciments à l'auteur.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1858 ; par M. LORAIN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

(Suite et fin.)

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

4° SUR LES CORPS OVIFORMES QUE L'ON TROUVE DANS LES CONDUITS BILIAIRES, LA VÉSICULE BILIAIRE, LE MUCUS INTESTINAL ET LES PAROIS INTESTINALES DES LAPINS ET D'AUTRES ANIMAUX (CHATS); par M. VULPIAN.

On rencontre très-fréquemment, chez les lapins, quelques canaux biliaires remplis par une matière blanche, de consistance variable, parfois caséense. Cette matière, examinée au microscope, se montre souvent formée de petits corps oviformes en quantités innombrables. Les canaux biliaires paraissent quelquefois comme injectés fortement et dilatés par cette matière, de telle sorte qu'on peut les suivre facilement dans le parenchyme hépatique, et les y énucléer, pour ainsi dire. Dans d'autres cas, la matière est répartie très-inégalement et constitue des tumeurs tuberculiformes. Ces tumeurs, d'après Remak (DIAGNOSTISCHE UND PATHOGENETISCHE UNTERSUCHUNGEN, Berlin, 1845), avaient été décrites par Hake, Nasse et d'autres, parmi lesquels il cite Koelliker. Celui-ci avait admis que les corps oviformes qui constituent cette matière étaient des œufs de botryocéphale. Remak, à son tour, les décrit et les représente (fig. 7). Pour lui, ce sont vraisemblablement des sortes d'organismes parasitaires à la façon des psorospermies de Muller. Remak les a rencontrés, non-seulement dans les conduits biliaires, mais encore dans le contenu intestinal, dans les parois intestinales et même dans les capsules de Peyer de l'appendice vermiforme. Des observations qu'il n'a pas pu répéter l'ont conduit à l'opinion que ces vésicules peuvent se développer dans l'intérieur des cylindres épithéliaux des glandes de Lieberkühn et des conduits biliaires. Nous reviendrons plus loin sur ce point des recherches de Remak. En 1846, dans les ARCHIVES D'ANATOMIE GÉNÉRALE ET DE PHYSIOLOGIE, on trouve la reproduction d'un travail de M. Handfield Jones sur l'examen microscopique d'un foie de lapin altéré. Cet auteur qui y avait trouvé les éléments oviformes, les considère comme des cellules altérées. A la suite de ce travail, dans le même recueil, M. Rayer publia une note intitulée: ŒUFS DE DISTOME (*distoma lanceolatum*) en quantité innombrable dans les voies biliaires du lapin domestique (*lepus cuniculus*) ; sans distome dans les mêmes parties, par M. Rayer. Dans cette note, M. Rayer a figuré les corps dont nous parlons, et rapporte que M. Dujardin y a constaté des opercules. En 1849, M. Brown-Séquard a communiqué à la Société de biologie les observations qu'il a faites sur ces corps, et depuis, il a donné de nouveaux détails sur eux. D'après MM. Robin et Lebert (COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1849, p. 46), ces corps seraient des œufs d'helminthe. M. Brown-Séquard a trouvé dans le foie de lapins nouveau-nés de petits amas jaunâtres paraissant semblables à ceux qu'on trouve chez les individus plus âgés. « Le foie » des lapins, dit-il, paraît donc contenir des œufs d'helminthe avant la nais» sance. » Enfin plus récemment, M. Finck (SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'ÉPITHÉLIUM INTESTINAL, thèse de Strasbourg, 1854, deuxième série, n° 324), a représenté sur la planche qui termine sa thèse les corps oviformes (fig. 22 et 23). Il les a observés sur les villosités de l'intestin d'un chat, et comme il les voyait généralement unis par couples, il les a désignés sous le nom de *corpuscules géminés*.

On voit que la science n'est pas encore fixée sur la nature et l'origine de ces corps. Parmi les auteurs que nous avons cités, les uns n'émettent aucune hypothèse; d'autres pensent que ce sont des œufs d'helminthe; d'autres enfin pensent que ce sont des organismes parasitaires.

Je n'ai jamais trouvé un seul de ces corps muni d'un opercule, bien que j'aie examiné un grand nombre de foies altérés de lapins. Je regarde donc comme peu probable l'hypothèse qui considère ces corps comme des œufs de distome. Je pense, ainsi que Remak, que ce ne sont pas non plus des œufs de botryocéphale. Mais doit-on cependant les regarder comme des œufs, tout en avouant que l'on ne connaît pas encore les helminthes qui les ont produits? Ici nous sommes tenu à une certaine réserve. Si des recherches ultérieures montraient dans ces corps, soit à l'intérieur des animaux, soit à l'extérieur dans des conditions jusqu'ici indéterminées, une segmentation plus ou moins avancée, il n'y aurait plus de place pour le doute; ce seraient bien des œufs. Quant à moi, je puis dire que jamais je n'ai constaté la moindre trace de segmentation dans les corps oviformes renfermés dans l'animal. J'ai mis de ces corps dans l'eau, et, après avoir résisté pendant un certain temps, ils s'y sont détruits sans s'être jamais segmentés. Il ne m'a pas été donné non plus de constater une seule fois, dans l'intestin ou les conduits biliaires, la présence d'un helminthe ayant pu donner naissance à ces œufs.

Si ces corps sont de véritables œufs, il faut convenir qu'ils se trouvent dans des conditions tout à fait exceptionnelles; et plusieurs des particularités que je vais exposer sont peu explicables en admettant cette hypothèse.

En effet, Remak a émis l'opinion que ces corps vésiculaires peuvent se développer dans les cellules épithéliales cylindriques de l'intestin et des canaux biliaires. Or cette opinion est très-conforme aux faits.

Les corps oviformes se rencontrent, comme il l'a vu, dans le mucus intestinal, dans les conduits biliaires, dans la vésicule biliaire, et enfin quelquefois dans les parois intestinales. Dans un cas, l'intestin grêle, depuis l'orifice pylorique jusqu'au cæcum, était parsemé de taches blanches, de dimensions variées, très-nombreuses, visibles par transparence. Ces taches sont constituées par des agglomérations de corps oviformes en voie de formation, ou déjà complétement formés. En réunissant par la pensée ces corps des parois intestinales à ceux que contenaient le mucus intestinal, la bile de la vésicule et les conduits biliaires, on voit qu'il y en a chez cet animal une quantité incalculable. C'est dans le mucus intestinal, les conduits et la vésicule biliaires que les corpuscules sont le plus développés. Ils sont vésiculeux; leur paroi offre une certaine épaisseur indiquée par un double contour. Au centre de leur cavité transparente se trouve un cumulus sphérique, à surface légèrement inégale, et contenant un nombre plus ou moins considérable de très-petites granulations à bords foncés. Ce cumulus ressemble à un noyau central et ne paraît toucher à aucun point des parois. Les corpuscules ont au moins 25 millièmes de millimètre de longueur et 15 millièmes de millimètres de largeur. Ils n'ont pas tous les mêmes dimensions, et j'ai mesuré un des plus petits. C'est avec ces caractères que se présentent la plupart des corpuscules oviformes des lapins. Très-souvent aussi, comme dans le cas dont il est ici question, on trouve de ces corpuscules qui ont des caractères un peu différents. Ainsi quelques-uns sont complétement remplis de la matière qui constitue le cumulus; dans d'autres, on n'aperçoit plus que quelques granulations vers le centre; le reste du corpuscule est tout à fait transparent. Enfin on rencontre aussi des masses sphériques granuleuses sans enveloppe.

Dans les parois intestinales, on constate très-facilement l'existence des diverses variétés dont nous venons de parler. Quand on enlève un lambeau de membrane muqueuse au niveau des plaques blanches que j'ai mentionnées, on voit que cette opacité est produite par une modification de la plus grande partie de l'épithélium qui revêt les villosités. Les cellules épithéliales ont acquis un volume bien supérieur à celui qu'elles ont dans l'état normal, et leurs noyaux considérablement grossis sont devenus granuleux. Çà et là, dans la mosaïque que l'on a sous les yeux, quelques noyaux diffèrent notablement des autres. Ils ont pris une forme ovale, et il en est parmi eux qui offrent une paroi propre, exactement appliquée sur leurs contours. Par divers moyens, on parvient à séparer l'épithélium de la villosité. On voit alors des cellules cylindriques boursouflées, ayant d'énormes dimensions jusqu'à 5 et même 7 centièmes de millimètre de longueur et 15 à 25 millièmes de millimètre de largeur à leur bord libre, dans lesquelles se trouvent un ou deux très-gros noyaux déjà très-granuleux. Il y a généralement un petit noyau ovale, muni d'un nucléole central dans la portion rétrécie du cylindre épithélial. Dans quelques cellules cylindriques ou coniques (ce dernier mot répondrait un peu moins imparfaitement à la forme des cellules), j'ai pu observer des noyaux granuleux contenus dans une paroi déjà séparée de leur surface, et j'ai dessiné et montré à la Société de biologie, une plaque d'épithélium dans les cellules de laquelle on voyait tous les degrés, depuis le noyau granuleux jusqu'au corpuscule oviforme entièrement développé. Quelquelques grandes cellules coniques très-pâles ne renfermaient plus aucun contenu, si l'on excepte le noyau de leur partie étroite : elles ont probablement laissé échapper le cumulus granuleux ou le corps oviforme qu'elles contenaient.

Ainsi, chez ce lapin, j'ai pu suivre l'évolution de ces corps depuis le moment où ils ne constituent qu'un simple cumulus granuleux au milieu de la cellule épithéliale jusqu'à celui où ils sont arrivés à leur conformation définitive. J'ai été amené par ces études à la même opinion qu'avait émise Remak en 1845, à savoir que ces corps se forment dans l'épithélium. Les figures données par M. H. Finck, et qui sont relatives à l'intestin du chat, montrent une disposition analogue à celle que j'ai signalée chez le lapin.

Ce développement des corps oviformes expliquerait comment M. Brown-Séquard a pu les trouver chez des lapins nouveau-nés, et il serait, au contraire, difficile de comprendre ce fait intéressant en admettant que ces corps soient des œufs.

Je conclus en insistant sur ce point : il n'est pas probable que les corpuscules soient les œufs d'un helminthe quelconque; cependant les objections que j'ai opposées à cette hypothèse ne sont peut-être pas absolument irréfutables. D'ailleurs il est difficile d'assigner à ces corpuscules une place déterminée dans le règne organique. Doit-on les regarder comme une altération pathologique des noyaux de l'épithélium? Doit-on au contraire, à l'exemple de Remak, les considérer comme des organismes parasitaires? Pour répondre à ces questions, de nouvelles recherches sont encore nécessaires.

III. — PATHOLOGIE.

1° OBSERVATION DE PNEUMONIE DOUBLE; MORT; HÉPATISATION GRISE DU LOBE SUPÉRIEUR DU POUMON GAUCHE; DIFFLUENCE NOIRATRE DES LOBES INFÉRIEURS DES DEUX POUMONS, AYANT L'APPARENCE DE LA GANGRÈNE; TRACES DE PÉRICARDITE ANCIENNE ET RECENTE; RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AORTIQUE; TACHES NOIRES NOMBREUSES DANS LES REPLIS DU PERITOINE; CAPSULE SURRÉNALE GAUCHE ATROPHIÉE; CAPSULE SURRENALE DROITE NORMALE; par le docteur HILLAIRET.

Le nommé Valadier, âgé de 69 ans, *ancien charbonnier*, entre le 10 novembre 1858 à l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes) où il est mort couché au n° 4.

Cet homme, de haute taille, d'une constitution robuste et de tempérament sanguin, est entré aux Incurables, il y a dix ans, avec un affaiblissement déjà considérable des membres inférieurs. Dans la nuit du 9 au 10 novembre, il fut sans cause appréciable, sans refroidissement antérieur dont il ait souvenance, pris d'un frisson léger, suivi de chaleur et de sueur; survint en même temps une douleur en ceinture, peu vive à la base de la poitrine, une toux assez fréquente, revenant par quintes, et une expectoration abondante de crachats rougeâtres (1).

Entré à l'infirmerie dans la journée du 11, le malade se présente dans l'état suivant :

Le frisson a complétement disparu, la douleur en ceinture persiste, mais tend à disparaître du côté gauche; la toux est fréquente et fatigante; l'expectoration est abondante; les crachats rouillés, de couleur sucre d'orge foncé, remplissent environ le tiers du crachoir; ils sont visqueux et adhèrent fortement aux parois du vase. La respiration est un peu gênée, mais n'est pas sensiblement accélérée.

La sonorité est à peu près la même des deux côtés de la poitrine; seulement en arrière à droite et à la base, le son est un peu plus obscur : il y a de la matité.

L'auscultation est difficile, parce que le malade respire mal; et ce n'est que dans les grandes inspirations ou dans les efforts de toux que l'on peut constater la présence de bruits anormaux. On entend alors à la partie postérieure et inférieure du poumon droit des râles sous-crépitants assez abondants, et plus haut en se rapprochant de la partie moyenne de l'organe, quelques râles crépitants disséminés dans plusieurs points. Au sommet, le bruit respiratoire s'entend dans toute sa pureté. A gauche, on ne trouve rien d'anormal au sommet; mais à la base, il y a aussi des râles sous-crépitants.

La peau est chaude, le pouls irrégulier, intermittent, à 116 pulsations; la langue est encore humide, rouge à la pointe et sur les bords, mais jaunâtre au milieu; inappétence complète; soif vive; selles normales. (Prescription : Mauve sucrée; julep gommeux avec sirop de thridace; une saignée de trois palettes; 12 ventouses scarifiées, 6 de chaque côté de la poitrine; un bouillon.)

12 novembre. Agitation et délire pendant toute la nuit; la toux est toujours fréquente et s'accompagne d'une expectoration difficile. Les crachats sont toujours rouillés. Point de douleur fixe dans les côtés. A l'auscultation, les bruits morbides n'occupent plus les points primitivement envahis. A droite, on n'entend plus qu'un peu de râles sous-crépitants à la base et en arrière. A gauche et en arrière, on entend à la base des râles sous-crépitants, et à la partie supérieure, un souffle pur et assez fort; au même point, bronchophonie très-manifeste.

La peau est moins chaude; le pouls moins irrégulier est à 96 pulsations; la langue est sale, mais humide. La saignée a bien coulé; elle est couverte d'une couenne peu épaisse, mais cependant assez résistante pour soutenir le poids du caillot. Au-dessous de la couenne, le caillot est peu consistant. (Application de 8 nouvelles ventouses scarifiées du côté gauche de la poitrine. Même prescription du reste.)

13 novembre. Moins d'agitation; la toux est moins fréquente et les crachats moins abondants; souffle au sommet du poumon gauche en arrière; râles sous-crépitants à la base des deux côtés. Respiration rude au sommet du poumon droit. Pouls à 104 pulsations, peu développé; chaleur modérée de la peau. Les battements du cœur sont irréguliers, parfois très-précipités, parfois très-ralentis. A l'auscultation, on perçoit un souffle très-profond au premier temps et dont le minimum est à la base. Langue sale et humide. (Même traitement; 4 ventouses scarifiées au sommet gauche.)

14 novembre. Plus d'agitation que la veille; les crachats sont moins abondants et moins colorés. Même état du poumon droit; dans le poumon gauche, râles sous-crépitants à la base; au sommet, souffle moins pur que la veille et mélangé de râles crépitants de retour. Langue sale. Pouls à 88 pulsations environ. (Même traitement; 40 grammes d'huile de ricin.)

15 novembre. Encore un peu d'agitation. Le souffle du sommet gauche tend à devenir moins perceptible et à être remplacé par des râles. Même état des deux poumons à la base. La langue est humide. Le pouls est à 88 pulsations. Le purgatif a amené des selles abondantes. (Julep gommeux avec 45 grammes de sirop de thridace; deux pilules de kermès de 0,150 chacune; limonade vineuse; bouillons.)

16 novembre. Agitation nocturne. La toux est beaucoup moins fréquente et l'expectoration presque nulle. Râles abondants des deux côtés de la poitrine, à la base et en arrière. Au sommet gauche, souffle moins fort et bronchophonie moins manifeste. Langue humide. Pouls à 100 pulsations. (Même traitement.)

17 novembre. Le malade a été plus calme. Encore quelques crachats rouillés. Le souffle est mélangé de râles sous-crépitants. Pouls à 92 pulsations. (Même prescription.)

18 novembre. Le facies du malade est altéré; les yeux sont excavés et la peau de la face d'une teinte jaunâtre. L'agitation a été plus grande; les crachats ne sont plus expulsés. Les deux côtés de la poitrine sont pleins de gros râles muqueux qui font craindre le passage de la pneumonie à la troisième période. La peau est chaude; le pouls vif à 88 pulsations. La respiration s'ac-

(1) Le visage était normalement basané. Le sujet était très-brun; il ne présentait d'ailleurs aucune coloration anormale sur tout le corps dont la peau était *très blanche*.

célère et s'embarrasse : 36 inspirations par minute. La langue se sèche. (Julep avec 45 grammes de sirop de thridace ; vin de Bordeaux ; potion avec sirop diacode, 40 gr., et tartre stibié, 0,30 c.; vésicatoire.)

19 novembre. Aggravation progressive ; les mucosités s'accumulent dans les bronches, et on entend a distance de gros râles muqueux. Les conjonctives sont jaunâtres ; la face a un aspect terne. (Même traitement.)

AUTOPSIE 36 heures après la mort. — Température froide. Rigidité cadavérique ; pas de traces de décomposition.

Les conjonctives et la peau dans toute son étendue sont d'une couleur jaunâtre.

CAVITÉ THORACIQUE. ORGANES RESPIRATOIRES. — Point d'épanchement dans les cavités pleurales. Le poumon gauche est libre de toute adhérence. A droite, au niveau du lobe inférieur, il en existe que le doigt détruit facilement. Le poumon gauche, dans tout son lobe supérieur, est induré, grisâtre, non crépitant, se déchirant sous la moindre pression. A la coupe, il offre un aspect grenu, grisâtre, et laisse écouler en abondance un liquide de même couleur, dû à la présence du pus.

Les caractères de l'hépatisation grise sont donc des plus accusés. Une lamelle de cette portion du poumon jetée dans l'eau tombe immédiatement au fond du vase.

Ces caractères de l'hépatisation grise sont bien tranchés et bien distincts au sommet du lobe supérieur ; mais à la base, on trouve un mélange d'hépatisation rouge et d'hépatisation grise. Aussi, si à cet endroit, comme au sommet, le poumon est dur, friable, grenu, etc., le liquide qui s'en écoule n'est plus complétement grisâtre, mais d'une teinte chocolat foncé, qui indique le mélange du sang et du pus. La partie inférieure du poumon gauche et les lobes inférieur et moyen du poumon droit sont à leur surface d'*une couleur brun foncé*. Leur *tissu* n'est pas induré, comme celui que nous venons d'examiner ; mais *il est cependant friable et ne crépite plus sous le doigt. A la coupe, il s'en écoule un liquide noir, abondant, non mélangé de bulles d'air.* En certains endroits, le liquide paraît comme infiltré dans le tissu pulmonaire, seulement ramolli et *peu consistant. Mais, en d'autres endroits, ce tissu est comme entièrement détruit et s'écoule, dans une certaine étendue, comme une pulpe noirâtre. Ces portions de poumon ont donc un aspect qui les rapproche de la gangrène, mais il n'en ont point l'odeur.*

Le lobe du poumon droit est souple, crépite bien et présente, à la coupe, un aspect rosé, qui est celui du poumon à l'état normal.

Disons enfin, pour en finir avec les poumons, que ces organes présentent à leur bord antérieur des bulles d'emphysème interlobulaire.

Les bronches sont remplies de mucosité.

CIRCULATION. — Le cœur, assez volumineux, offre à sa surface une notable quantité de graisse et présente sur le péricarde viscéral des plaques laiteuses, disséminées sur la face antérieure du ventricule gauche, la face postérieure du ventricule droit et l'origine de l'aorte.

L'artère pulmonaire ne présente rien à signaler de particulier, si ce n'est une coloration rouge par imbibition de la tunique interne, sans ramollissement, ni friabilité de cette tunique. Un caillot fibrineux, vermiculaire, complétement décoloré, part du ventricule droit, où il adhère aux tendons de la tricuspide et se prolonge dans l'artère pulmonaire à travers l'orifice artériel dont les valvules ne sont nullement altérées. Le ventricule droit est très-petit et très-ramené sur lui-même. L'orifice ventriculaire droit ne présente aucune altération. L'oreillette correspondante, médiocrement distendue, contient un caillot fibrineux, aplati, d'un mince volume, qui adhère intimement aux anfractuosités de l'auricule.

L'aorte est recouverte à sa surface interne de plaques athéromateuses, nombreuses, petites, qui s'élargissent à mesure qu'on se rapproche de la crosse, où elles sont mélangées de plaques crétacées plus développées.

Vers l'union de la crosse et de l'aorte descendante, on remarque au milieu de ces plaques athéromateuses et crétacées une coloration ardoisée en forme de bandelettes longitudinales de 3 centimètres de longueur.

Les valvules aortiques suffisantes sont rouges, recouvertes à leur partie moyenne de productions pseudo-membraneuses, épaissies et athéromateuses à leur base. L'une d'elles est érodée aux deux insertions de son bord libre. Dans les cavités formées par ces valvules, la face interne de l'aorte est recouverte de véritables pseudo-membranes anciennes. L'orifice aortique est rétréci. Le ventricule gauche offre une cavité double de celle du ventricule droit et ne renferme pas de caillots fibrineux. La face interne de ce ventricule est d'un rouge vif, et vers la base, l'endocarde présente une légère teinte blanchâtre, sans épaississement manifeste, si ce n'est sur les valvules, où il se déchire facilement.

Les valves de la bicuspide sont épaissies, rouges, boursouflées, et présentent à leur bord libre un dépôt pulpeux, mollasse, comme pseudo-membraneux, qui s'enlève avec facilité. Dans leur intérieur, on trouve des plaques nacrées ; malgré cela, elles ont de la souplesse et paraissent suffisantes.

L'oreillette droite, d'une coloration rouge, contient quelques caillots mous et noirâtres et n'offre aucune altération apparente de l'endocarde.

MENSURATION.

Circonférence (base des ventricules)	0,32 1/2	centim.
— (partie moyenne).	0,28	—
Face antérieure (hauteur, sillon médian). . .	0,12	—
Face postérieure	0,10	—
Orifice pulmonaire.	0,08	—
Orifice aortique.	0,07	—
Hauteur des valvules sigmoïdes pulmonaires.	0,018	centim.
— — aortiques. . .	0,020	—
Orifice auriculaire (ventricule droit)	0,13 1/2	—
— (ventricule gauche	0,11	—
Tricuspide, hauteur, valve antérieure	0,028	—
— — valve interne.	0,023	—
— — valve postérieure. . . .	0,020	—
Bicuspide, hauteur, valve antérieure	0,018	—
— — valve postérieure. . . .	0,011	—

ÉPAISSEUR DES PAROIS.

Ventricule droit	0,008	centim.
Dont pour la graisse.	0,003	—
Ventricule gauche à l'union du tiers moyen et du demi-supérieur.	0,030	—
Dont pour la graisse.	0,007	—
Paroi interventriculaire	0,022	—

POIDS.

Poids total.	522	grammes.
Ventricules	428	—
Oreillettes	94	—

CAVITÉ ABDOMINALE. — La capsule surrénale, du côté gauche, est ramollie et considérablement atrophiée ; celle du côté droit est de volume, de consistance et de coloration normales. *On trouve une grande quantité de petits points noirâtres disséminés dans l'épaisseur des replis mésentériques et épiploïques.*

Les reins sont de volume normal, congestionnés, et présentent à leur surface des réseaux vasculaires très-prononcés, et çà et là même quelques taches ecchymotiques. Outre ces signes de congestion, le rein droit présente à sa surface des taches grisâtres, au niveau desquelles il est légèrement bosselé. A la coupe, ils n'offrent aucune altération de texture.

La rate est du volume et de la consistance de l'état normal.

Le foie est très-friable ; il présente à sa surface des taches ardoisées très-prononcées.

L'estomac et le tube digestif sont à l'état normal.

Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1859 ; par M. LORAIN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PHYSIOLOGIE.

OBSERVATION DE SUEUR PAROTIDIENNE ; par M. BERGOUHNIOUX.

P. Bérard affirme que « dans le cas d'oblitération de quelques parties de » l'appareil excréteur de la salive, on a vu ce liquide sourdre sur la joue » comme une rosée transparente. J'ai observé, dit-il, cette particularité sur » mon père. Au moment du repas, sa joue rougissait, et la salive, d'abord » rassemblée en gouttes, ruisselait bientôt avec abondance, sans qu'on pût » découvrir les orifices qui lui livraient passage. Un abcès de la parotide, » survenu pendant le cours d'une fièvre grave, avait été la cause de ce singulier mode d'excrétion salivaire (1). »

Après ces courtes lignes, personne qui ne s'étonne de voir l'éminent physiologiste décider, sans preuves, que ce liquide n'est autre que de la salive. Est-ce bien la salive parotidienne, la salive parotidienne normale? Par quels procédés, par quelles voies nouvelles est-elle transportée à la surface tégumentaire?

Un cas très-comparable s'est présenté, il y a quelques jours, à l'hôpital des Cliniques, et M. le professeur Nélaton, mon savant maître, a bien voulu me charger de quelques essais sur la nature du liquide exsudé.

Voici d'abord l'histoire de la maladie : Pierrette Baudran, 40 ans, couturière, bien constituée, mère de deux enfants, a fait, il y a deux ans, une maladie grave, et à la suite elle eut une parotide. Le médecin qui la soignait alors la menaça d'un abcès ; mais tout sembla se terminer par résolution. Madame Baudran se croyait guérie quand, au bout de quelques semaines, elle s'aperçut, en mangeant, d'une gêne considérable : la joue, du côté qui avait été malade, se gonflait, se tendait, rougissait, et l'on voyait à la fin ruisseler, A FLOTS, un liquide incolore et transparant, qui BRULAIT le linge qu'il touchait.

M. Nélaton a désiré que la malade le rendît témoin de ces phénomènes, et plusieurs fois elle est venue déjeuner à la Clinique. Tout le monde a pu voir, dès le commencement du repas, la région parotidienne se colorer, se tuméfier, cela plus ou moins rapidement, sous l'influence d'une mastication plus ou moins active et laborieuse, ou bien encore suivant la plus ou moins grande sapidité des aliments choisis.

Quant aux RUISSEAUX DU LIQUIDE CORROSIF, que je m'apprêtais à recueillir, il a fallu une loupe pour constater qu'au niveau des orifices sudoripares disséminés au pourtour du gonflement, perlaient de fines gouttelettes d'un liquide luisant et limpide ; à peine formées, ces gouttelettes s'unissaient aux voisines et formaient des gouttes un peu plus volumineuses. Celles-ci, en s'étalant, donnaient naissance à ces fameux RUISSEAUX.

(1) COURS DE PHYSIOLOGIE, page 702.

Ce mode d'excrétion ne laissait guère de doute sur la nature de la sécrétion. Toutefois, j'appliquai sur la joue un papier réactif sec et de médiocre sensibilité : le bleu de tournesol fut immédiatement pointillé de rouge, et la même expérience, répétée dans un moment favorable sur l'aile du nez de la malade, donna exactement le même résultat. La salive buccale, au contraire, était presque alcaline.

Restait à vérifier l'état du conduit de Sténon. Après avoir soigneusement séché les environs de l'orifice, j'ai vainement attendu le jet de salive. Madame Baudran prétend, d'ailleurs, que les aliments mâchés exclusivement de ce côté ne sont pas humectés.

Que devient alors la sécrétion salivaire et, dans quelles conditions singulières s'exécute la fonction? Ce point serait intéressant à déterminer; mais s'il s'agit seulement de montrer que le canal de Sténon peut être oblitéré sans qu'il y ait transsudation tégumentaire, je puis apporter une nouvelle observation.

M. le docteur H. B., soigné par M. le docteur Vigla, était convalescent d'un rhumatisme articulaire dont la généralisation et la ténacité avait donné de sérieuses inquiétudes. Il commençait à manger, quand il s'aperçut qu'avec les efforts de mastication, la région parotidienne s'empâtait, gonflait, devenait pourpre, tant et si bien qu'une douleur extrême finissait par interrompre chaque repas. Il dut, pendant plusieurs jours, s'en tenir à l'usage d'aliments liquides ou broyés, ce qui, pour un convalescent, ne laissait pas que d'être fâcheux. A la fin pourtant, les symptômes s'amoindrirent, et peu à peu disparurent complétement.

Deux mois après, récidive non moins grave du rhumatisme, convalescence, nouveaux phénomènes de rétention salivaire, mais du côté opposé.

Il est bien entendu que, dans les deux cas, le malade a scientifiquement constaté que l'insalivation était presque nulle du côté malade. D'ailleurs, aucune trace de transsudation tégumentaire.

Donc, quand le canal de Sténon vient à être oblitéré, il n'est pas indispensable que la salive apparaisse à la surface des téguments, et quand on y observe l'issue d'un liquide, ce liquide n'est pas nécessairement la salive parotidienne.

II. — Anatomie pathologique.

Anévrisme considérable de l'aorte thoracique; usure des vertèbres correspondantes; rupture; mort subite; par M. Laborde.

Varmoult (Louis-Etienne), 62 ans, venu à l'infirmerie de Bicêtre (hospice de la Vieillesse hommes), salle Sainte-Foy, n° 12, service de M. Duplay, le 3 janvier 1859. Mort le 12 du même mois.

Entré pour des étouffements tels que le malade paraît être sous le coup d'une asphyxie imminente.

Orthopnée forcée; position assise sur le bord du lit, les jambes pendantes. Face décolorée, anxieuse; lèvres violacées; parole étouffée, presque impossible; inspirations précipitées, bruyantes, asthmatiques. Œdème des membres inférieurs, très-marqué, surtout aux jambes et aux cous-de-pied.

La face et les paupières sont aussi sensiblement injectées.

La dyspnée existe depuis longtemps; mais elle est beaucoup plus prononcée depuis quelques jours et aboutit à de véritables étouffements.

La fatigue du malade et sa position forcément assise sur le bord du lit en rendent l'examen très-difficile.

Pouls précipité, irrégulier, petit.

L'oreille appliquée sur les parois thoraciques, en avant et en arrière, perçoit des râles sibilants, ronflants, tellement forts et abondants qu'il est impossible de saisir tout bruit venant du cœur, normal ou anormal. Cependant une matité précordiale très-étendue, surtout à gauche, témoignant d'une hypertrophie considérable du cœur, l'état du pouls et les autres symptômes généraux que nous venons de mentionner, nous portent à soupçonner une affection chronique organique de cet organe à une période très-avancée et ayant amené une congestion pulmonaire intense, congestion muqueuse et sanguine tout à la fois, révélée par les râles sus-mentionnés, auxquels s'ajoutent aussi des râles muqueux sous-crépitants aux deux bases.

Quant à l'affection cardiaque, elle reste, pour nous, indéterminée dans sa vraie nature, à cause des impossibilités d'examen dont nous avons déjà parlé.

Pressé de combattre les symptômes alarmants qui se manifestaient du côté de la respiration, nous avons prescrit, le premier jour : infusion de digitale, 2 p.; julep avec kermès, 0,20; lavement avec miel de mercuriale, 60 gr.; bouillon.

Le lendemain matin, il y a un mieux sensible. Le malade étouffe moins. Un vésicatoire est appliqué à la partie antérieure et médiane du thorax.

Sous l'influence de cette médication, la dyspnée se calme, et le 11, à la visite, le malade nous exprime avec effusion le plaisir qu'il éprouve de respirer plus à l'aise. Cependant les râles existent encore assez intenses et assez étendus pour troubler et empêcher l'examen du cœur. Toujours est-il que notre oreille appliquée sur celui-ci ne saisit qu'un bourdonnement profond et confus, au milieu duquel on ne peut rien démêler qui se rapporte à un bruit normal ou anormal connu de cet organe.

La journée et la nuit se passent dans cet état de calme et de mieux apparent, lequel persistait encore le 12 à neuf heures du matin, lorsqu'une demi-heure plus tard, arrivant au lit du malade avec mon maître M. Duplay, auquel je voulais le montrer, nous le trouvons dans l'état suivant : convulsions épileptiformes de la face; écume abondante coulant de la bouche fortement déviée à gauche; yeux révulsés; inspirations de plus en plus longues et rares. Le malade, au lieu d'avoir sa position assise habituelle, était, en ce moment, étendu dans son lit. Un instant nous avons eu l'idée de rapporter à cette particularité l'attaque subite dont nous étions témoins, et nous nous sommes empressés de relever le malade et de le réhabiliter sur son siége; mais c'était en vain, le pouls avait complétement cessé, et le malade expirait un instant après.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Infiltration des membres supérieurs et inférieurs et de la face. Point d'infiltration abdominale.

A l'ouverture du thorax, il s'écoule principalement de la cavité thoracique gauche, une quantité considérable de sérosité sanguinolente.

A part cela, les viscères en place n'offrent rien d'anormal au simple aspect.

Le péricarde incisé laisse aussi s'écouler une assez grande quantité de sérosité citrine.

De larges *plaques laiteuses* se voient à la surface du cœur, doublée d'une épaisse couche de tissu adipeux. D'ailleurs le cœur nous apparaît alors très-hypertrophié, surtout dans sa portion gauche.

Nous nous mettons en devoir d'enlever ensemble les viscères thoraciques, et pour ce, après avoir incisé la trachée et autres attaches supérieures, et introduit notre index dans celle-ci, nous tirons de haut en bas, selon le procédé habituel : bientôt nous éprouvons une assez forte résistance que nous sommes tentés de rapporter à de nombreuses et épaisses adhérences du poumon gauche. Celles-ci détruites, nous opérons une nouvelle traction rapide et énergique, et aussitôt nous emportons le cœur et les poumons, et au milieu de malheureuses et effroyables déchirures, une énorme tumeur qui n'était autre que l'anévrisme de l'aorte descendante thoracique, que nous avons l'honneur de mettre sous vos yeux.

Une fois les poumons enlevés, s'est révélé, du côté gauche, un énorme caillot sanguin, non fibrineux, recouvrant de haut en bas toute la surface du poumon de ce côté, se moulant exactement sur lui et paraissant, au premier abord, faire partie intégrante de l'organe lui-même. Ce caillot était évidemment le produit du sang épanché par la rupture anévrismale tournée, en effet, de ce côté.

Il n'y avait pas de caillot à gauche.

Poumons congestionnés.....

Aplatissement du poumon gauche par la tumeur anévrismale et adhérences à celles-ci, conservées sur la pièce.

Forte injection des méninges.

Rien d'appréciable dans les centres nerveux.

2° Extrophie de la vessie; disposition de la paroi abdominale; par M. Paul Tillaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce recueillie chez un enfant âgé de 2 mois environ, mort dans le service de M. Giraldès, aux Enfants-Trouvés. Il présentait une extrophie de la vessie. Tous les auteurs que j'ai consultés à ce sujet indiquent bien l'écartement des pubis, la disposition des uretères et des canaux éjaculateurs, des vésicules séminales et des canaux déférents; mais je n'ai point trouvé la manière dont se comporte la paroi abdominale par rapport à la vessie. C'est ce qu'il m'a paru intéressant de rechercher sur le sujet que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Toute la partie antérieure de la vessie manque, comme on le sait, et la paroi postérieure, portée en avant, vient faire partie intégrante de la paroi abdominale; mais on y rencontre tous les éléments de cette dernière. En procédant des parties superficielles vers les parties profondes, on remarque que la peau vient se continuer directement avec les parties latérales de la muqueuse vésicale. A l'état frais, la coloration différente de ces deux membranes les différencie. Au-dessous des pubis, la peau se continue avec le scrotum, qui occupe sa position normale.

Au-dessous de la peau se trouve l'aponévrose, qui a recouvert le grand droit de l'abdomen. Cette aponévrose se termine également sur tout le pourtour de la surface muqueuse, et se continue avec ses fibres les plus profondes.

Au-dessus de la surface vésicale, les feuillets aponévrotiques s'entre-croisent d'un côté à l'autre, comme à l'état normal; seulement, au lieu de former une simple ligne, ils forment une véritable surface quadrilatère large de 1 centimètre environ, en haut, en augmentant successivement jusqu'à 2 à 3 centimètres. En sorte que, dans une assez grande étendue, la paroi abdominale est réduite à la peau et à l'aponévrose, condition qui doit nécessairement prédisposer aux éventrations sus-ombilicales les sujets qui vivent avec une pareille infirmité.

Les muscles droits de l'abdomen sont très-bien développés. Ils s'attachent aux surfaces ordinaires, mais ils interceptent un large espace à la partie inférieure duquel on trouve la surface rouge de la vessie.

Les muscles pyramidaux sont également très-prononcés chez l'enfant que j'examine en ce moment. En bas, ils s'attachent à la symphyse pubienne, comme à l'état normal; mais en haut, ils viennent se terminer sur les côtés de la surface vésicale, à la partie moyenne environ, au lieu de se terminer à la ligne blanche, qui n'existe plus.

En résumé, nous voyons que non-seulement les os, mais les parties molles se sont écartées pour recevoir la vessie dans leur intervalle; qu'il existe ainsi sur la ligne médiane un vaste espace recouvert seulement par l'aponévrose et la peau.

Les artères ombilicales, la veine ombilicale, l'ouraque, présentent la direction normale et vont se terminer à la cicatrice ombilicale située immédiatement au-dessus du sommet de la vessie.

3° RECHERCHES SUR LES CONDITIONS ORGANIQUES DES HÉTÉROTAXIES; par M. CAMILLE DARESTE.

J'ai eu l'occasion, dans ces derniers temps, de faire la dissection d'un monstre double, et j'entretiendrai, dans quelque temps, la Société de quelques faits intéressants d'anatomie tératologique, que cette étude m'a conduit à constater. Mais, en attendant que j'aie préparé tous les éléments de ma communication sur ce sujet, je crois devoir présenter à la Société quelques considérations sur une question tératologique, encore aujourd'hui fort obscure, et dont le travail auquel je fais actuellement allusion a été l'occasion. Je veux parler de la transposition des viscères ou des *hétérotaxies*. On sait, en effet, que la transposition des viscères se retrouve toujours dans l'un des sujets composants d'un monstre double, et que cela doit être, car les fusions des organes qui caractérisent les monstruosités doubles ne peuvent se faire que d'une manière symétrique.

La transposition des viscères a été pendant longtemps, et est encore aujourd'hui, pour beaucoup d'anatomistes, un des plus forts arguments en faveur de la doctrine de la monstruosité originelle. Telle était l'opinion de Winslow, de Haller, de Meckel. Les tentatives d'explication par des causes accidentelles sont très-peu nombreuses; d'autre part, elles sont évidemment insuffisantes. Rider qui, l'un des premiers, fit connaître anatomiquement un sujet dont les viscères étaient transposés, a émis, sur ce sujet, plusieurs hypothèses, mais qui n'ont rien de scientifique. De nos jours, M. Serres a essayé d'expliquer les hétérotaxies par le développement inégal des deux lobes du foie, primitivement égaux; si le lobe gauche du foie se développe plus que le lobe droit, cet événement aurait pour effet de déterminer la transposition des viscères. Cette théorie de M. Serres repose sur un fait vrai; mais elle est insuffisante, comme on va le voir.

Les progrès que l'embryogénie a faits de nos jours, principalement en ce qui concerne le système vasculaire et l'appareil digestif, nous fournissent, à ce qu'il me semble, des éléments très-précieux pour la solution de cette question.

Le système vasculaire, dans l'homme adulte, est impair, du moins dans les parties centrales; mais ce défaut de symétrie, qui caractérise l'âge adulte, n'est point une condition primitive. Dans l'embryon, le système vasculaire, à l'exception peut-être du cœur, dont le développement, quoique souvent étudié, ne nous est pas encore connu d'une manière complète, est parfaitement symétrique, comme les appareils de la vie animale.

Chez tous les vertébrés allantoïdiens, pendant l'âge embryonnaire, l'aorte dorsale ou descendante, naît de 5 paires de cordes ou d'axes qui proviennent du bulbe aortique. Ces rameaux artériels s'oblitèrent, pour la plupart, pendant le développement, et il ne reste que ceux qui doivent former les carotides, la corde de l'aorte et l'artère pulmonaire. Dans l'homme et les mammifères, ceux de ces arcs qui persistent pour former la corde définitive de l'aorte et le tissu des artères pulmonaires sont situés du côté gauche, tandis que ceux du côté droit s'oblitèrent. Chez les oiseaux, le contraire a lieu; la corde de l'aorte et l'artère pulmonaire se forment aux dépens d'arcs du côté droit.

Pourquoi ne pas admettre que chez l'homme et chez les mammifères, une cause quelconque, encore inconnue, viendrait à développer les arcs du côté droit, au lieu des arcs du côté gauche? On aurait ainsi l'explication de la transposition des artères; et alors il n'y aurait pas, à vrai dire, véritable transposition, mais seulement développement des parties droites, et oblitération des parties gauches de l'appareil artériel, contrairement à ce qui a lieu dans l'état ordinaire.

La même explication est également applicable au système veineux, primitivement double, et dont une partie disparaît par l'effet du développement; elle l'est encore au canal thoracique. Dans le mémoire que je prépare sur ce sujet, je donnerai, sur cette question, tous les détails nécessaires; et je montrerai comment cette explication, d'une si grande simplicité, se trouve confirmée par un nombre très-varié de vices de conformation qui nous montrent, d'une part, un grand nombre de passages entre le développement complet à gauche et le développement complet à droite de chacun des appareils vasculaires; de l'autre, la possibilité de l'existence séparée de chacun des éléments qui, réunis, constituent la monstruosité complexe que l'on appelle l'hétérotaxie.

Je n'ai pas, jusqu'à présent, étendu cette explication au cœur lui-même, mais je ne doute pas que je ne puisse y parvenir. Ce qui m'a arrêté jusqu'à présent, c'est l'imperfection des notions que nous possédons aujourd'hui encore sur le développement de cet organe. J'espère pouvoir bientôt soumettre ce sujet à l'étude, et je pense que rien ne m'empêchera de compléter mon explication.

Quant au système digestif, l'explication est tout autre, mais elle est également simple. Ici il y a véritablement transposition: car cet appareil est primitivement simple, et il occupe la ligne médiane du corps. On sait de plus que le tube digestif est beaucoup plus long que le corps lui-même. La plus grande partie de l'intestin se forme en dehors de la cavité abdominale, et elle pénètre peu à peu dans cette cavité avant la naissance. Elle ne peut évidemment se loger dans cette cavité qu'à la condition de se replier un très-grand nombre de fois sur elle-même, et, par conséquent, elle ne peut s'y placer d'une manière symétrique en occupant la ligne médiane.

Maintenant quelle est la cause qui décide le cas dans lequel les intestins viendront se placer à l'intérieur de la cavité abdominale? En suivant, avec Meckel et J. Müller, le développement du tube digestif, on voit que l'estomac, d'abord situé verticalement le long de la ligne médiane, et présentant la petite courbure en avant et la grande courbure en arrière, éprouve un changement de position qui tourne la grande courbure du côté gauche et la petite courbure du côté droit. Ce changement se produit par la formation d'une excavation dans le mésogastre ou le repli péritonéal qui l'attache à la paroi abdominale postérieure, excavation qui deviendra plus tard le hiatus de Winslow ou l'entrée de l'arrière-cavité des épiploons.

Or on ne voit pas de raison pour que cette excavation du mésogastre ne se fasse pas à gauche plutôt qu'à droite comme dans l'état naturel, pour que par conséquent, la grande courbure de l'estomac ne vienne se placer du côté droit au lieu d'occuper le côté gauche. Il y a tout lieu de croire que c'est ce changement de position de l'estomac qui est le point de départ de tous les changements de position que l'on observe dans le reste du tube digestif.

Le foie, comme l'appareil vasculaire, est primitivement formé de deux lobes égaux. Il est évident que la transposition n'est, comme l'a très-bien indiqué M. Serres, que la conséquence d'un développement inégal de ces deux lobes. Seulement, ce fait que M. Serres a pris pour point de départ de la transposition des viscères, n'en est très-probablement qu'une conséquence. Le foie ne se forme qu'après l'appareil digestif, et il suit dans son développement le développement même de l'appareil digestif. L'inégalité de développement de ses lobes tient, selon toute apparence, aux positions différentes occupées par l'estomac.

Quant à la rate, elle suit dans sa position celle de la grande courbure de l'estomac à laquelle elle est invariablement attachée.

Maintenant quelles sont les causes qui déterminent tous ces changements? Nous les ignorons entièrement, et peut-être nous les ignorerons toujours. Mais je crois que l'explication que j'ai essayé de donner pour l'hétérotaxie ne présente pas des difficultés plus grandes que celles que l'on a imaginées pour la plupart des monstruosités, lorsque l'on s'est placé en dehors du système des monstruosités originelles.

II. — PATHOLOGIE.

1° OBSERVATION D'ANGINE COUENNEUSE AVEC ALBUMINURIE; recueillie dans le service de M. BOUCHUT par M. GAUX.

OBS. — Augustine Bayle, âgée de 5 ans et demi, est entrée le 7 décembre 1858 dans le service de M. Bouchut pour une chorée.

Son père est bien portant, mais sa mère est hémiplégique par suite d'une attaque d'apoplexie; ils ont deux autres enfants bien portants. Celle-ci est restée en nourrice jusqu'à l'âge de 5 ans. Tout ce qu'on sait sur ses antécédents jusqu'à cette époque, c'est qu'elle a eu souvent des gourmes. Il y a six semaines, elle a eu la rougeole, et il y a un mois, sans cause appréciable, elle commença à avoir des mouvements choréiques. Son caractère n'a pas changé; bon appétit; bonne digestion; pas de dévoiement. Elle n'a aucun antécédent de rhumatisme. On ne lui a fait subir aucun traitement.

8 décembre. Cette enfant, petite et bien développée, a des mouvements choréiques peu prononcés dans les membres supérieurs et dans les jambes. Ils sont assez forts pour l'empêcher de manger seule, mais elle ne se mord pas la langue; elle peut marcher; la sensibilité est anormale, langue naturelle, pas de fièvre.

12. Arséniate de soude, 0,10 centigrammes.

17. Même état. Arséniate de soude.

Depuis deux jours l'enfant a de la fièvre, tousse et paraît assez gênée à respirer. Un vomitif a déterminé un notable soulagement. Les mouvements choréiques ont complètement disparu depuis l'apparition de la fièvre. Le matin l'enfant respire beaucoup mieux; le côté droit de la poitrine résonne un peu mieux que le côté gauche. Il y a des râles sibilants et semi-crépitants disséminés partout. Langue blanche; soif fréquente; pouls, 120.

20. Looch blanc; frictions au croton; ipéca en sirop.

22 Même état: looch blanc.

Il y a un peu de matité dans le côté droit de la poitrine, et en ce point la respiration faible est accompagnée de râle non crépitant.

Sirop d'ipéca.

Jusqu'au 7 janvier cet état persiste; la toux est fréquente, la fièvre ne cesse pas, l'état du poumon ne s'améliore qu'insensiblement.

7 janvier 1859. Depuis hier l'enfant tousse davantage; cependant la résonance de la poitrine est bonne; les râles sous-crépitants du côté droit ont disparu, mais il en existe un peu au sommet du poumon gauche. L'enfant se plaint d'une forte douleur de côté.

Les narines sont obstruées par du muco-pus et des fausses membranes, et dans le fond de la gorge les amygdales ainsi que des fausses membranes. Pas d'albumine dans les urines.

Cautérisation avec le nitrate d'argent solide, looch blanc, sirop diacode, 15 grammes.

10. L'enfant n'a plus de fausses membranes sur les amygdales, mais il en reste encore sur la luette que l'on cautérise. Toux peu fréquente avec râles muqueux des deux côtés. Soif peu fréquente, pas d'appétit. Deux selles en diarrhée.

Glycérine au fond de la gorge.

Les urines deviennent albumineuses depuis hier.

11. Cautérisation, chlorate de potasse.

Urines fortement albumineuses.

13. La diarrhée continue: urines albumineuses.

14. L'angine couenneuse a presque disparu, mais l'enfant reste pâle, bouffie, avec un léger anasarque de tout le corps. Les urines sont toujours très-fortement albumineuses. Pouls, 108; langue blanche; soif fréquente; peu

d'appétit; pas de vomissements; diarrhée abondante, jaune verdâtre; peau modérément chaude, mauvais sommeil. Vers le soir elle devient plus malade et s'affaisse sur elle-même sans violents symptômes de suffocation ni d'asphyxie. Elle s'éteint à six heures du soir.

Autopsie. — La bouche, la gorge, la langue, le larynx, la trachée ne contiennent pas de fausses membranes. A l'ouverture de la poitrine il s'écoule la valeur d'un demi-verre de sérosité grise provenant de la plèvre gauche; à droite une seule adhérence vascularisée. Le péricarde contient aussi une notable quantité de sérosité; les séreuses ne présentent d'ailleurs aucune autre altération. Le cœur est très-gros; ce volume est dû à la dilatation considérable des ventricules, sans hypertrophie des parois; il est pâle et ne contient que quelques caillots décolorés. Les bronches, saines d'ailleurs, ne contiennent que des mucosités aérées, peu épaisses.

Les poumons sont assez fortement congestionnés à la partie postérieure; celui du côté droit est le siége de lésions plus considérables. Le bord postérieur et la face externe de son lobe inférieur offrent une coloration rouge marbrée, granitique, formée par des lobules pâles, roses, rouges de couleur plus ou moins foncée, livides, noirs à divers degrés de congestion. Le tissu est dur, semé de bosselures inégales, causées par l'inflammation des lobules. Nulle part il n'y a de l'hépatisation. Le lobe supérieur présente des lésions plus avancées. Outre la congestion lobulaire semblable à celle du lobe inférieur, il y a un noyau plus dur, plus résistant, friable, dont le tissu est rouge, granuleux comme dans l'hépatisation du deuxième degré. Le tissu plonge au fond de l'eau.

Les organes abdominaux sont sains.

Les reins, manifestement plus gros que ne le comporte l'âge du sujet, pèsent, l'un 68 grammes, l'autre 62,50. Leurs capsules ne sont pas adhérentes, et enlevées laissent voir une surface largement marbrée en jaune pâle, et dans les intervalles existe une injection fine d'un rouge vineux; mais nulle part on ne voit des grains jaunâtres bien évidents. A la coupe on les trouve plutôt exsangues qu'injectés. Plusieurs pyramides sont jaunes, manifestement graisseuses à l'œil nu, et on reconnaît difficilement la disposition des conduits urinifères. La substance corticale est jaunâtre, anémique, hypertrophiée et un peu ramollie.

Des préparations microscopiques, prises sur ces parties, montrent des tubuli privés de la plus grande partie de leur épithélium, et recouverts par contre de granules élémentaires de nature graisseuse; les cellules elles-mêmes qui subsistent encore en sont remplies. Le droit présente cette altération plus avancée que le gauche; c'est celui aussi qui l'emporte en poids.

Conclusion. — L'observation montre donc une chorée disparaissant à l'apparition d'une pneumonie. Celle-ci à marche lente, se complique au bout de vingt-deux jours d'un coryza couenneux, d'une angine couenneuse. Jusqu'alors les urines étaient saines; deux jours après elles deviennent albumineuses, et le sont plus ou moins fortement jusqu'à la mort, sans que jamais l'enfant ait présenté des symptômes d'asphyxie. L'angine disparaît, mais l'anasarque survient, puis la mort.

L'autopsie montre les reins manifestement graisseux, tels qu'ils sont dans le deuxième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer.

2° Observation de croup avec albuminurie; recueillie dans le service de M. Bouchut; par M. Gaux.

Obs. — Augustine Bonvet, âgée de 5 ans, est entrée à Sainte-Eugénie dans le service de M. Bouchut, le 11 janvier 1859, pour le croup.

Cette enfant, dont le frère est entré il y a quelques jours pour une angine couennense, ressent elle-même depuis cinq jours de la fièvre, de la difficulté à respirer, de la toux. Depuis deux jours la toux et la voix sont rauques, et depuis hier seulement la voix est éteinte. Il y a eu pendant la nuit plusieurs accès de suffocation, et on a amené l'enfant ce matin à l'hôpital. Le visage est rosé, sans cyanose, l'enfant est complétement anesthésique sur les membres, mais encore un peu sensible sur les côtés du cou. La respiration est très-gênée, et à distance fait entendre un sifflement laryngo-trachéal assez fort. La peau est chaude, le pouls petit et très-fréquent. Le fond de la gorge ne présente pas de fausses membranes, et on y voit les deux amygdales si gonflées qu'elles obstruent presque l'isthme du gosier.

L'ablation des amygdales est faite; elle donne lieu à un faible écoulement sanguin, mais la respiration est toujours aussi difficile. Le grattage du larynx n'amène aucune fausse membrane; l'anesthésie devient complète, sans cyanose. Il fallut faire la trachéotomie, qui a donné issue à un petit fragment de fausse membrane.

La journée s'est passée assez bien, et l'anesthésie a disparu au bout de quelques heures. L'enfant tousse assez fréquemment et rend des mucosités claires. Pendant la nuit il s'est développé sur le corps une éruption discrète de taches rouges, arrondies, d'inégales dimensions, tout à fait semblable à celles de la rougeole. Il n'y a pas eu de larmoiement ni de coryza. Ce matin, la respiration est naturelle, sans râles. Le pouls, 140. Pas d'appétit, un peu de diarrhée.

12 janvier. L'enfant tousse assez souvent et rejette par la canule des mucosités claires, sans fausses membranes. Résonnance de la poitrine bonne; des deux côtés, râles sibilants et ronflants. Pas de vomissement; deux selles en diarrhée. La surface de section des amygdales présente à gauche une surface grisâtre où l'on croit reconnaître des fausses membranes. Pouls, 128. L'éruption de rougeole continue et offre une assez grande intensité. On retire la canule et la plaie a assez bonne apparence.

L'enfant est restée hier deux heures sans canule, et il est sorti un débris de fausse membrane; la diarrhée continue très-abondante, et on ne peut avoir des urines de l'enfant, parce qu'elle ne sait pas les retenir quand elle va à la selle. La rougeole a presque disparu. On enlève la canule, qui montre une plaie enflammée un peu grisâtre, à la surface de laquelle il semble se former un commencement de production couenneuse. Peau modérément chaude. Pouls, 120.

Eau albumineuse. Julep gommeux et opiacé.

15. L'enfant est restée trois heures sans canule. Elle tousse assez fréquemment, rend des fragments de fausse membrane et des mucosités épaisses. La plaie est fortement enflammée au pourtour, grisâtre et couverte de fausses membranes épaisses. Le fond de la gorge est tout à fait débarrassé, et il y a une petite plaque de fausses membranes sur la lèvre inférieure. Le murmure vésiculaire se fait entendre partout sans râle. Soif fréquente, quatre selles en diarrhée. La rougeole ne laisse sur la peau que des taches jaunes. Pouls, 120.

Les urines contiennent de l'albumine.

16. Les taches de la rougeole ont passé au brun; elles n'ont pas été suivies de desquamation. Il y a une petite fausse membrane sur la lèvre inférieure; mais la surface de section des amygdales est cicatrisée. L'enfant est restée trois heures sans canule; la plaie a mauvais aspect, est enflammée au pourtour, avec gonflement érysipélateux étendu au menton; elle est couverte de fausses membranes, et il commence à s'en développer sur la peau qui l'entoure. Toux fréquente, expectoration peu épaisse. Râles sibilants et muqueux des deux côtés de la poitrine. La diarrhée est moins fréquente. Pouls, 120.

Urines légèrement albumineuses. Sulfate neutre de bismuth.

17. L'enfant est restée jusqu'à neuf heures du soir sans canule. La plaie est toujours couverte de fausses membranes et ses environs, avec une rougeur érysipélateuse accompagnée d'un grand nombre de phlyctènes purulentes et d'ulcérations superficielles du derme.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

18. L'enfant est restée vingt-quatre heures sans canule; le murmure vésiculaire est naturel. La plaie n'a plus de fausses membranes, le pourtour est moins enflammé; mais l'ulcération gagne en profondeur et sur les bords, en sorte que l'ouverture est considérablement agrandie. Bon appétit; la diarrhée a cessé. Un peu de fièvre. Les taches de la rougeole se distinguent encore. Pas d'albumine dans les urines.

20. L'enfant tousse assez souvent, et il sort beaucoup de mucosités par la plaie qui continuent à irriter la peau du sternum et déterminent les ulcérations. La plaie est très-large. La résonance de le poitrine est bonne, et l'on entend des deux côtés de la poitrine un peu de râle sibilant. L'enfant a peu d'appétit. Une selle molle. Pouls, 132. L'enfant est un peu pâle et offre de la bouffissure au visage, sur les mains et sur les pieds.

Les urines sont fortement albumineuses.

21. L'enfant a mal dormi, s'est plainte toute la journée et n'a pas d'appétit. Elle tousse beaucoup, et on entend des râles muqueux très-abondants dans toute la poitrine. Il n'y a pas de diarrhée. Même état de la plaie. La bouffissure du visage et des mains paraît avoir un peu augmenté. Pouls, 120.

Les urines sont toujours albumineuses.

Dans la nuit elle meurt.

Autopsie. — La bouche, la trachée, le larynx, les bronches ne contiennent pas de fausses membranes. La surface de section des amygdales est cicatrisée. Au niveau de la section de la trachée, la muqueuse est ulcérée, les cartilages érodés. Les plèvres, le péricarde, le cœur n'ont rien. Les poumons ont conservé leur élasticité, ils sont fortement congestionnés, d'un rouge livide, plus foncé cependant à la base; mais nulle part le morceau coupé ne va au fond de l'eau. Les poumons ont leur consistance normale, ne sont pas granuleux à la coupe. Les bronches sont gorgées de mucosités épaisses, spumeuses. Rien à noter dans l'abdomen, sauf les reins.

Ceux-ci sont volumineux. Leurs capsules manifestement épaissies, surtout celle du rein droit, qui est d'un blanc laiteux, n'adhèrent pas cependant à la substance rénale. La surface des reins est d'un jaune pâle, uniforme, sans injection. Ils sont ramollis et se déchirent facilement; à la section, on voit les pyramides bien limitées. La substance tubuleuse est rouge pâle, la corticale jaunâtre; ils sont exsangues.

Les préparations microscopiques montrent les tubuli assez bien conservés. La plupart ont leur épithélium intact; mais tous sont plus ou moins infiltrés de granule graisseuse.

Conclusion. — On voit donc un croup opéré se compliquant, le lendemain de l'opération, d'une rougeole. On n'a pu savoir à quand remontait l'albuminurie; elle a eu une intermittence de trois jours et s'est compliquée d'œdème dans les derniers jours de la maladie. L'autopsie a montré les reins altérés.

BIBLIOGRAPHIE.

NOTES ON THE SURGERY OF THE WAR IN THE CRIMEA, WITH REMARKS ON THE TREATMENT OF GUNSHOT WOUNDS (NOTES SUR LA CHIRURGIE DE LA GUERRE DE CRIMÉE, AVEC REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DES BLESSURES PAR ARMES A FEU); par M. le docteur G. Mac-Leod, F. R. C. S., chirurgien de l'Ambulance générale devant Sébastopol. — London, Churchill. — 1858.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Les plaies intéressant la troisième grande cavité splanchnique et

l'abdomen ont fourni à M. Mac Leod les observations suivantes : Malgré les conseils cliniques de la chirurgie anglaise, le traitement antiphlogistique énergique prescrit dans ces sortes de traumatisme a été généralement abandonné dans cette campagne ; il a fait place la plupart du temps à l'emploi de l'opium, qui est le point d'appui principal de nos voisins dans le traitement des inflammations péritonéales. Cette médication directement puissante en matière de douleur et d'angoisse, rend fort souvent sans objet, à leur avis, l'emploi de déplétions sanguines qui, sans elle, eussent été véritablement obligatoires. Uni à une diète très-sévère, aux purgatifs, en lavement seulement et non par la bouche, l'emploi des narcotiques, qui détermine l'immobilité des viscères et de leurs tuniques, celle des parois abdominales, rend chaque jour à nos voisins les plus grands services. Cette méthode est, du reste, familière et commune chez eux. Nous l'avons vue mise en usage d'une manière constante et presque comme article réglementaire dans toutes les inflammations du bas-ventre. Cystites, métrites, péritonites de toutes origines, rétentions d'urine, après la cystotomie, etc., etc. Nous croyons que cette méthode mériterait d'être étudiée et essayée en France d'une façon plus suivie. On sait les succès que lui dut Chomel dans la péritonite. Assurément, l'insuffisance relative dans ces affections de la méthode antiphlogistique autorise pleinement de pareils essais.

Au point de vue purement chirurgical, la question du débridement et du cathétérisme des plaies pénétrantes de l'abdomen devait également attirer l'attention, quand tant de circonstances se présentaient où elle devait être jugée à l'œuvre. Voici les conclusions qu'a fournies à cet égard l'observation :

« La crainte de l'étranglement par le fait des aponévroses ou des muscles, est le principal motif qui ait été argué en faveur du débridement des plaies abdominales. Mais l'expérience, en montrant l'inanité de cette cause de sollicitude, a mis en lumière son véritable danger : l'affaiblissement des parois de l'abdomen et sa disposition consécutive aux hernies. La chirurgie anglaise abandonne donc absolument cette méthode autrefois classique. L'école française est moins affirmative. Un autre résultat de ces mêmes observations est la fréquence des guérisons spontanées de l'anus artificiel. C'est un point qui doit intéresser le chirurgien, car la médecine opératoire est trop riche (comme nombre) en procédés réparateurs des plaies intestinales, pour que la bonté du meilleur d'entre eux ne soit encore un objet bien légitime de doute. »

La statistique des plaies de l'abdomen a donné les résultats suivants :

Contusions des parois 17 décès sur 101 cas ; 58 plaies pénétrantes avec lésion des viscères, 36 décès ; perforation sans lésions apparentes, 65 cas dont 60 décès. 4 fois rupture des viscères sans lésion extérieure, 4 morts. On voit par là que si les chirurgiens anglais ont cru devoir modifier le traitement des plaies abdominales, ils ne paraissent pas malheureusement avoir notablement changé l'issue désastreuse, ni le chiffre énoncé de la mortalité de cette classe de blessures.

Fractures compliquées des extrémités ; plaies par armes à feu des mains et des pieds.—Relevés statistiques : 2,198 plaies par armes à feu des extrémités inférieures ; 166 décès. Sur ces nombres 1,628 seulement concernent les plaies des parties molles, ayant amené 55 morts ; 43 cas dont 2 mortels de contusions avec fracture partielle des os longs ; 23 cas dont une mort de fracture simple par contusion des os longs ; 174 cas, dont 64 décès, fractures compliquées du fémur (96 amputations) ; 9 morts sur 66 cas de la même blessure du tibia seul ; 27 décès sur 144 cas de fracture compliquée des deux os de la jambe (91 amputations) ; 7 morts sur 88 cas de plaies pénétrantes du tarse.

Les plaies des parties molles des membres supérieurs ont été au nombre de 1,237 offrant 8 décès. On a compté 12 morts sur 102 cas de contusion avec fracture partielle des os longs (y compris la clavicule et l'omoplate) ; 27 cas et 2 morts de fractures simples par armes à feu, toujours ; 169 cas dont 15 morts (104 amputés) pour fracture compliquée de l'humérus ; 66 cas et 2 morts (41 amputations) pour fractures compliquées des deux os de l'avant-bras. Sur 113 cas de plaies pénétrantes du carpe, on a pratiqué 48 amputations.

Ce tableau justifie les observations suivantes du docteur Mac-Leod.

En Crimée les blessures des membres ont été particulièrement embarrassantes et extraordinairement fatales ; pour prévenir les accidents, on avait fait tant de fond sur les résultats des améliorations modernes que l'événement désappointa fort. N'était-on pas en droit d'espérer que de tant de circonstances qui, dans les anciennes guerres, eussent obligé à l'amputation, on pourrait aujourd'hui en éviter un grand nombre, soit par la meilleure direction imprimée au traitement, soit par l'amélioration des procédés de transport et du pansement ? Malheureusement une triste expérience est venue faire justice de ces espérances, en confirmant de nouveau la gravité de toute plaie des membres par armes à feu quand l'os est intéressé.

Un regret de plus à enregistrer, c'est que la fatalité des blessures n'a pas été médiocrement aggravée par l'ardeur des chirurgiens à vouloir conserver les membres frappés ; plein des promesses et des enseignements de l'école, on aimait à se persuader que des blessures en apparence aussi légères ne pourraient défier longtemps les efforts intelligents et assidus tentés pour sauver le membre. Un grand nombre d'existences ont fait les frais de cette déplorable expérience, et ont confirmé les préceptes des maîtres de la chirurgie des camps. Il a de nouveau été démontré que toute tentative de conservation d'un membre dans les conditions énoncées, mettait en péril la vie des blessés, et que les chances qui suivaient l'amputation secondaire ne rétablissaient jamais l'équilibre en faveur du malade.

Deux circonstances de la plus haute gravité tiennent la plus grande place dans l'étiologie de ces insuccès. La déplorable condition des hommes tous plus ou moins imprégnés du poison des camps, l'influence scorbutique particulièrement, cause puissante d'arrêt dans la réparation des plaies, des os surtout ; secondement la nature nouvelle, poids, vitesse, forme et mouvement des projectiles. Le perfectionnement des armes à feu donne aux balles cylindro-coniques une vitesse bien différente de celle des temps passés, et leur donne en outre un mouvement de rotation sur elles-mêmes, dont l'effet inconnu jusqu'ici est des plus graves sur l'intégrité de l'os. Un choc terrible, faisant éclater les os en tous sens, a remplacé l'effet ancien de la balle arrondie de plomb. La comminution de l'os qui suit son passage n'a pas d'analogue dans les annales de l'ancienne chirurgie.

Les conséquences d'un tel élément sont évidemment des plus graves. Le grand nombre des esquilles, les commotions de l'os tout entier, les fentes longitudinales, suites nécessaires de cette sorte d'ébranlement (voir l'intéressant travail de M. le professeur Bouisson (de Montpellier) sur ce genre de fractures : TRIBUT A LA CHIRURGIE, 1857), montrent assez la gravité nouvelle d'un semblable traumatisme.

La conduite a tenir n'est donc pas douteuse pour les chirurgiens anglais. Reprenant ces paroles mémorables de Dupuytren : « Nous perdons plus de vies que nous ne sauvons de membres, » diront-ils : l'amputation est donc toujours indiquée. Il ne faut qu'une exception, à savoir, pour les cas de fracture du fémur dans le tiers supérieur, pour lesquelles seules la mortalité est moins grande dans les essais de conservation que si l'on se résout à la désarticulation ou à l'amputation dans le tiers supérieur.

La chirurgie française, d'accord avec l'expérience anglaise en ce qui concerne la désarticulation de la cuisse ou son amputation dans le tiers supérieur, est moins catégorique que la doctrine de nos voisins eu égard aux amputations primitives. Elle essaye, et dit s'en féliciter, plus souvent qu'elle, la conservation du membre quand elle ne s'y reconnaît pas tout d'abord impuissante. Cette divergence tient peut-être à la plus grande perfection de nos moyens de transport des malades, et à un soin plus scrupuleux, plus empressé et mieux organisé de la part de notre service de santé militaire, et aussi à la plus grande habitude de la vie en campagne contractée par notre armée d'Afrique.

Un enseignement secondaire est en outre fourni par les mêmes observations : c'est que les plus grands soins doivent être pris d'enlever dès le principe toutes esquilles, tous fragments adhérents lâchement aux tissus, en un mot séparés du corps de l'os, ces fragments devant invariablement être éliminés plus tard et éternisant les suppurations.

En opposition avec ces tristes relevés d'une cruelle expérience, plaçons cette observation heureuse qui confirme cette donnée, depuis si longtemps dans la science, de la décroissance du danger des grandes opérations à mesure qu'on s'éloigne davantage du tronc : Les plaies pénétrantes, perforantes des mains et des pieds, du carpe et du tarse, quoique produisant localement les plus grands désordres, ont, en général, suivi, dans leur réparation, une marche rapide. Pour ces sortes de plaies l'événement a généralement couronné les efforts de conservation de la partie frappée.

Plaies des articulations.—Les plaies pénétrantes des grandes articulations par les projectiles, dans cette guerre moins que dans toute autre, auraient pu se montrer bénignes. Leur résultat devait être et s'est montré presque constamment fatal. C'est au genou qu'on peut le mieux les étudier et qu'on peut les prendre pour type. M. Mac Leod ne croit pas que dans l'armée anglaise une seule articulation fémoro-tibiale ouverte par une balle, et ayant fracturé soit les condyles, soit la tête du tibia, ait guéri sans l'amputation. Les statistiques sont, dit-il, infidèles dans les quelques cas favorables qu'elles rapportent.

Ce n'est pas primitivement, immédiatement, par suite de la phlegmasie initiale, que ces plaies offrent un caractère si grave; c'est aux accidents ultérieurs seulement qu'elles empruntent leur gravité. Les longues et épuisantes suppurations, les abcès sans fin, l'empoisonnement purulent, voici leurs inévitables dangers. Ces abcès, chose a noter, s'observent principalement entre les muscles de la main et demeurent un certain temps inaperçus, ce qui ne diminue pas, loin de là, leur danger.

La conviction de ces dangers a de tout temps fait une loi au chirurgien militaire de sacrifier de bonne heure le membre, seule chance de salut pour le malade, quand les extrémités osseuses sont intéressées, il est bien entendu. Français et Anglais sont tombés d'accord sur ce point en Crimée: c'est devenu une règle, sans désaccord entre les chirurgiens de tous pays. Larrey, Guthrie, dans les anciennes guerres, Esmarch, dans celle du Schleswig-Holstein, nos contemporains en Crimée, n'ont à cet égard qu'une seule voix.

Il n'en est pas de même des plaies par instruments tranchants. Des articulations largement ouvertes par le sabre ou par le couteau du chirurgien, n'offrant pas fracture des extrémités osseuses, ont pu être conservées et menées à bonne fin. C'est un enseignement pour le cas où l'on tenterait de conserver un membre dans la première catégorie; il y a indication formelle à ouvrir largement l'article pour empêcher la formation de tout clapier, de toute fusée purulente. On en voit une preuve nouvelle dans le moindre danger présenté par les plaies produites par un éclat d'obus, par exemple, qui ouvrent toujours largement les tissus; elles remplissent ici un office que le chirurgien n'ose pas assez souvent accomplir, elles débrident largement.

Le pronostic relatif aux plaies de l'articulation tibio-tarsienne, et de l'épaule peut-être, si l'on s'en rapporte à l'expérience de Crimée, est un peu moins noir. La position superficielle de l'épaule, la facilité des resections dans cette région, la circonstance de la large ouverture des plaies dans les cas où la guérison a été observée, sont autant de circonstances qui joignent leur influence aux causes généralement admises déjà.

Ces remarques conduisent l'auteur à l'examen d'une grande question de pratique chirurgicale, aujourd'hui à l'ordre du jour: nous voulons parler des resections articulaires. Les éléments statistiques manquant sur ce point, nous nous abstiendrons de suivre l'auteur anglais dans la discussion des observations fort intéressantes d'ailleurs qu'il rapporte: ce chapitre, nouveau encore dans la chirurgie, et qui mérite une attention spéciale, est en ce moment l'objet d'une étude sérieuse de la part de tous les chirurgiens: nous leur en laisserons la discussion, particulièrement en ce qui concerne le procédé opératoire, nous hornant à reproduire ici les résultats recueillis par l'expérience anglaise en Crimée. D'après l'observation de Mac Leod, les excisions pratiquées au moment de l'accident ont été suivies de plus de succès que celles qui ont été ajournées. Ce n'est qu'à l'épaule que les resections secondaires ont été généralement suivies de succès. Les resections partielles ont été moins heureuses que les resections totales, sans doute à cause de la moindre largeur des débridements et des voies ouvertes à l'écoulement du pus.

Enfin, si l'on compare, au point de vue de leurs avantages, l'amputation et l'excision en ce qui touche l'articulation de la hanche, dans les cas de fracture de la tête ou du col du fémur, la campagne de Crimée n'est pas sans intérêt pour la solution. Sur 23 cas de désarticulation coxo-fémorale pratiqués tant dans l'armée anglaise que chez les Français — pas un succès! 24 morts misérables et très-rapprochés du moment de l'opération. Au contraire, sur six cas de resection de la tête du fémur, à part un décès qui semble sans connexion directe avec l'opération, six succès confirmés. La chance de sauver le blessé est donc manifestement en faveur de la resection; car ce n'est pas sérieusement qu'on a pu objecter le raccourcissement du membre.

Il est entendu qu'il ne s'agit ici que des resections de la tête et du col et non de celles pratiquées sur la longueur de la diaphyse. Celles-ci, au fémur, ont été presque invariablement fatales. Cela ne surprendra aucun chirurgien.

Le chapitre des amputations est presque en entier consacré à résoudre la question si longtemps controversée de l'amputation immédiate ou secondaire après la fracture des os par arme à feu. Cette question, aux yeux des chirurgiens militaires, est désormais tranchée: nous avons déjà vu les motifs de cette décision de l'art. Aujourd'hui, tout chirurgien militaire considère chaque heure de retard comme diminuant sensiblement les chances de salut; considérations singulièrement renforcées par les secours tirés de l'influence bienfaisante du chloroforme.

La campagne de Crimée devait également offrir un excellent champ d'observations concernant la valeur relative de l'amputation à lambeaux comparée à l'amputation circulaire. Le chirurgien anglais se prononce contre la première méthode; celle à lambeaux, entre autres désavantages, a celui de présenter plus de difficultés pour le transport, parce qu'on fait presque toujours les lambeaux trop longs. Cependant ce sujet a encore besoin de demeurer à l'étude.

La mortalité générale, à la suite des amputations, a été de 25 p. 100 environ pour les opérations pratiquées immédiatement après l'accident, et de 46 pour 100 pour les amputations à une époque plus éloignée.

Nous trouvons aussi chez M. Mac Leod, une discussion intéressante sur le parallèle à établir entre l'amputation sus-malléolaire et celle pratiquée au lieu d'élection, ainsi que sur celle à établir entre l'amputation dans le tiers inférieur et la cuisse, et dans l'articulation même. On rencontre dans ce dernier paragraphe, une remarque de quelque intérêt au sujet de l'influence favorable que doit avoir une méthode qui n'intéresse pas le canal médullaire. Cette remarque a cours dans l'école anglaise; et nous avons vu M. Ferguson pratiquer la section *dans les condyles* après la désarticulation du genou. Une plaie de l'épiphyse fémorale avait été substituée avec soin à la présence de la synoviale, que l'opérateur s'était fait un devoir de détruire partout, même sur la face postérieure de la rotule.

Quant à l'amputation sus-malléolaire, l'armée anglaise n'en a pas offert d'exemple, cette opération n'étant pas encore admise en Angleterre. L'auteur se montre cependant favorable à la méthode malgré le peu de succès qu'il prétend en avoir été obtenu dans les ambulances françaises. Mais M. Mac Leod, frappé de l'importance considérable de la loi de décroissance de la mortalité à mesure qu'on s'éloigne du tronc, recommande d'étudier de nouveau cette méthode et de s'attacher à l'améliorer tant dans le procédé opératoire, que dans le pansement et dans l'adaptation des procédés prothétiques.

Venant enfin à la question du pansement, M. Mac Leod critique beaucoup la méthode française, c'est-à-dire les lourds bandages: il se prononce pour la réunion par première intention, mais non pas au moyen de sutures. Par l'emploi des sutures, dit-il, on affronte et on réunit les bords et non les surfaces profondes des lambeaux, d'où des collections purulentes et les résorptions. La pratique anglaise se bornait à maintenir doucement, mollement au contact au moyen de bandelettes de linge humide. On conçoit que nous ne cherchions pas à nous prononcer sur un sujet que l'expérience seule est apte à décider.

Nous avons cru devoir donner dans ces deux articles un aperçu sommaire des principaux résultats relevés par l'historien anglais de la campagne chirurgicale de Crimée; le compte-rendu indiquant les principaux points traités par l'auteur anglais servira ainsi de table des matières ou d'indice bibliographique à ceux de nos lecteurs qui désireraient pousser plus loin l'étude de ces questions si intéressantes toujours, mais qui prennent dans les circonstances présentes un intérêt de plus. Peut-être, en effet, l'expérience de Crimée va-t-elle avoir à être renouvelée plus près de nous. Il est bon que la science se prépare à de telles éventualités.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

— Le concours pour trois places de médecin au bureau central a commencé le 28 février.

Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante: « Des différences et des analogies des diathèses. »

— On lit dans le PAYS:

« Une bien triste nouvelle s'est répandue hier: M. Bégin, président du Conseil de santé des armées, qui, depuis quelques jours à peine, jouissait, auprès de Quimper, du repos et de la retraite dignement acquis par une vie si méritante, vient d'être frappé d'une attaque d'apoplexie qui met ses jours en danger. »

— Le corps médical apprendra avec le plus vif regret la mort prématurée de M. Bell, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine. Aussi savant que modeste, aussi bienveillant que rigide dans l'accomplissement de ses devoirs, M. Bell avait conquis l'estime et la sympathie générales.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Les médecins de l'arrondissement de Senlis (Oise), et les médecins des arrondissements d'Avranches et de Mortain (Manche), se sont constitués en Sociétés locales, agrégées à l'association générale.

Le nombre des Sociétés locales agrégées à l'association générale est de treize en ce moment.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE CRITIQUE.

SUR LA CIRCULATION SANGUINE, LA CONTRACTILITÉ VASCULAIRE ET LA CONGESTION.

(Deuxième article. — Voir le numéro du 25 décembre 1858.)

I.

Nous en sommes à la seconde partie de l'intéressant mémoire de M. Marey sur la question sus énoncée (voy. GAZETTE MÉDICALE du 2 octobre 1858). L'auteur y résume des recherches qui ont principalement pour but, dit-il, *la contractilité vasculaire* et son rôle dans la circulation à l'état sain et à l'état pathologique. Il nous importe de présenter d'abord l'analyse exacte de son résumé, et ses conclusions que nous aurons à combattre.

L'idée de la contractilité vasculaire remonte au *strictum et laxum* de Thémisson : d'où la théorie médicale qui fait dériver toutes les maladies d'un excès ou d'un défaut de tonicité. Au dix-septième siècle, Cullen, Brown, H. Hunter, attribuent exclusivement aux vaisseaux le *strictum* et le *laxum* : cette simple visée sert de base à la théorie des fièvres. Hunter prouve la contractilité des artères et montre qu'elle va croissant, à mesure qu'on s'éloigne du cœur : il en déduit sa théorie de l'inflammation, qui, en dernière analyse, peut être ramenée à la théorie vague et classique de *l'activité locale*.

Au commencement de notre siècle, Thomson reprend la question, avec l'aide du microscope il étudie l'effet des agents topiques de contraction et de dilatation des vaisseaux. Enfin, en 1851, M. Cl. Bernard publie sa découverte sur la section du grand sympathique au cou, produisant l'élévation de la température et la congestion dans la moitié correspondante de la tête. D'où cette conclusion : *le grand sympathique préside à la contraction des vaisseaux qui se resserrent quand on le galvanise et se dilatent quand on le coupe.* De même, c'est par la contraction et l'atonie des vaisseaux, sous l'influence de ce nerf, que s'expliquent les influences variées des médicaments.

M. Marey reprend les expériences, se soumettant de sa personne à l'expérimentation.

Et d'abord, quel est, dit-il, l'effet immédiat du changement de calibre des vaisseaux, sur le cours du sang? Il faut bien solidement établir, en dépit des discords : *que tout resserrement des vaisseaux augmente les frottements et ralentit le cours du sang ; que toute dilatation des vaisseaux accélère le passage du sang en diminuant le frottement.* Ce qui signifie que la quantité de liquide qui passe en un temps donné par un vaisseau d'un fort calibre, est, relativement, plus considérable que celle qui traverse un vaisseau étroit dans le même temps; vérité qui n'est nullement contredite par la plus grande rapidité des molécules dans les petits tubes que dans les gros. C'est là, pensons-nous, de la bonne physique et de la bonne physiologie.

Donc, Valentin a eu raison de considérer la contractilité vasculaire comme une force régulatrice de la circulation en chaque point de l'économie, modératrice des effets de la tension sanguine artérielle. Mais cette tension étant elle-même l'effet de la contractilité du cœur, il en résulte *qu'une propriété unique peut produire tout le mouvement du sang dans les petits vaisseaux, avec ses inégalités locales ou générales.*

Telle est la théorie. Tous les mouvements du sang (circulation, congestion) dépendent de la contractilité du cœur et des vaisseaux. Il faut, dans l'état régulier, qu'il y ait rapport *défini* entre la contraction des vaisseaux et la contraction cardiaque. Toute inégalité de mouvement, locale ou générale, a pour cause prochaine le degré de la contraction (normalité, excès ou absence).

L'auteur observe que la tension artérielle physiologique n'est pas la même dans tous les points, à cause de l'influence de la pesanteur : donc, il faut des *inégalités compensatrices* dans la contraction vasculaire. La contraction varie dans chaque région suivant le besoin, par suite d'une adaptation (*accoutumance*) qui met un certain temps à se produire.

Cela posé, M. Marey étudie les excitants directs de la contractilité; ce qui le conduit à sa théorie de la congestion, qui peut être nommée *la théorie de la passivité*. L'auteur pose en principe *qu'un excitant de la contractilité la met en jeu, s'il est modérément appliqué, et s'il agit plus fort, l'épuise, la paralyse.*

Déduction :

1° Les congestions qui ne dépendent pas de stase veineuse, sont dues à une débilité des vaisseaux de petit calibre.

2° Dans la première période de l'inflammation, il y a *atonie vasculaire* (paralysie) dans les tissus enflammés.

M. Marey supprime (à juste titre) la force inflammatoire, de nos nos pères; la tendance propre des globules à la progression, de Doellinger; enfin, tout ce qui fait le fond de la doctrine de l'activité.

Reste la doctrine de la *passivité*. Si la contraction des vaisseaux faiblit, sous l'impression des excitants d'un certain degré, ceux-ci se dilatent sous l'effort du sang (propulsion cardiaque), qui n'a d'autre obstacle que l'élasticité des parois vasculaires.

Jugeons ces données et ces conclusions.

II.

Telle idée on a de la circulation capillaire, telle on se fait de la congestion. Remarquons, d'abord, contre la théorie en question, que la faculté de se contracter et de se dilater par suppression de contractilité active, ne peut être attribuée qu'à la portion *dendritique* du système capillaire. Les capillaires sans parois, creusés dans la substance animale, d'un diamètre de 0,007 à 0,005, échappent à la loi de paralysie des petits vaisseaux. Qui les dilatera? Une force *a tergo*, sans doute. Est-ce celle du cœur? Nous verrons. Un mot sur les doctrines.

Harvey fait une part large au cœur; mais il parle d'une attraction exercée par la masse du fluide sur les parties éparses. Haller rejette l'idée de la contraction des capillaires et tout mouvement spontané des globules. Bichat affirme que le sang, dans les capillaires, est manifestement hors de l'influence du cœur. Doellinger et Kaltenbrunner attribuent tout au cœur et au mouvement spontané des globules. Magendie, mécanicien pur, tient pour le monopole du cœur. Gerdy défend l'action indépendante des capillaires. M. Dubois (d'Amiens) se rattache aux mécaniciens. Burdach s'exprime ainsi : « Le cœur déter

FEUILLETON.

REVUE DES SCIENCES ACCESSOIRES.

De l'origine des animaux domestiques : M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. — Des caractères distinctifs de l'amidon et de la cellulose : M. Payen. — Prétendue éruption sous-marine à Livourne. — Télégraphie automatique de M. Wheatstone.

Une des questions sur lesquelles il était naturel d'espérer qu'appellerait l'attention et les communications des savants, la création de la Société zoologique d'acclimatation, c'est assurément celle qui aurait pour objet de fixer les origines des animaux domestiques, ainsi que les lieux et les époques de leur domestication. Ce point de science n'est-il pas le point de départ qui doit servir à établir un jour le bilan des conquêtes de la nouvelle Société. Nous ne sommes donc aucunement surpris en lisant le mémoire intéressant présenté sur ce sujet à l'Académie des sciences par l'honorable et savant fondateur et président de la Société zoologique. Cette étude, entreprise au point de vue de recherches fort sérieuses ayant pour objet la détermination de l'origine de l'*espèce*, a conduit M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire à des résultats qui, outre l'intérêt très-vif du sujet en lui-même, ouvrent un vaste champ aux aperçus ethnologiques et ne seront peut-être pas sans influence sur l'opinion à se former de l'unité de notre propre espèce.

M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire a mis à contribution, pour l'objet qu'il avait en vue, deux sources principales de renseignements : l'histoire et les livres anciens dans leurs rapports avec l'histoire naturelle, l'étude des races domestiques ou sauvages au point de vue du naturaliste.

La comparaison des résultats fournis par ces deux méthodes les montre partout concordantes. Ce qui ne veut pas dire qu'elles suffisent partout à la détermination *spécifique* et certaine de la souche. On l'obtient cependant dans la plupart des cas, quoique, dans quelques-uns, la détermination spécifique ne puisse être mise complétement hors de doute; mais on arrive à la circonscrire entre deux ou quelques espèces voisines.

Ce dernier cas se présente, par exemple, pour le *mouton* : d'origine incontestablement asiatique, il n'est pourtant pas évident qu'il descende de l'*argali*. Mais il n'est pas douteux qu'il n'y ait encore en Asie, à l'état sauvage, des espèces très-voisines du mouton et qu'on ne distingue entre elles que difficilement.

Le *bœuf* est dans le même cas que le mouton, et offre même peut-être quelques difficultés de plus.

Pour le *chat* et la *chèvre*, on arrive au contraire à des déterminations *spécifiques*, par conséquent aussi précises que possible; et pourtant empreintes encore de quelque petite incertitude. Ainsi il est probable, non absolument certain, que le chat descend d'une espèce africaine, le *felis maniculata*, et la chèvre d'une espèce asiatique, le *capra ægagrus*.

Le chat avait longtemps été attribué à l'Asie; mais l'antiquité de sa domestication dans cette partie du monde est plus ou moins contestable; elle ne

» mine le cours du sang, mais le cours du sang ne correspond pas » toujours aux mouvements du cœur, qui n'en est que l'organe et non » la cause essentielle. Les artères et les veines pourraient produire le » cours du sang, *quand bien même le cœur n'existerait pas*.... La plé» nitude de la vie ne se manifeste qu'aux deux points opposés du » système, au centre comme force motrice indépendante, *à la périphé» rie comme conflit chimico-dynamique*. » (PHYSIOL., t. VI, p. 367.) Ce qui signifie, tout compte fait au rôle du cœur, des artères, des capillaires à paroi et sans paroi : *que la circulation devient de plus en plus indépendante, à mesure qu'on s'éloigne du cœur*. (Burdach.)

Mais ce n'est pas par la *passivité* probablement, qu'elle marque son indépendance? Cherchons-en le *comment*, et passons aux preuves expérimentales de notre opinion, qui, sur ce point, ne diffère de la synthèse de Burdach, qu'en ce sens : que nous ne faisons pas, des artères et des veines, des chainons neutres ou passifs, entre le cœur et les capillaires également doués d'activité. (Burdach, t. VI, p. 367.) Oui, le cœur est un organe actif de propulsion ; oui les artères sont des organes actifs de propulsion, soutenus par le cœur; mais les capillaires à paroi? Eh bien! aucune expérience positive n'est en mesure de nier légitimement leur action, utile à la circulation périphérique. La présence du tissu jaune dans leur tunique peut bien, si l'analogie est un motif, faire passer outre à certaines objections, telles que celle-ci, de Magendie : en comprimant et en relâchant alternativement les artères supérieures, on suspend et on remet tour à tour la circulation capillaire et veineuse en jeu; donc le cœur seul, etc..... Comme si les capillaires pouvaient fournir du sang sans en recevoir, et en fournir beaucoup quand ils en reçoivent peu! Passons.

Mais la contraction des capillaires à tuniques peut-elle s'exercer au profit de la circulation, sans fermer la lumière de ces petits vaisseaux, sans y faire le vide? C'est ce qu'il faut examiner. On sait que le cours du sang devient plus lent, d'une manière générale, à mesure qu'on s'éloigne du cœur. Peut-être arguerait-on de ce fait contre le rôle de propulsion indépendante que nous attribuons à un certain ordre de capillaires? Analysons le phénomène. Le ralentissement provient des résistances, lesquelles se rapportent : 1° aux relations qui existent entre les parois et le sang (adhésion et compression); 2° à l'espace, au volume, à la direction des conduits. Mais Burdach remarque : que le cours du sang est plus rapide dans l'axe du petit vaisseau que le long de ses parois. Le vaisseau exerce donc deux sortes d'actions : une immédiate, de contact, d'attraction, d'où le ralentissement de certains globules; une médiate, exprimée par le mouvement qu'une contraction vasculaire très-minime, vermiculaire en quelque sorte, imprime aux globules de l'axe, d'où l'accélération de ces derniers.

Mais qu'importe, l'indépendance de la circulation périphérique est indiquée par des faits plus concluants. Observons le cours du sang dans le réseau réticulé à membrane primaire non contractile.

Les globules n'y passent que un à un. Notons ici quelques faits essentiels.

Des vaisseaux du plus petit diamètre, qui n'admettent que du *sérum*, sont parfois envahis, comme de vive force, par des globules qui s'y ouvrent un passage. (Dubois (d'Amiens), Vogel.)

La direction du cours du sang peut changer à chaque instant dans la trame réticulée; en sorte qu'un trajet peut être parcouru tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. (Gerdy.)

D'après Gerdy : « les globules s'allongent dans les vaisseaux les plus » petits, comme pour se filer à leur étroitesse, *ou comme s'ils étaient » attirés par quelque chose*. » (DICT. DE MÉD., t. VIII, p. 62.) Ces faits méritent considération.

Le mouvement du sang dans les réticulés est-il assez rapide, témoigne-t-il d'une impulsion *a tergo* assez vigoureuse pour que les globules hésitants puissent tout à coup s'ouvrir un passage à travers des vaisseaux plus petits que leur propre diamètre? Évidemment non : il y a disproportion manifeste entre la quantité de mouvements que le fait exige, de la part du globule, et la minime vitesse initiale dont il est animé dans le réseau à mailles; d'ailleurs, c'est juste au moment où le globule surmonte l'obstacle qu'il affecte une allure plus vive (Gerdy). D'un autre côté, le cours du sang change, sous le microscope, sans qu'aucune compression ou action mécanique quelconque, ou encombrement local visible, puissent motiver un pareil changement. Ces faits, que nous avons observés nous-même sur la langue de la grenouille avec beaucoup de soin (ESSAI DE PATHOGÉNIE, 1854), analogues à ceux de M. Gerdy, qui a vu des globules à marche lente se précipiter tout à coup dans un courant voisin, *comme s'ils y étaient attirés*, puis s'en éloigner brusquement, *comme s'ils en étaient repoussés*, après un moment de contact capable de produire en eux quelque changement *électro-vital*, ces faits, disons-nous, paraissent être le résultat d'une force locale *sui generis* indépendante de celle du cœur et des vaisseaux contractiles.

Mais écoutons Burdach : « Quand les globules ne sont plus sous l'in» fluence du cœur et des organes, ils s'attirent mutuellement, puis se » repoussent, et nous ne pouvons comparer ce phénomène qu'avec les » mouvements qui dépendent du changement de la polarité électrique. » Pourquoi les globules ne se comporteraient-ils pas de la même ma» nière à l'égard des organes? Tout conflit suppose l'antagonisme; les » organes attirent les globules parce qu'ils en different : une fois entrés » en rapport avec ces corpuscules, ils les imprègnent de leur polarité, » et la conséquence est que, par cela même, ils les repoussent. Ainsi, » à la périphérie, où le sang et les organes entrent en conflit chimico» dynamique, *le mouvement n'est déterminé que par des causes pure» ment dynamiques*; il est mécanique, au contraire, dans le centre. » (T. VII, p. 29.) Nous souscrivons à cette théorie, qui est celle *de l'activité*, mais de l'activité bien comprise.

D'un autre côté, les faits de *turgescence*, de rougeur des joues sous l'impression de la honte, peuvent sans doute s'expliquer, jusqu'à un certain point, par la paralysie des capillaires à paroi; mais se produisent-ils réellement ainsi, et seulement ainsi? Müller accorde « que » si l'on peut expliquer par la contractilité des vaisseaux *ces phéno» mènes passagers*, il n'est nullement possible de se rendre compte » des congestions durables. *Il est indispensable alors d'admettre une » augmentation locale d'affinité entre le sang et la substance*. » (MANUEL, t. I, p. 172.) Nous sommes de son côté. Or la nature affectant d'ordinaire l'uniformité et la simplicité des voies, nous pensons que, dans toute turgescence, physiologique et au delà, que, dans toute *fluxion active*, il y a une augmentation d'attraction entre le fluide et le solide, due à un changement survenu soit dans le sang, soit dans

---

l'est pas pour l'Afrique : les figures hyéroglyphiques, les peintures égyptiennes, nous la révèlent, les sarcophages nous le fournissent à l'état de momie. Ne pourrait-on pas y joindre cette preuve inductive tirée de l'observation célèbre de W. Fox sur la constante prédilection de ces animaux pour le soleil et leur habitude de s'y étendre pour dormir? (célèbre pari de Fox et du régent.)

Quant à la chèvre, tout concourt à nous faire trouver son origine dans les montagnes de la Perse et de l'Asie mineure, et à nous la montrer dans l'Égagre si semblable au bouc par la plupart de ses caractères spécifiques, mais spécialement par la forme très-caractéristique de ses cornes, qui sont comprimées et carénées, et par conséquent très-différentes de celles des bouquetins d'Europe et d'Afrique.

Les animaux que nous venons de citer, et dont la domestication se perd dans la nuit des temps, sont ceux dont l'origine est de beaucoup la plus difficile à préciser : pour la plupart des autres, la tâche est bien moins inabordable. La *poule*, par exemple, était à l'état domestique chez les antiques Parses; on retrouve notre *coq* en Asie et à l'état de liberté.

Les recherches de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, résumées dans un curieux tableau, nous apprennent en définitive que l'homme a déjà domestiqué et rangé sous sa loi 47 espèces animales, dont 21 mammifères, 17 oiseaux, 2 poissons et 7 espèces d'insectes.

Dont 29 appartiennent à l'Asie; le reste, par portions presque égales, aux trois autres parties du monde!

On remarque dans ce tableau que la très-grande majorité des animaux domestiques appartient aux deux classes supérieures du règne : et parmi celles-ci aux herbivores dans les mammifères, aux granivores chez les oiseaux. Après eux viennent les poissons et les insectes.

On remarque encore que la distribution géographique actuelle la plus étendue appartient aux animaux les plus anciennement domestiqués, insectes et poissons exceptés. Cette observation a un grand intérêt pour l'avenir; elle montre que le soin et la patience peuvent faire espérer beaucoup des races nouvellement domestiquées et de celles prochainement domesticables, au moins parmi les mammifères herbivores.

Pourquoi, se demandera-t-on, ne voit-on là, sauf le chien et le chat, que peu ou point de carnivores? Ne serait-ce pas par suite de cette loi observée déjà, et qui établit dans la sociabilité la base de la domesticabilité. Or les animaux carnivores ne peuvent guère être sociables, obligés qu'ils sont de vivre séparés pour les nécessités de leur alimentation, uniquement basée sur la chasse. Quelle civilisation pouvait-on attendre des peuplades de chasseurs!

Le tableau dressé par M. Geoffroy-Saint-Hilaire, nous montre donc dans l'Asie, le berceau de la plupart de nos animaux domestiques, et notamment de ceux dont la domestication est la plus ancienne.

La prédominance des espèces d'origine orientale et surtout asiatique a, au point de vue ethnologique, un grand intérêt; elle montre dans l'Orient, ce que nous disent d'ailleurs les lois de la linguistique, le berceau de la civilisation. On dirait même le berceau de l'homme, s'il fallait absolument considérer comme tranchée la question de l'unité de notre espèce. Mais des travaux

le parenchyme, soit dans les nerfs. En sorte que si les vaisseaux sont disposés au relâchement de leurs parois, ce n'est pas moins *activement* que le sang s'y précipite, au sens de Burdach, et se trouve être ainsi le principal instrument de leur dilatation. D'ailleurs, le cœur et les vaisseaux, comme le remarquent Burdach et Müller, manquent chez les animaux inférieurs, et cependant le suc vital s'y distribue et peut y vaincre les lois de la pesanteur. On invoquera la capillarité : mais qu'est-ce donc, sinon une attraction moléculaire? On trouve des embryons sans cœur bien développés, et une circulation périphérique chez des animaux qui n'ont pas de cœur. (Burdach, t. VI, p. 346.) Ces faits résistent à la théorie de M. Marey.

Encore une ligne de Burdach : « La cause essentielle de la circulation périphérique *se rattache au rapport existant entre la substance et le sang.* » (T. VII, p. 5.) Le fait initial du changement de rapport appartient tantôt aux solides, tantôt aux liquides, tantôt aux impondérables, tantôt à tous ces éléments à la fois. Mais nous sommes à la théorie de la fluxion qui découle de ces données, les éclaircit et les confirme.

III.

Qu'est-ce que la fluxion? C'est un acte de la vie, tandis que la congestion est un état. M. Dubois, dans ses PRÉLEÇONS DE PATHOLOGIE, résume ainsi les opinions sur la fluxion : 1° Le cœur fait tout; 2° il y a un mouvement individuel, spontané des globules; 3° la contraction vitale des capillaires est la cause de la fluxion. Il remplace ces visées (auxquelles il faut ajouter celle de la paralysie des petits vaisseaux de M. Marey) par sa théorie mécanique de l'encombrement de proche en proche. Quant à nous, nous tenons plus fortement que jamais pour Burdach, pour l'attraction, pour le conflit.

Les vues de Burdach sur la fluxion découlent naturellement de son idée de la circulation périphérique. Si l'afflux du suc nourricier se fait sans force *a tergo* dans l'embryon; si le conflit est la cause essentielle de la circulation extrême, ne serait-il pas étrange que par un saut brusque et non motivé, la nature abandonnât ce moyen si simple, quand il s'agit de la fluxion? Aussi lorsqu'on explique, après l'expérience de M. Cl. Bernard, la fluxion locale par la seule paralysie des vaisseaux, on fait une hypothèse; nous l'expliquerons, nous, par un changement survenu dans le rapport des nerfs, du parenchyme et du sang, après la section du grand sympathique; autre hypothèse, il est vrai, mais des mieux fondées en analogie, nous venons de le voir. Aussi Burdach s'exprime-t-il comme suit : « L'ancien adage *ubi stimulus, ibi fluxus*, est d'une vérité incontestable; il signifie que lorsque l'activité vitale s'accroît dans un organe, celui-ci attire davantage le sang. » (PHYSIOL., t. VII, p. 70). Qu'est-ce à ses yeux que l'activité vitale? C'est un des modes du conflit, *du rapport entre l'organisme et le sang*. Voilà qui est de nature à donner un sens sérieux, concret, scientifique à la déjà vieille et vague théorie de *l'irritation, de l'augmentation de l'action organique*.

Müller, nous l'avons vu, suit Burdach : « Le conflit entre la substance organique et le sang, l'affinité organique entre eux, *qui est de fait dans la nutrition*, augmente dans beaucoup de circonstances de la vie, avec accumulation de sang dans les vaisseaux dilatés des organes. » (MANUEL, t. I, p. 172.) Il cite des exemples, et reprend : « On pourrait peut-être attribuer aux petits vaisseaux une participation essentielle à des phénomènes soudains, passagers, comme la rougeur de la honte, *mais on ne pourrait expliquer ainsi des congestions actives permanentes*. » (T. I, p. 173.)

Henle, lui aussi, adopte l'idée du conflit; mais il a le tort de croire que le phénomène initial est la paralysie vasculaire (ENCYCLOP. ANAT., t. VII, p. 59). Toute analogie est en faveur de la priorité et surtout de la prédominance, en genre de causalité, du changement de rapport entre l'organisme et le sang, dans le sens de l'augmentation de l'attraction. Que les fibres des vaisseaux soient disposées au relâchement par l'état des nerfs, c'est très-probable; mais elles ne font ainsi qu'être favorables aux effets de l'attraction. Selon Vogel « la dilatation des petits vaisseaux ne peut être que *vitale, spontanée*. » (ENCYCLOP., t. IX, p. 475). Procédant ensuite par voie d'exclusion, il conclut : « Il ne reste plus qu'à admettre que le sang est retenu *vitalement, par une augmentation de l'attraction entre lui et le parenchyme*. » (ENCYCLOP. ANAT., t. IX, p. 484.) Nous ne parlerons pas de la théorie mécanique de M. Dubois (d'Amiens). En résumé, de toutes les hypothèses, celle de l'attraction répond le mieux à tous les faits; c'est la mieux fondée en analogie, la plus claire comme la plus explicative. Mais l'attraction vitale est un phénomène *actif* évidemment; actif par la rapidité des mouvements locaux (voir ci-dessus), actif par la tension nerveuse, la chaleur, la douleur. Nous ne pensons pas que les expériences de M. Marey, que nous avons méditées, soient le moins du monde contraires à cette théorie, non plus que celles de M. Cl. Bernard.

L'hypothèse de l'attraction s'impose presque nécessairement, sans proscrire les moyens qui viennent en aide à l'attraction, tels que le cœur, les artères, les capillaires à parois, et sans nier même, d'une manière absolue, la part mécanique de l'encombrement. Aussi l'histoire des grandes doctrines est-elle favorable à l'attraction, depuis Hippocrate, qui considérait les glandes comme autant de centres d'attraction, et le cerveau comme une glande, jusqu'à Galien, qui abonde dans le même sens. Toute la médecine de Cos repose sur la double et solide base de l'attraction, d'où procède la fluxion, et des sympathies, d'où l'attraction et la fluxion sortent de nouveau avec leurs suites. Le galénisme s'appuie sur les mêmes principes : *la douleur*, dit le maître, *appelle le sang*. Il connaît, lui aussi, les transports d'humeur d'un organe à un autre; il analyse mieux que ses devanciers les causes occasionnelles de l'afflux du sang. Soit que le fait initial d'une maladie appartienne au fluide générateur augmenté ou altéré, soit qu'il appartienne à un organe agissant sur un autre par les nerfs, soit qu'il appartienne au système nerveux qui commence le mouvement, toujours est-il que la fluxion en est le premier produit. C'est Burdach, moins les lumières de notre temps.

P. GARREAU.

---

récents, qui ne manquent ni de piquant ni de logique (voir les ARCHIVES DE MÉDECINE, sur l'*Unité de l'espèce humaine*, par M. Broca), nous semblent imposer ici quelque réserve, et nous permettent au moins de suspendre notre jugement. Quant au point de départ de la civilisation, il est incontestablement dans les terres de la haute Asie, avec celui de la plupart des animaux domestiques du globe entier.

La relation de la richesse en animaux domestiques avec la civilisation d'un peuple est en effet manifeste : où l'homme est très-civilisé, les animaux domestiques sont très-variés, soit comme espèce, soit, dans chaque espèce, comme race; et parmi les races, il en existe de très-différentes entre elles et de très-éloignées du type primitif; où, au contraire, l'homme est plus près de l'état de nature, les animaux le sont aussi : son mouton sans laine est encore presqu'un mouflon, son cochon ressemble au sanglier, son chien lui-même n'est qu'un chacal apprivoisé, et ainsi des autres, s'il en a.

Enfin, citons un dernier trait de ces observations, et qui aura, nous n'en doutons pas, une grande valeur pour les recherches concernant l'espèce humaine, c'est que parmi les caractères qui se perpétuent le plus fidèlement, la couleur est celui qui se perd le moins : elle ne se perd pas du tout chez les oiseaux, par exemple; elle est quelquefois le seul indice d'une filiation partout ailleurs effacée par le temps.

Ce remarquable travail du savant naturaliste sera certainement fécond en résultats, et précieux à connaître pour tous les curieux de la nature.

— On sait, que l'on appartienne à la section des sciences naturelles proprement dites ou à celles de la chimie, qu'au point de vue chimique il existe identité de composition atomique entre deux des principes immédiats des plantes, la cellulose ou élément du tissu cellulaire végétal et la fécule d'amidon, agglomération de granules qui comble habituellement les interstices et les fibres. Cette identité de composition chimique repose surtout sur le soin qu'on a eu d'amener ces deux corps à un état de dessiccation plus comparable, circonstance qui laissait penser, que, de même que dans tant d'autres actes de la nature organique vivante (nous ne disons pas « sensible »), un certain degré de combustion ayant dégagé plus ou moins d'eau d'un ensemble donné de particules élémentaires, est le véritable point de passage de l'un des états à l'autre.

Un jour nouveau vient d'être jeté sur ce problème de la vie organique, par M. Payen. Étudiant microscopiquement la constitution moléculaire des diverses couches de l'amidon dans leur mode de se comporter vis-à-vis de certains réactifs chimiques, le savant académicien a reconnu des différences sensibles entre les diverses couches d'un même granule élémentaire d'amidon. Certaines de ces couches, les plus extérieures, les plus denses, sont privées de la faculté de bleuir directement par le contact de l'iode. Et parmi celles-ci le contact de l'acide sulfurique, désagrégeant les moins fortement constituées, leur rend la propriété de bleuir, tandis que celles qu'il ne désagrège pas demeurent inaltérables par l'iode. Ces caractères ont semblé pouvoir faire considérer comme formées de véritable cellulose des couches concentriques de la fécule dépourvues de la propriété de bleuir directement par l'iode. Cette conclusion a paru à M. Payen fort près de la vérité. Cependant quelques observations de détail ont, aux yeux de l'honorable expérimenta-

PATHOLOGIE INTERNE.

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU RHUMATISME CÉRÉBRAL; par M. F.-A. KUHN, docteur-médecin, à Gaillon (Eure).

Le rhumatisme cérébral a été dans ces derniers temps l'objet de recherches assez nombreuses, mais l'histoire de cette affection est loin d'être complète, surtout en ce qui concerne le traitement. Des trois cas dont je vais rapporter l'histoire, les deux premiers ont eu assez promptement une issue fatale, le troisième s'est heureusement terminé par le retour à la santé. Je les donne avec beaucoup de détails pour montrer d'une part que cette maladie peut offrir des caractères et des complications variables; et, d'autre part, que les formules du traitement doivent présenter des modifications corrélatives.

Je les donne encore, et surtout, pour montrer la part qui revient, dans la léthalité de cette maladie, à la paralysie rhumatismale de certaines fonctions essentielles des centres nerveux, et, dans les cas que j'ai observés, à la décomposition du sang, consécutive à l'envahissement, par le molimen rhumatismal, des racines des nerfs qui président à l'hématose.

OBS. I. — Le 17 juin 1857, je fus appelé auprès d'un homme de 68 ans, cultivateur aisé, d'une constitution assez robuste, tempérament bilioso-sanguin. Cet homme avait toujours assez bien vécu, sans se priver de rien, mais sans commettre non plus aucun excès, si ce n'est aux moments des forts travaux des champs; il se donnait fréquemment des courbatures, des *tours de reins*, et s'exposait, sans précautions, à toutes les intempéries. Il habitait le rez-de-chaussée d'une maison toute neuve, assez bien aérée d'ailleurs, construite sur un sol sablonneux, mais très-bas et tout près de la Seine. D'ailleurs, il a eu, à différentes reprises, des atteintes de rhumatisme articulaire.

Cette fois il se plaignait de douleurs erratiques dans différents points des membres, et d'un point pleurodynique dans le flanc gauche, remontant vers la région précordiale. Fièvre modérée; pouls, 79. L'auscultation ne révèle aucun désordre dans les organes thoraciques; fonctions alvines normales. Urines peu abondantes, assez foncées, mais sans altération spéciale; peau sèche, non brûlante; rien dans les articulations.

Je diagnostiquai une affection rhumatismale de moyenne intensité, sans lésion organique sérieuse, et je crus pouvoir annoncer un assez prompt rétablissement. Je prescrivis un bain de vapeurs aromatiques avec sudation consécutive, en roulant le malade, au sortir de l'étuve, dans d'épaisses couvertures de laine, préalablement bassinées avec vapeurs de baies de genévrier; puis, après la sueur, frictions narcotico-ammoniacales sur les points douloureux, flanelle sur tout le corps : à l'intérieur, vin scillitique laudanisé, trois cuillerées dans les vingt-quatre heures et décoction de chiendent nitré pour boisson. Les douleurs cédèrent peu à peu, et le 21 il subsistait à peine un peu de céphalalgie avec endolorissement de la région occipitale et de roideur du cou. Depuis la veille, on a supprimé le vin scillitique. Trois potages.

Le 23, il y a dans la parole du malade quelque chose de *bref*, de heurté; le pouls accuse de légères irrégularités, même parfois des intermittences, sans que je puisse découvrir la moindre lésion organique du cœur. Le pouls est d'ailleurs assez faible, quoique un peu plus fréquent (82). Large vésicatoire camphré sur la poitrine; sinapismes promenés sur les extrémités; potion avec 5 grammes d'acétate d'ammoniaque; lavement purgatif. La nuit a été très-agitée, le délire continuel. Emission involontaire des urines et des matières stercorales.

Le 24, la fièvre et l'agitation augmentent; le malade n'a pas un instant recouvré la raison; les battements du cœur sont tumultueux, tout à fait intermittents; le pouls est excessivement fort et dur, à 95 environ. L'oppression est très-grande, le teint bleu livide; les poumons s'engouent et font entendre du râle sous-crépitant sur plusieurs points. Je crois devoir, immédiatement, faire une large saignée. Le sang me frappa vivement par sa couleur brun noirâtre (ou plutôt chocolat très-foncé, comme je l'ai vu dans certains empoisonnements, entre autres par l'acide prussique), par sa diffluence et par une odeur analogue à celle qu'il offre chez les individus longtemps soumis à de fortes doses de digitale. Cette malheureuse saignée, si bien indiquée en apparence, fut suivie presque immédiatement de coma, et la mort arriva deux heures après. L'autopsie n'a pu être faite.

OBS. II. — Un homme de 38 ans, marchand de bestiaux, constitution un peu délabrée par des excès de travail et les dérangements occasionnés par ses fréquents voyages, a eu, au mois d'août 1857, une dyssenterie assez grave qui a duré trois semaines, et pendant laquelle il a fauché, lié et rentré à lui seul toute sa récolte. Cet homme, comme on voit, d'un caractère énergique, mais sombre et irritable, a eu précédemment plusieurs atteintes de rhumatisme. Il habite depuis quelques mois une maison assez saine, mais sa demeure antérieure était humide, entourée de mares, et il avait couché dans une chambre moitié en sous-sol, sans feu, et où l'air ne se renouvelait jamais. Sa chambre actuelle est également sans feu, au rez-de-chaussée, et il fait un temps affreux.

Dans les premiers jours de novembre 1858, il fut pris de douleurs articulaires, erratiques, et d'un point de côté vers le flanc gauche. On me demanda le 9, mais que je ne pus m'y rendre que le 11, et je le trouvai sensiblement amélioré après deux jours de repos.

Le 14, par un temps épouvantable, la douleur de côté était revenue au point de gêner beaucoup la respiration; les douleurs des membres étaient revenues également. La région occipitale elle-même était devenue le siége d'une douleur sourde, s'irradiant vers les tempes et jusque vers le front. Rien de particulier du côté des fonctions cérébrales. Pouls presque normal, 80; langue épaisse, large et chargée d'un enduit blanc jaunâtre; point de garde-robe depuis deux jours; quelques nausées. Urines normales.

Prescription :	Tartre stibié.	10 centigrammes.
	Sulfate de soude.	15 grammes.
	Eau.	500 —

en quatre doses de demi-heure en demi-heure.

Il y eut cinq ou six vomissements et autant de selles.

15 novembre. Le point de côté a disparu; les douleurs des membres ont beaucoup diminué; la céphalalgie occipitale a seule résisté; de plus, il y a roideur des muscles de la nuque et leurs mouvements sont douloureux. Je constate aussi une élévation notable de température dans cette région. Le teint est plombé; pouls à 84. Deux selles liquides; urines normales. Dès ce moment, le malade pouvait être considéré comme en grand danger. Le cas précédent m'avait suffisamment édifié sur la valeur des émissions sanguines dans cette forme et à cette période du rhumatisme cérébral, et je me bornai cette fois à l'emploi des diaphorétiques et des révulsifs, continués avec énergie et persévérance..., mais tout ce que je pus gagner, ç'a été de prolonger la vie de deux à trois jours. Le délire est survenu la nuit suivante et a persisté presque sans interruption jusqu'à la fin.

Le 16, oppression, teinte violacée de la peau et des muqueuses; engouement léger des poumons; respiration accélérée (50 inspirations par minute); pouls à 92, avec légères intermittences. Emission involontaire des selles et des urines.

---

teur, permis d'établir, par de nouveaux caractères distinctifs, une ligne de démarcation entre les couches douées du maximum de cohésion dans chaque grain de fécule et la cellulose proprement dite. Cette ligne de démarcation tiendrait à la présence dans la cellulose provenant des parties périphériques des plantes, de substances (silice, graisse, matière azotée) qui la protégent contre l'action désagrégeante, et la défendent contre les agents chimiques qui impressionnent l'amidon dans ses couches intérieures. Quand on les en dépouille, par un lavage, on constate entre la cellulose et la couche périphérique du grain de fécule la plus grande analogie. M. Payen ne doute pas qu'une étude plus approfondie n'amène la découverte de relations plus étroites encore entre les couches fortement agrégées des grains de fécule et de la cellulose, et peut-être ainsi des signes distinctifs plus marqués. Peut-être s'accordera-t-on alors, dit en terminant le savant auteur, pour continuer de les distinguer l'un de l'autre, ne fût-ce qu'en considération de leur rôle bien distinct dans la végétation. La substance amylacée représentant, en général, des dépôts de substance ternaire qui s'accumule pendant les arrêts de développement, formant ainsi un approvisionnement de substance propre à la formation de nouveaux tissus, tandis que ceux-ci sont constitués par la cellulose qui reste généralement engagée sous ses formes définitives, dans la structure des divers organismes des plantes, comme dans la constitution des enveloppes de certaines espèces animales inférieures, les Tuniciers... Ce n'est qu'exceptionnellement, sans doute, que la cellulose paraît remplir les mêmes fonctions que la substance amylacée. Mais ce ne serait pas un motif suffisant pour effacer les distinctions si utiles à la clarté des expositions scientifiques, vers les limites où les différences disparaissent dans la nature.

— La triste habitude où est le bassin de la Méditerranée, surtout dans le voisinage de l'Italie ou de la Sicile, de se livrer à de petits soulèvements, à des tremblements de terre, à la réouverture de volcans éteints ou à la création de volcans nouveaux, a donné lieu récemment, dans le port de Livourne, à une espèce de panique qui n'avait heureusement pour assiette qu'une fausse interprétation donnée à un phénomène naturel.

L'Académie des sciences avait été informée, par une lettre du consul de France à Livourne, de l'apparition, parmi les rochers du môle de cette ville, de fortes fumées accompagnées de flammes et d'un accroissement dans la température de l'eau de la mer, et du juste effroi qui s'était, à cette occasion, emparé des esprits dans la localité. On s'attendait tout au moins à l'apparition, en face de Livourne, d'une nouvelle île *Julia*. Ceci se passait le 4 novembre dernier.

M. Sainte-Claire Deville, qui possède en Italie de nombreuses relations scientifiques, leur ayant demandé sur ce point des renseignements, a reçu d'eux les réponses suivantes, qui doivent nous rassurer sur le sort de la Toscane, et enlèvent à ce fait le merveilleux et le côté paradoxal qu'il présentait. Un astronome, dont le nom est devenu cette année fort célèbre, M. Donati, apporte à cet égard un témoignage après lequel il y a peu de doutes à conserver : « Non-seulement, dit-il, les hommes de science, mais tous les hommes de jugement se sont gardés d'ajouter foi aux exagérations débitées au sujet du prétendu volcan de Livourne. Je me trouvais précisément en cette ville dans les premiers jours où il était question de cette apparition, et

Le 17, continuation des mêmes symptômes, encore plus marqués; les bronches s'emplissent de mucosités, et la mort, par asphyxie, arrive le 18, dans la matinée.

Point d'autopsie.

Obs. III. — H..., 48 ans, cultivateur, d'une constitution moyenne, tempérament bilieux; d'une humeur taciturne, âpre au travail, très peu sensible à la fatigue et aux douleurs physiques. H.., a longtemps habité une maison humide, qu'il a quittée depuis quelques semaines pour une autre, moins humide, il est vrai, mais qui n'avait pas été habitée depuis des années, et il couchait dans une chambre sans feu. Sa mère est morte, il y a deux ans, d'une maladie organique du cœur, d'origine probablement rhumatismale; son père souffre, depuis nombre d'années, de rhumatismes articulaires, survenant régulièrement aux changements de saisons. Lui-même a eu déjà plusieurs atteintes de *douleurs*, mais qui n'ont jamais été traitées.

Le 12 novembre dernier, il me fit demander pour un violent point de côté s'étendant de la partie latérale inférieure gauche du thorax jusqu'à la crête iliaque, et qui l'empêchait de prendre haleine; il avait de plus un violent mal de tête occipito-frontal, avec endolorissement des muscles de la nuque. Les jours précédents, il avait eu des douleurs dans les deux genoux, plus fortes à gauche, et il éprouvait encore de l'engourdissement dans le mollet de ce côté, sur le trajet du nerf poplité sciatique externe. La douleur des genoux s'était dissipée spontanément. Langue épaisse, large, recouverte d'un enduit épais; quelques nausées; constipation et sensibilité à la pression de tout le colon descendant; haleine fétide; respiration à 45 par minute; oppression légère; pouls à 78, non fébrile; rien du côté du cœur ni des poumons; urines peu abondantes et un peu foncées de couleur, mais sans altération particulière; teint plombé; peau sèche, plutôt froide que chaude et d'une coloration violacée.

Comme le temps est excessivement orageux, froid et humide, je commence par faire déboucher la cheminée et allumer un bon feu, avec ordre de ne pas le laisser éteindre, ni le jour, ni la nuit, et je prescris une demi-bouteille d'eau de Sedlitz, additionnée de 15 centigrammes d'émétique, à prendre en trois doses, à demi-heure d'intervalle entre chaque. Il y eut deux vomissements et une quinzaine de selles bilieuses, qui se continuaient encore le lendemain. Dans la soirée, un large vésicatoire dérivatif à l'épigastre. Cataplasmes laudanisés sur le ventre; chiendent nitré pour boisson.

Le 13, la douleur abdominale a bien diminué; celles des membres n'ont pas reparu, mais la céphalalgie persiste, presque aussi intense que la veille. Subdélirium et rêvasserie pendant la nuit, sans augmentation de chaleur à la région occipitale. La peau du tronc et des membres est toujours sèche, un peu plus chaude que la veille. Rien de particulier dans les fonctions respiratoire ni circulatoire, sauf une légère accélération du pouls, qui est à 85. Je prescris : poudres de Dover par dose de 15 centigrammes toutes les quatre heures, et de l'infusé de bourrache pour boisson. Il survient dans la journée une diaphorèse abondante, à laquelle ne participe point le cuir chevelu. Je fais couvrir la tête d'un large bonnet de laine très-épais, s'étendant par-dessus la nuque et recouvert d'une coiffe en taffetas ciré. La région cervicale est elle-même amplement garnie de laine. Il en résulte une transpiration, très-abondante aussi, des parties ainsi enveloppées. Malgré cette accumulation de chaleur autour de la tête et l'administration de l'opium à doses répétées, l'agitation, le délire et les rêvasseries diminuèrent graduellement, et la nuit suivante il y eut en tout environ six heures de bon sommeil.

Les mêmes moyens furent continués le 14, sans aggravation, mais aussi sans amélioration bien sensible de l'état du malade. La tête était toujours lourde, endolorie, et les muscles de la nuque conservaient en partie leur roideur; lavement émollient dans la soirée.

15 novembre. La tête commence à se dégager; les sueurs ont disparu; mais la peau conserve sa moiteur. Le malade éprouve le besoin de quelque alimentation, toutefois sans un vif désir; c'est plutôt un sentiment de faiblesse et d'inanition. Suppression des poudres de Dover; quelques cuillerées de bouillon de poulet; vin de quinquina à prendre par demi-cuillerées à bouche, quatre fois dans la journée. Nouveau lavement émollient le soir.

16. Légère amélioration sur la veille. Prescription *ut suprà*, en doublant les doses de bouillon et de vin de quinquina.

17, 18 et 19. Amélioration progressive. H.... se lève chaque jour et revient par degrés à son régime normal. Je ne le revis que le 26. Il y avait de nouveau un assez violent mal de tête sus-orbitaire, évidemment lié à la constipation. 30 grammes d'huile de ricin l'ont fait complétement disparaître. Depuis lors H.... a repris ses occupations, et sa guérison ne s'est plus démentie depuis.

Je ne présente point ces observations comme *types* de la maladie connue sous le nom de *rhumatisme cérébral*, mais comme offrant des phénomènes curieux d'asphyxie et de malignité, liés à une affection des centres nerveux, d'origine évidemment rhumatismale. Il est vrai que certaines lésions non rhumatismales du cerveau ou de la moelle épinière donnent lieu parfois à des douleurs siégeant à la périphérie et offrant quelque analogie avec le rhumatisme; mais ces douleurs portent alors leur cachet d'origine, qui ne trompera jamais le praticien tant soit peu expérimenté. Ajoutons que, dans l'espèce, outre les caractères spécifiques bien accentués, toutes les circonstances accessoires, telles que les antécédents des malades, leur genre de vie et d'occupation, l'influence des saisons, des habitations et le mode d'invasion, tout milite en faveur de l'idée d'un rhumatisme.

Mais qu'est-ce, en définitive, que le rhumatisme cérébral ? A cela on ne peut faire qu'une réponse, à savoir l'envahissement partiel ou plus ou moins généralisé de la masse encéphalique ou encéphalo-rachidienne et de ses enveloppes par le principe rhumatismal.

Comment agit-il pour déterminer si promptement et si fréquemment la mort ? Ce ne peut être qu'en paralysant ou entravant d'une façon quelconque les fonctions des parties envahies. Or, dans l'encéphale, il y a plusieurs parties dont l'intégrité est indispensable à l'entretien de la vie; et ici la symptomatologie aussi bien que le degré de gravité doivent varier selon le siége spécial, l'intensité ou l'étendue de la lésion. Chez mes malades, l'affection a porté plus particulièrement sur la moelle allongée et sur une portion de la moelle cervicale, et paraît avoir frappé spécialement les nerfs présidant aux fonctions de l'hématose; de là les symptômes d'asphyxie et l'altération si remarquable du sang chez les deux qui ont succombé. Un autre siége du rhumatisme doit nécessairement donner lieu à d'autres symptômes.

On a pu remarquer, chez mes trois malades, une singulière coïncidence de certains phénomènes qui n'ont pas été notés dans les cas publiés jusqu'ici, soit qu'en réalité ils n'existassent point, soit qu'on les ait passés sous silence.

Ainsi, chez les trois il existait, dès le début, au milieu d'autres symptômes rhumatismaux, une douleur, très-probablement de même nature, s'étendant de la région précordiale au flanc gauche; chez tous les trois il y avait d'abord absence de fièvre et de tout désordre fonctionnel du cœur, et la réaction fébrile ne s'est manifestée que plus ou moins longtemps après l'envahissement des centres nerveux. La cyanose, très-prononcée chez les deux malades qui ont succombé, s'est aussi manifestée chez le troisième, quoique à un degré bien moindre.

---

je me rendis sur les lieux désignés comme étant le théâtre de ces phénomènes. Je ne vis plus absolument rien. »

Voici, d'autre part, une note d'un chimiste distingué de la ville, M. Orosi, témoin et intelligent interprète du fait qui alarma ses concitoyens : « Le phénomène d'émanations prétendues volcaniques, dit ce savant, s'est produit le long de la jetée sur laquelle se trouve l'allée de promenade qui aboutit à un petit fort. Parmi les rochers accumulés sur le talus de la jetée, on remarque plusieurs crevasses. Or un de ces matins, à la suite d'un refroidissement subit de l'atmosphère, le froid étant devenu même assez rigoureux, quelques personnes remarquèrent en passant l'existence de brouillards ou vapeurs émanant des fissures des rochers. Il fut constaté que la température de l'air sortant de ces cavités était un peu plus élevée que celle de l'air ambiant. Une explication très-simple de ces phénomènes ne s'étant pas présentée à l'esprit des premiers observateurs, le bruit d'émanations volcaniques commença à se répandre et à prendre consistance. M. Orosi a examiné le phénomène sur place et a constaté une faible élévation de température de l'air de ces cavités par rapport à la température de l'air ambiant. Il examina de l'air et démontra qu'il ne différait nullement de l'air normal; les vapeurs observées, et qui ne se sont pas reproduites d'une manière permanente, n'avaient d'autre cause, suivant M. Orosi, que la condensation de la vapeur vésiculaire sous l'influence de l'abaissement de température de l'air extérieur. »

Voici une explication bien regrettable pour les amis de l'imprévu et du merveilleux.

Un des esprits les plus ingénieux et doué au plus haut degré du pouvoir d'invention dont puisse s'honorer notre riche et séculaire rivale, l'inventeur du stéréoscope, M. Ch. Wheatstone vient de présenter à l'Académie des sciences un nouvel appareil de télégraphie électrique qu'il appelle télégraphe automatique, et qui semble réaliser des avantages inconnus jusqu'ici. Avec l'appareil présenté par l'auteur, on peut, dit-il, imprimer cinq cents lettres par minute. Les bandes trouées de papier qui déterminent l'ordre et la succession des courants électriques, par un mécanisme analogue à celui des métiers à la Jacquard, sont préparés de telle sorte que les groupes de points qui constituent les différentes lettres sont distinctement séparés, ce qui rend impossible la confusion à laquelle donne lieu fréquemment aujourd'hui la succession continue de lettres adjacentes; car l'impression de la dépêche en points tracés à l'encre à écrire n'ajoute rien au poids des organes de l'appareil ou n'oppose aucune résistance à la puissance des électro-aimants.

Cette invention repose sur une nouvelle combinaison d'appareils ayant pour objet la transmission à travers un circuit télégraphique de messages ou dépêches préparées à l'avance et qu'il s'agit de signaler ou écrire à une station éloignée. De longues bandes ou rubans de papier sont percés par une machine construite à cet effet, d'ouvertures ou trous groupés de manière à représenter les lettres de l'alphabet ou d'autres caractères conventionnels. La bande, ainsi préparée, est placée dans un appareil associé à une source quelconque de puissance électrique, laquelle, mise en action, fait mouvoir longitudinalement la bande de papier et la fait agir sur deux

Enfin, l'élévation de température et l'endolorissement de la région occipito-cervicale, avec contracture des muscles du cou, n'a manqué chez aucun de mes malades.

On ne saurait tirer de ces observations des conclusions générales, applicables à tous les cas de rhumatisme cérébral, par la raison qu'ils diffèrent, en plusieurs points essentiels, de ceux publiés précédemment. La seule conclusion légitime qu'il soit permis de tirer du rapprochement des faits aujourd'hui connus, c'est qu'il y a dans cette maladie comme dans la pneumonie, comme dans la fièvre typhoïde, comme dans toutes les prétendues *unités* ou espèces pathologiques, des différences souvent essentielles, dépendantes de la variabilité des causes qui les produisent, du siége qu'elles occupent, de leur plus ou moins d'intensité, des conditions individuelles, et enfin de toutes les influences extérieures. Tout cela modifie la physionomie extérieure et même la nature propre de la maladie. Les formules du traitement doivent nécessairement s'adapter à ces différences. C'est au bon sens du praticien qu'il appartient de discerner cet nuances et de leur appliquer les moyens appropriés.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE; par le docteur E. Q. LE GENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite. — Voir les n°s 9 et 10.)

II.

DE LA HERNIE CRURALE A TRAVERS LE LIGAMENT DE GIMBERNAT OU HERNIE DE LAUGIER.

Dans cette variété la hernie crurale, au lieu de descendre le long des vaisseaux fémoraux en s'engageant par l'anneau crural du côté de l'abdomen, traverse cette portion fibreuse triangulaire qui, sous le nom de ligament de Gimbernat, forme la partie interne de l'anneau et est constituée par la réunion de plusieurs feuillets aponévrotiques.

Il ne faut pas confondre cette hernie du ligament de Gimbernat avec la hernie crurale interne. Plusieurs auteurs, et principalement M. Velpeau, dans sa classification des hernies crurales, a donné ce nom aux hernies qui se font en dedans de l'artère ombilicale (Velpeau, MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE HERNIE *in* ANNALES DE LA CHIRUR. FRANÇ., 1841, t. I, p. 275).

Il existe aussi des hernies fémorales en dedans de l'artère ombilicale qui cependant s'engagent dans l'anneau crural. M. Demeaux en a observé quatre exemples. Cet auteur les a décrites comme formant une variété nouvelle à cause de la disposition particulière qu'elles présentent dans la région abdominale (Demeaux, DES HERNIES CRURALES, THÈSE 1843, p. 17).

J'ai rencontré aussi cette variété, et je crois que l'on a trop insisté sur ce rapport de l'artère ombilicale avec le collet de la hernie, et qu'on lui a donné trop d'importance en le prenant pour base d'une classification des hernies crurales. Ce cordon ligamenteux, adhérent au péritoine, se déplace comme cette membrane avec la plus grande facilité, et on comprend comment une hernie peut accidentellement refouler le péritoine en dedans ou en dehors de ce vaisseau.

De plus, le trajet que suivent ces hernies crurales internes du côté de la région fémorale leur fait bientôt reprendre tous les caractères de la forme la plus commune ou hernie crurale moyenne des auteurs, et, sous ce rapport, elles doivent être complétement séparées de la hernie du ligament de Gimbernat.

Cette forme rare de la hernie crurale a été observée pour la première fois par M. le professeur Laugier en 1833. Depuis, un certain nombre d'observateurs ont signalé des faits semblables. Nous allons en présenter un tableau exact pour faire ressortir ensuite les caractères principaux de cette forme de hernie.

OBS. I. — Le fait de M. le professeur Laugier a été observé sur une femme âgée de 45 ans, lingère, entrée le 31 mars à l'hôpital Necker pour une hernie étranglée à l'aine droite. Cette hernie existait depuis longtemps, elle était considérée comme hernie inguinale et maintenue par un bandage.

La tumeur était de la grosseur d'une noix; elle était marronnée, et ne se dirigeait pas vers la grande lèvre correspondante, mais plutôt en avant et légèrement en haut. En effet, la partie supérieure de son contour répondait au niveau du tiers interne du ligament de Fallope, mais sa base semblait un peu au-dessous de ce cordon fibreux. D'autre part l'artère crurale faisait sentir ses battements au côté externe de la base de la hernie, à la distance de plus d'un travers de doigt; la tumeur semblait plus en dedans que la hernie crurale ordinaire.

Après avoir incisé les téguments extérieurs, le chirurgien arriva sur une anse d'intestin, puis une sonde cannelée étant introduite entre l'intestin et le côté interne du sac et de l'ouverture herniaire, il fit un débridement de deux lignes sur ce qu'il croyait être le bord tranchant et concave du ligament de Gimbernat. Ce débridement n'ayant pas suffi, un second débridement d'une ligne environ fut fait sur le même point, mais on ne put faire rentrer l'intestin. Alors le chirurgien se décida à faire en haut, parallèlement à la ligne blanche, un très-petit débridement qui permit de faire la réduction.

La malade ayant succombé cinq jours après l'opération, les particularités de l'autopsie ont fait reconnaître à M. Laugier qu'il s'agissait d'une espèce particulière de hernie non observée jusqu'à ce jour.

L'ouverture herniaire ne répondait pas à l'anneau crural, dont elle est séparée par une partie du ligament de Gimbernat et l'artère ombilicale. C'est, en effet, très-près de ce dernier faisceau ligamenteux, à la partie la plus externe de la fossette inguinale interne, que répond l'ouverture herniaire; elle traverse le ligament de Gimbernat de haut en bas; en dedans, elle présente le sommet de ce ligament fibreux incisé parallèlement au ligament de Fallope pour le débridement.

Les rapports du collet du sac sont en avant, avec le ligament de Fallope, qui causait surtout l'étranglement et jouait, pour cette hernie, le rôle que le bord concave du ligament de Gimbernat joue pour la hernie crurale. En dedans et en bas, il repose sur le muscle pectiné; en dehors et en bas sur la partie du ligament de Gimbernat qui le sépare de l'anneau crural; c'est le côté interne du canal crural. Le muscle pectiné et le côté interne du canal

---

pointes, de telle manière que si l'une des pointes est soulevée, le courant est transmis dans un certain sens, tandis qu'il est dirigé dans le sens contraire si elle est abaissée. Les soulèvements et les abaissements des pointes sont ainsi gouvernés par les trous, exactement comme dans le métier Jacquard, et de là naissent des combinaisons dont le mécanisme est aussi facile à comprendre. Ces courants qui se suivent ainsi, tantôt dans une direction, tantôt dans l'autre, agissent sur un appareil écrivant ou imprimant à la station distante, de manière à lui faire produire des marques correspondantes sur un ruban ou bande de papier mue par un mécanisme approprié.

Au moyen de cet appareil, qui remplace l'attention et la volonté, un opérateur, par un procédé automatique d'une rapidité et d'une fixité irréalisables par la dextérité la plus grande, M. Wheatstone affirme pouvoir transmettre, à des distances moyennes, cinq fois plus de signaux qu'on ne peut en envoyer aujourd'hui. Cet avantage sera un peu diminué pour des distances considérables.

Dans ce système, en outre, l'opérateur peut être étranger à la langue dans laquelle la dépêche est formulée; les dépêches préparées sont transmises avec la même rapidité, dans quelque langue alphabétique ou chiffrée qu'elles soient écrites, et comme les bandes peuvent être préparées à loisir, comme elles peuvent être soumises à la révision d'un correcteur, on se trouve dans des conditions d'exactitude tout à fait nouvelles et certaines. Un autre avantage du nouveau système est que la même dépêche préparée peut être transmise par un nombre quelconque de lignes distinctes; elle peut être transmise une seconde fois si cela est nécessaire, et celles relatives à un service courant, journalier ou périodique, peuvent être gardées pour servir à une transmission nouvelle, quand le besoin s'en fait sentir.

Terminons par une remarque très-judicieuse que fait l'inventeur sur la simplicité du *modus agendi*, attribut qui caractérise les procédés réellement supérieurs. « Dans le cas actuel, dit M. Wheatstone, il ne s'agit pas de substituer à un genre d'habileté acquise un autre genre d'habileté également difficile à acquérir, ce qui condamnerait l'universalité des employés à un travail long et pénible. La grande dextérité pratique exigée aujourd'hui ne sera plus nécessaire, puisque les principales et les plus laborieuses opérations sont entièrement automatiques. Il n'y aura que fort peu de chose à apprendre; il y aura plutôt quelque chose à oublier. »

GIRAUD-TEULON.

Au Rédacteur.

Monsieur,

La GAZETTE MÉDICALE du 5 mars contient, à l'occasion d'une délibération du Conseil de salubrité, des allégations de nature à appeler sur moi le ressentiment de tout un quartier de Paris qui pourrait se croire menacé dans ses intérêts.

J'ignore où vous puisez vos renseignements sur les discussions du Conseil

crural forment un angle sur lequel portent en arrière le col et la paroi postérieure du sac.

Les artères épigastrique et obturatrice nées d'un tronc commun à peu près au niveau de l'anneau crural, se séparent à la distance de deux lignes et demie à trois lignes du col du sac herniaire.

Les enveloppes de cette espèce de hernie sont d'ailleurs la peau, le fascia superficialis, le fascia transversalis et le péritoine. J'omets ici les couches de tissu cellulaire qui unissent ces diverses membranes. Elle ne serait point revêtue comme la hernie crurale du septum crurale, et ceci établit encore entre elles une légère différence anatomique. (Laugier, NOTE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE HERNIE DE L'ABDOMEN A TRAVERS LE LIGAMENT DE GIMBERNAT, *in* ARCHIV. GÉNÉR. DE MÉD. 1833, 2e série, t. II, p. 27.)

Dans la description minutieuse de cette hernie nous remarquons que le fait principal qui a frappé l'observateur, c'est la situation de l'ouverture herniaire qui ne répondait pas à l'anneau crural mais en était séparé par une portion ligamenteuse dépendante du ligament de Gimbernat. C'est là le caractère principal de cette hernie, tandis que son rapport avec l'artère ombilicale est sujet à varier. Le collet du sac est entouré de tous côtés par des ligaments ou des aponévroses, et nulle part dans l'observation on ne mentionne son rapport avec les vaisseaux iliaques externes.

Un autre caractère important sur lequel insiste M. le professeur Laugier, c'est la situation de cette hernie du côté de la cuisse ; elle sort tout à fait à la région interne, et en cela elle diffère de la forme ordinaire de la hernie crurale par la distance qui la sépare de l'artère fémorale.

Dans des considérations pratiques sur cette variété, nous reviendrons sur ces signes indiqués par l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il les avait découverts dans ce premier fait, et déjà ils lui avaient fait penser pendant l'opération qu'il avait affaire à une hernie insolite. Mais il était impossible alors de diagnostiquer la hernie du ligament de Gimbernat, lorsque aucun anatomiste, aucun chirurgien n'en avait même admis d'avance la possibilité. L'autopsie ayant fait connaître exactement la disposition des parties, a permis d'établir cette variété, et aujourd'hui M. le professeur Laugier a pu, un certain nombre de fois, reconnaître cette hernie sur le vivant d'après sa position toute spéciale.

Dans les enveloppes qui recouvrent cette hernie, l'observateur mentionne le fascia transversalis, et d'autre part remarque l'absence du septum crurale. Il est difficile d'allier ces deux faits d'observation ; en effet, on a donné le nom de septum crurale à cette partie du fascia transversalis qui du bord externe du ligament de Gimbernat s'étend au devant de l'ouverture supérieure du canal crural pour aller se perdre sur les vaisseaux iliaques externes et former l'entonnoir fémorali-vasculaire des auteurs modernes. Nous verrons, en comparant les autres faits de cette même variété, que cette disposition du fascia transversalis est aussi sujette à varier que dans la hernie crurale ordinaire. L'adhérence intime du fascia transversalis à la face postérieure du tendon réfléchi du grand oblique explique facilement comment la hernie du ligament de Gimbernat traverse le plus souvent cette membrane.

OBS. II. — En 1837, M. Cruveilhier a montré à la Société anatomique une pièce provenant d'une femme âgée de 55 ans, qui présentait à gauche au-dessus de l'arcade fémorale une tumeur rouge et fluctuante. A l'autopsie, la dissection fit découvrir un sac herniaire renfermant une portion épiploïque et une anse intestinale. La tumeur était pédiculée par suite du refoulement en haut produit par un bandage mal appliqué, et sortait de l'abdomen par un écartement des fibres du ligament de Gimbernat (Cruveilhier, *in* BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, 1837, p. 292).

M. Cruveilhier avait déjà observé deux fois cette variété de hernie sur le cadavre de vieilles femmes à la Salpêtrière. L'observation que nous venons de rapporter a été l'objet d'une discussion à la Société anatomique pour savoir si cette hernie passait à travers le ligament de Gimbernat. Thomson rejette, comme nous le verrons plus loin, cette variété de la hernie crurale ; pour lui le ligament de Gimbernat n'offre pas de limites bien marquées ; il le regarde comme une dépendance de l'entonnoir fémorali-vasculaire dont il constitue la paroi la plus interne : il est fréquent de voir les hernies s'engager dans cette région.

Nous verrons dans l'étude du ligament de Gimbernat que ce faisceau ligamenteux existe réellement, qu'il est composé de plusieurs feuillets aponévrotiques ; que sa forme est triangulaire à base externe et concave, bord falciforme des auteurs, et surtout que sa direction est bien différente de celle qu'affecte le fascia transversalis dans le reste de l'entonnoir fémorali-vasculaire. C'est à travers ce faisceau fibreux triangulaire que s'est faite la hernie dans l'observation de M. Cruveilhier. L'auteur indique bien à travers un écartement des fibres du ligament de Gimbernat. Mais l'observation trop brièvement rapportée ne mentionne pas les autres caractères de la tumeur, tirés de sa situation, de ses rapports et de ses enveloppes.

En 1843 M. Demeaux, dans sa thèse inaugurale, a reproduit l'observation de hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat qu'il avait publiée dans les ANNALES DE LA CHIRURGIE en 1841. Voici ce fait.

OBS. III. — Un homme de 40 à 45 ans, doué d'une forte constitution, mais un peu chargé d'embonpoint, succomba à la suite d'une pleuropneumonie ; j'ai disséqué son cadavre en février 1839 ; en ouvrant le ventre, j'aperçus à la partie inférieure de la paroi abdominale un paquet d'intestins grêles qui avaient contracté à ce niveau des adhérences qui paraissaient anciennes ; en détachant successivement les anses d'intestin et les brides épiploïques, je vis une portion d'intestin recouverte d'épiploon qui restait fixée au pubis ; en examinant de plus près les parties, j'ai vu une ouverture à travers laquelle s'engageait une bride épiploïque, qui elle-même adhérait à une anse intestinale appliquée immédiatement sur l'ouverture ; je reconnus une hernie crurale ; je détachai ensuite avec précaution l'intestin, en conservant ses adhérences au sac et à l'épiploon ; cherchant à introduire un doigt dans le sac, j'éprouvai une grande résistance. L'ouverture était petite et peu dilatable ; j'introduisis une sonde qui me permit de constater que, contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans la hernie crurale, il n'y avait là aucune obliquité ; le sac était dirigé directement en bas ; cette première disposition attira mon attention ; j'ai remarqué immédiatement après que l'entrée de la hernie était plus rapprochée du pubis que dans les cas ordinaires, et que d'ailleurs elle était en dedans de l'artère ombilicale. Ces diverses circonstances m'ont porté à disséquer avec soin les parties. Voici ce que j'ai pu constater.

La hernie était en dedans de l'artère ombilicale, comme je l'avais déjà remarqué ; en disséquant le sac, au-dessous du ligament de Fallope, j'ai pu me convaincre qu'il était tout à fait en dehors de l'entonnoir crural, se dé-

---

de salubrité ; mais, comme vous n'avez sans doute d'autre intérêt, d'autre mobile que la vérité dans le soin persévérant que vous prenez d'informer vos lecteurs de mes avis et votes, je vous prie de leur faire connaître que, contrairement à vos assertions,

1° J'ai insisté, au Conseil de salubrité, sur la nécessité de maintenir la Faculté de médecine dans l'emplacement qu'elle occupe, avec ses pavillons de dissection, dans les conditions proposées par la Faculté elle-même ;

2° J'ai appuyé deux fois les conclusions du rapport de M. Guérard, la première dans la commission dont il était l'organe, la seconde fois en séance du Conseil de salubrité, et pour mieux en assurer l'adoption, j'en ai fait ressortir la concordance avec les vœux de la Faculté, interprétés par son honorable doyen.

Je vous prie, monsieur, et au besoin je vous requiers d'insérer cette réponse dans le plus prochain numéro de votre journal.

Recevez l'assurance de ma considération.

MICHEL LÉVY.

Paris, 6 mars 1859.

RÉPONSE. — L'impartialité nous faisait un devoir, indépendamment de toute réquisition, d'insérer dès aujourd'hui la lettre de M. Michel Lévy. Elle nous le prescrivait, d'autant plus que les premiers renseignements qui nous ont été communiqués sur la question dont il s'agit ici nous ont été confirmés, à une source parfaitement respectable, dans les termes suivants :

« 1° Il a soutenu, au sein du conseil de salubrité, que Parent-Duchâtelet avait beaucoup exagéré les conclusions à déduire de ses travaux. Il a dit qu'un amphithéâtre de dissection était un établissement *insalubre pour des maisons voisines.*

2° Il *s'est retiré* du conseil avant la clôture de la discussion sur le rapport de M. Guérard, et par conséquent *avant le vote sur ce rapport.* »

Sur ces données, nos lecteurs adopteront l'opinion qui leur semblera la plus justifiée. Si M. Michel Lévy s'étonnait de ne pas nous voir nous incliner et passer condamnation nous-mêmes devant son assertion, nous lui donnerions, pour nous justifier, l'explication suivante :

Le 24 juillet dernier, pour effacer la fâcheuse impression produite dans le monde médical par son attitude dans la question du baccalauréat ès lettres, M. Michel Lévy nous adressa, on s'en souvient, une lettre dans laquelle il plaçait les idées entortillées et confuses qu'il avait présentées dans la commission, sous le patronage du représentant le plus élevé de la littérature dans cette même commission. « *Un éminent littérateur, M. Nisard, y disait-il, inclinait à mon opinion.* »

Or M. Nisard y inclinait si peu, qu'à quelque temps de là il nous a autorisé, un peu plus même, *invité* à rétablir sur ce point, si l'occasion s'en présentait, les faits en ce qui le concerne.

M. Nisard a bien voulu reproduire en abrégé devant nous la substance de son plaidoyer, aussi éloquent que catégorique, en faveur du rétablissement complet du baccalauréat ès lettres, et il n'a été rien dit, nulle part, de plus décisif, de plus déterminant sur la nécessité d'une instruction littéraire complète chez le médecin. Le médecin, disait le disert professeur, pour se

tachant du ligament de Gimbernat; il était placé dans la fossette crurale interne, et n'avait aucun rapport avec le repli falciforme du fascia lata; il ne présentait aucune obliquité; ce sac avait le volume d'une noix lorsqu'il était distendu par le liquide que j'y introduisis en le mettant dans une position déclive.

Du côté du ventre, après avoir détaché le péritoine et le tissu graisseux sous-péritonéal, je suis arrivé sur le ligament de Gimbernat; l'ouverture fibreuse qui donnait passage à la hernie était de forme ovalaire, son plus grand diamètre étant dirigé d'arrière en avant. Le plan de cette ouverture était parallèle au ligament lui-même; le tissu fibreux qui la circonscrivait était très-dense et comme hypertrophié: en dehors de l'ouverture herniaire était une masse graisseuse qui, étant détachée, a mis à nu l'entonnoir crural et les vaisseaux cruraux; ceux-ci étaient: la veine (distendue par une algalie) à 7 lignes du bord externe de l'ouverture, l'artère à 10 lignes; j'ai encore pris les mesures suivantes, en comparant le ligament de Gimbernat des deux côtés.

De l'épine du pubis au bord libre du ligament de Gimbernat, du côté gauche, 13 lignes.

De l'épine du pubis au bord interne de l'ouverture herniaire, 9 lignes.

De l'épine du pubis au bord externe de l'ouverture herniaire, 15 lignes.

D'après ces nouvelles données, il n'était pas possible de mettre en doute le siége de l'ouverture herniaire, dans le ligament de Gimbernat. (Demeaux, Nouvelles observations sur les hernies, *in* Annales de la chirurgie, 1841, p. 476, et Thèse sur les hernies crurales, 1843, p. 16.)

Le fait publié par M. Laugier sur la hernie à travers le ligament de Gimbernat avait appelé l'attention des observateurs sur cette nouvelle disposition de la hernie crurale que quelques chirurgiens semblaient vouloir rejeter. M. Demeaux s'est attaché à donner, avec l'exactitude la plus rigoureuse, tous les caractères anatomiques qui distinguent cette variété.

La situation était plus rapprochée du pubis que dans les hernies crurales ordinaires, et tout à fait en dehors de l'entonnoir crural. Le collet de la hernie traversait une ouverture fibreuse, et les mesures prises sur les deux côtés pour comparer les deux ligaments de Gimbernat montraient bien exactement que celui du côté droit avait été traversé par la hernie. Dans ce cas, la distance qui sépare le collet du sac de la veine iliaque externe, et qui est formée par une partie du ligament de Gimbernat, est même assez considérable.

Enfin, la marche de cette tumeur directement en bas vers la cuisse, sa position en dedans de l'artère ombilicale sont encore des signes importants à ajouter. Du côté de la région crurale, la hernie présentait sans doute les mêmes caractères que ceux que l'on observe dans la forme ordinaire de la hernie crurale, car l'observation ne mentionne pas comment se comportaient les différentes enveloppes de cette hernie.

Nuhn (de Heidelberg) a observé le cas suivant en janvier 1845:

Obs. IV. — Cette hernie a été trouvée sur le cadavre d'une vieille femme: la tumeur siégeait à l'aine droite; elle avait une forme globuleuse, un pouce et quart de longueur, un pouce de largeur, autant d'épaisseur. Le collet du sac était court et aminci; il avait 3 lignes d'épaisseur. L'ouverture à travers laquelle s'était échappée la hernie était séparée de l'anneau crural, ou mieux de l'orifice supérieur du canal crural, par la plus grande partie de la portion crurale du ligament de Gimbernat; elle semblait être formée par la dissociation des portions ventrale et crurale du ligament de Gimbernat.

Le sac herniaire était rempli d'une portion d'épiploon, et bien qu'il n'y eût point d'adhérences, la réduction était impossible à obtenir à cause de l'étroitesse de l'ouverture qui lui avait donné passage.

Le ganglion lymphatique situé à la partie supérieure du canal crural était volumineux et fermait assez exactement l'anneau crural. L'artère obturatrice venait de l'hypogastrique. (A. Nuhn, *prosector in Heidelberg*, Ueber die hernia ligamenti Gimbernati, nebst einiger anatomischen Bemerkungen über das Gimbernat'sche Band, *in* Medicinische Annalen, Dreizehnter Band, Zweites Heft, p. 280. Heidelberg, 1847.)

En décrivant ce fait, le prosecteur de Heidelberg a cherché à démontrer qu'il venait confirmer les idées qu'il avait émises sur la manière dont se fait la hernie du ligament de Gimbernat d'après l'arrangement des faisceaux fibreux de ce ligament.

Il admet, comme tous les auteurs, la division interne du ligament de Fallope en deux faisceaux qui vont s'insérer, l'un directement à l'épine pubienne pour former le pilier externe de l'anneau inguinal, l'autre se porte en bas et prend insertion à la portion la plus externe de la crête pubienne. Cette dernière partie du ligament de Poupart forme la majeure partie du ligament de Gimbernat. A son bord tourné vers la veine crurale, vient s'ajouter une petite bandelette émanée de l'aponévrose crurale.

Nuhn appelle la portion du ligament formée par les fibres de l'arcade de Fallope, portion ventrale, et celles que constituent les fibres de l'aponévrose crurale, portion crurale ou fémorale. Il remarque que cette portion crurale du ligament de Gimbernat se distingue de la portion ventrale par sa résistance moindre, sa minceur plus grande; aussi cède-t-elle à la pression continue des intestins sur le ligament de Gimbernat, et laisse passer l'intestin dans l'écartement de ses fibres aponévrotiques.

Dans cette description très-exacte du ligament de Gimbernat, dans la région fémorale, nous reconnaissons que cette petite bandelette, émanée de l'aponévrose crurale, et qui va se jeter sur ce ligament, n'est autre chose que le ligament de Hey, et la figure 1 de la planche II, empruntée à Nuhn, montre bien que la hernie s'est faite entre le ligament de Poupart et les fibres aponévrotiques du fascia lata qui vont le renforcer près de son insertion à l'épine du pubis.

Dans cette observation, on indique d'une manière précise que l'ouverture à travers laquelle s'est échappée la hernie est séparée de l'anneau crural, ou mieux de l'orifice supérieur du canal crural par cette bandelette fibreuse que l'auteur regarde comme la portion crurale du ligament de Gimbernat. La hernie est assez distante des vaisseaux et de la veine iliaque externe en particulier. Elle est séparée, non seulement par la bandelette aponévrotique que nous venons de mentionner, mais encore par un ganglion lymphatique volumineux qui, situé à la partie supérieure du canal crural, fermait assez exactement l'anneau crural. C'est précisément en ce point que se fait la variété la plus ordinaire de la hernie crurale.

(*La suite prochainement.*)

---

maintenir dans la confiance des hommes éclairés, des hommes du monde au milieu duquel il vit, doit, sur leur propre et commun terrain, être à la hauteur des plus distingués. Quelle est la mère, instruite, éclairée, femme du monde (nous nous rappelons cet argument plein de délicatesse), qui ne tremblerait en voyant son enfant entre les mains de quelque spécialité plus ou moins contestable, mais chez qui la seule chose assurée serait visiblement le manque de distinction et d'élévation dans l'esprit... etc., etc...? Il y a loin de là aux propositions ambiguës de M. Michel Lévy, si loin, que ce dernier (si nous sommes bien informé), s'avançant vers M. le secrétaire du conseil impérial de l'instruction publique, aurait accueilli la fin du discours de l'honorable et chaleureux défenseur des lettres par ces paroles ou quelque chose d'approchant:

« On ne saurait conserver un regret de sa défaite quand on rend les armes à une parole aussi éloquente et aussi élevée. » Voilà pourquoi nous sommes aussi persévérants que réservés dans nos recherches, quand il s'agit de la participation de M. Michel Lévy aux choses qui intéressent la profession: et M. le directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce avait raison de penser que notre unique mobile est toujours la recherche de la vérité.

G.-T.

— On annonce, pour le 1er avril, l'ouverture d'un concours dans les trois écoles de médecine navale.

Par suite de vacances dans les cadres du corps médical et pharmaceutique, les places mises au concours se répartiraient ainsi qu'il suit:

A Brest: une place de chirurgien de 1re classe pour le port; quatre places de chirurgien de 2e classe, dont une pour la Martinique et une pour le Sénégal; sept places de chirurgien de 3e classe, dont deux pour le Sénégal.

A Toulon: une place de chirurgien-professeur pour Brest; une place de chirurgien de 1re classe pour Cayenne; deux places de chirurgien de 2e classe; deux places de chirurgien de 3e classe pour le port.

A Rochefort: deux places de chirurgien de 2e classe, dont une pour Cayenne; trois places de chirurgien de 3e classe pour le port; une place de pharmacien de 3e classe pour Toulon.

— On écrit de Vienne, 19 février:

« L'état sanitaire de Vienne, cette semaine, est loin d'être satisfaisant. Le typhus, qui nous avait quittés il y a peu de temps, est revenu sévir avec une grande violence. Tous les hôpitaux regorgent de malades, à tel point qu'on est obligé d'augmenter le nombre des lits dans chaque salle.

» Le chiffre des individus atteints par l'épidémie est presque aussi considérable que pendant le choléra. » (Clinique européenne.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite.)

II. THE NEW-YORK JOURNAL.

Les livraisons de juillet, septembre et novembre 1857 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Opérations récentes de ligature de la carotide primitive ;* par M. Wood. 2° *Hémorrhagie utérine secondaire ;* par M. Cock. 3° *Vice de conformation du cœur ;* par M. Schilling. 4° *Excision du calcanéum ;* par M. Morrogh. 5° *Fièvre puerpérale ;* par M. Smith. 6° *Manière de prévenir les abcès du sein ;* par M. Foster. 7° *Convulsions puerpérales ;* par M. Elliot. 8° *Opération de leucoma ;* par M. Agnew. 9° *Influence de l'apoplexie hémiplégique sur les facultés intellectuelles ;* par M. Mc-Ready. 10° *Luxation spontanée des deux épaules, avec fracture de la base du crâne ;* par M. Buren. 11° *Pathologie de la leucorrhée ;* par M. Roberts. 12° *Recherches expérimentales et observations sur les incurvations, les fractures incomplètes et les fissures des os longs ;* par M. Hamilton. 13° *Situation anormale du rein droit dans la cavité du bassin ;* par M. Isaacs. 14° *Transmission de la vérole par la nourrice ;* par M. Smith. 15° *Cas d'apoplexie ;* par M. Elliot.

OPÉRATIONS RÉCENTES DE LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE ; par M. WOOD.

L'auteur, dans cet article, passe d'abord en revue toutes les ligatures de la carotide primitive qui furent pratiquées au début. On opéra d'abord dans des cas de blessures ; deux faits sont cités dans la chirurgie de Bell, l'un est attribué à Else (1775). Abernethy paraît avoir eu un cas de mort en 1778. Lyon tenta également cette ligature en 1792. Un fait de guérison authentique est celui de Fleming (1803). La même année, Cogswell eut un cas de mort. En 1807, Twitchell eut une guérison. Ce fut A. Cooper qui, le premier lia cette artère pour anévrisme (1805) ; son malade mourut. En 1808, il obtint le premier succès, il fut suivi dans cette voie par Travers (1809), par Wright (1813), Post (1816).

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Wood dit quelques mots de tous les cas d'opérations pratiquées à New-York, qu'il a pu recueillir. L'absence de méthode fait perdre une partie de son prix à ce relevé statistique. En voici le résumé :

M. Wood (1839 à 1854), 9 opérations, 2 blessures, 3 anévrismes, 1 épilepsie, 2 affections malignes du maxillaire supérieur, 3 ligatures, 3 morts, 3 guérisons, 3 améliorations.

Valentine Mott, 44 cas. Cinq fois double ligature, une seule fois mort rapide avec coma ; deux fois dans un âge très-jeune avec guérison. Deux ligatures Brasdor, pour anévrismes innominés, mort. 1 mort d'hémorrhagie secondaire, vingt-quatre heures après l'opération, 2 après la chute de la ligature. Il est impossible de tirer aucune conclusion du relevé incomplet de V. Mott.

Gurdon Beeck, 4 opérations à la suite de blessures ; 2 morts, 2 guérisons.

Watson, 1 mort à la suite d'opération pour blessure.

Post, tumeur érectile du cou, mort.

Parker, 9 opérations, une épilepsie, tumeur du pharynx, de la parotide, du pharynx, du maxillaire supérieur, anévrisme, tumeur érectile. 3 guérisons et 3 morts sont indiquées.

Botchelder fait une ligature pour ablation de tumeur, guérison.

Buren, 5 cas. 2 tumeurs de crâne, 2 anévrismes et une blessure ; 3 guérisons, 2 morts, dont 1 de ramollissement cérébral aigu.

Detmold, 5 cas : 2 tumeurs malignes de la face, 3 tumeurs vasculaires, 3 guérisons et 2 morts.

Halstead, 1 opération pour une tumeur maligne de la face, mort de la maladie un an après.

Resse, 2 ablations de tumeurs, 1 guérison, 1 mort.

Isaac, une opération pour blessure, guérison.

Green, une opération pour blessure de la thyroïdienne supérieure, hémiplégie, mort.

B. Mott, 4 opérations, 2 tumeurs malignes, deux anévrismes par anastomose ; tous guéris.

Thebaud, 1 opération pour anévrisme par anastomose ; guéri.

Donaghe, 1 cas de tumeur du palais ; mort à la suite, non de l'opération, mais de la maladie.

Woodward, tumeur de l'orbite ; mort.

Stephen Smith, 1 opération de ligature pour une tumeur maligne du maxillaire supérieur ; arrêt du mal.

De ce relevé, M. Wood tire les conclusions suivantes :

1° Hémorrhagies, 6 guérisons, 3 morts. Les causes de la mort sont : deux hémiplégies dont un coma et un ramollissement cérébral ; le troisième sujet succomba à une infection purulente.

2° Tumeurs malignes de la tête ou de la face, 17 cas, 4 avec guérison de la tumeur, 10 avec amélioration, 2 morts.

Les causes de la mort sont ; une hémiplégie après vingt-quatre heures, suivie de mort rapide, un épuisement complet des forces quatre heures après l'opération.

3° Anévrismes par anastomose, 10. 4 guéris, 5 améliorés, 1 mort de phlébite.

4° Anévrismes des branches de la carotide, 4 ; tous guéris.

5° Épilepsie, 2 améliorés.

6° Ablation de tumeurs, 7 ; tous guéris.

7° Hémorrhagies secondaires, 5 ; tous guéris.

8° Le maximum de la chute de la ligature fut de trente et un jours, le minimum de neuf jours.

Ce qui frappe tout d'abord dans ce mémoire, c'est le nombre considérable de ligatures de la carotide, pratiquées à New-York depuis quelques années, puisqu'il s'élève à 92. Quand on en scrute les causes, on trouve que 24 sujets furent opérés pour des tumeurs et 2 pour épilepsie. V. Mott confesse lui-même qu'aujourd'hui il ne pratique plus comme autrefois la ligature, dans les cas de tumeurs du cou ou de la face qu'il doit enlever.

Il est difficile de se faire une idée précise des dangers de la ligature, car on n'a pas assez distingué les cas où la mort fut la suite de la maladie ou de l'opération ; néanmoins, dans 2 épilepsies, dans 6 ablations de tumeurs, dans 5 hémorrhagies secondaires, il n'y eut aucun cas de mort.

EXCISION DU CALCANÉUM PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ ; par M. MORROGH.

OBS. — Chez un enfant âgé de 12 ans, ce chirurgien employa avec succès le procédé suivant pour l'ablation du calcanéum carié :

Incision courbe partant en arrière du tendon d'Achille, et se terminant à l'articulation calcanéo-cuboïdienne. On dissèque un lambeau carré en dehors en cherchant à ménager les tendons des péroniers, le tendon d'Achille est détaché soigneusement de ses insertions. Un scalpel solide détache le calcanéum du cuboïde et de l'astragale, on le renverse ensuite en dehors et on le sépare des parties molles en respectant les artères plantaires. L'opération eut un plein succès, aucun tendon, aucune artère importante ne furent lésés ; la cicatrisation se fit rapidement, et au bout de deux mois l'enfant marchait d'une manière satisfaisante, grâce à un petit coussinet qui remplissait le vide du talon.

ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ; par le professeur JOSEPH M. SMITH.

Ce mémoire, lu à la Société médicale de New-York au commencement de la discussion sur la fièvre puerpérale, a été imprimé par ordre de cette compagnie savante. Nous en donnons les conclusions.

Il ressort des faits établis que la fièvre puerpérale provient tantôt de l'air vicié par les déjections putrides des accouchées dans des salles encombrées et mal ventilées, tantôt de l'absorption des matières putrides amassées dans l'utérus ou le vagin après la parturition, tantôt des miasmes fournis par les malades atteints du typhus, d'érysipèle ou de gangrène, tantôt enfin des miasmes des salles de dissection.

Il paraît en outre que les émanations des malades atteints de typhus, d'érysipèle ou de fièvre puerpérale, sont capables de produire l'une ou l'autre de ces maladies ; qu'elles peuvent s'attacher aux personnes ou aux vêtements des sages-femmes et des médecins, et être ainsi transportées de leurs sources mêmes aux salles des femmes en couche. On observe aussi que la forme la plus ordinaire de l'affection transmise de la sorte est le typhus et la fièvre typhoïde, l'un de ses modes, tandis que la fièvre puerpérale et l'érysipèle d'hôpital ne sont que des variétés de cette maladie, recevant leurs formes particulières de certaines conditions prédisposantes de l'économie et des influences épidémiques.

Finalement, le résultat de nos recherches ne peut manquer de suggérer deux considérations qui sont de nature à faire une impression durable sur les esprits. La première, c'est l'importance de maintenir la propreté la plus parfaite des personnes, des vêtements et de la literie des accouchées, aussi bien que celle des parquets, des objets mobiliers et de l'atmosphère des salles, et, dans le cas où la fièvre puerpérale se manifeste, d'adopter les moyens les plus prompts et les plus efficaces de l'éteindre, tels que les ablutions, la ventilation, les fumigations, et, s'il le faut, la dispersion des malades ; la seconde, c'est le devoir impérieux pour les médecins d'avoir toujours dans la pensée qu'ils peuvent

être eux-mêmes les agents de transmission de la fièvre puerpérale lorsqu'elle est épidémique, et qu'ils doivent prendre contre ce danger toutes les précautions nécessaires. Certes, la plus grande obligation morale qu'un médecin doive s'imposer à l'égard des malades, c'est celle de s'abstenir d'assister une femme en travail s'il entrevoit la moindre chance de lui inoculer le germe d'une affection mortelle.

DE L'ÉTAT DES FACULTÉS INTELLECTUELLES DANS LES CAS D'APOPLEXIE ET D'HÉMIPLÉGIE; par BENJ. W. MC-READY, M. D.

L'auteur, réunissant une masse imposante d'observations publiées par les médecins de France, d'Angleterre et d'Amérique dont le nom fait autorité (tels que Copeman, Andral, Cruveilhier, etc., etc.), oppose les résultats qu'elles présentent à l'opinion de Valleix sur l'effet consécutif de l'apoplexie sur les facultés intellectuelles. Il est rare, dit l'auteur du GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, qu'une attaque assez forte n'entraîne pas à sa suite un certain degré d'altération des puissances intellectuelles; tantôt la mémoire est perdue, tantôt la facilité de traiter les affaires, tantôt la force de conception, etc. Il est même fréquent de voir des individus rester dans un état marqué de stupidité ou d'idiotie, qui, joint à la paralysie qu'ils présentent, les font aisément reconnaître: ils pleurent et ils rient sans sujet, et sont dans la situation de vieillards tombés en enfance.

Le docteur Mc-Ready est amené par l'examen des nombreux et valables documents qu'il analyse, à regarder comme une exception ce que Valleix donne comme la règle.

Il est impossible de ne pas conclure des faits relatés, que l'affranchissement de l'intellect, en tant que conséquence directe de l'apoplexie, après que le malade a vu se dissiper les premiers effets de l'attaque, est un fait exceptionnel. L'apoplexie peut hâter l'approche de l'atrophie sénile du cerveau; de même, lorsque l'atrophie a commencé, une attaque d'apoplexie peut sans nul doute hâter ses progrès, et dans ces cas, les amis du malade attribuent naturellement la décadence complète de ses facultés intellectuelles à l'apoplexie elle-même.

Le trouble des idées, la difficulté de poursuivre une suite de pensées dont se plaignent souvent les apoplectiques, est, en grande partie, le résultat pur et simple de la diminution de l'énergie nerveuse. Ils comprennent bien et jugent sainement; mais avant d'avoir recouvré leur santé générale, ils ne sont pas plus capables de penser avec continuité que de faire une longue promenade ou d'accomplir tel autre acte qui exige une dépense considérable de force nerveuse. Ce n'est pas le cerveau qui est alors spécialement affecté, c'est le système nerveux en général. De toutes les facultés, la mémoire générale ou spéciale est la plus sujette à être lésée, et les malades se plaignent aisément de cet affaiblissement, pour peu qu'ils le reconnaissent. A mesure que le malade se rétablit, la mémoire se fortifie, et si une nouvelle attaque ne survient, la mémoire continue à progresser.

Le rire ou les larmes des hémiplégiques, sous l'influence de l'émotion la plus légère, ne sont pas, de nécessité, la suite d'un affaiblissement de l'intellect, pas plus qu'on ne peut rapporter à cette cause le défaut de pouvoir sur les muscles des extrémités paralysées. Ces deux faits ont une origine commune; la volonté ne peut pas plus dominer les émotions que faire exécuter les mouvements.

L'auteur rapporte ensuite un grand nombre de cas dans lesquels la perte de la parole, plus ou moins prolongée, a été la suite de l'apoplexie, tandis que l'intelligence restait intacte.

M. Mc-Ready n'a pas pris soin d'établir avec assez de netteté la thèse qu'il défend, s'il veut prouver que l'apoplexie peut laisser subsister chacune des facultés intellectuelles et leur permettre de s'exercer encore dans une certaine mesure avec netteté et régularité. Il est dans le vrai, l'hémiplégique peut conserver à un degré suffisant la spontanéité, le jugement, la liberté morale pour les besoins d'une vie calme et réglée, mais son intellect reste, dans le plus grand nombre de cas, dans un état de convalescence, et il est rare qu'il recouvre jamais complètement la vigueur, l'énergie, l'activité du fonctionnement intellectuel dont il pouvait jouir auparavant. Ses facultés sont plus obtuses, plus lentes, plus faibles, et s'épuisent plus facilement qu'avant l'attaque.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

— M. CARUS, récemment nommé à une place de correspondant, adresse ses remercîments à l'Académie et lui fait hommage d'une notice qu'il vient de faire paraître dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES DE LEIPSIG, sur un crâne humain monstrueux, intéressant, au point de vue de l'anatomie philosophique.

ÉTUDES SUR LES RACES DU SOUDAN.

M. JOMARD transmet la première partie d'un mémoire de M. Alf. Peney, médecin en chef des armées du Soudan, ayant pour titre : ÉTUDES SUR L'ETHNOGRAPHIE, LA PHYSIOLOGIE, L'ANATOMIE ET LES MALADIES DES RACES DU SOUDAN, en réponse à diverses questions posées par l'Académie des sciences.

Le mémoire de M. Peney est renvoyé à la commission qui avait été chargée de rédiger les instructions pour le voyage de M. d'Escayrac de Lautnre, commission qui se compose de MM. Jomard, Dussy, Cordier, Moquin-Tandon, Montagne, Geoffroy-Saint-Hilaire et Jules Cloquet.

NOUVEAU CENTRE DE MOUVEMENT DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. FLOURENS, en présentant au nom de l'auteur, M. Budge, un mémoire imprimé sur un nouveau centre de mouvement dans la moelle épinière, le centre génito-spinal du grand sympathique, lit les fragments suivants d'une traduction de cet intéressant travail :

« On éthérise un lapin mâle adulte jusqu'à complète insensibilité, on ouvre ensuite la cavité abdominale et on met à nu la partie lombaire du nerf sympathique. Pour le trouver, on repousse les intestins, on dégage l'artère aorte et la veine cave, afin de voir derrière celles-ci les deux nerfs placés très-près l'un de l'autre entre les deux muscles psoas. On aperçoit des filets de communication très-déliés, qui vont d'un nerf à l'autre. Dans la région qui correspond à la cinquième vertèbre lombaire, existe un ganglion allongé, où se rendent des filets de communication, partant du troisième et du quatrième nerf lombaire, soit un à un, soit le plus souvent deux à deux. On introduit ensuite avec précaution une petite lame de verre, taillée en pointe, sous les deux nerfs, et on les galvanise en commençant par le ganglion qui vient d'être décrit et en descendant, c'est-à-dire dans la direction de l'anus. Bientôt après que les fils conducteurs ont touché le nerf, on remarque que les conduits déférents, qu'on a eu la précaution de placer également sur une lame de verre, font un mouvement énergique et en général dans la direction des testicules aux vésicules séminales. Ils se tordent et se portent vers la partie inférieure. Peu après que l'on a cessé de produire cette irritation, les conduits déférents reprennent complètement leur tranquillité, et l'irritation répétée à volonté reproduit toujours le même effet. Parfois l'action est tellement forte, que le testicule reposant sur le côté le plus large se renverse et se place sur le plus étroit, ce qui n'arrive cependant pas toujours. Si l'on irrite les nerfs au-dessus du ganglion ci-dessus indiqué, on ne voit aucun mouvement se produire dans les conduits déférents. Mais il recommence immédiatement dès que l'on se reporte sur le ganglion même, ou que l'on place les fils conducteurs au delà de celui-ci.

» On pourrait donc supposer que les fibres des nerfs moteurs qui vont jusqu'aux conduits déférents et partent du nerf sympathique prennent naissance dans les globules gangliionnaires du susdit ganglion, ou bien qu'elles proviennent de la moelle épinière. Pour acquérir une certitude à cet égard, j'ai de nouveau mis à nu chez un lapin fortement éthérisé les conduits déférents et j'ai rompu les quatrième, cinquième et sixième vertèbres lombaires de manière à avoir devant moi la moelle épinière intacte. Lorsque j'ens galvanisé cette portion de la moelle place par place, il se forma une région exactement circonscrite que j'appellerai *centrum genito-spirale*. Elle répond à la quatrième vertèbre lombaire et donne naissance au quatrième nerf lombaire qui se produit entre la quatrième et la cinquième vertèbre. Elle occupe un espace de quelques lignes seulement. Lorsque je m'en écartais au-dessus et au-dessous, les conduits déférents demeuraient immobiles. Mais sitôt que je revenais à cette place, à l'instant même les mouvements péristaltiques des conduits déférents se reproduisaient et cessaient brusquement après l'irritation. Si après la section de l'un des deux nerfs j'irritais la moelle en cet endroit, il ne se manifestait que de très-faibles mouvements a ce même côté (par suite de la communication entre les deux nerfs), mais très-énergiques du côté demeuré intact.

» Indépendamment des conduits déférents, après la même irritation produite aussi bien sur le nerf sympathique que sur la moelle épinière, on voit la vessie et la partie inférieure du rectum se contracter énergiquement. Ces organes, à la vérité, se meuvent spontanément, mais on remarquera tout de suite qu'une nouvelle impulsion doit avoir agi là, tant la dilatation et la contraction de ces parties suivent subitement, constamment et manifestement l'irritation.

» Au moyen de ces recherches, on acquiert une nouvelle preuve qu'une partie du nerf sympathique que j'appelle *nerf sympathique lombaire*, et qui commence au ganglion ci-dessus décrit, sort de la moelle épinière, et que les mouvements involontaires de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie et des conduits déférents, n'ont pas leur point de départ dans les

ganglions, mais bien dans la moelle; ce qui ne veut pas dire cependant que pour ces mouvements il n'existe pas encore une autre origine nerveuse.

» Cette observation se rattache au fait que j'ai découvert dans années 1851 et 1852, à savoir que le nerf sympathique cervical, en tant que ses fonctions sont connues actuellement, prend naissance également dans la moelle épinière. En raison des rapprochements que présente ce sujet si important pour la médecine pratique et pour la physiologie, je renvoie à mon écrit intitulé : MOUVEMENT DE L'IRIS, AUX PHYSIOLOGISTES ET AUX MÉDECINS, Brunswick, 1855.

» On connaît donc ainsi dans la moelle épinière et allongée trois centres circonscrits dans un espace relativement très-petit, savoir :

» 1° Le *centrum respiratorium* ou point vital de Flourens à l'extrémité du calamus scriptorius, source des mouvements respiratoires;

» 2° Le *centrum cilio-spinale* de Budge situé entre la sixième vertèbre cervicale et la quatrième de la poitrine, source des mouvements du dilatateur pupillæ et des artères (1);

» 3° Le *centrum genito-spinale* de Budge à la quatrième vertèbre lombaire (chez le lapin), source du mouvement de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie, des ductus deferentes. »

Le mémoire de M. Budge sera compris dans le nombre des pièces de concours pour le prix de physiologie expérimentale de 1859.

EMPLOI DE LA FLEUR DE SOUFRE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS COUENNEUSES. (Extrait d'une lettre de M. L. SENECHAL à M. le président de l'Académie.)

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien prendre connaissance d'une note contenue dans un paquet cacheté dont l'Académie a accepté le dépôt le 24 janvier dernier. Dans cette note, je signale le soufre à l'état élémentaire comme pouvant offrir une grande ressource thérapeutique dans le traitement des affections couenneuses et particulièrement dans le croup. L'hypothèse, à défaut d'observations bien certaines, que les pseudomembranes qui constituent les diverses affections couenneuses, pourraient bien n'être en réalité qu'un parasite végétal, ainsi que semble l'indiquer leur mode d'évolution, leurs rapports avec les tissus qu'elles recouvrent et surtout leur analogie avec les produits du muguet dont la structure végétale paraît incontestable, m'a suggéré l'idée de les traiter par le soufre qui est, pour ainsi dire, l'antidote consacré de tout parasitisme animal ou végétal.

La fleur de soufre en insufflations pharyngiennes et nasales fréquemment répétées, la même substance, mélangée avec du miel et donnée par petites cuillerées de temps à autre et à aussi fortes doses que possible, m'ont parfaitement réussi dans quatre cas de croup bien confirmés, les petits malades ayant les amygdales et une grande partie du pharynx tapissés de pseudomembranes, mais ne présentant pas encore de troubles notables dans la respiration. Dans deux cas, au contraire, où la période asphyxique était bien accusée, les mêmes moyens n'ont produit aucune amélioration. Placé au Muséum d'histoire naturelle en qualité de préparateur d'anatomie, auprès de M. le professeur Serres, je me suis fait un devoir de lui soumettre ces observations pour lesquelles il a toujours manifesté le plus vif intérêt.

La note, contenue dans le paquet cacheté déposé le mois précédent par M. Senechal, signale, ainsi que l'annonce la lettre, les effets de la fleur de soufre dans le traitement des affections couenneuses.

ACTION DE LA SANTONINE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. Lefèvre adresse, à l'occasion d'une communication faite en septembre 1858 par M. Mialhe, concernant l'action de la santonine sur l'économie animale, une note dans laquelle il est conduit à soumettre à un nouvel examen, au moyen d'observations qui lui sont propres, une opinion généralement accréditée relativement à une modification de la vision chez les personnes atteintes d'ictère.

Suivant M. Mialhe la santonine « subit dans le sang l'action comburante de » l'oxygène avec lequel elle se trouve mise en contact par l'acte incessant de » la respiration. Cette oxydation donne lieu à un produit nouveau qui, par sa » pénétration dans les humeurs de l'œil normalement incolores..., produit un » ictère passager et détermine pour la vision la coloration en jaune ou jaune » verdâtre. »

M. Lefèvre s'efforce de prouver par des raisonnements que cette pénétration accidentelle d'un corps colorant dans les humeurs de l'œil n'est pas possible, ni dans le cas d'ingestion de la santonine ni dans le cas de l'ictère; mais de plus il affirme, d'après ses observations, que la vision n'est point altérée chez les ictériques : « Sur plus de 170 malades atteints d'ictère, je n'ai pu, dit-il, en trouver un seul me disant : *je vois jaune*. «

(1) Il est à remarquer que dans cette même région la peau et les vertèbres se signalent par leur sensibilité dans beaucoup de maladies chroniques (irritation spinale).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE DU 8 MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Deux notes de M. le docteur Billard (de Corbigny), l'une relative à une théorie sur le traitement des affections croupales, l'autre sur la décomposition du chlorure de sodium au contact des matières organiques et de l'ozone ou sous-oxyde d'azote. (Commissaires : MM. Trousseau et Bouchardat.)

2° Le rapport final de M. le docteur Crossant sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de la Roche (Creuse) en 1858. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Dutroulean sur le service médical des bains de mer de Dieppe en 1857. (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Six boîtes de bonbons nutrimentifs de l'invention de M. Lailler, pharmacien. (Commission des remèdes nouveaux.)

2° L'observation d'un cas de resection complète du maxillaire supérieur droit, ainsi que de l'apophyse palatine de l'os opposé, de l'os propre du nez, et du vomer, suivie de guérison, par M. le docteur da Costa (Rio-Janeiro). (Commissaires : MM. Larrey, Velpeau, Jobert.)

3° Un mémoire sur la diastase, par M. Montus, pharmacien à Toulouse. (Commissaires : MM. Longet et Poggiale.)

4° Un pli cacheté déposé par M. Tugault. (Accepté.)

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN.

M. HUGUIER lit quelques extraits d'un mémoire intitulé : MÉMOIRE SUR LES ALLONGEMENTS HYPERTROPHIQUES DU COL DE L'UTÉRUS dans les affections improprement désignées sous les noms de descente, de précipitation de la matrice, et sur leur traitement par la resection ou l'amputation de la totalité du col utérin, suivant la variété de la maladie.

« On pensait dans ces derniers temps, dit M. Hugnier, et beaucoup de praticiens des plus distingués pensent encore aujourd'hui, que l'apparition du museau de tanche à la vulve, la sortie d'une plus ou moins grande portion de la matrice hors des organes génitaux externes, sont le résultat d'un déplacement de cet organe, d'un abaissement en masse, d'une véritable précipitation de la matrice en totalité. Mais quelle que soit à cet égard la manière de voir des hommes les plus habiles, on peut assurer et démontrer que c'est à une fausse interprétation de la majorité des faits qui ont été soumis à notre observation qu'il faut attribuer cette opinion.

» Lorsque l'utérus vient à faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur, au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas parce qu'elle est abaissée dans son ensemble et complétement sortie de l'enceinte pelvienne, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général. La meilleure preuve qu'on puisse donner, c'est que dans presque tous les cas le corps de la matrice reste à peu près dans sa situation normale, et que si, examinant la tumeur avec soin, l'on vient à mesurer la cavité utérine, à l'aide de l'hydromètre ou de tout autre instrument approprié, on constate facilement cet allongement.

» On peut également s'assurer de la présence du corps de l'organe dans le bassin par la palpation attentive de la tumeur et l'introduction de un ou de deux doigts dans le rectum. »

M. Huguier cite plusieurs observations et présente quelques pièces qui viennent à l'appui de ses opinions. Dans la prochaine séance, il communiquera à l'Académie les résultats de ses recherches sur le traitement de l'allongement hypertrophique du col utérin.

CIRRHOSE DU FOIE.

M. SAPPEY lit un mémoire intitulé : SUR UN POINT RELATIF A L'HISTOIRE DE LA CIRRHOSE DU FOIE.

En rapprochant de plusieurs observations consignées dans les auteurs deux faits qui lui sont propres, l'auteur arrive à formuler les propositions suivantes :

1° Il n'existe aucun fait bien authentique de persistance de la veine ombilicale chez l'adulte, et tous les faits qui ont été considérés comme attestant cette persistance doivent être considérés au contraire comme autant d'exemples de dilatation avec hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie;

2° Cette veinule, en se dilatant et s'hypertrophiant, amène la dilatation et l'hypertrophie des veines avec lesquelles elle s'anastomose et devient ainsi le point de départ d'une grande voie dérivative, qui s'étend du sinus de la veine porte vers la veine principale du membre inférieur;

3° Cette voie dérivative est parcourue par le sang de haut en bas, et non

de bas en haut, ainsi que l'avaient pensé et le pensent encore tous les auteurs;

4° Elle peut suivre tantôt les veines sous-aponévrotiques et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen; dans le premier cas, il ne se développe sur son trajet ni varices ni tumeurs variqueuses; dans le second cas, au contraire, on voit presque toujours une ou plusieurs de ces tumeurs se produire;

5° Le courant veineux dirigé du foie vers la veine crurale accuse sa présence par un frémissement perceptible à la main et par un murmure perceptible au sthétoscope;

6° Enfin, l'existence de ce courant peut être considérée, dans la très-grande majorité des cas comme un symptôme de la cirrhose du foie, et ce symptôme, bien qu'il accuse toujours une cirrhose ancienne et incurable, doit être accueilli cependant comme un signe favorable, puisqu'il écarte la crainte d'une hydropisie abdominale. (Commissaires : MM. Robert, Barth, Robin.)

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection, par la voie du scrutin, d'un associé national.

La commission a présenté une liste des candidats dans l'ordre suivant :

MM. Bouisson,
Goyrand,
Stoltz.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 57, les suffrages sont ainsi répartis :

MM. Bouisson....... 48 voix.
Stoltz......... 8
Un billet blanc.

M. Bouisson ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé associé national.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES DÉGÉNÉRESCENCES PHYSIQUES, INTELLECTUELLES ET MORALES DE L'ESPÈCE HUMAINE, ET DES CAUSES QUI PRODUISENT CES VARIÉTÉS MALADIVES; par B.-A. MOREL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon. — 1 vol. in-8° de 700 pages. — Paris, chez J.-B. Baillière, 1857 (1).

L'auteur de l'ESQUISSE DES PROGRÈS DE L'ESPRIT HUMAIN, défenseur enthousiaste du dogme de la perfectibilité indéfinie de notre espèce, avait exprimé la conviction que l'homme affranchi un jour du tribut qu'il paye à la maladie n'aurait, pour ainsi dire, plus de raison pour mourir, où du moins n'en aurait pas d'autre qu'une certaine impossibilité d'être née de l'extrême usure de nos organes, thèse reprise récemment par un de nos plus ingénieux physiologistes, qui, sans promettre que les choses iront jusque-là, recule cependant d'une manière inespérée pour l'homme qui en sait user convenablement le terme naturel de la vie.

Celui qui aurait pris à la lettre le rêve de Condorcet ou les séduisantes promesses de M. Flourens serait, nous le supposons, quelque peu surpris de lire sur la couverture d'un livre qui date d'hier le titre que nous transcrivons ici. Eh quoi! en face de tant de magnifiques découvertes dans les sciences, nonobstant les progrès incessants de la civilisation, de l'économie politique, de l'hygiène publique, des connaissances biologiques; lorsque nous pouvons constater un rapide accroissement dans le bien-être général; lorsqu'enfin nous voyons la moyenne de la vie reculer incessamment, les maladies épidémiques ou contagieuses devenir de plus en plus rares et de moins en moins meurtrières : quoi! en plein dix-neuvième siècle — ô vanité de nos prétentions! — l'humanité continuerait à être fatalement décimée par des causes de dégénérescence auxquelles les efforts conjurés des savants et les inspirations généreuses des gouvernements ne sauraient la soustraire? Grave problème auquel nul ne saurait rester indifférent, car il touche à tout; et que M. le docteur Morel aborde résolûment dans le remarquable ouvrage dont nous venons parler ici, et qui caractérise parfaitement les aspirations modernes de la science médicale. Cette science, en effet, entre dans une nouvelle ère. Elle ne se croit plus seulement appelée à soulager les infirmités de la nature humaine, elle tend à les prévenir; et pour cela elle se fait, comme l'a fort bien dit M. le docteur Cerise, économique et sociale. En d'autres termes, elle a la légitime ambition de seconder les gouvernements dans le but le plus élevé qu'ils puissent se proposer : le perfectionnement physique et moral de l'espèce humaine, l'amélioration de ses moyens d'existence; jalouse de réaliser ainsi le programme du père de la philosophie française déclarant dans une œuvre immortelle que « s'il est un moyen de rendre les hommes plus sages et plus heureux, c'est dans la médecine qu'il faut le chercher. » (*Discours de la méthode*, 5° partie.)

L'ouvrage de M. Morel est, à coup sûr, de ceux qui entrent le plus directement dans la voie signalée par Descartes. Éloquente expression des besoins nouveaux, il creuse une de ces questions qu'il faut vider au préalable avant de s'engager plus loin. Comment, en effet, l'humanité marcherait-elle vers ses hautes destinées si ce qu'elle gagne d'un côté elle le perd d'un autre? si elle est à jamais rivée à ces causes multiples de dégénérescence qui, en portant atteinte à ses plus nobles facultés, la font déchoir dans une partie de ses membres du rang élevé où l'avait placé son créateur? Suivons donc notre savant confrère à la recherche de ces ardus problèmes.

I. — « Tel est, dit Bichat, le mode d'existence des êtres vivants que ce qui les entoure tend constamment à les détruire. » L'homme n'existe donc qu'à la condition de réagir incessamment contre l'action du milieu dans lequel il est placé ou des agents auxquels il est soumis. Mais parmi ces milieux et ces agents, il en est qui modifient l'organisme d'une manière régulière, normale, et en définitive favorable à sa conservation par l'acclimatement ou l'adaptation des influences extérieures avec le jeu des fonctions vitales. Telle est l'action de chaque climat sur les aborigènes, celle de la nourriture ou des habitudes propres à chaque peuple. De là *les races* qui sont comme une production du sol qui les porte. Mais outre ces variétés physiologiques, ou si l'on veut ces dégénérations *relatives*, pour me servir d'une expression de Fr. Cuvier, il est, comme M. Morel le met parfaitement en relief, d'autres variétés maladives provenant de l'action exagérée ou pervertie des mêmes influences, et d'où dépendent les dégénérescences *absolues* de l'espèce. Telles sont celles qui résultent soit d'un air habituellement vicié, soit d'une nourriture longtemps altérée ou insuffisante. Les premières sont, à proprement parler, des *transformations*, les secondes des *déviations* d'un type primitif. Toutefois, les unes et les autres sont transmissibles par voie de génération, et par là elles se séparent des variétés accidentelles qui s'arrêtent à l'individu qu'elles frappent. Maintenant ce qui distingue les races ou variétés physiologiques des dégénérescences de l'espèce, c'est que restant dans leurs primitives limites, elles n'entravent fatalement ni le progrès, ni la perpétuation de l'espèce, tandis que les individus dégénérés portent le germe d'une dégradation progressive, qui les rendent incapables de remplir leurs fonctions dans l'humanité, enraye le progrès dans leur personne, finit même, après quelques générations écoulées, par les faire disparaître, comme dit notre savant confrère, par l'excès même du mal, en les frappant de stérilité.

Cette marche fatalement progressive des dégénérescences dans les générations qui se succèdent est un des faits les plus remarquables de cette lamentable histoire. M. Morel a pu l'observer notamment dans plusieurs familles entachées de crétinisme, depuis les chefs qui ne présentaient la maladie qu'à son plus faible degré jusqu'aux descendants, dont les derniers offraient un type complet de cette hideuse dégénérescence. Il a fait les mêmes observations chez les fous, que sa position de médecin en chef dans de grands établissements l'a mis à même de si bien étudier, et chez les individus atteints de la maladie décrite de nos jours sous le nom d'*alcoolisme chronique*. Un atlas joint à l'ouvrage permet même de lire en caractères non équivoques, sur le visage de crétins ou d'aliénés, la marche croissante du mal à chaque génération. Il y a longtemps qu'en dehors même de cet ordre de maladies, nous avions, dans notre pratique médicale, constaté — chez les phthisiques, par exemple — cette inflexible loi, qui nous expliquait comment des enfants sont souvent emportés avant leurs parents par une maladie héréditaire à laquelle la continuité d'action a donné plus d'intensité chez les premiers. M. Morel conclut de là qu'il y a moins loin d'un misérable Boschimane à l'Européen le mieux organisé que de ce dernier a un autre Européen atteint d'une dégénérescence maladive de l'espèce; car ce dernier porte le germe d'une infécondité finale et d'une fin prématurée, tandis que l'Africain vit d'une vie normale ou tout au moins susceptible de s'améliorer, et qu'il peut transmettre.

Tout en acceptant en principe cette distinction lumineuse, nous ferons remarquer qu'elle n'est pas toujours aussi tranchée ni aussi absolue (dans la pensée même de l'auteur) qu'on devrait le penser en lisant les premières pages de son livre. Entre les variétés physiologiques et les populations dégénérées, il y a place, en effet, comme le démontre M. Morel lui-même, pour des états intermédiaires qui parti-

(1) Couronné par l'Institut dans sa séance du 8 février 1858.

cipent des caractères des unes et des autres, nous voulons parler de l'état des *races déchues*. Celles-ci se composent d'individus misérables et abrutis qui n'ont pas accepté la civilisation : celles-là de malades qui en subissent les imperfections, les négligences ou les abus. Les premières, dit M. Morel, subsistent et se perpétuent, quoique dans un état relatif d'infériorité physique et morale, aussi longtemps qu'elles peuvent se défendre contre les entreprises des peuples plus éclairés, ou que les causes de dépopulation qui les minent ne les ont pas fait disparaître de la surface du globe. Pour reconquérir leur type primitif et une place parmi les races plus favorisées, il ne s'agit pour elles que de laisser pénétrer dans leur sein les lumières des civilisés. Les secondes sont trop souvent, par malheur, atteintes de déviations immodifiables, au moins dans les générations existantes, et qu'on ne peut espérer voir disparaître que dans les générations futures par les progrès de l'hygiène publique et privée, par ceux de l'éducation, par une direction mieux entendue du travail et une meilleure distribution des produits naturels ou industriels. Néanmoins, malgré ces différences, il faut, pour rendre compte des unes et des autres, remonter à des causes analogues, c'est-à-dire qu'on ne peut s'en prendre, en dernière analyse, qu'à l'action du climat ou d'un air vicié, à une nourriture insuffisante ou altérée, ou enfin au milieu social, à une civilisation imparfaite, à des mœurs dégradées.

Telle est, en effet, la triple source d'où M. Morel fait découler, avec Buffon, les dégénérescences multiformes de notre espèce. Ne pouvant le suivre dans les riches développements où il entre à ce sujet, nous nous bornerons à dégager de son livre les vues générales et les faits les plus importants.

II. — Il y a plus d'un siècle que Buffon, rectifiant les opinions qui avaient généralement cours à son époque sur la supériorité physique de l'homme sauvage, prouvait que c'est dans l'action exercée sur l'économie animale par la nourriture qu'il faut rechercher la cause principale des variétés dans la forme du corps et dans les traits de la nature humaine. Les idées de ce grand naturaliste, à cet égard, ont été confirmées par les relations des voyageurs comme par les travaux des physiologistes modernes. On sait que les races sauvages, sans exception, ont moins de force musculaire que les peuples civilisés, et ne peuvent supporter les mêmes fatigues; il en est de même des nations qui ne vivent que de végétaux. Ainsi les Hindous sont moins vigoureux, ont des membres plus longs et moins musculeux que les Européens; la poignée de leurs sabres est trop petite pour des mains anglaises. Et ce n'est pas là un résultat du climat, car les musulmans de l'Inde, qui mangent de la viande, sont infiniment supérieurs en vigueur musculaire aux Hindous. Gaimard rapporte qu'aux îles Sandwich il y a deux races d'hommes : les uns, nourris dans l'abondance, sont forts, grands et bien faits : ce sont les chefs; les autres, mal nourris, sont en tout point bien inférieurs aux premiers : c'est le peuple. D'un autre côté, il est démontré, en économie politique, que la population des États s'harmonise toujours avec l'abondance des produits. Les disettes n'amènent pas seulement une diminution dans le nombre des mariages et un accroissement considérable de mortalité dans les classes pauvres (comme M. Quételet l'a constaté pour la Belgique en 1816-17), l'observation prouve encore que les enfants qui naissent dans ces conditions sont non-seulement moins viables, mais qu'ils apportent le germe de dégénérescences dont les manifestations ultérieures se traduisent sous la forme d'affections scrofuleuses et rachitiques.

A cette question de l'insuffisance de l'alimentation s'en rattache une autre non moins grave, l'influence exercée par une nourriture *exclusive*. Ainsi la pomme de terre a eu une action funeste en Suède, en Irlande, en Pologne, etc., sur la santé des populations qui ont été obligées d'en faire leur seul aliment pendant les années de disette; l'opinion populaire, en Suède, lui attribue même la recrudescence de la scrofule, et de savants médecins de ce pays partagent cette manière de voir. On sait d'ailleurs depuis longtemps que si ce tubercule engraisse les bestiaux il ne répare pas leurs forces et ne produit pas de chair; des épizooties ont même été remarquées à la suite de l'emploi de pommes de terre crues. Cela ne paraîtra pas étonnant si l'on se rappelle que, d'après les analyses de Meusinger, l'eau y entre dans la proportion de 60 et 80 pour 100, la fécule, et quelques principes en proportion insignifiante, pour le reste.

Si les inconvénients d'une nourriture exclusive sont incontestables, on comprend qu'ils soient bien plus prononcés encore quand les végétaux sont malades. Ainsi la pellagre et l'ergotisme gangréneux, certaines épidémies, paraissent dus soit à l'usage exclusif ou aux altérations du maïs, soit à des maladies particulières du seigle et d'autres céréales, notamment du riz, aux maladies duquel correspondent dans les Indes les épidémies les plus désastreuses. Ainsi les recherches de M. Morel lui ont démontré que les maladies qui résultent pour certaines plantes de perturbations atmosphériques, et les épidémies qui sévissent à des époques correspondantes sont dans une étroite connexité les unes avec les autres; que les longues intempéries ne sont souvent — la preuve en est dans l'histoire — que les avant-coureurs de grandes calamités qui ont pour effet de modifier non-seulement la constitution physique des générations présentes, mais encore celle des générations qui leur succèdent.

Bien que les progrès de la culture, les facilités plus grandes des transactions commerciales et les sages principes d'économie politique qui prévalent de nos jours aient rendu le retour de tels fléaux plus rare ou moins redoutable, cependant les privations endurées par les classes nécessiteuses dans des années difficiles comme celles que nous avons récemment traversées ont agi dans le même sens, quoique avec moins d'intensité. Les maladies ont revêtu un cachet plus insidieux; presque toujours elles ont offert un caractère asthénique ou typhoïde. La mortalité s'est accrue, les naissances ont diminué.

Comme remède général à opposer aux graves inconvénients qui résultent d'une nourriture insuffisante ou altérée, M. Morel met au premier rang le perfectionnement des procédés de culture, des lois *fortement* répressives contre la sophistication des substances alimentaires et des boissons, laquelle a pris de nos jours une si déplorable extension; enfin l'introduction de la viande en plus grande quantité dans le régime des classes laborieuses. Pour juger, en effet, combien le régime peu animalisé de nos ouvriers des villes et des campagnes est défavorable au développement de leurs forces, il suffit de comparer leur travail à celui des Belges ou des Anglais qui consomment plus de 600 grammes de viande par jour. Sur les chantiers des chemins de fer de l'Est nous voyions ces derniers gagner 4 fr. à la tâche, lorsque nos ouvriers ne gagnaient pas plus de 1 fr. 50 à 2 fr. M. Longet rapporte des faits du même genre (TRAITÉ DE PHYSIOL., t. I).

Aux affections dégénératives qui résultent des causes que nous venons de signaler, se rattachent les effets désastreux produits dans l'économie animale par l'abus des boissons spiritueuses, et qu'on désigne depuis les intéressantes recherches de M. Magnus-Huss, sous le nom d'*alcoolisme chronique*. C'est, comme on le sait, un véritable empoisonnement dont les principaux symptômes sont : le tremblement des pieds et des mains, la diminution des forces, les crampes et les spasmes douloureux, les convulsions, les accès épileptiformes, et, à une période plus avancée, le marasme et l'abrutissement, ou la paralysie générale, limite extrême de la dégradation physique et morale qui termine la vie. Mais là ne s'arrête pas, dit M. Morel, la série des maux que l'alcoolisme entraîne à sa suite. Il n'est aucune autre maladie où les influences héréditaires soient aussi fatalement caractéristiques. Il est aujourd'hui établi d'une manière irréfragable que plusieurs dégénérescences dans l'espèce humaine ne reconnaissent d'autre origine que l'usage immodéré de ces substances. Les enfants peuvent hériter directement des tendances de leurs parents, et apporter en naissant un état maladivement constitué qui amène, à la suite des mêmes excès, une dégénérescense progressive. Il n'est même pas toujours nécessaire que les descendants des parents atteints d'alcoolisme chronique s'abandonnent eux-mêmes à cette funeste passion pour offrir une dégradation analogue. Il en est qui viennent au monde imbéciles ou idiots; d'autres, héritiers d'une prédisposition fatale, ne vivent de la vie normale que jusqu'à un certain âge, et puis une crise, comme la puberté, une maladie incidente fait éclater, lors même qu'ils seraient restés tempérants, la dégénérescence dont ils portaient les germes; enraye leur développement intellectuel jusqu'à amener l'idiotisme, et les rend — circonstance heureuse du reste — incapables de former des unions fécondes. On conçoit que d'aussi terribles résultats aient éveillé les craintes de plusieurs gouvernements, et provoqué d'importantes mesures de répression, et il serait bien désirable de voir notre administration entrer dans cette voie, quoique le mal n'ait pas encore atteint des proportions aussi redoutables chez nous que dans plusieurs contrées du Nord.

A la suite des dégénérescences produites par l'intoxication alcoolique, l'auteur étudie les ravages plus effrayants encore produits par l'*opium* chez les peuples orientaux. Il faut en lire dans l'ouvrage même la saisissante peinture pour se rendre un compte exact de toute l'intensité de ce fléau, qui menace l'existence de populations entières. En ce qui concerne le *tabac*, bien que le médecin de Saint-Yon ne partage pas l'opinion des aliénistes qui regardent cette plante comme pouvant amener des affections mentales compliquées de paralysie générale, il signale le danger de son emploi immodéré, et le juge très-nuisible aux adultes qui n'ont pas atteint tout leur développement. Dans les classes nécessiteuses, son moindre inconvénient est de détourner au

profit d'habitudes oiseuses un gain qu'il vaudrait mieux employer à une alimentation réparatrice. On peut donc se demander s'il y a lieu de s'applaudir, à divers points de vue, de voir l'administration pousser, dans quelques départements agricoles, à une culture qui enlève à celle des céréales les meilleures terres. Ici, comme pour la consommation des spiritueux, on sait ce que le fisc y gagne; mais a-t-on mis en balance ce que les intérêts moraux, hygiéniques et sociaux y perdent?

III. — Les rapports intimes qui existent entre les dégénérescences dans l'espèce humaine et le milieu dans lequel elle vit ne sont ni moins frappants ni moins nombreux. Cette solidarité se retrouve même entre les affections dues à cet ordre de causes. Ainsi notre confrère démontre l'affinité qui existe entre le crétinisme et les maladies paludéennes qui, outre la cachexie et le rabougrissement des individus, les engorgements des principaux viscères, etc., déterminent la torpeur de l'intelligence, l'apathie et une sorte d'hébétude qui, dans certaines circonstances, va jusqu'à l'idiotisme. Il y a plus: la pathologie comparée nous apprend que les animaux ne sont pas soustraits à l'action funeste que le miasme paludéen exerce sur l'homme, et la similitude des organes affectés fait ressortir l'étroite dépendance qui unit les différents êtres de la création, depuis les plantes jusqu'à l'homme. S'il existe, en effet, dans la composition chimique des végétaux des différences relatives au sol, à l'air, aux eaux, faut-il s'étonner que l'on constate une étroite solidarité entre leurs qualités et certaines maladies qui paraissent être comme une végétation propre à certaines contrées?

« Mais, dit notre savant confrère, l'imprévoyance des hommes est parfois aussi meurtrière par ses conséquences que la nature des lieux. » Et poursuivant jusque dans les grands centres de population les effets de cette intoxication miasmatique, véritable *malaria* des villes, il nous montre les mêmes phénomènes, l'étiolement et la dégradation progressive de la race se produisant au sein de ces réduits étroits et sombres où une population entassée respire des miasmes non moins délétères que ceux qui se dégagent des marais.

Enfin la coexistence habituelle des dégénérescences de divers ordres dans une même contrée conduit l'auteur à formuler cette proposition: « Là où sévit une cause endémique capable de produire une dégénérescence bien déterminée, se trouvent aussi d'autres affections se reliant à un principe dégénérateur. » C'est ce que l'on pourrait appeler *la loi de connexité des phénomènes dégénératifs*. Ainsi M. Morel regarde l'aliénation mentale et certaines affections du système nerveux qui lui sont afférentes, comme de véritables dégénérescences de l'espèce. « Les aliénés que renferme un asile sont, pour le plus grand nombre, les représentants des causes dégénératives qui existent dans l'état social. » Et à ce propos, il signale la nécessité de l'entre-croisement des races et les funestes résultats des alliances entre consanguins. S'il est, en effet, un principe démontré aujourd'hui en physiologie, c'est que le croisement des races est l'élément le plus actif de leur régénération. Cette loi, qui ne souffre d'exception pour aucune espèce, est d'application rigoureuse à l'homme. Si les alliances entre consanguins peuvent ne produire aucun effet fâcheux à la première ou même à la seconde génération, les faits prouvent qu'en se prolongeant au delà, elles entraînent l'abâtardissement de la race, l'augmentation de toutes les infirmités, de tous les vices, en un mot, de toutes les prédispositions funestes du corps et de l'âme, pour aboutir enfin à l'idiotisme ou à la folie, à l'impuissance et à la mort de plus en plus rapprochée de tous les produits. « Les résultats s'en font voir dans l'espèce humaine sous les formes les plus déplorables au sein des familles restreintes, aussi bien que dans les agglomérations plus considérables d'individus. Ainsi les aristocraties réduites à se recruter dans leur propre sein s'éteignent de la même manière, et l'on doit penser que l'invasion des barbares à la fin de l'empire romain a été le point de départ d'une régénération complète pour d'anciennes races abâtardies, et pour des peuples énervés dont la mission civilisatrice était accomplie. »

Nous n'avons cité ce dernier passage que pour faire mieux voir combien de points de vue vastes et divers fait surgir l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine. A des faits signalés en partie, mais jusque-là sans lien commun, M. Morel a su donner par leur rapprochement une signification nouvelle; il en a composé toute une doctrine dont les applications à l'économie politique, à la morale, à la médecine sont aussi nombreuses que fécondes. Un plan d'hygiène physique et moral à suivre pour la régénération de l'espèce, et qui développé, fera plus tard l'objet d'un traité spécial, termine l'ouvrage dont nous venons de rendre compte. S'il peut être l'objet de quelques critiques au point de vue de l'exposition des faits qui se pressent avec plus d'abondance que de méthode, et du style qui gagnerait à moins de prolixité plus de rigueur et de clarté, à son auteur du moins l'honneur d'avoir mis en relief et fourni la démonstration de principes d'une immense importance: c'est que les dégénérescences de l'espèce, solidaires les unes des autres dans l'ordre physique et dans l'ordre moral, se commandent et s'engendrent réciproquement; c'est qu'elles ne sont pas une conséquence inévitable de la vieillesse de l'humanité ou de la transformation successive des êtres, mais qu'elles peuvent être regardées comme un état morbide, une maladie dans la vie des races; qu'à ce titre elles ont, comme toutes les affections maladives, leurs causes, leurs symptômes ou leur physionomie caractéristique, et enfin leur hygiène, leur traitement préservatif et curatif.

Puissent les nobles aspirations qui animent ce livre, éveiller de chaleureuses sympathies! Puisse cet appel dicté par une de ces convictions profondes, aujourd'hui si rares, avoir, suivant le vœu de l'auteur, un écho dans le cœur et la raison de ceux auxquels sont confiés, à un titre quelconque, le bien-être et les destinées des peuples!

G. Saucerotte.

VARIÉTÉS.

— L'administration de la guerre vient de prendre une mesure en vertu de laquelle cinquante infirmiers seront exercés, au Val-de-Grâce, à la tenue des cahiers de visite et à la petite chirurgie; ces fonctions leur resteront dévolues dans les hôpitaux et dans les ambulances, si l'expérience donne des résultats satisfaisants.

Cette mesure a été adoptée sur les réclamations réitérées de MM. les officiers de santé militaires, aujourd'hui pour la plupart docteurs en médecine, auxquels répugnaient certains détails infimes du service médical. Mais la *tenue des cahiers de visite* peut-elle être impunément confiée à des subalternes, dépourvus de toute espèce de notion sur la nature et les doses convenables des substances usuellement employées en médecine? Pour qui a pu apprécier les difficultés de trouver même chez les élèves exercés des garanties suffisantes d'instruction et de sagacité, cet essai doit offrir des inconvénients dont les conséquences ne sont pas sans dangers.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé professeur d'anatomie à l'Académie médico-chirurgicale de Varsovie.

— On lit dans la GAZETTE DES HÔPITAUX:

« Jusqu'en 1853, trois établissements hospitaliers, situés au centre du faubourg Saint-Antoine, recevaient les nombreux malades de ce quartier, savoir: l'hôpital de Bon-Secours, l'hôpital Sainte-Marguerite et l'hôpital Saint-Antoine. Le premier de ces établissements a été supprimé pour être réuni à l'hôpital Lariboisière; le second, connu aujourd'hui sous le nom d'hôpital Sainte-Eugénie, a été converti en hôpital d'enfants. Il ne reste donc plus que l'hôpital Saint-Antoine, dont l'insuffisance se fait d'autant plus sentir que la population ouvrière du quartier tend à s'accroître de jour en jour.

» On avait espéré que l'hôpital Lariboisière, qui renferme 600 lits, permettrait de parer à toutes les éventualités; mais l'affluence des malades présentés à cet établissement a démontré le contraire. Dans cette situation, l'administration des hospices, justement convaincue de la nécessité de mettre les moyens d'assistance en rapport avec les besoins constatés, a conçu la pensée d'utiliser de vastes terrains existant dans les dépendances de l'hôpital Saint-Antoine, en y faisant élever des constructions.

» Un projet, étudié par ses soins, a reçu l'approbation de l'autorité; il consiste à édifier deux nouveaux bâtiments, qui permettront d'augmenter de 300 l'effectif des lits de malades de l'hôpital Saint-Antoine. L'administration hospitalière, dont la sollicitude est connue des habitants de Paris, n'a pas hésité devant la dépense assez considérable que doit entraîner cet agrandissement, alors qu'il s'agit d'assurer un asile aux membres souffrants de la classe ouvrière, si nombreuse dans ce quartier. »

— ÉTAT DE L'ÉPIDÉMIE DE PESTE. — Les derniers rapports de l'inspecteur sanitaire de Benghasi vont jusqu'au 20 décembre. Voici les renseignements statistiques qu'ils donnent sur l'état de l'épidémie dans toute la province.

A Benghasi, pas de nouvelles attaques du 2 au 3 décembre; du 4 au 7, deux attaques, dont une suivie de mort.

Depuis lors ni nouvelle attaque, ni nouveau décès. A Derna, du 15 au 21 novembre, 67 décès et 126 attaques; du 22 au 28 du même mois, 63 décès, 115 attaques; du 29 novembre au 5 décembre, 63 décès et 123 attaques.

A Merdjîi, du 17 au 23 novembre, 8 décès; le nombre d'attaques inconnu, du 24 au 30 novembre, 7 décès, 12 attaques; du 1er au 8 décembre, 16 décès et 24 attaques.

Quant à Guéhueb, le médecin n'envoie pas de bulletin; il annonce seulement que la peste continuait et qu'elle tendait à s'étendre parmi les bédouins.

A Audjelah, la santé publique continuait à être satisfaisante. Il en était de même de la province de Tripoli.

(*Gazette médicale de Constantinople*, février 1859.)

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : NOUVEAUX CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

Les accidents causés par le chloroforme se multiplient d'une manière effrayante. En cela les prévisions de la GAZETTE MÉDICALE n'étaient que trop fondées. Les esprits en sont tellement frappés qu'on ne parle de rien moins que de renoncer complétement à l'emploi de cet anesthésique. La proposition formelle en a été faite dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie par un praticien aussi recommandable par sa longue expérience que par son jugement éclairé. M. Hervez de Chégoin, effrayé des derniers cas de mort observés dans la pratique de chirurgiens réputés pour leur prudence et leurs lumières, ne croit pas qu'il faille lutter plus longtemps contre un agent qui se joue de toutes les prévisions. Sous le coup d'un danger inévitable, il est du devoir du médecin de renoncer, au moins provisoirement, au chloroforme, d'attendre du temps et de la science de nouveaux moyens de s'y soustraire. Cette thèse a trouvé des partisans. Les uns partagent complétement l'opinion de M. Hervez; les autres proposent d'en revenir à l'éther comme moins dangereux; quelques-uns, enfin, avec M. Robert, proposent d'associer le chloroforme à l'éther, considérant ce mélange comme d'un effet plus sûr que l'éther seul et comme moins dangereux que le chloroforme. Avant d'admettre une thèse aussi radicale, il est bon de demander, d'une part, sur quoi elle s'appuie, et, de l'autre, s'il n'y a pas parti meilleur à prendre.

Les cas de mort récemment publiés, au nombre de neuf ou dix, sont sans doute très-effrayants et par leur nombre et par leur fréquence. Mais cela suffit-il pour expliquer le revirement subit de l'opinion? Nous ne le pensons pas. On se rappellera ce que la GAZETTE MÉDICALE n'a cessé de répéter à l'occasion de la sécurité primitive des partisans du chloroforme. Cette sécurité reposait sur la très-grande rareté des accidents. On citait une foule de chirurgiens qui avaient employé des milliers de fois le chloroforme et n'avaient eu aucun cas de mort à déplorer. Récemment encore, un très-estimable membre de la Société de chirurgie ne disait-il pas : « Il n'y a guère qu'un accident sur 20,000 chloroformisations. » Nous n'avons cessé de protester contre ce raisonnement à l'Académie et dans ce journal. Les accidents que vous n'avez pas observés, vous les subirez un jour, parce que vous ne vous préoccupez que de leur rareté numérique, et non des conditions auxquelles ils sont dus, et qu'il s'agit d'écarter. La sécurité de la plupart des praticiens n'avait donc d'autre base que la très-faible proportion des accidents. Que s'est-il passé depuis? La proportion des cas de mort a grossi, et elle a grossi en dépit des précautions vulgaires prises pour les conjurer. En sorte que la sécurité, qui n'était que numérique, a fait place à une crainte qui n'est aussi que numérique. Si les partisans de cette logique voulaient être conséquents, ils pourraient se dire qu'après cette bourrasque de cas malheureux, la série des cas heureux pourra recommencer; car, après tout, l'organisation de l'homme n'a pas changé et le chloroforme n'est pas autre qu'il était au début de son emploi. Mais à la longue le raisonnement prend le dessus, et on finit par où on aurait dû commencer. C'est ainsi que plusieurs chirurgiens, au sein de la Société de chirurgie et ailleurs, ont résisté à l'entraînement de la peur, les uns sur la foi de précautions utiles à discuter, les autres avec la confiance qu'il est possible de découvrir la cause des accidents et les moyens de les prévenir. Avant donc d'examiner la question de l'opportunité de l'abandon du chloroforme, discutons les moyens allégués pour en conjurer les dangers, car la première question est subordonnée à la seconde.

M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) n'a eu jusqu'ici aucun accident à déplorer. Il attribue fermement cette immunité à la pureté du chloroforme qu'il emploie. Cette opinion, soutenue avec plus de persévérance que de logique, ne rencontre guère de partisans. Mais la position du chirurgien et l'autorité de son enseignement ne permettent pas de lui laisser son illusion, qui, après tout, peut avoir d'autres conséquences qu'une satisfaction personnelle. Indépendamment des nombreuses expériences qui nous ont permis de montrer que le danger du chloroforme est ailleurs que dans son plus ou moins grand degré de pureté, il suffit de faire remarquer que le chloroforme fourni par les pharmaciens des hôpitaux de la capitale, et par les principales officines de la ville, n'a rien à envier sans doute au chloroforme de Strasbourg. Il n'y a aucune raison de croire le contraire. M. Sédillot pourrait plus sérieusement attribuer ses succès à son habileté pratique si celle-ci pouvait se formuler en préceptes et en règles saisissables. Jusqu'ici donc, et malgré les longs plaidoyers du professeur de Strasbourg, il est prudent de chercher, ailleurs que dans le degré d'impureté du chloroforme, la raison des accidents qu'il détermine.

Certes, nous ne voulons faire le procès à personne, surtout quand il est question d'une responsabilité autre que d'une responsabilité scientifique. Mais nous le déclarons ouvertement, nous ne trouvons pas, dans les observations de cas de mort récemment publiées, la preuve que toutes les précautions voulues et connues aient été prises. Ou bien ces observations sont muettes à cet égard, ou bien elles trahissent des omissions graves ou des distractions regrettables. A l'égard du laconisme des observations, on ne saurait trop engager ceux qui les publient à se pénétrer de cette vérité, c'est que la publication d'un cas de mort sans détails est plus nuisible qu'utile, en ce qu'elle ne sert qu'à répandre l'alarme et à déconsidérer une utile découverte; au contraire, des détails circonstanciés serviraient à montrer le danger, ou au moins à mettre sur la voie où on le découvrirait. Une circonstance indifférente, en apparence, peut tenir à une cause décisive, et l'une peut conduire à l'autre.

En ce qui concerne les omissions et les distractions il n'est pas inutile de s'y arrêter.

Dans le premier rapport à l'Académie, nous avons insisté sur trois choses : 1° sur la nécessité du dosage; 2° sur l'utilité des appareils de précision; 3° enfin, sur le danger de l'inhalation en masse et trop immédiate. Or, dans tous les accidents récemment relatés, aucune de ces prescriptions n'a été observée.

On dit bien qu'il a suffi de 3 à 4 grammes de chloroforme pour donner la mort. Qu'en sait-on? On a eu recours à une éponge ou à de la charpie. N'a-t-on versé sur l'éponge ou le tampon de charpie que cette quantité précise de chloroforme? Nous ne le pensons pas, et d'ail-

FEUILLETON.

LE BACCALAURÉAT ÈS LETTRES POUR LES ÉLÈVES EN MÉDECINE.

A M. le docteur Giraud-Teulon.

Pénétrés de gratitude pour le décret qui rétablit le baccalauréat ès lettres pour les aspirants au doctorat, un grand nombre de médecins de la capitale et des principales Sociétés de médecine de France ont témoigné, dans une adresse à S. M. l'empereur, toute leur reconnaissance. Vous avez bien compris les besoins de la science et la noble mission de la presse lorsqu'avec l'esprit d'initiative hardie et ingénieuse qui vous distingue, vous avez pris une part active dans des débats qui ne tendaient rien moins qu'à faire consacrer par la médecine elle-même un abandon complet de ce qui devait un jour la relever. A coup sûr l'omission plus prolongée de cette condition préliminaire et essentielle aurait exercé sur l'avenir de la profession une influence des plus fâcheuses. A l'appui de l'opportunité de la mesure proposée par le ministre, vous invoquiez à propos le témoignage des plus grands médecins. En effet, combien de fois ne leur est-il pas arrivé de regretter la direction presque exclusive donnée à leurs études premières; combien de fois n'ont-ils pas senti que la connaissance complète de tous les moyens dont l'art médical dispose est insuffisant! Pour s'élever où ils sont aujourd'hui, beaucoup ont été forcés de faire eux-mêmes l'éducation de leur intelligence; c'est à cette condition qu'ils ont pu comprendre toutes les subtilités de l'art et marcher d'un pas ferme vers l'accomplissement de leur pensée. Le fameux naturaliste Bonnet fait tout l'honneur de ses découvertes aux maîtres qui ont enseigné sa jeunesse, et d'abord surtout, dit-il, à l'étude des belles-lettres.

Je n'ignore pas que ces idées si simples, si évidentes qu'elles semblent échapper à toute démonstration, ne sont pas partagées par tout le monde, qu'elles rencontrent, surtout parmi quelques éminents professeurs, une opposition vigoureuse. Quelques hommes doués d'une véritable habileté, d'un grand talent médical, écrivains distingués dont le mérite ne saurait être mis en doute, et qui tous ont contribué aux progrès de la science par leurs travaux, soutiennent encore que l'étude presque exclusive des sciences, au détriment des lettres, doit être l'introduction indispensable de ceux qui se destinent à la médecine. A les entendre, il est toujours inutile, souvent dangereux, d'occuper l'intelligence des élèves d'objets étrangers à l'étude des sciences et à la pratique matérielle de l'art. Le temps consacré aux études littéraires et philosophiques est pour eux, sinon un luxe inutile, un passe-temps frivole, au moins un temps qui pourrait être employé plus utilement. A mon avis, les médecins qui se prononcent d'une façon si absolue pour restreindre l'étude des lettres dans des limites très-bornées s'ignorent eux-mêmes et oublient la route qu'ils ont suivie. Justement fiers d'avoir atteint le but, ils oublient ou qu'ils étaient, dans leurs études littéraires, des sujets d'élite, ou bien encore ne tiennent pas compte des efforts qu'ils ont eu à surmonter, des tâtonnements

leurs on ne le dit pas. Dans un seul cas il est question de mesure précise, mais toujours avec l'éponge. Or, de deux choses l'une, ou bien en fixant à 3 ou 4 grammes la quantité de chloroforme employé, on entend la quantité inhalée ; ou bien on veut parler de la quantité versée sur l'éponge ou la charpie. Dans le premier cas, nous avons montré, et d'autres après nous ont montré que 4 grammes de chloroforme administrés d'une certaine manière suffisent pour occasionner la mort. Dans le second cas, l'éponge chargée de 3 à 4 grammes seulement de chloroforme n'est apte à produire l'anesthésie qu'à la condition d'être appliquée immédiatement sur le nez. Or nous avons également montré qu'il y a un très-grand péril à procéder de la sorte : l'inhalation immédiate est toujours dangereuse. Des centaines d'expériences nous l'ont prouvé ; pourquoi persévérer dans cette voie ?

Les appareils n'ont été employés dans aucun des cas de mort rapportés. En ce qui concerne leur utilité, les uns la contestent, les autres allèguent l'extrême difficulté, si ce n'est l'impossibilité de leur usage. Aux premiers, il suffit de répondre que jusqu'ici les accidents ont toujours été produits, à de rares exceptions près, par les procédés de l'éponge, de la compresse et des tampons de charpie. Aux seconds, nous répondrons que la difficulté d'un procédé n'a jamais été une excuse ou une critique sérieuse contre son emploi, surtout quand il s'agit de la vie des malades. La véritable difficulté tient à autre chose : c'est qu'il est infiniment plus facile et plus commode de chloroformiser avec une compresse qu'avec un appareil de précision ; et jusqu'ici les procédés chirurgicaux faciles ont toujours eu beaucoup plus de chances d'être accueillis que les procédés difficiles, même quand les résultats obtenus par les derniers l'emportent de beaucoup sur les résultats des premiers. Témoins tous les procédés pour l'opération du strabisme.

Quant à l'impossibilité de *doser* le chloroforme à l'aide d'appareils de précision, nous n'y croyons pas davantage. Qu'il soit bien reconnu d'abord que l'influence des doses joue le premier et le principal rôle dans la régularisation de l'anesthésie. Ce fait que nous avons mis hors de doute lors de la première discussion sur le chloroforme — alors que dans le rapport il était écrit en toutes lettres que l'on pouvait administrer impunément le chloroforme jusqu'à 15 grammes — ce fait de l'importance du dosage est devenu incontestable et incontesté. Mais comment doser, si ce n'est à l'aide d'un appareil de précision ? Tout en reconnaissant l'utilité du but, on objecte l'impossibilité du moyen. Impossible, pourquoi ? Parce qu'il n'existe aucun appareil assez parfait pour doser exactement la quantité de chloroforme inhalé. Nous contestons cette assertion, et l'appareil que nous avons fait connaître, et que nous avons perfectionné encore, atteint très-bien ce but. Et quand il n'en serait pas ainsi, quand on ne parviendrait pas à apprécier sûrement, mathématiquement, la quantité de chloroforme qui entre dans les poumons, il serait toujours possible de préciser la quantité de chloroforme versée dans l'appareil ; et en admettant qu'il y ait une certaine déperdition de l'agent anesthésique, il serait toujours possible de régler — cette déperdition étant toujours la même — la quantité de chloroforme à employer pour produire l'anesthésie sans danger. Le dosage du chloroforme est donc une chose nécessaire et une chose possible, et nous ajoutons d'un résultat certain. Quelque regret que nous ayons d'être obligé de nous citer encore, nous rappellerons qu'à deux reprises et à deux époques, à l'occasion de deux discussions survenues à l'Académie, nous avons prouvé, par des expériences aussi nombreuses que précises, qu'on peut, à l'aide de doses déterminées et d'appareils de précision, produire à volonté l'anesthésie simple, l'anesthésie compliquée d'accidents, et la mort par sidération. Ces expériences n'ont rencontré aucun contradicteur.

Reste un dernier point, et celui-là est le plus délicat et le moins apprécié.

Dans les divers cas où le chloroforme a occasionné la mort, nulle précaution n'a été prise pour empêcher l'inspiration du chloroforme en substance non suffisamment mêlée à l'air. Toujours on a appliqué la compresse, la charpie ou l'éponge sur le nez ou tout près de la bouche des malades. Cette particularité, nous le savons, est de peu d'importance aux yeux de ceux qui pratiquent la chloroformisation sans appareil. Cependant, n'y a-t-il aucun danger de procéder ainsi ? Pour nous, nous sommes convaincu du contraire. Le raisonnement et des expériences multipliées nous ont prouvé que les accidents sont en proportion du mélange plus ou moins parfait du chloroforme avec l'air. Quelques gouttes de chloroforme en substance injectées dans la trachée ont occasionné la mort de très-forts animaux. L'application du chloroforme sur le museau des chiens munis d'un appareil frappe l'animal de sidération. Cette expérience, répétée un grand nombre de fois, a toujours produit l'anesthésie instantanée ou la mort. On sait d'ailleurs que quelques gouttes de chloroforme injectées dans la veine crurale d'un chien le tuent sur-le-champ. Ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue lorsque l'on fait pénétrer le chloroforme en nature dans le poumon ? N'y a-t-il pas introduction directe du chloroforme dans les voies circulatoires ? Ce qui tendrait à le faire croire, c'est l'état du sang et du cœur chez les sujets qui ont été sidérés par le chloroforme.

Que conclure de ces différentes considérations et de ces expériences ? Qu'il faut surseoir à l'emploi du chloroforme ? Non, sans doute ; mais rechercher avec une nouvelle instance les causes et conditions qui favorisent l'intoxication anesthésique. Nous venons de rappeler quelques-unes et les principales de ces conditions ; c'est à l'observation et à l'expérience à chercher à en découvrir d'autres. Nous n'avons pas changé de rôle. Au début, nous disions : Prenez garde, vous compromettez une conquête et une ressource précieuse ! Aujourd'hui nous sommes heureux d'être les défenseurs et les soutiens de cette conquête ? Contre qui ? Contre ceux-là mêmes qui nous accusaient naguère de vouloir proscrire le chloroforme, et qui nous accuseront bientôt de vouloir le conserver.

JULES GUÉRIN.

---

par lesquels ils ont dû passer pour refaire une éducation ébauchée, et proscrivent comme inutiles et dangereuses les études mêmes qui leur ont frayé la route. S'ils se fussent bornés à l'étude exclusive des sciences, ils ne seraient pas arrivés à la hauteur où ils sont maintenant ; s'ils eussent négligé toute étude littéraire et philosophique, ils ne vaudraient pas ce qu'ils valent. Heureusement pour nous qu'ils ont été inconséquents et supérieurs à la théorie qu'ils professent, sans quoi ils n'auraient pas conçu, ils n'auraient pas réalisé les œuvres que nous admirons si justement aujourd'hui. Ils sont injustes pour eux-mêmes et n'ont pas mesuré le développement réel de leurs facultés, ou bien se sont mépris eux-mêmes sur la source où puisait leur génie. Ils ont sûrement oublié qu'Hippocrate, Galien, Haller, etc. avaient dans leur tête toute la philosophie de leur temps, que le génie de la philosophie médicale est toujours au fond de leurs créations, même quand elles portent une étiquette étrangère ; c'est à elle que leurs ouvrages doivent la plus grande partie de leur immortalité !

On semble ignorer combien la philosophie a fourni de matériaux à la médecine, et par quel chemin lui est arrivé cet ensemble d'idées qu'elle a mis si admirablement en œuvre. A l'origine, la médecine et la philosophie se trouvaient confondues ; il était inévitable dès lors que les monuments écrits portassent l'empreinte plus ou moins profonde de cette union ; nous sommes donc tributaires de la philosophie ; il est certain qu'aujourd'hui, si la philosophie se mêlait aussi intimement à la science, celle-ci deviendrait plus hardie et plus féconde. Est-ce bien à une époque où les arts mécaniques les plus simples tendent à se faire une théorie, qu'il convient que la médecine seule se borne à recueillir les faits sans les lier par des principes ? Non, on arrive à être médecin, non-seulement par le travail des sens, mais encore par celui de l'intelligence. L'utilité de la philosophie consiste à dévoiler les procédés logiques qu'ont employés avec succès les grands maîtres, les principes philosophiques auxquels ont obéi les grandes écoles. L'étude de ces procédés donne de la vigueur et de la subtibilité aux esprits, les accoutume à sonder tour à tour ces problèmes médicaux qui accablent et tourmentent la conscience du médecin, à ne pas se contenter de ces connaissances vaguement superficielles, et à vouloir toujours pénétrer le fond des choses. Ne faut-il pas pour cela que l'intelligence soit préparée par des études littéraires et philosophiques, comme la terre par la charrue au moment des semailles ? Fortifiées par ces épreuves, nos facultés peuvent alors s'appliquer à tous les ordres de connaissances ; façonné au maniement du langage, l'esprit trouve dans le langage même un auxiliaire puissant pour l'expression, le développement et l'analyse de la pensée. D'ailleurs l'art de conduire sa pensée, de concentrer ses facultés, ferait-il exception aux lois générales de la nature ? Il n'en est rien : la force intellectuelle a plus besoin d'exercice que la force physique. Nous sommes convaincu que l'esprit n'acquiert véritablement de la vigueur que dans des habitudes prises, dans un long et laborieux apprentissage. Les lettres et la philosophie sont une initiation à cette grande science médicale dans laquelle l'esprit fait preuve de justesse et de force. Il est bien rare qu'un homme supérieur dans une spécialité quelconque de la médecine n'ait pas reçu la culture philosophique.

Comme vous le savez, monsieur, vous qui sortez de cette Ecole polytech-

CHIRURGIE OPÉRATOIRE.

DE LA PONCTION PROSTATIQUE DE LA VESSIE, ET DE LA RESTAURATION DE L'URÈTRE DANS UN CAS DE DESTRUCTION ÉTENDUE DE CE CANAL PAR UNE CONTUSION DU PÉRINÉE; par J.-E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

De toutes les branches des sciences médicales, la pathologie des voies urinaires est peut-être celle qui présente les cas de pratique les plus embarrassants et les plus épineux sous tous les points de vue; là souvent, dans les lésions traumatiques de cet appareil, le chirurgien, placé brusquement en dehors du cadre des opérations réglées, se trouve tout à coup aux prises avec les difficultés de l'art les plus grandes et les plus nombreuses : la gravité des accidents en eux-mêmes, la multiplicité des complications, l'imminence de complications nouvelles expliquent l'urgence des indications à remplir en présence d'organes altérés ou détruits, de fonctions profondément compromises, et des dangers qui menacent l'existence même du blessé; il faut à la fois parer aux nécessités du présent et aux besoins de l'avenir.

Tel est le fait de certaines contusions violentes du périnée : des accidents locaux et généraux surgissent simultanément; le traumatisme a profondément endommagé cette région; il s'ensuit une rétention complète d'urine; l'urètre est comme broyé et détruit dans une partie de son étendue; il y a impossibilité de sonder le malade; l'ecchymose et l'engorgement, toujours croissants, du périnée et du scrotum donnent à craindre une fonte purulente ou une gangrène de ces parties. Les besoins d'uriner deviennent de plus en plus pressants et douloureux; et il ne faut pas se dissimuler que la ponction de la vessie n'est alors qu'une opération palliative, ne faisant rien contre le mal lui-même et laissant d'ailleurs le patient exposé à plus d'un danger; bientôt la fièvre s'allume; une soif vive, qu'on ne peut ni ne doit satisfaire vient ajouter aux souffrances; le ventre devient tendu et douloureux, la peau chaude, le pouls fébrile; il s'y joint de l'agitation, une inquiétude et une angoisse inexprimables. Il y a imminence d'une fièvre urineuse, avec tous les accidents qu'elle entraîne.

En 1844, j'ai proposé, pour certains cas de ce genre, et pratiqué une opération particulière, la *périnéotomie*, dans le but : 1° de modérer l'inflammation traumatique, 2° de dissiper l'infiltration sanguine, 3° de prévenir l'infiltration urineuse en créant une voie directe à l'écoulement de l'urine, 4° enfin, de prévenir les accidents généraux qui sont la conséquence de cette dernière. (Voy. ma CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, 1850, p. 49.) Je dois à cette méthode la guérison de plusieurs malades, et je sais que, depuis lors, entre les mains d'autres chirurgiens, elle a produit d'heureuses cures.

Dans l'observation qui va suivre, j'ai dû procéder différemment. Ce fait n'était pas commun si l'on en juge par ces paroles de M. Velpeau dans le TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (t. IV, p. 726) : « La nécessité de faire à la vessie une solution de continuité pour donner issue aux urines est si rare aujourd'hui que M. Roux, M. Mott et nombre d'autres praticiens très-répandus ne l'ont jamais rencontrée. » Ma communication se recommande par deux points principaux, d'abord la création d'un mode opératoire particulier pour la ponction de la vessie, ensuite la reconstitution de l'urètre détruit dans une partie de son étendue. Entrons dans les détails.

CONTUSION PROFONDE DU PÉRINÉE; DESTRUCTION DE L'URÈTRE DANS UNE ÉTENDUE DE 3 CENTIMÈTRES; RÉTENTION COMPLÈTE D'URINE; PÉRINÉOTOMIE ET PONCTION PROSTATIQUE DE LA VESSIE; COMPLICATION DE GANGRÈNE COMMENÇANTE, D'INFILTRATION SANIEUSE, DE FIÈVRE URÉTRALE, D'ABCÈS, ETC.; RECONSTITUTION DE L'URÈTRE; GUÉRISON.

OBS. — Le 1er juin 1858, M. X., propriétaire, âgé de 68 ans, demeurant à la campagne, fait une chute violente en tombant à califourchon sur un morceau de bois. La contusion du périnée est suivie d'un peu d'écoulement de sang par l'urètre, et, presque immédiatement, d'une vaste ecchymose qui s'étend rapidement sur les bourses, la verge, tout le périnée et le haut des cuisses jusqu'au pubis. Il y a rétention complète d'urine. M. Duviard, appelé de suite, fait une première tentative de cathétérisme, mais sans succès. Le lendemain, M. Brou, réuni à lui en consultation, essaye de nouveau, mais en vain, de faire pénétrer une sonde dans la vessie. Une longue incision est pratiquée sur les bourses pour en favoriser le dégorgement. Mais d'ailleurs la rétention d'urine persiste, et l'état du malade empire.

Ce fut alors que MM. Duviard et Brou m'appelèrent en consultation; je ne pus m'y rendre qu'à dix heures du soir. Je trouvai le blessé plié en deux sur son lit, tourmenté par un hoquet très-fatigant et en proie à une soif vive qu'on trompait à l'aide d'un morceau de glace qu'il laissait fondre dans sa bouche; les besoins d'uriner étaient fréquents, très-douloureux et sans résultat, le ventre tuméfié, l'hypogastre endolori, la peau chaude, le pouls fébrile, les bourses et le périnée envahis par une énorme tuméfaction noirâtre. Je constatai que l'urètre était détruit dans une portion de son étendue sous le pubis, que toutes les parties molles y étaient broyées et partiellement réduites comme en bouillie, et qu'il y avait impossibilité de retrouver le bout profond du canal et d'accomplir le cathétérisme.

Une opération était indispensable; elle fut remise au lendemain matin, à la fois pour préparer les instruments nécessaires, et enfin dans l'espoir que l'incision périnéo-scrotale, aidée d'un grand bain prolongé, de cataplasmes et du repos au lit, pourrait peut-être, en donnant un dégorgement le temps de se prononcer davantage, permettre à la sonde de retrouver la partie profonde de l'urètre ou à l'urine de servir de guide en s'écoulant. Il fallait peu compter sur l'un et l'autre résultat, comme l'événement le prouva surabondamment, et l'on devait se tenir prêt à opérer le malade.

Or, que devait-on faire? Il y avait, selon moi, deux indications principales à remplir dès le début : 1° prévenir l'infiltration urineuse et ses fâcheuses conséquences; 2° évacuer l'urine.

En pareille occurrence, la première idée qui se présente à l'esprit, c'est de recourir à la ponction de la vessie par l'un des procédés classiques; mais, avec un peu de réflexion, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'aucun d'eux n'offre les ressources dont on a besoin, ni ne peut, en compensation des inconvénients qui leur sont propres, réaliser une médication curative.

Ainsi la *ponction par l'hypogastre*, sans parler de ses dangers (j'ai vu mourir plusieurs malades opérés de la sorte), est très-incommode pour l'écoulement des urines et pour les injections vésicales. M. Velpeau la regarde comme contre-indiquée dans les contusions qui s'étendent à la région hypogastrique, et il ajoute : « Elle doit plus exposer qu'aucune autre aux infiltrations, aux abcès urineux. La vessie étant ouverte par sa face antérieure ne

---

nique qui a fourni à la France, dans toutes les carrières, tant d'hommes distingués, les élèves ont à l'École même une chaire de littérature. Or, je le demande à tout esprit non prévenu, les connaissances littéraires ont-elles plus d'importance, plus d'utilité pour les officiers du génie, de l'artillerie et les ingénieurs que pour les médecins?

Cet enseignement, loin donc de détourner les élèves de l'objet de leurs études, ôte à ces études non-seulement ce qu'elles ont parfois de trop matériel, mais encore il exerce, il fortifie leur intelligence et donne à leur pensée une élévation qui leur manque trop souvent; il met enfin la médecine en demeure de ne pas accepter des savants qui, supérieurs d'un côté, sont inférieurs et ridicules de l'autre.

Si donc on ne veut pas que la médecine devienne un métier, il faut que les leçons de l'école ne se renferment pas dans la limite des procédés purement graphiques, il faut qu'elles portent de temps à autre plus haut leurs regards, en ne les fixant pas exclusivement à la terre comme le bœuf au sillon qu'il laboure. C'est dans le développement de la pensée qui pénètre au fond de toutes choses jusque dans les plus minces détails, et qui plane en même temps sur les hauteurs, que le médecin puisera toute sa force. La bonne philosophie est celle qui inspire de justes et vigoureuses pensées, et la bonne médecine celle qui les fait passer dans la pratique.

Agréez, etc.

AUG. HASPEL.

Il s'est élevé entre notre principal collaborateur, M. Giraud-Teulon, et M. Lévy une polémique qu'il n'a pas dépendu de nous de renfermer dans des limites plus conformes au goût de nos lecteurs. A des remarques inspirées par les seuls intérêts de la science — que quelques personnes avaient jugés mal appréciés, si ce n'est mal défendus par M. Michel Lévy dans le conseil de l'instruction publique et au conseil de salubrité — notre ancien collaborateur, qui connaît de longue date les habitudes de tolérance et d'impartialité de la GAZETTE MÉDICALE, a répondu avec une vivacité et une intolérance que nous croyions lui avoir appris à réprimer. Au lieu donc d'accepter une critique qui s'adressait moins à l'homme qu'à la mission du savant, et de respecter ainsi les franchises d'une profession dont il a si largement usé naguère, M. Michel Lévy s'est armé de toutes les ressources du palais pour mettre les assertions de notre collaborateur en défaut et le confondre.

Le lecteur jugera par les pièces suivantes si M. Lévy a atteint son but.

Commençons par la lettre de M. Lévy.

Au Rédacteur.

Monsieur,

Après les réserves blessantes dont vous avez fait suivre la publication de ma lettre dans votre numéro du 12 mars, j'ai dû laisser au président du conseil de salubrité le soin d'éclairer vos lecteurs.

Mais, non content d'avoir dénaturé mon rôle au conseil de salubrité, vous revenez sur les discussions de la commission du baccalauréat ès lettres, vous ne voyez, en ma première réponse à ce sujet, que *phrases entortillées et con-*

se vide qu'avec peine, ne supporte pas aussi bien la présence d'une canule. » (MÉDECINE OPÉRATOIRE, t. IV, p. 735.)

La *ponction par le périnée*, exécutée d'après les procédés connus, est de sa part l'objet d'une verte critique : « Elle est, dit-il, incomparablement moins sûre que par l'hypogastre, et menace les vésicules séminales ou l'urètre comme par le rectum. Elle peut tomber trop en avant, entre le pubis et la vessie, ou trop en arrière et pénétrer dans le cul-de-sac péritonéal ou l'intestin, n'arriver dans le réservoir distendu qu'après en avoir labouré les parois. Les vaisseaux du périnée, la prostate, ne sont pas non plus à l'abri de l'instrument. Les infiltrations et les abcès ne sont pas impossibles, etc. » (*Ibid.*)

La *ponction par le rectum*, selon la méthode de Flurant (de Lyon), eût été préférable, mais elle n'est pas non plus sans inconvénient : « L'instrument, objecte M. Velpeau, peut s'échapper entre la vessie et le rectum, dans le tissu cellulaire pelvien, ouvrir le péritoine quand cette membrane descend trop près de la prostate ou qu'on pique un peu trop haut, blesser les canaux déférents, les vésicules séminales, les uretères mêmes si on l'applique trop bas ou latéralement..... Enfin, la plaie peut rester fistuleuse, permettre aux humidités stercorales d'entrer dans la poche urinaire et causer des accidents funestes. » (*Ibid.*). Il est vrai de dire que la plupart de ces difficultés peuvent être vaincues par une main exercée, et que ces suites fâcheuses ne sont pas toutes inévitables ; mais il est incontestable que la canule ne soit exposée à se déranger dans les efforts de défécation et les divers mouvements du malade, et qu'elle ne soit fort gênante pour l'administration des lavements, les évacuations alvines, la prise de grands bains, de bains de siége, et par-dessus tout cela qu'il y ait imminence de fistule consécutive.

En somme, les diverses ponctions de la vessie, je le répète, ne sont que des ressources palliatives dans ces cas, et ne peuvent compenser leurs dangers par des résultats curatifs qu'elles ne donnent pas. Elles ne s'adressent ni à la cause ni à l'essence de la maladie, comme on va le voir par ma rapide esquisse.

La gravité des accidents qu'entraînent les contusions profondes du périnée s'explique par la constitution anatomique de cette région : « On en trouve la source dans la disposition et la multiplicité des aponévroses périnéales et dans les rapports de l'urètre avec ces lames fibreuses ; ainsi, tandis que, dans l'état normal, elles constituent une barrière protectrice pour le conduit urinaire, elles deviennent au contraire, dès qu'il a éprouvé une solution de continuité, un obstacle au libre écoulement des fluides à l'extérieur, et servent de plan conducteur aux épanchements divers, urineux ou purulents, qui se développent. De là l'extension rapide qu'ils peuvent acquérir et les accidents redoutables dont ils se compliquent. Or jusqu'ici les auteurs se sont principalement occupés de les combattre quand déjà ils existent, et souvent c'est alors trop tard. » (Voy. CLINIQUE CHIRURG. DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, 1858.) En effet, Chelius (CHIRURG.), Vidal de Cassis (TRAITÉ DE PATHOL. EXT., 1841, t. V), A. Bérard (DICT. DE MÉD., t. XXX), etc., proposent alors les incisions contre l'infiltration urineuse, et cette pratique est bien entendue, et elle est impérieusement commandée quand le mal existe ; mais je ferai remarquer qu'en ceci l'art ne se montre que tardivement palliatif et reste souvent impuissant : aussi la léthalité avouée (Voy. Vidal de Cassis, *ibid.*, p. 270) de ces lésions est-elle très-grande, et la plupart des contusions profondes du périnée, qu'on observe dans les hôpitaux, ont-elles en général une terminaison funeste ; il importe bien plus de prévenir ces accidents que d'attendre leur invasion pour les combattre ; il m'a semblé plus rationnel de présumer que l'art serait plus efficace si, s'élevant à un degré de plus, il prenait l'initiative et se montrait prophylactique. C'est dans ce but que, dès 1844, j'ai, dans les contusions profondes de cette région avec rétention d'urine et large ecchymose périnéo-scrotale, proposé la périnéotomie jusqu'à la portion prostato-membraneuse de l'urètre. Je pratique, comme dans la taille médiane, une incision sur le raphé périnéal que j'attaque dans la région membraneuse, avec le soin d'ajouter un léger débridement prostato-membraneux, pour ouvrir une voie directe et facile à l'écoulement du fluide urinaire.

Cette opération pouvait peut-être réussir chez notre malade, et ce fut le procédé auquel je m'arrêtai ; mais il ne fallait pas se dissimuler que la manœuvre opératoire était, dans ce cas particulier, d'une exécution très-difficile, non-seulement à cause de l'infiltration sanguine qui donnait à cette région un volume et une épaisseur considérables, de sorte que la profondeur du périnée et du col vésical en était de beaucoup augmentée, mais encore en raison de ce que la portion profonde de l'urètre était cachée et comme introuvable au milieu des tissus altérés, et qu'on ne pouvait se guider sur un cathéter cannelé, dans l'impossibilité absolue du cathétérisme.

Il fallait se tenir prêt à toute éventualité ; de deux choses, l'une : ou bien la périnéotomie devait réussir complétement, et alors du même coup on satisfaisait aux deux premières indications curatives que nous avons formulées plus haut ; ou bien elle devait échouer dans la recherche de l'urètre, et alors il fallait sur-le-champ prendre un parti décisif ; et, même dans cette dernière hypothèse, je ferai remarquer en ma faveur que le premier temps de notre opération réalisait une modification que Sabatier lui-même veut qu'on apporte à la paracentèse périnéale de la vessie, comme Garengeot l'avait indiqué pour la taille latérale de Foubert : « Peut-être, dit-il, dans sa MÉDECINE OPÉRATOIRE (édit. de Sanson et Bégin, 1832, t. II, p. 388), l'opération serait-elle plus sûre si on commençait par faire une incision profonde au périnée, comme dans l'appareil latéral, et si on ne plongeait le trois-quarts dans la vessie qu'après s'être bien assuré de sa situation et après avoir reconnu la fluctuation qu'elle présente. » Ainsi ce premier temps amoindrit singulièrement les dangers de la paracentèse périnéale (1) ; Sabatier va plus loin ; il en signale les avantages particuliers d'une manière fort explicite, en disant : « La plus grande utilité de l'incision préliminaire au périnée serait de prévenir l'effet de l'infiltration urineuse, en donnant une voie libre aux urines à mesure qu'elles sortent de la vessie, et peut-être de dissiper plus tôt l'inflammation de ce viscère et l'engorgement, sanguin et ensuite purulent, dont cette incision serait nécessairement suivie. » (*Ibid.*, p. 389.)

Le premier temps de notre manœuvre était donc justifié par une autorité imposante ; et je puis ajouter que cette pratique paraît adoptée en Angleterre, où l'incision préalable a été exécutée de diverses manières par A. Cooper, Ch. Bell et Brander.

Voici comment je me proposais d'accomplir le deuxième et dernier temps de l'opération. J'avais reconnu chez notre malade que la prostate était développée et plus volumineuse qu'à l'ordinaire ; chez lui, elle gênait même la miction avant l'accident, et depuis longtemps il ne pouvait satisfaire au besoin d'uriner que lentement et avec peine, et en variant l'attitude du tronc. J'imaginai donc de ponctionner la vessie par la prostate. Mais pouvait-on, devait-on suivre cette voie ? Je ne cacherai pas que les auteurs ne sont point favorables à cette manière d'agir, qu'ils s'accordent à condamner : « Il peut, dit Bertrandi, survenir à la prostate une tumeur qui, occupant presque tout l'espace qui est entre la symphyse du pubis et l'intestin rectum, rende la ponction ou l'incision qu'on y voudrait faire, très-peu sûre. » Et il s'explique en faisant entrevoir que, dans ce cas, pour éviter la prostate, « on n'aurait pas pu y faire la ponction ou l'incision, sans courir très-grand risque d'of-

(1) « Le chirurgien, dit Sabatier, ne peut avoir trop d'attention à ne pas lever ou baisser le manche de cet instrument (trois-quarts) : s'il le tient élevé, il court risque d'en porter la pointe entre le rectum et la vessie ; s'il est abaissé, cette pointe passe entre la prostate et le pubis, etc. » (MÉDECINE OPÉRATOIRE, p. 387.) Lassus ajoute : « Foubert, qui devait être un peu plus exercé qu'un autre dans cette opération, avoue l'avoir faite sans succès deux ou trois fois, le trois-quarts n'ayant point percé la vessie. » (Lassus, MÉD. OPÉR., t. I, p. 293.)

---

fuses, que *propositions ambiguës*, et vous placez sous le patronage de M. Nisard le démenti qu'il vous plaît de m'infliger.

Mon droit est de rétablir les faits devant vos lecteurs, et cette rectification, je vais la faire *avec le texte même des procès-verbaux* des séances de la commission.

1° Je me suis « attaché à démontrer l'insuffisance littéraire des élèves en » médecine formés sous le régime de l'ancien baccalauréat ès lettres. »

2° J'ai demandé des réformes consistant

« A développer les épreuves littéraires du baccalauréat ès sciences ;

» A partager cet examen en deux parties distinctes, premièrement les » épreuves littéraires qui seraient considérées dans leur ensemble comme » une épreuve éliminatoire ; secondement les épreuves scientifiques subies » par ceux-là seulement qui auraient traversé les premières avec succès ;

» A reporter de la classe de troisième à la seconde le moment de la bifurcation ou du partage des élèves en deux sections distinctes, l'une littéraire, » l'autre scientifique ;

» A fortifier dans le cours d'études des lycées l'instruction littéraire de la » section scientifique qui n'a pas un assez grand nombre de classes de latin par semaine, et à faire une plus large part aux exercices littéraires dans » la distribution du temps. »

3° M. Ravaisson. « tout en rendant justice aux intentions de ceux qui (à » l'aide de la bifurcation) ont conseillé une conciliation partielle entre les » sciences et les lettres, demande qu'on la complète et qu'on la consacre *par* » *l'institution d'un seul et même baccalauréat.* » M. Cayx pense aussi « qu'il » serait possible de diriger l'enseignement commun de telle sorte qu'il n'y » eût, au terme des études, qu'un seul et même baccalauréat pour les deux » sections. » On propose de l'appeler baccalauréat des études classiques ; J'appuie cette idée et j'ai dit que M. Nisard y *inclinait.* C'est sur ce point que vous invoquez contre moi les déclarations de M. Nisard lui-même.... Or voici les paroles textuelles de cet illustre maître, consignées au procès-verbal de la séance du 15 juin 1858 :

« *M. Nisard se rattacherait volontiers à l'opinion de M. Ravaisson qui ne* » *veut qu'un seul baccalauréat ;* mais ce serait sortir de la question posée par » le ministre, etc. »

J'avais donc raison de dire (et je restais dans une moindre nuance d'expression) que M. Nisard *inclinait* à l'idée d'un seul baccalauréat, bien qu'il ait toujours été, au sein de la commission, le défenseur le plus décidé et le plus éloquent du baccalauréat ès lettres ;

4° Finalement, j'ai appuyé de mon vote, car elles ont été votées à l'unanimité, les deux premières des conclusions qui ont été adoptées par la commission, et dont voici le texte :

« La commission, vu, etc, est d'avis :

» Qu'une éducation littéraire d'un caractère élevé est nécessaire à ceux qui » se destinent à entrer dans le corps médical ;

» Qu'une connaissance positive des éléments des sciences physiques et naturelles n'est pas moins nécessaire au médecin qui en fait une continuelle » application à ses études. »

Si je n'ai pas voté les autres conclusions, c'est qu'avec MM. Ravaisson et

fenser la partie postérieure de la vessie et même l'intestin rectum. » (TRAITÉ DES OPÉRATIONS, art. *De la ponction du périnée*, p. 83.) Lassus, qui représente l'école de Desault, veut aussi, pour éviter la prostate, que « l'instrument pénètre dans la vessie, entre son col et l'embouchure de l'urètre. » (MÉD. OPÉR., t. I, p. 292.) Sabatier est plus explicite encore; il y voit un danger de mort, et professe que « en frayant une voie aux urines à travers la prostate, on augmente l'inflammation dont ce corps glanduleux était attaqué, et qu'on rend la maladie, sinon mortelle, au moins beaucoup plus difficile à guérir. » (*Op. cit.*, p. 386.) Aussi recommande-t-il avec insistance d'incliner le trois-quarts, « pour que sa pointe s'écarte en dehors et qu'*elle n'aille pas traverser la prostate.* » (*Ibid.*, p. 387.) M. Velpeau remarque que Dionis prolongeait son incision en dehors, comme dans la lithotomie par la méthode de F. Jacques, « afin de ménager la prostate. » (MÉD. OPÉR., t. IV, p. 727.) Depuis lors, on voit les auteurs répéter successivement cette défense; M. Coster dit : « La ponction par le périnée exige beaucoup de précaution pour *éviter la lésion de la prostate* » (MANUEL DES OPÉRATIONS, 3ᵉ édit., 129, p. 345); et il met cette lésion sur la même ligne que celle des conduits déférents, des vésicules séminales, de l'urètre et du rectum. MM. C. Bernard et Ch. Huette, dans leur PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (1846, p. 338), font observer que, si l'on ne procède pas avec beaucoup de soin, « dans la ponction périnéale, on est exposé à blesser la prostate et les vaisseaux du périnée, etc. »

Certes cette réprobation générale est loin d'être encourageante; et il y avait lieu de revenir sur la tentative que je projetais. Examinons donc cette question de nouveau : et d'abord je ne prétendais nullement que la ponction de la vessie par la prostate fût sans aucun danger; on sait trop bien que toutes les opérations peuvent être dangereuses; mais ces dangers, ne les a-t-on pas exagérés pour celle dont il s'agit? Remarquons qu'aucun des auteurs précités ne rapporte des faits, et que leur prohibition n'est point fondée sur l'expérience clinique, si bien qu'ils ont pu se répéter successivement sans avoir contrôlé les choses par eux-mêmes. De mon côté, voici des observations sur lesquelles j'ai cru pouvoir m'appuyer pour combattre cette proscription, ce semble, trop absolue : j'ai plusieurs fois trouvé, à l'autopsie, des prostates qui avaient été perforées par des sondes et qui étaient parfaitement cicatrisées; j'en ai vu d'autres qui étaient encore le siége d'une fausse route que n'avait accompagnée aucun accident durant la vie. Ajoutons que, dans les divers procédés de taille périnéale, la prostate est toujours attaquée, et ce n'est pas cette lésion qui fait le péril de la taille médiane, ni de la taille latéralisée, ni de la taille bilatérale; j'ai montré ailleurs (Voy. mon ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, 2ᵉ édit., art. *Périnée*, p. 429) que les plus grands dangers proviennent alors de ce qu'on dépasse les limites de la glande et de ce qu'on ouvre les aponévroses qui, dans l'état d'intégrité, forment une puissante barrière aux infiltrations. Je me crus donc autorisé à conclure que, dans la paracentèse périnéale, il pourrait y avoir, comme dans la taille périnéale, avantage à rester dans les limites de la prostate; l'opération n'exposerait pas aux infiltrations et porterait sur un plan solide; la canule d'abord et la sonde ensuite s'y trouveraient plus fermes et mieux fixées; et avec le soin d'éviter les autres organes qu'il faut respecter, la ponction périnéale réaliserait les avantages que le professeur Roux, qui d'ailleurs n'en est pas partisan, est forcé de lui reconnaître quand il dit : « Elle a ceci d'avantageux qu'elle se pratique dans le lieu le plus déclive de la vessie, et sur une partie de cet organe dont la position fixe ne peut changer par le retour des parois vésicales sur elles-mêmes. » (DICT. EN 30 VOL., t. XXVII, p. 513.) Ajoutons que l'instrument, laissé en place pour favoriser l'écoulement de l'urine, permettrait avec la plus grande facilité l'usage quotidien des injections vésicales dont on a toujours besoin, dans ces cas, et ne gênerait ni la défécation ni l'administration des lavements.

Je passai une partie de la nuit à réfléchir à ces diverses questions. Le lendemain matin, je me rendis de bonne heure auprès du malade; les choses étaient dans le même état, et les accidents devenaient plus menaçants encore. J'exposai sommairement mon plan opératoire à mes deux confrères qui l'adoptèrent. Deux points les préoccupaient encore : 1° qu'allait devenir l'urètre? 2° une fois ce canal retrouvé, que deviendrait la voie artificielle établie dans la prostate? Or l'urètre restait intact; je le ménageais en opérant dans la partie latérale et un peu antérieure de la prostate, ce qui nous éloignait encore des vésicules séminales et des canaux déférents, qu'on s'expose à blesser dans les autres procédés; et à un jour donné le canal devait, ou bien reprendre son action et se manifester par un jet urineux à la suite d'un besoin pressant, ou tout au moins révéler sa présence par le suintement de quelques gouttes d'urine; et alors on était mis sur la voie pour retrouver son ouverture et arriver au cathétérisme direct de la vessie par le conduit naturel. Ce résultat obtenu, qu'allait devenir la voie artificielle créée par l'opération à travers la prostate? Le voici : du moment qu'on en aurait enlevé l'instrument pour le replacer dans l'urètre, l'ouverture prostatique devenant sans usage et n'étant d'ailleurs plus maintenue ni par une canule à demeure ni par l'introduction réitérée de la sonde deux à trois fois par jour pour satisfaire aux besoins de la miction, cette ouverture reviendrait sur elle-même et se refermerait assez vite; notons, en outre, que la compression excentrique exercée par la sonde placée à demeure dans le véritable canal viendrait encore aider à cette occlusion. On va voir que l'événement a justifié ces prévisions, d'ailleurs rationnelles en théorie.

Notre opération ainsi connue devait satisfaire à une première série d'indications, et avec l'aide d'un traitement médical, remédier aux accidents de la première période de la maladie. Quant aux moyens de remplir les indications de la seconde période, à savoir la reconstitution de l'urètre partiellement détruit, c'est ce que nous étudierons plus loin.

Le 3 juin, M. X est endormi avec l'éther. Je fais une nouvelle tentative de cathétérisme : j'emploie d'abord des sondes en gomme élastique; elles ne peuvent pénétrer, et je constate avec toutes qu'elles sont déviées à gauche au niveau du pubis, et à droite au niveau du périnée. J'agrandis l'incision périnéale et je la creuse dans le même sens que pour la taille médiane; j'enlève avec les doigts une quantité de caillots noirs accumulés dans les bourses. Je tente alors un dernier essai de cathétérisme avec une sonde en argent, puis avec une sonde Mayor, enfin avec un cathéter; ces instruments parviennent à une grande profondeur, mais sans pénétrer dans la vessie, et leur pointe s'égare dans une cavité formée par l'attrition des parties molles sous le pubis, où il est possible de les sentir à nu avec le doigt, et même de les voir à travers la plaie. Au milieu de ce détritus nous cherchons en vain le canal qu'il est impossible de reconnaître.

Alors mettant à profit la périnéotomie approfondie jusqu'au niveau de la région membraneuse, je m'apprêtai à pratiquer la ponction de la vessie. Je m'étais muni d'un trocart courbe que j'ai fait construire sur le modèle de celui de Flurant, et dont je me sers pour la ponction des abcès, la paracentèse des hydropisies et de l'hydrocèle, et qui remplit l'office de trocart perforateur, de porte-séton et de porte-mèche. (Voy. ma CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, p. 27.) J'introduisis l'index gauche dans le rectum pour conduire l'instrument à travers la prostate sans blesser l'intestin, pendant que le pouce et le médius de la même main s'appliquaient sur le périnée pour fixer sa marche en écartant les bords de l'incision. Aussitôt, saisissant la canule du trocart de la main droite, j'engageai la pointe dans le fond de la plaie et je l'enfonçai lentement et avec précaution dans la portion latérale et un peu antérieure de la prostate. Cette manœuvre réussit parfaitement. Dès que je sentis la dernière résistance vaincue, ce qui n'eut pas lieu sans peine, j'enlevai le mandrin et l'on vit sortir par jet une grande quantité d'urine sanguinolente. La canule fut laissée à demeure et fixée par des lacqs. Le malade fut réveillé; il se trouva très-soulagé. La journée fut bonne; il y eut peu de fièvre. (Tisane émolliente, lavements de guimauve, potion calmante, diète, injections quotidiennes d'eau de mauve dans la vessie, lotions sur la plaie avec décoction de quina camphrée, quelques grands bains additionnés de quina.)

Cayx, je pensais, je pense encore qu'il est possible de satisfaire à cette double indication, à l'aide d'un seul système d'épreuves bien coordonnées.

Maintenant vos lecteurs sont en état de juger entre vous et moi.

J'ai lu cette lettre à M. Nisard; il a reconnu l'exactitude de la partie des procès-verbaux qui le concerne et il m'a témoigné le plus profond regret d'avoir servi à une polémique contre moi.

J'attends de votre impartialité l'insertion de cette lettre dans le plus prochain numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

J'ai l'honneur de vous saluer,

MICHEL LÉVY.

Paris, le 15 mars 1859.

Voici la réponse de M. Giraud-Teulon :

La lecture de la lettre qui précède fait porter notre attention sur deux points : l'un que nous appellerons le fond de l'affaire, à savoir, l'appréciation comparative donnée par M. Lévy de son attitude et de celle de l'honorable M. Nisard dans la question du baccalauréat ès lettres; l'autre, de forme, et qui porte sur notre intervention dans le débat.

La question de fond est jugée par les deux lettres suivantes :

Lettre de M. Giraud-Teulon à M. Nisard.

« Monsieur et très-cher maître,

» Dans l'entrevue que j'ai eu l'honneur d'avoir avec vous ce matin, vous avez bien voulu reconnaître l'exactitude de ce que j'avais dit (GAZETTE MÉDICALE du 12 courant) de votre attitude et de votre rôle à l'occasion du rétablissement du baccalauréat ès lettres pour les élèves en médecine. Vous vous êtes souvenu d'avoir accepté, en m'en remerciant, l'offre que je vous faisais de rétablir, si l'occasion s'en présentait, auprès du corps médical, la netteté de votre position sur laquelle des doutes avaient été jetés par suite d'une première lettre de M. Michel Lévy.

» Vous avez ajouté, toutefois, que vous n'aviez pas alors la pensée que cela pût jamais servir à une polémique entre M. Michel Lévy et la GAZETTE MÉDICALE, circonstance que vous regrettiez vivement.

» Je tiens donc à constater, nonobstant l'équivoque empruntée par M. Lévy au procès-verbal de la séance du conseil de l'instruction publique, que le désir a été exprimé par vous que l'on ne vous attribuât point, dans le corps médical, d'autre rôle que celui fort heureux pour lui que vous avez constamment rempli quand tant de ses défenseurs naturels l'abandonnaient.

» Je viens vous prier de m'autoriser à mon tour à faire suivre de cette explication la lettre de M. Lévy.

» Agréez, etc.

» GIRAUD-TEULON. »

Réponse de M. Nisard.

« Monsieur,

» Tout en reconnaissant l'exactitude des faits contenus dans la lettre de M. Giraud-Teulon, je désire que l'impression dernière qui restera de cette

La suppuration s'établit vite, mais elle devient sanieuse, d'une odeur infecte; on redoute la gangrène ou des phénomènes d'infection purulente. L'opéré est souffrant, il paraît s'affaiblir. Le 6 juin, on fait une première application de chlorure de zinc qui, ayant paru insuffisante, est suivie d'une seconde le lendemain. La plaie se trouve desséchée et n'exhale plus de mauvaise odeur; l'état général de l'opéré s'est amélioré. La canule du trocart est remplacée le quatrième jour (7 juin) par une sonde en gomme. Le lendemain on permet quelques aliments; la digestion s'opère bien; le hoquet cède; la langue est bonne ainsi que la peau et le pouls.

Le 10, les escarres, détrempées par les injections et les bains, commencent à tomber; la plaie se présente avec un rose pâle. On pénètre, avec le doigt, dans plusieurs anfractuosités des bourses qui ont été cautérisées par le chlorure de zinc.

Le 14, on excise dans le fond de la plaie quelques portions d'escarre qui paraissent provenir de la cautérisation d'un tissu fibreux; après cela, MM. Duviard et Bron introduisent une petite sonde élastique dans une anfractuosité qui se trouvait à environ 1 centimètre du canal créé par la ponction, et elle pénètre dans la vessie. La voie artificielle est dès lors abandonnée, et la sonde maintenue à demeure dans le vrai canal. Ce changement, qui eut lieu le onzième jour de l'opération, s'est fait sans douleur et sans difficulté. Faisons remarquer que dès ce moment il ne s'est pas écoulé une goutte d'urine par l'ouverture du trocart.

Le 17 juin, une injection, pratiquée dans la portion antérieure de l'urètre, ressort dans la plaie périnéale par un jet (une tentative de cathétérisme avait échoué le 10). Cette petite manœuvre, en nous montrant les deux ouvertures des deux portions du canal, *nous prouve que l'urètre manque en totalité dans une étendue de près de 3 centimètres*. (F. Bron, DE LA FIÈVRE URÉTRALE, 1858, page 22.)

Ici se présentait la seconde indication curative à remplir, à savoir la reconstitution de l'urètre détruit. J'avais nourri l'espoir d'arriver à la formation de toute pièce d'un conduit nouveau qui rétablirait la communication interrompue entre ses deux extrémités, et cela en le montant sur une sonde à demeure; mais le moment n'était pas encore venu.

Le 18 juin, M. Duviard qui voyait le malade tous les jours, passe une sonde dans toute la longueur du canal; elle reste en place jusqu'à ma visite du 21, et peut-être pour complaire au désir du malade, mes confrères auraient-ils cédé à ses vives instances; mais la cicatrisation de la plaie du périnée me paraissait trop peu avancée, il y avait lieu de craindre que la présence prolongée de la sonde dans l'urètre ne fatiguât M. X et ne lui donnât la fièvre, dont il semblait éprouver déjà quelques atteintes. L'instrument fut remis seulement dans la portion postérieure (on sondait et l'on injectait l'antérieure par intervalle), et même le 23 nous jugeâmes à propos de l'enlever définitivement; dès ce jour, on ne passe plus la sonde que pour faire uriner M. X. On continua ainsi jusqu'au 15 juillet, laissant à la plaie du périnée qui est très-belle le temps d'avancer sa cicatrisation le plus possible. A partir de ce jour, on passe la sonde dans toute l'étendue de l'urètre chaque fois qu'on fait uriner le malade, et on l'y laisse à demeure une heure ou deux, et même plus, à la fois pour prévenir le rétrécissement qui commence à se former et pour favoriser la reconstitution du nouveau canal qui devra se mouler sur l'instrument.

Ces manœuvres n'eurent pas lieu sans quelques accidents; il y eut plusieurs accès de fièvre urétrale assez intenses pour donner des inquiétudes et réclamer des soins particuliers. (Lavements au quinine; pilules de quinine, etc.) Le premier accès bien caractérisé parut le 23 juillet; il en revint d'autres le 26, le 30 juillet, le 1[er] et le 2 août. Sous l'influence de cet état et du passage des sondes, il se développe une inflammation diffuse de la verge et des bourses; toute cette région est tuméfiée, d'un rouge violacé et douloureuse au toucher. Le cathétérisme est difficile et pénible; il y a de la fièvre; il se forme un petit abcès le long du canal, à la partie inférieure de la verge, près des bourses; il s'ouvre le 5 août dans l'intérieur de l'urètre; il sort beaucoup de pus par le méat. Le passage de la sonde n'est plus aussi douloureux, et peu à peu les parties reviennent à leur état normal.

Malgré ces diverses complications, nous avions fait dans l'intervalle de grands progrès. Jusqu'au 25 juillet il fallait, pour faire pénétrer la sonde dans la portion postérieure du canal, introduire le doigt dans la plaie périnéale afin de guider l'extrémité de l'instrument, alors la cicatrisation étant plus avancée, cette précaution devient impossible et cesse d'être utile : la sonde, poussée par le méat, suit la direction de l'urètre et s'engage d'elle-même dans le bout postérieur. Cette circonstance est importante à signaler, car elle nous permet d'espérer la réalisation de notre idée première, c'est-à-dire la formation de toute pièce d'un nouveau canal à l'aide de la cicatrisation de la plaie périnéale qui maintenant nous laisse moins de crainte de voir une fistule urinaire persister dans cette région. Il ne fallait pas perdre de vue le double rétrécissement dont l'imminence était toujours croissante : M. Duviard qui visitait le malade chaque jour et qui pratiquait souvent le cathétérisme, avait fort bien remarqué que l'obstacle qu'on rencontrait à l'ouverture postérieure de la portion antérieure du canal, se sentait d'autant mieux qu'il était resté plus longtemps sans y passer la sonde. (M. F. Bron a donné en raccourci cette observation exclusivement sous le rapport de la fièvre urétrale; cela explique pourquoi il a cru devoir négliger les diverses questions opératoires qui, à mes yeux, en sont la partie principale. J'avertis que pour le reste, j'ai pris soin de citer ses propres expressions quand je l'ai pu, afin de montrer notre complet accord dans les détails, bien que nous eussions chacun étudié le fait à des points de vue bien différents.)

Ainsi, d'un côté, nous avions à nous occuper sans relâche de prévenir un double rétrécissement qui était imminent, et de combattre la fièvre urétrale dont les accès reparurent avec opiniâtreté jusqu'au milieu de septembre; ils s'accompagnèrent de dégoût, de céphalalgie et de prostration très-grande. M. X qui avait supporté avec beaucoup de fermeté les opérations diverses que nous lui pratiquâmes, et traversé avec un courage héroïque la première période de la maladie, tomba à plusieurs reprises dans le découragement et une démoralisation complète. D'un autre côté, nous avions à combler la large cavité que la contusion avait, par l'attrition des parties molles, creusée dans les bourses, sous le pubis et dans tout le périnée, et dont les effrayantes dimensions en étendue et en profondeur n'étaient que trop de nature à faire craindre tout d'abord non-seulement de grands obstacles pour la seconde indication curative, mais encore la persistance d'une fistule urinaire.

Dans ce but, on eut soin d'empêcher que jamais il ne passât une seule goutte d'urine par la plaie, et chaque fois que le besoin de la miction se faisait sentir, on introduisait dans l'urètre une grosse sonde qu'on laissait ensuite plus ou moins longtemps à demeure, pour en opérer et en maintenir la dilatation. La plaie était elle-même l'objet de grands soins de propreté : on en favorisait la cicatrisation par des lotions et des injections détersives, et à plusieurs reprises par des attouchements avec la pierre infernale. Le malade fut mis à l'usage du lait d'ânesse et d'un régime analeptique. Les belles journées d'été on transportait son lit dans un jardin pour le faire jouir de l'influence du grand air et du soleil, à l'abri d'une tente. La réparation des forces et de la nutrition s'accomplit lentement, et avec elle un bourgeonnement salutaire dans les diverses anfractuosités de cette plaie contuse qui, en détruisant l'urètre, avait si gravement ravagé l'intérieur des bourses et la profondeur du périnée; mais il y avait tant à faire, que deux fois le travail de cicatrisation s'arrêta : la nature semblait avoir épuisé ses efforts. Deux fois nous dûmes recourir à une cautérisation superficielle avec la pâte de Canquoin pour raviver la surface de la plaie et y faire renaître des bourgeons charnus plus vivaces. Cette pratique nous réussit : la cavité des bourses et les trajets fistuleux qui traversaient à droite la région scrotale de bas en haut se fermèrent; la suppuration de l'urètre se tarit, et la plaie du périnée, au lieu d'une large et profonde cavité anfractueuse, ne présenta plus peu à peu qu'une

---

polémique, soit, en ce qui me touche, le profond regret de l'avoir suscitée contre toute prévision entre deux hommes que j'honore et pour lesquels j'ai et je garde les meilleurs sentiments.

» Recevez, monsieur, l'expression affectueuse de mes sentiments les plus distingués.

DÉSIRÉ NISARD.

Paris, ce 17 mars 1859.

La question de fond est donc résolue par la lettre de M. Nisard. Quant à notre intervention dans ce débat, elle est bien simple : nous y avons été conduit tout naturellement par le désir de rétablir les faits en ce qui concerne l'honorable M. Nisard, faits que M. Lévy avait cherché à dénaturer et qu'il espère obscurcir encore à l'aide de l'équivoque empruntée au procès-verbal des séances du conseil de l'instruction publique.

Au procès-verbal de la séance du 15 juin 1858, on lit, dit M. Lévy :

« M. Nisard *se rattacherait* volontiers à l'opinion de M. Ravaisson qui ne veut qu'un seul baccalauréat; mais ce serait sortir de la question posée par le ministre, etc.... » Donc il ne *s'y rattache pas*.

Nous le demandons, quel est l'homme un peu au fait de la courtoisie, des égards qui président à ces discussions entre hommes élevés par la position ou le talent, qui ne verra là une fin de non-recevoir polie, une élimination courtoise d'un sujet qui n'est pas en discussion, sur lequel on n'a pas à délibérer. Appréciation qui prend une nouvelle force dans cette circonstance, reconnue par notre contradicteur lui-même, qu'en aucun moment de la discussion l'honorable orateur ne fléchit, ne trébucha. Il a toujours été, au sein de la commission, le défenseur le plus décidé et le plus éloquent du rétablissement du baccalauréat ès lettres, dit M. Lévy, sans noter la contradiction de ces deux interprétations opposées du procès-verbal d'une part, et de l'autre d'une attitude à laquelle il rend lui-même hommage!

Est-ce pour des sophistes cette discussion, ou pour des hommes connaissant la valeur des mots, des opinions, des votes? L'honorable M. Nisard est le représentant le plus décidé, le plus éloquent, du rétablissement du baccalauréat, et en même temps il *inclinerait* vers un projet contraire sur lequel il ne veut pas même délibérer!

Equivoque, toujours équivoque!

Maintenant, comme le dit M. Lévy, voilà en effet le public en situation de juger entre lui et nous.

GIRAUD-TEULON.

Voilà pour l'incident relatif au rôle joué par M. Lévy dans le conseil de l'instruction publique.

Quant à ce que la GAZETTE MÉDICALE a dit — d'après des renseignements très-respectables, mais que, par un sentiment qu'on appréciera, elle se dispense d'indiquer d'une manière plus précise — des opinions de M. Lévy au sein du conseil de salubrité, M. Lévy a trouvé plus commode et d'un effet plus certain de nous faire répondre par la lettre suivante :

sorte d'infundibulum qui finit lui-même par se réduire aux dimensions d'un canal ouvert à la rencontre de l'urètre vers l'union de sa partie membraneuse avec la partie spongieuse.

Enfin, le 17 septembre, trois mois et demi après l'opération, je trouvai le malade assez bien pour cesser mes visites; il resta confié aux soins éclairés de M. Dnviard, son médecin ordinaire. Toutes les plaies des bourses et du périnée étaient cicatrisées, à l'exception de la petite ouverture dont j'ai parlé; mais elle était alors tellement rétrécie qu'on pouvait en espérer l'occlusion prochaine. L'opéré avait appris à se sonder et ne manquait pas de le faire chaque fois que reparaissait le besoin d'uriner. Ses forces avaient beaucoup augmenté; il se promenait dans son jardin; l'appétit, la digestion, le sommeil, etc., annonçaient le retour à l'état normal. Ainsi, après un traitement long et pénible, traversé par des complications graves, nous pouvions enfin, après avoir eu à lutter contre les plus grandes difficultés de la chirurgie opératoire, compter sur un succès définitif; et en effet, le 18 novembre notre opéré vint me voir lui-même à Lyon, et j'eus le plaisir de constater son heureuse guérison. J'ai appris récemment (janvier 1859) de M. Dnviard qu'il continuait à aller fort bien.

Aujourd'hui l'observation est complète; elle me semble démontrer victorieusement :

1° Que, dans certaines contusions violentes du périnée avec rétention d'urine et destruction partielle de l'urètre, il peut y avoir avantage à faire la ponction de la vessie par la prostate pour ménager les organes importants, après une incision périnéale préalable pour les motifs que j'ai développés;

2° Que l'art, en combinant les ressources de la médecine et de la chirurgie, peut, par un ensemble de moyens bien entendus, obtenir la reconstitution intégrale de l'urètre, même quand ce canal a été entièrement détruit dans l'étendue de plusieurs centimètres.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite.)

II. THE NEW-YORK JOURNAL.

DE LA TRANSMISSION DE LA SYPHILIS DU NOURRISSON A LA NOURRICE; par J. LEWIS SMITH, M. D.

Entre les travaux les mieux faits sur la syphilis congéniale, il faut citer ceux que M. Bouchut a publiés dans son livre sur LES MALADIES DES ENFANTS, et comme il est un des plus récents, il contient la collection la plus complète de faits sur les sujets contestés; cet auteur a colligé, principalement dans les journaux français, dix cas dans lesquels la syphilis paraît avoir été communiquée du nourrisson à la nourrice, et *vice versâ*. Le docteur Bird, l'éditeur anglais du livre de M. Bouchut, cite l'opinion de Hey, de Colles et d'autres éminents observateurs anglais, qui croient à cette transmissibilité, et ils apportent des observations en faveur de leur opinion. L'ensemble de ces témoignages, produits par l'auteur et l'éditeur, est le plus complet que nous connaissions, et cependant on a consigné dans les journaux de médecine d'autres cas importants que nous allons rapporter, et auxquels ces écrivains n'ont fait aucune allusion.

Dans le LONDON MEDICAL TIMES (juin 1845), le docteur King donna l'observation d'une dame P..., mère de plusieurs enfants parfaitement sains; son mari contracta la syphilis, et quoiqu'il ait suivi pendant quelque temps un traitement, le premier enfant qu'ils eurent après cette époque mourut, dix semaines après sa naissance, d'une syphilis très-caractérisée. Après la mort de cet enfant, madame P... donna le sein à un jumeau âgé de six mois, fils d'un ménage voisin; les parents et l'autre jumeau jouissaient d'une excellente santé. Au bout de quelques semaines, le nourrisson de madame P... fut couvert de taches syphilitiques, et, après avoir été guéri par les pilules de Plummer, il fut rendu à sa famille. Dans la suite, madame P... devint deux fois mère; ses deux enfants furent infectés : l'un dépérit peu à peu et mourut à douze mois; l'autre présenta des taches cuivrées, contre lesquelles un traitement antisyphilitique fut dirigé; on ne dit pas avec quel succès.

Il est évident que le jumeau nourri par madame P... n'avait pas reçu la syphilis de ses parents : leur bonne santé et celle de l'autre jumeau en sont la preuve; il faut y joindre la date de l'apparition des syphilides.

Dans la MEDICAL GAZETTE de juin 1842, le docteur Lowdell rapporte l'observation d'une madame B..., qu'il traita pour un ulcère de mauvais aspect de l'un des mamelons. Une éruption de taches cuivrées sombres apparut consécutivement sur un des côtés de la poitrine, ainsi que des ulcères sur les amygdales; l'enfant montra une éruption de forme lépreuse. Le docteur Lowdell assure que cette dame et son enfant jouissaient d'une parfaite santé avant que la mère n'eût donné le sein à l'enfant naturel d'une servante du voisinage. Cet enfant, chétif et malade, mourut bientôt, affecté sans doute de syphilis. Il y a plus, madame A..., mariée, mais sans enfant, chez qui la servante était accouchée, ayant laissé le nouveau-né sucer son mamelon, cet organe présenta, comme les seins de madame B..., des ulcères d'apparence spécifique.

Le docteur Bulkley, dans un remarquable article sur la syphilis congéniale, publié dans le JOURNAL OF MEDICINE AND SURGERY, de New-York (octobre 1840), montre l'inoculation à la mamelle par l'enfant, dans deux circonstances entièrement indépendantes l'une de l'autre : en premier lieu, à une femme qui mit au monde dans la suite un enfant mort et deux enfants syphilisés; en second lieu, l'infection transmise par l'un de ces enfants à une nourrice parfaitement saine. Les premiers symptômes de la maladie, dans les deux cas, furent l'ulcération des mamelles.

Dans la MEDICO-CHIRURG. REVIEW de juillet 1829, se trouve l'histoire d'une femme de 40 ans, admise à l'hôpital de Saint-Thomas pour un ulcère à bords élevés du mamelon, qui fut jugé syphilitique. Une iritis consécutive confirma ce diagnostic. La malade déclara qu'elle avait une bonne santé avant d'avoir donné le sein à un enfant dont la mère était atteinte de syphilis.

Le docteur Campbell écrit dans le NORTHERN JOURNAL OF MEDICINE

Au Rédacteur.

Monsieur,

Puisque la réponse si catégorique de M. Michel Lévy aux assertions inexactes de la GAZETTE MÉDICALE (numéro du 5 mars) ne vous a point convaincu, et que vous la livrez à vos lecteurs avec des réserves blessantes pour la loyauté de cet honorable membre du conseil de salubrité, je remplis un devoir en vous confirmant l'entière adhésion de M. Lévy aux conclusions du rapport de M. Guérard (rapport qu'il a, du reste, signé comme membre de la commission) qui avaient pour objet le maintien de la Faculté de médecine avec ses pavillons d'anatomie, dans leur emplacement actuel et sous les conditions proposées par la Faculté elle-même.

Quant aux opinions qui ont pu être émises au sein du conseil sur le degré d'insalubrité plus ou moins réel des amphithéâtres, il ne vous conviendrait de les discuter que si les séances du conseil étaient publiques au lieu de se tenir à huis clos, et si vous aviez sous les yeux des documents plus complets, et peut-être aussi plus impartiaux que les renseignements dont vous avez cru pouvoir faire usage.

Je vous prie, monsieur, de vouloir bien insérer cette lettre dans le plus prochain numéro de votre journal.

Agréez, etc.

Le vice-président du conseil de salubrité
du département de la Seine,
HENRI FOURNEL.

Paris, 14 mars 1859.

La GAZETTE MÉDICALE commence par s'incliner très-humblement devant l'autorité de M. le président du conseil de salubrité. Elle ne fait même aucune difficulté de reconnaître qu'elle a eu grand tort de parler des délibérations secrètes du conseil de salubrité. Mais son excuse est dans son grand âge : elle oublie quelquefois de réprimer des habitudes d'une autre époque.

Mais cette amende honorable ne doit pas aller plus loin que la faute qu'elle a commise. La GAZETTE MÉDICALE n'a jamais dit que M. Lévy n'ait pas signé le rapport de M. Guérard; elle n'en savait rien et elle remercie M. le président de le lui apprendre. Elle s'est permis simplement de relever et de critiquer certaines opinions de M. Lévy à l'endroit de l'insalubrité des amphithéâtres de dissection. Ces opinions, M. le président n'en parle pas; il se borne à nous rappeler que nous n'avions pas le droit de les discuter : nous ne le contestons pas plus que nous ne contestons la signature apposée par M. Lévy au bas du rapport de M. Guérard.

J. GUÉRIN.

— Par arrêté en date du 6 mars 1859, M. Orfila, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris (section de physique, pharmacie et toxicologie), est chargé du cours de pharmacie à ladite Faculté, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire.

(mai 1844) : « J'ai vu plusieurs exemples de nourrices parfaitement saines infectées par un enfant syphilitique.

« Dans un de ces cas, où l'enfant avait des ulcères dans la bouche, les mamelles, puis tout l'organisme de la nourrice, furent affectés, et dans un espace de temps si court que cela est à peine croyable. Un dimanche soir cette nourrice reçut un enfant jumeau, né d'une femme qui avait été contaminée par son mari, mais qu'on croyait avoir été bien guérie par l'iodure de potassium.

« Bien que la nourrice ait renvoyé l'enfant à ses parents dès qu'il eut montré quelques symptômes, c'est-à-dire le mercredi suivant, elle fut cependant infectée ; les mamelles se couvrirent de taches cuivrées, et les mamelons de gerçures et d'ulcères. »

Ces cas qui, réunis à ceux de M. Bouchut et de M. Bird, se montent à plus de vingt, sont pour la plupart soigneusement observés et fidèlement rapportés ; ils rendent par conséquent très-probable *la communicabilité de la syphilis constitutionnelle par l'allaitement*. Cette doctrine se fortifie de ce fait, que le mamelon de la nourrice est le plus souvent la première partie infectée.

III. CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW.

Les livraisons de mars à novembre 1857, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Dyssenterie épidémique*; par M. Turrentine. 2° *Note sur quatre cas de pneumonie*; par M. Perry. 3° *Propriétés médicales du gelseminum sempervirens*; par M. Mayes. 4° *Pouvoir et propriétés des agents médicaux*; par M. Norwood. 5° *Insertion du placenta sur le col*; par M. Post. 6° *Rétention d'urine*; par M. S. Hunter. 7° *Nouveaux faits sur la physiologie du système nerveux*; par M. Brown-Séquard. 8° *Emploi du camphre dans les spasmes tétaniques*; par M. Perry. 6° *Emphysème du côté droit*; par M. Clekley. 10° *Quelques cas intéressants de chirurgie*; par M. Chisolm. 11° *Blessure par arme à feu du cœur et de l'estomac*; par M. Grant. 12° *Excision de la hanche*; par M. Kinloch. 13° *Examen de l'urine dans les fièvres paludéennes*; par M. Stuart. 14° *De la vie*; par M. Dickson. 15° *Traitement de la ménorrhagie par l'ergot*; par M. Gaston. 16° *Fistule vésico-vaginale*; par M. Warren. 17° *Trismus des nouveau-nés*; par M. Byrd. 18° *Emploi du gelseminum dans la gonorrhée*; par M. Douglas. 19° *Taille et poids des hommes du Midi*; par M. Dickson. 20° *Guérison d'un cas de tétanos*; par M. Aoderson. 21° *Réduction d'une luxation de la hanche par des manipulations*; par M. Brodie. 32° *Reproduction des os et des jointures, après leur destruction par un panaris*; par M. Toland. 23° *Occlusion du vagin pendant deux ans*; par M. Warner. 24° *Ostéomalacie*; par M. Brice. 25° *Absorption et reproduction des apophyses vertébrales*; par M. Hodges.

RESECTION DE LA HANCHE; par M. KINLOCH.

Après avoir relaté un fait de resection de la hanche, rapidement suivi de mort, chez un jeune homme de 20 ans, l'auteur dit que Charles White eut le premier l'idée de cette opération, en 1769; mais ce fut Schmalz, chirurgien saxon, qui le premier, en 1816, enleva la tête du fémur dans un cas de coxalgie; il est vrai que, dans ce cas, la tête du fémur était déjà séparée du col.

En Angleterre, ce fut Anthony White qui fit pour la première fois cette resection (1818). Hewson (de Dublin) la pratiqua ensuite en 1823, et Benjamin Brodie en 1836; ils furent imités par Heine, Schlitchig, Kluge, Vogel et Textor. Fergusson, en 1845, la tira de l'oubli, et, depuis, grand nombre de chirurgiens anglais ont suivi son exemple.

M. Kinloch présente ensuite un tableau où se trouvent rangés, par ordre de dates, 40 faits parvenus à sa connaissance.

Sur ce nombre, il y a 26 succès, 12 morts, à la suite de l'opération, 2 morts attribuées à des causes étrangères, et 2 résultats inconnus. L'âge des patients est en général de 14 ans ou environ ; cependant un homme de 42 ans guérit complétement, ainsi qu'un autre de 32 ans.

Dans presque tous les cas, on note une carie avancée de la tête du fémur, ainsi qu'une luxation. Plusieurs fois on enleva, non-seulement la tête du fémur, mais encore le col de cet os, et on rugina la cavité cotyloïde.

Les résultats sont donc beaucoup plus satisfaisants que ceux de la désarticulation iléo-fémorale. Les seuls chirurgiens qui ont fait cette désarticulation, en Amérique, sont Bigelow, Parkman, Sayre, et l'auteur. Parmi les chirurgiens français, nous ne trouvons que Roux.

1° DU CAMPHRE DANS LES CONVULSIONS TÉTANIQUES; par JAMES S. PERRY.

2° DU TRISMUS DES NOUVEAU-NÉS TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR L'ESSENCE DE TÉREBENTHINE; par le professeur H. L. BYRD.

3° HEUREUSE TERMINAISON D'UN CAS DE TRISMUS TRAUMATIQUE; par W. W. ANDERSON.

Plusieurs cas de guérison de tétanos ou de trismus ont été consignés depuis quelques années, dans les journaux américains, par divers praticiens, qui ont attribué l'honneur de cette heureuse terminaison à quelques médicaments spéciaux, ce qui donnerait lieu d'espérer que la thérapeutique ne serait plus désormais frappée d'une impuissance complète en présence d'une affection si redoutable.

C'est ainsi que les docteurs Gaillard et de Saussure (de Charleston) ont vanté l'effet du *cannabis indica*; les docteurs Molt, Hutchison, Sparkman (de Georgetown) et d'autres, l'action de *l'essence de térébenthine*.

Le *camphre* à hautes doses est préconisé par le docteur Arnett dans les convulsions causées par la strychnine; la *morphine* et le *chloroforme* revendiquent aussi quelques guérisons.

Nous admettons très-volontiers l'heureuse influence de ces divers moyens thérapeutiques, mais il semble jusqu'à présent très-difficile de faire la part de chacun d'eux, et l'on s'étonne de voir les médecins américains attribuer la guérison au médicament qu'ils préfèrent en particulier, tandis qu'ils ne se sont pas fait scrupule d'y associer, avec une prudence louable, les autres remèdes préconisés par leurs confrères.

Le docteur Perry proclame les vertus du camphre dans l'éclampsie. Sur une négresse menacée d'avortement au troisième mois de sa grossesse, voici le traitement qu'il institua : 3 décigrammes de sulfate de quinine et 4 décigrammes de camphre toutes les quatre heures; on alternera ce remède, administré sous forme de poudre, avec 1 fr. 50 d'une mixture composée d'une partie de laudanum sur deux parties de teinture de *cannabis indica*. Le soir, un bain chaud, et l'on introduit dans le rectum une pilule d'opium de 25 centigrammes.

Nuit bonne, sommeil. Le lendemain, à huit heures du matin, les convulsions reparaissent. Lavement émollient; les attaques ne se montrent que cinq fois ; on continue le traitement de la veille. La nuit est calme; la malade n'a que trois spasmes le lendemain, puis trois autres dans la nuit du surlendemain : ce furent les derniers. Le traitement fut continué pendant une semaine.

Il n'y a qu'à louer la conduite du praticien, mais, de bonne foi, les partisans du *cannabis indica* ne peuvent-ils pas enregistrer ce succès à son profit à aussi bon droit que le docteur Perry en rapporte l'honneur au camphre?

Le cas du professeur Byrd donne des résultats plus nets en faveur de l'essence de térébenthine à hautes doses dans le trismus des nouveau-nés; ce médicament fut presque seul employé tant par la bouche qu'en lavement, et les effets en parurent d'autant plus marqués que la dose fut plus élevée.

A la grande surprise du professeur Byrd, la vie se maintint dix jours malgré le trismus, pendant l'administration du médicament à la dose de 5 gouttes par la bouche toutes les deux heures, et de 10 gouttes par l'anus; mais, au bout de ce temps, des convulsions plus intenses s'étant montrées, on porta la dose à 10 gouttes par le haut, et à 40 gouttes par le bas : les spasmes ne parurent point d'abord s'apaiser, mais ils diminuèrent considérablement les jours suivants, et l'enfant se rétablit d'une manière complète. C'est le seul que le professeur Byrd ait jamais eu la bonne fortune de sauver. Il rappelle à cette occasion qu'il a guéri deux cas de tétanos traumatique chez des adultes, en administrant toutes les deux heures une cuillerée à bouche d'essence de térébenthine.

EXAMEN DE L'URINE DANS LES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES, PROUVANT L'EXCÈS DES PHOSPHATES DANS LE SANG ET LES PROPRIÉTÉS ÉLIMINATRICES DU SULFATE DE QUININE; par H. M. STUART (de Beaufort).

Le docteur Stuart ayant examiné l'urine d'un certain nombre de malades atteints de fièvre miasmatique, a été amené à reconnaître, malgré ses prévisions, que le poids spécifique, la coloration et la quantité de substances solides de ce liquide s'accroissent non pas lorsque l'urine est concentrée pendant l'accès même, mais lorsqu'elle est rendue en beaucoup plus grande abondance durant la rémission ou l'intermission.

Le poids spécifique de l'urine à l'état normal étant en moyenne de 1020, il s'élève à 1026 ou 27 pendant l'accès, mais *après* l'accès, lors-

qu'on a administré le sulfate de quinine, il monte jusqu'à 1049 ou 50.

L'examen microscopique prouve en même temps que les phosphates sont considérablement augmentés dans l'urine, et cette augmentation est en rapport avec celle du poids spécifique. Le phosphate ammoniacal de soude, le phosphate de magnésie et le phosphate de chaux, se montrent en quantité considérable.

Le docteur Stuart en conclut qu'ils existaient en excès dans le sang, et il croit pouvoir attribuer leur excrétion à l'effet du sulfate de quinine et non à l'action du mouvement fébrile. Pour prouver cette proposition, il a expérimenté l'action du sulfate de quinine sur l'urine de sujets sains, d'abord sur lui-même, puis sur d'autres individus, et il a vu s'élever le poids spécifique de ce liquide.

Il en conclut que le sulfate de quinine augmente la quantité des matières solides de l'urine, qu'il agit par conséquent comme dépurateur du sang. Rien ne s'oppose à cette vue, mais on sent ici une lacune très-importante : le docteur Stuart ne dit point quelles sont ces substances solides que le sulfate de quinine amène avec plus d'abondance dans les urines à l'état sain? quelle en est la nature? Si c'était encore des phosphates, que deviendrait l'opinion de l'auteur sur le fait de leur accroissement en quantité pendant les fièvres miasmatiques? Il y a là des doutes à éclaircir.

REPRODUCTION DES OS DES JOINTURES, APRÈS LEUR DESTRUCTION PAR UN PANARIS; par M. TOLAND.

Ce chirurgien, de San Francisco, dit que les phalanges et leurs jointures peuvent se reproduire, après avoir été détruites par un panaris. A l'appui de cette opinion, il relate 7 faits, tous aussi merveilleux que le suivant :

OBS. — James Clarke, portefaix, de la Colombie, se présenta pour subir l'amputation du médius de la main droite, conseillée par un habile chirurgien. On lui pratiqua une incision latérale, grâce à laquelle on put reséquer les deux moitiés des deux dernières phalanges, et l'article intermédiaire.

Au bout de quatre semaines, au grand étonnement de M. Toland, les os s'étaient non seulement reproduits, mais encore il y avait une jointure parfaite, où s'exécutaient facilement des mouvements.

L'opéré reprit trop tôt son travail et les os s'incurvèrent légèrement, à cause de cette imprudence, mais les fonctions du doigt ne furent point altérées.

ABSORPTION ET REPRODUCTION DES APOPHYSES VERTÉBRALES; par M. HODGES.

OBS. — A la suite d'une fièvre typhoïde grave, une femme fut atteinte d'un abcès aux lombes, et plusieurs apophyses vertébrales furent détruites. Elle fut mise quelque temps à l'usage de l'iodure de potassium, et la reproduction osseuse s'exécuta bientôt.

Un an après elle accouchait heureusement de deux jumeaux.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

— M. BABINET fait, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Tavignot, concernant l'influence fâcheuse qu'exercent sur l'organisation les produits de la combustion du gaz d'éclairage et les appareils imaginés par l'auteur pour porter ces produits hors des enceintes où leur présence serait nuisible.

Avant que les conclusions soient mises aux voix, M. Dumas fait remarquer que ces inconvénients depuis longtemps reconnus ayant fait naître diverses inventions qui ont plus ou moins d'analogie avec celle de M. Tavignot, il semble regrettable qu'on ne trouve pas dans le rapport un examen comparatif des divers appareils qui permette de constater la supériorité attribuée par la commission à celui qu'elle a eu à envisager.

Ces observations ayant été appuyées par M. Pelouze et ayant évidemment obtenu l'assentiment de plusieurs autres membres, l'Académie décide que le rapport sera renvoyé à la commission, qui jugera s'il ne doit pas en effet être modifié dans le sens indiqué.

ÉTUDES CHIMIQUES SUR LES EAUX DU CANAL DE BRETAGNE DANS LE PARCOURS DE NANTES; par M. A. BOBIERRE.

(Commissaires : MM. Chevreul, Dumas, Boussingault.)

J'ai appliqué à l'étude des eaux du canal de Bretagne, dans la ville de Nantes, la méthode de détermination de l'ammoniaque due à M. Boussingault.

La masse fluide sur laquelle ont porté mes études, et dont les émanations infectes ont appelé, depuis quelque temps surtout, l'attention de l'administration, est contenue par un barrage situé au centre de la ville.

Il résulte des expériences, dont j'ai l'honneur d'envoyer le tableau à l'Académie, et qui ont trait au régime du canal en été et en hiver :

1° Que la quantité d'ammoniaque des eaux du canal de Bretagne s'élève jusqu'à 49 milligrammes par litre, en certains points de son parcours urbain pendant l'été ;

2° Qu'il y a une différence énorme entre le fond des eaux et leur surface dans une masse fluide contenue par un barrage ;

3° Que l'ammoniaque, en effet, peut s'élever au chiffre de 49 milligrammes pour le fond de l'eau, lorsque sa surface n'en renferme que 4 milligrammes;

4° Que les différences de température et de densité observées achèvent de démontrer la stagnation des portions infectes de l'eau, alors que le renouvellement s'effectue cependant par le courant, relativement indépendant, qui se fait à la surface, dans l'épaisseur du fluide supérieur au niveau du barrage.

— M. FOUCAUD DE L'ESPAGNERY, en adressant pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) un poëme intitulé : LES EAUX, expose dans la lettre d'envoi les motifs qui l'ont porté à donner cette forme à des instructions médicales, qui ainsi se fixeront mieux dans la mémoire. Il y joint, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication, en double copie, de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Renvoi à la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

NOTE SUR L'IRRITATION CHIMIQUE DES MUSCLES ET DES NERFS; par M. W. KUHNE. (Présentée par M. Cl. Bernard.)

Les substances dont nous avons indiqué précédemment les actions irritantes sur les muscles et les nerfs étaient tirées du règne minéral. Celles dont nous allons parler aujourd'hui appartiennent au règne organique et ont été choisies parmi les substances qui sont connues en général pour avoir des effets sur les matières constituantes des muscles et des nerfs. Nous avons essayé d'abord quelques acides organiques que nous avons appliqués sur le nerf moteur ou sur la coupe transversale du muscle. L'acide lactique montra tout de suite des propriétés très-frappantes. La cuisse d'une grenouille éprouva des convulsions violentes, lorsque son nerf était plongé dans un acide lactique très-concentré, et nous fûmes très-surpris que le muscle restât inaltéré et tranquille lorsque le même acide était appliqué sur sa coupe transversale. Néanmoins il devenait rigide lorsqu'il était plongé entièrement dans l'acide. Nous avons vu que le même phénomène a lieu quand on remplace l'acide lactique par la glycérine; et ces deux corps à l'état sirupeux, déterminent presque toujours un tétanos très-fort en agissant sur le nerf, tandis qu'ils ne font rien sur la coupe du muscle même. Après avoir constaté ce fait, nous avons ajouté de l'eau et nous avons vu que ces deux substances, à l'état dilué, perdent leurs effets irritants pour le nerf, et que les contractions musculaires commencent seulement dans cette condition à pouvoir être déterminées par de l'irritation directe. L'acide lactique concentré, puis dilué avec la moitié de son volume d'eau, agit très-peu sur le nerf; mais il commence déjà à déterminer des contractions par l'irritation directe. Quand on ajoute encore plus d'eau, on ne détermine jamais une excitation du nerf, tandis qu'on en provoque dans le muscle avec le même acide à une dilution vingt fois plus grande. La glycérine a la même propriété, excepté qu'elle devient inefficace déjà par 8 parties d'eau ajoutées; alors elle agit sur le muscle. Pour revenir aux acides organiques, j'ai trouvé que les vapeurs de l'acide acétique suffisent pour irriter le muscle, tandis que le nerf est irrité seulement par un acide presque pur qui ne contient pas d'eau. Au contraire, il y a des acides qui n'agissent jamais, quelle que soit leur concentration, ni sur le nerf ni sur le muscle. L'acide oxalique est dans ce cas.

J'ai essayé encore quelques autres substances volatiles, ce sont l'alcool, l'éther et le chloroforme, et j'ai trouvé que ces substances, qui agissent très-peu sur le nerf, qui ne produisent presque jamais de contractions par le moyen du nerf, déterminent avec rapidité la rigidité morbide des muscles. Les vapeurs de l'éther agissent malheureusement si vite sur le muscle, qu'il est impossible de l'employer comme excitant. L'alcool, au contraire, agit trop lentement, et on obtient très-rarement des contractions, même avec l'alcool absolu. Il me paraît que le chloroforme est, par ses propriétés physiques, plus en état d'agir sur le muscle, et j'ai trouvé souvent des contractions violentes en mettant du chloroforme sur la coupe transversale du muscle.

Toutes les substances dont il a été question jusqu'ici ne font pas partie de l'organisme même, excepté les chlorures de sodium et de potassium. Mais dans l'organisme il y a une matière qui a l'effet le plus remarquable sur les muscles et les nerfs : c'est la bile. On a discuté beaucoup sur les propriétés irritantes de la bile pour le nerf; il y a des physiologistes qui ont vu des convulsions en traitant un nerf par la bile, et il y en a qui nient ce phénomène. Les deux opinions peuvent être vraies, parce que l'effet dépend de la concentration de la bile. Un phénomène connu et plus curieux dont l'effet est toujours certain, c'est l'effet de la bile sur le muscle, qui se montre toujours et qui est produit par la bile de tous les animaux, quelle que soit sa concentration. Quand on ajoute une goutte de bile, ou d'une solution aqueuse, du glycocholate et taurocholate de potasse ou de soude pure, que j'ai substitué à la bile dans presque toutes mes expériences, tout le muscle se

contracte en se formant dans une masse très-caractéristique. Il faut connaître ce phénomène et le séparer des contractions véritables, car j'ai trouvé que le muscle mort et rigide ou déjà putréfié et couvert de vibrions, montre le même phénomène. La vraie contraction paraît au contraire seulement chez le muscle vivant et aussi au moyen de la bile, quand on plonge sa coupe transversale dans une solution de sels biliques. Mais dans ce cas aussi on trouve la grande différence entre le muscle et son nerf, c'est qu'une solution de moins de 6 pour 100 n'agit plus comme excitant sur le nerf, tandis qu'une solution de 2 pour 100 détermine encore une contraction violente par l'irritation directe du muscle.

Je me borne à ces expériences, parce qu'il faut avant tout connaître la constitution chimique du nerf et du muscle pour en finir avec la question de l'irritation chimique. A présent nous n'en savons pas assez pour prévoir les rapports entre les liquides irritants et les substances irritables ; mais ce que nous savons suffit pour nous conduire à une autre question, celle de l'irritabilité musculaire. On a pensé pouvoir nier une irritabilité des muscles indépendante des nerfs, parce qu'on a dit que chaque excitant qui agit sur le nerf doit exciter aussi le muscle directement, et pour cette cause on ne sait pas si c'est le muscle ou son nerf qu'on a irrité en employant la méthode directe. Nous admettons que le muscle reçoive toujours une irritation de son nerf quand il se contracte par l'irritation indirecte, et l'irritabilité musculaire surtout ne peut pas être douteuse, parce que le muscle ne se contracterait pas s'il n'était pas irritable pour cet état du nerf irrité. A cause de cela nous aimerons mieux répondre à cette question, de savoir quelles sont les substances chimiques qui agissent seulement sur le muscle. J'ai répété les expériences avec le curare, et j'ai trouvé que tous les muscles qui ne se contractaient plus par l'irritation indirecte, par la galvanisation ou l'irritation chimique de leurs nerfs, se contractaient toujours sans différence par tous les moyens chimiques qui agissent sur le muscle non empoisonné. De l'acide chlorhydrique très-dilué à 1 pour 1000, de la potasse ou des sels minéraux, ou des vapeurs d'ammoniaque appliquées sur la coupe fraîche d'un muscle privé de la plupart de ses nerfs par le curare, déterminent tous les phénomènes que nous avons décrits déjà pour les muscles sains. Nous ne pouvons pas prouver que les dernières extrémités des nerfs moteurs dans l'intérieur des muscles soient paralysées par le curare, mais nous pensons que la différence énorme entre le rapport du nerf et du muscle vis-à-vis les agents chimiques, donne une preuve que toutes les substances qui provoquent une contraction musculaire, seulement par leur application sur la coupe transversale qui termine le muscle, irritent le muscle seul et son nerf dans sa substance, et nous ajoutons la conclusion que chaque partie de la fibre primitive irritée et en état de contraction, communique une irritation à la partie suivante, c'est-à-dire que le muscle est conducteur de sa propre activité, tout à fait comme le nerf. J'ai observé que toutes les contractions déterminées par une irritation locale se transmettent dans toutes les parties du muscle, soit à l'état normal, soit à l'état d'empoisonnement par le curare. Le résultat était rendu évident par un appareil qui me montrait la contraction la plus petite de chaque partie du muscle, dans toute sa longueur, au moyen d'un levier dont l'extrémité oscillait jusqu'à une longueur de 5 centimètres. Les contractions produites par les procédés chimiques sont donc de même valeur que les autres, et j'ai trouvé qu'ils donnent aussi la contraction induite qui est produite par l'oscillation négative du courant électrique du muscle.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 14 MARS 1859.

Programme des prix proposés par l'Académie des sciences pour les années 1859, 1860, 1861, 1862 et 1863.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES,

PROPOSÉ EN 1857 POUR 1859.

(Commissaires : MM. Flourens, Duméril, Brongniart, Geoffroy-Saint-Hilaire, Cl. Bernard, Milne Edwards rapporteur.)

« Déterminer les rapports qui s'établissent entre les spermatozoïdes et l'œuf dans l'acte de la fécondation. »

Depuis quelques années, plusieurs naturalistes, en étudiant le mode de reproduction de certains vers et de quelques autres animaux inférieurs, ont reconnu que, lors de la fécondation, les spermatozoïdes entrent dans l'œuf. L'Académie demande aux concurrents de déterminer avec précision jusqu'où cette pénétration s'effectue, et quelles sont les parties constituantes de l'œuf que les spermatozoïdes traversent de la sorte. Elle désire que ces recherches soient faites sur des espèces choisies dans différentes classes du règne animal, et assez variées pour fournir des résultats généraux.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Les mémoires devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, le 31 décembre 1859, *terme de rigueur*.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

PRIX ALHUMBERT, POUR LES SCIENCES NATURELLES,

PROPOSÉ POUR 1862.

(Commissaires : MM. Geoffroy-Saint-Hilaire, Brongniart, Milne-Edwards, Serres, Flourens rapporteur.)

La commission propose le sujet suivant :

« Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un nouveau jour sur la question des générations dites spontanées. »

La commission demande des expériences précises, rigoureuses, également étudiées dans toutes les circonstances, et telles, en un mot, qu'il puisse en être déduit quelque résultat dégagé de toute confusion, née des expériences mêmes.

La commission désire que les concurrents étudient spécialement l'action de la température et des autres agents physiques sur la vitalité et le développement des germes des animaux et des végétaux inférieurs.

Le prix pourra être décerné à tout travail, manuscrit ou imprimé, qui aura paru avant le 1er octobre 1862, terme de rigueur, et qui aura rempli les conditions requises.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs*.

Les travaux devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut.

PRIX BORDIN,

PROPOSÉ EN 1857 POUR 1860.

(Commissaires : MM. Flourens, Geoffroy-Saint-Hilaire, Duméril, Cl. Bernard, Ad. Brongniart, Milne Edwards rapporteur.)

« Déterminer expérimentalement quelle influence les insectes peuvent exercer sur la production des maladies des plantes. »

On sait que l'action exercée par les insectes sur le tissu des végétaux y fait naître souvent des altérations pathologiques, soit locales, soit générales, et, dans ces dernières années, plusieurs agronomes ont attribué à des causes de ce genre diverses maladies dont les plantes ont été frappées.

L'Académie demande aux concurrents d'étudier expérimentalement les effets produits de la sorte sur les fonctions des différents organes des plantes et sur l'état général de celles-ci. On devra faire connaître les modifications qui surviennent dans la structure intime ou dans la composition chimique des tissus altérés, et déterminer les conditions qui peuvent être favorables ou défavorables au développement de ces états morbides. Enfin, on devra examiner aussi l'influence que les substances étrangères appliquées directement sur les parties malades, ou introduites dans l'organisme par l'absorption, peuvent exercer sur la marche de ces phénomènes pathologiques.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut avant le 31 décembre 1859, terme de rigueur.

Annonce des prix décernés pour l'année 1858.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

EXTRAIT DU RAPPORT SUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1858.

(Commissaires : MM. Flourens, Milne Edwards, Rayer, Serres, Cl. Bernard rapporteur.)

M. Jacubowitsch s'est proposé un des problèmes les plus ardus de la physiologie et de l'anatomie, celui de débrouiller la texture du système nerveux, de distinguer ses divers éléments constitutifs en vue de déterminer leur rôle physiologique. Cet auteur a reconnu et décrit, ainsi que nous l'avons vu, trois formes particulières de cellules nerveuses en rapport les unes avec les autres et en connexion avec trois ordres de fibres nerveuses différentes. Il a déterminé la disposition exacte de ces divers éléments histologiques nerveux dans la moelle épinière, la moelle allongée et le cerveau ; il a indiqué les points des centres nerveux dans lesquels ces cellules ou fibres se groupent, s'accumulent, se mélangent, se séparent, apparaissent ou disparaissent. Ces recherches anatomiques, faites non-seulement chez l'homme, mais encore dans les quatre classes d'animaux vertébrés, sont d'une très-grande importance pour la physiologie ; elles préparent de la manière la plus heureuse le terrain sur lequel devra s'établir ultérieurement la plus délicate des expérimentations physiologiques, puisqu'il s'agit de la porter sur les éléments histologiques mêmes des organes.

Depuis plusieurs années, M. Jacubowitsch poursuit ses recherches avec un zèle infatigable et une persévérance digne des plus grands éloges. La commission ne peut que désirer vivement, dans l'intérêt de la science, que ce travail difficile et si important ne soit pas discontinué, et elle accorde dès aujourd'hui à M. Jacubowitsch le grand prix de physiologie expérimentale.

La commission a eu à examiner les études anatomiques de M. Lenhossek sur le système nerveux central.

M. Lenhossek a plus spécialement porté son attention sur le mode d'arran-

gement des diverses substances qui constituent les centres nerveux. Il admet dans la moelle épinière quatre colonnes, dont deux antérieures motrices et deux postérieures sensitives, qui sont réunies les unes aux autres par la commissure grise. Dans la moelle allongée ces quatre colonnes changent leur position relative : les colonnes intérieures deviennent internes et les colonnes postérieures externes. Mais un des résultats les plus saillants du travail de M. Lenbossek, c'est que la substance des quatre colonnes grises de la moelle donnerait exclusivement naissance à toutes les racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens, de sorte que la substance blanche médullaire resterait complétement étrangère à la formation de ces nerfs et que cette substance blanche serait constituée par des fibres nerveuses primitives qui se termineraient dans divers organes du système nerveux central en forme de radiations.

M. Lenhossek a fait voir par des préparations spéciales que les deux corps olivaires sont composés de deux substances : l'une externe grise, avec des circonvolutions, l'autre interne blanche. La substance blanche est formée par l'irradiation des fibres primitives de ces corps, qui prennent leur origine dans les colonnes motrices.

Enfin nous rappellerons encore le fait intéressant signalé par M. Lenhossec, savoir qu'il existe, dans les plexus et à la surface de la pie-mère, des fibres nerveuses primitives intercalées avec des cellules nerveuses.

Les faits anatomiques nouveaux que le travail de M. Lenhossek renferme paraissent à la commission de nature à introduire des notions très-utiles à la physiologie, en particulier sur ce qui concerne le rôle des divers faisceaux médullaires de la moelle épinière.

La commission a examiné divers travaux que M. Lacaze-Duthiers a publiés depuis plusieurs années sur l'anatomie et la physiologie des mollusques de nos côtes.

Par l'ensemble de ses recherches, M. Lacaze-Duthiers a beaucoup contribué aux progrès de la plupart des branches de l'histoire de la grande classe des mollusques acéphales. Mais la commission a fixé principalement son attention sur les expériences et les observations de ce naturaliste, qui sont relatives : 1° à la circulation des fluides nourriciers chez les dentales ; 2° au développement de l'appareil respiratoire des moules, et 3° à la structure des glandes urinaires et des organes de la génération d'un nombre considérable d'autres mollusques.

La commission a jugé que les recherches de M. Lacaze-Duthiers étaient dignes de récompense de même que celles de M. Lenbossek, dont il a été précédemment question. En conséquence, elle accorde un second prix de physiologie expérimentale qu'elle partage entre MM. Lacaze-Duthiers et Lenhossek.

La commission a vu des expériences de M. Colin, ayant pour objet d'établir des fistules chyleuses, en introduisant un tube sur la partie supérieure du canal thoracique chez un animal vivant. L'idée d'introduire un tube dans le canal thoracique pour recueillir le mélange de chyle et de lympbe qui s'en écoule, est certainement venue à l'esprit de beaucoup de physiologistes, et cette expérience a même été réalisée par Flandrin sur le cheval. Néanmoins la commission, considérant que M. Colin, en perfectionnant ce procédé expérimental et en le répétant sur divers animaux, l'a rendu applicable à l'étude de plusieurs questions nouvelles, lui accorde une mention honorable.

Enfin, la commission du prix de physiologie expérimentale a encore remarqué les travaux de deux jeunes physiologistes : ceux de M. Marey sur la circulation, et ceux de M. le docteur Callihurcès relatifs à l'influence de la chaleur sur les tissus contractiles de l'organisme. La commission pense devoir encourager les auteurs à continuer leurs recherches.

PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1858.

(Commissaires : MM. Rayer, Andral, Cl. Bernard, Serres, Jules Cloquet, Jobert de Lamballe, Duméril, Flourens, Velpeau rapporteur.)

Cette année, comme les années précédentes, de nombreux travaux ont été soumis au jugement de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

Les auteurs auxquels votre commission propose d'accorder des distinctions publiques sont, d'après l'ordre de mérite :

1° M. Négrier, pour son ouvrage sur les ovaires, un prix de 2,500 fr. ;

2° M. Landouzy, pour ses Recherches sur l'amaurose dans l'albuminurie, une mention de 1,800 fr. ;

3° M. Boudin, pour son Traité de géographie et de statistique médicale, une mention de 1,800 fr. ;

4° M. Denis, pour ses Recherches sur le sang, une mention de 1,800 fr. ;

5° M. Giraldès, pour son travail sur l'Anatomie du cordon spermatique, une mention de 1,500 fr. ;

6° M. Forget, pour son Mémoire sur les anomalies dentaires, une mention de 1,500 fr.

PRIX.

M. Négrier.—Un grand fait a été introduit dans la science par M. Négrier, jusqu'à cet auteur, la menstruation des femmes était restée sans explication plausible, sans cause organique appréciable. Il n'en est plus de même aujourd'hui : par des recherches aussi nombreuses que variées, M. Négrier démontre que le flux cataménial tient à l'évolution des ovules, que chaque époque menstruelle coïncide avec la maturité, ou la chute d'un des ovules engendrés par l'ovaire.

La raison physiologique du flux périodique se trouve ainsi établie sur des bases fixes et ostensibles. Sous ce rapport, les travaux subséquents de MM. Gendrin, Raciborski, Bischoff, Pouchet et de quelques autres, ont pleinement confirmé les faits avancés et les opinions émises par M. Négrier dès 1827 et 1831, comme dans son mémoire de 1840, et qui n'ont sérieusement été contredits depuis que par M. Giraudet. Ajoutons que le dernier travail de l'auteur, celui qui nous a été soumis récemment, renferme en outre une foule d'observations et de faits d'une haute importance, relatifs à l'anatomie, aux fonctions, à la pathologie, soit des ovaires, soit de l'utérus, à l'inflammation des ovules et à l'hystérie en particulier.

La commission propose, en conséquence, d'accorder à M. Négrier un prix de 2,500 fr.

MENTIONS HONORABLES.

A. — M. Landouzy, professeur de clinique à l'école de Reims, a appelé l'attention sur les troubles de la vue qui compliquent ou précèdent la maladie de Bright. Son premier mémoire, présenté à l'Institut le 8 octobre 1849, avait pour titre : De l'affaiblissement de la vue dans la néphrite albumineuse, et contenait quinze observations. Le deuxième, publié un an après, avait pour titre : De l'amaurose dans la néphrite albumineuse.

Le mot *amaurose* étant pris dans son acception étymologique générale, résume assez bien les différentes altérations de la vision. Tantôt, en effet, le trouble de la vue se manifeste sous forme de diplopie, d'hémiopie, de presbytie, de nyctalopie, d'héméralopie, tantôt sous forme de faiblesse, tantôt sous forme d'exaltation momentanée, de sensibilité douloureuse, etc.

Il résulte des recherches de M. Landouzy : 1° que les troubles de la vue sont un symptôme fréquent de la néphrite albumineuse ; 2° que ces troubles constituent une nouvelle espèce d'amaurose qu'on peut appeler amaurose albuminurique.

Depuis 1849, de nombreuses observations confirmatives sont venues s'ajouter à celles du médecin de Reims.

M. Landouzy ayant fait connaître un symptôme important de la maladie de Bright, et signalé une variété nouvelle d'amaurose symptomatique de cette affection, la commission a jugé ses travaux dignes d'une mention honorable, et propose d'accorder à l'auteur une récompense de 1,800 fr.

B. — M. Boudin, auteur d'un Traité de géographie et de statistique médicales, s'est donné la tâche difficile d'étudier les modifications qu'impriment aux maladies les localités, les climats et les races.

L'attention de la commission, déjà fixée par l'intérêt du sujet, l'a été aussi par le mérite du livre. Sans précédent ni modèle dans la littérature médicale de la France, cet ouvrage abonde en faits et en renseignements. Tous les documents français ou étrangers qui sont relatifs à la distribution géographique des maladies, ont été consultés, examinés, discutés par l'auteur.

Plusieurs affections, dont le nom figure à peine dans nos Traités de pathologie, sont là, décrites avec toute l'exactitude que comporte l'état de la science.

Nous n'avons pas besoin de noter que la connaissance de la distribution géographique des maladies n'en est qu'à ses commencements. Il serait injuste de demander que, dans un travail si général, une foule de questions eussent reçu une solution définitive et toujours exacte. Le temps et de nouvelles observations feront ce qu'ils font partout, et perfectionneront une science à laquelle le nom de M. Boudin restera honorablement attaché.

La commission propose donc d'accorder à M. Boudin une mention honorable de *dix-huit cent francs*.

C. — M. Denis. — Avec une louable persévérance, M. Denis n'a pas cessé depuis 1830 de s'occuper du sang et de l'étude de ceux de ses principes immédiats qu'on désigne aujourd'hui par l'expression de *substances ou matières albuminoïdes*. Il distingue en espèces : 1° l'*albumine*, blanc d'œuf ; 2° la *sérine*, albumine du sérum du sang ; 3° la *caséine* ; 4° la *fibrine du sang* ; 5° la *globuline* ; 6° la *plasmine* : mais accepter ces matières comme espèces parfaitement définies par les caractères que le docteur Denis leur assigne est impossible aux chimistes qui connaissent les difficultés de définir en espèces les principes immédiats organiques en général, et en particulier les matières azotées incristallisables, dont la facilité à être modifiées est une nécessité même des besoins auxquels elles doivent satisfaire dans les êtres vivants.

Il ne suffit donc pas, pour en faire des espèces, de l'observation de quelques différences que présentent des principes immédiats de ce genre quand on les soumet au contact de quelques réactifs, il faut encore un ensemble de faits précis et déduits d'expériences liées à l'étude de la composition élémentaire de chacun d'eux pour établir la valeur des caractères par lesquels on les définit en espèces.

Si sous ce rapport les travaux de M. Denis laissent à désirer, reconnaissons d'un autre côté qu'il a fait connaître des faits d'un grand intérêt, et que s'il n'a pas toujours expliqué suffisamment plusieurs de ces faits, il a indiqué aux chimistes un genre de recherches qui aura quelque jour d'importants résultats, et que, dès aujourd'hui, la physiologie et la médecine peuvent s'éclairer des résultats que le docteur Denis a acquis à la science.

D'après les considérations :

1° De la difficulté inhérente à l'étude chimique des *matières albuminoïdes* ;

2° De l'importance du rôle que ces matières remplissent dans l'économie chimique des êtres vivants ;

3° Des faits intéressants découverts par le docteur Denis ;

4° De la persévérance avec laquelle il a continué ses travaux et de l'excellent exemple qu'il a donné en se livrant loin de Paris à de pareilles recher-

ches, la Commission pense qu'il a mérité une mention honorable de *dix-huit cent francs*.

D. — M. Giraldès a soumis à la Commission un travail intitulé : Recherches anatomiques sur un organe placé dans le cordon spermatique et dont l'existence n'a pas été signalée par les anatomistes.

L'organe dont il est question dans ce travail paraît représenter chez l'homme le canal de Rosenmuller et n'être qu'une dépendance du corps de Wolf. Sa texture est canaliculée, réticulaire, c'est-à-dire qu'il est formé de tubes renflés dont les ampoules, les dilatations se détachent de l'ensemble pour former des vésicules séparées. La dilatation ultérieure de ces vésicules est le point de départ de certains kystes du cordon testiculaire. L'auteur démontre par des observations que ces tumeurs, qui n'ont point été signalées sur le fœtus, sont assez communes au moment de la naissance, fait important dont il faudra tenir compte dès à présent dans l'histoire des kystes de l'épididyme. Les descriptions anatomiques de l'auteur sont accompagnées de dessins coloriés d'une grande exactitude, qui rendent facile l'intelligence du texte.

La Commission propose en conséquence d'accorder à M. Giraldès une mention honorable de *quinze cents francs*.

E. — M. Forget. — Dans un mémoire sur les anomalies dentaires et leur influence sur les maladies des os maxillaires, M. Forget traite des altérations de nutrition et de développement des dents.

Après avoir fait le récit d'une observation intéressante de tumeur développée dans l'os maxillaire inférieur et du traitement que cette tumeur a exigé, il conclut qu'elle n'était autre qu'un produit de la fusion des follicules ou de leur supersécrétion ainsi que de la fonction exagérée de la membrane périosto-dentaire.

Se fondant sur le siége de la tumeur, sur l'absence des dents, sur la nature de la production examinée d'ailleurs au microscope avec le plus grand soin, M. Forget formule sa pensée en disant que des tumeurs osseuses peuvent être le résultat d'un surcroît d'action des follicules dentaires et de leur enveloppe.

Il résulte en outre de son travail un fait complément nouveau, à savoir : que les dents se trouvant par anomalie dans l'épaisseur des maxillaires, peuvent y subir des transformations telles que, dans certains cas, elles constituent de véritables tumeurs dont la nature et l'origine n'avaient point été entrevues jusqu'ici.

Une mention honorable de *quinze cents francs* nous a paru devoir être accordée à M. Forget pour ce travail.

MENTIONS SIMPLES.

1° La commission a remarqué en outre un travail de M. Durand Fardel, intitulé : Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques.

En prenant la pathologie pour base de son enseignement, l'auteur s'est placé à un point de vue nouveau ; et en présentant aux médecins les éléments d'une application rationnelle et scientifique des eaux minérales au traitement des maladies chroniques, il a donné à son ouvrage un caractère pratique qui nous a paru digne d'être mentionné dans ce rapport.

2° La commission croit enfin devoir indiquer, en terminant, un mémoire de M. Lefoulon, dans lequel l'auteur cherche à démontrer que les déviations des dents dépendent le plus souvent d'un vice de conformation des os maxillaires plutôt que des dents elles-mêmes.

PRIX BRÉANT.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE 1858.

(Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Cl. Bernard, Jules Cloquet, Jobert de Lamballe, Andral rapporteur.)

La section de médecine vient, pour la troisième fois, vous présenter son rapport sur les travaux qui, dans le cours de chaque année, vous sont adressés sur le choléra pour le prix fondé par M. Bréant. Cette année, pas plus que les précédentes, la section n'a à vous proposer de décerner ce prix ; mais elle a cru devoir signaler à votre attention et distinguer par une récompense, suivant l'intention du testateur, un travail dans lequel l'auteur, M. Doyère, expose le résultat de ses expériences, soit sur la composition de l'air expiré chez les cholériques, soit sur la température du corps de ces malades pendant les derniers instants de leur vie.

Pour obtenir les premiers résultats, M. Doyère a imaginé un appareil qui, par sa simplicité, rend les recherches de ce genre plus abordables pour les médecins, et assez exactes pour donner des résultats comparables. C'est ce même appareil que MM. Ch. Sainte-Claire Deville et Leblanc ont exclusivement employé dans leur travail sur les gaz des volcans.

M. Doyère a consigné, dans son mémoire, 209 analyses de produits expirés, dont 170 chez les cholériques et 39 chez l'homme sain. Chaque analyse comprend la détermination de l'oxygène consommé et celle de l'acide carbonique produit.

Déjà, en 1832, notre savant confrère, M. Rayer, avait annoncé que l'air expiré par les cholériques contient plus d'oxygène que dans l'état normal. M. Doyère a confirmé ce résultat et l'a suivi dans ses détails ; il n'a vu, dans aucun cas, l'absorption de l'oxygène se réduire à zéro : il n'a donc jamais vu l'air expiré contenir autant d'oxygène que l'air inspiré ; mais il a constaté que plus le choléra était grave, plus on retrouvait d'oxygène dans l'air expiré.

Quant à l'acide carbonique, M. Doyère a rencontré constamment un abaissement notable de la proportion de ce gaz dans l'air expiré par les cholériques ; il n'en trouvait plus en moyenne que 1 pour 100.

Du reste, on peut, par l'analyse des produits expirés, mesurer la gravité du mal. Ainsi, chez les cholériques qui ont guéri promptement, l'oxygène absorbé n'est pas tombé au-dessous de 3 pour 100, ni l'acide carbonique exhalé au-dessous de 2,3 pour 100 ; et par contre M. Doyère n'a vu aucun malade sauvé, après que les chiffres donnés par l'analyse étaient tombés plus bas que 1,75 pour le premier gaz, et que 1,45 pour le second, et cela dans le cas même où l'amélioration des symptômes avait fait concevoir de grandes espérances.

M. Doyère a trouvé en outre que, chez les cholériques, l'acide carbonique produit est aussi fréquemment supérieur à l'oxygène absorbé qu'a lieu le rapport contraire, que les moyennes s'éloignent beaucoup moins de l'égalité qu'on ne l'admet généralement, et qu'enfin dans le choléra, comme dans certains cas d'asphyxie dont M. Doyère donne les observations, la quantité d'oxygène absorbé est toujours supérieure à celle de l'acide carbonique produit.

Mais ici une question se présente : cette modification dans la proportion normale des produits expirés est-elle un fait propre au choléra ? Postérieurement à la publication de son premier mémoire, l'observation a révélé le contraire à M. Doyère. En effet, dans des expériences plus récentes entreprises par lui à l'hôpital de la Charité, sous les yeux de M. Rayer, chez des malades atteints de fièvre typhoïde, et chez un autre atteint de pneumonie aiguë, M. Doyère a trouvé, dans l'air expiré, une aussi faible proportion d'acide carbonique que chez les cholériques. Déjà, du reste, dès 1844, le docteur Malcolm, cité à ce sujet par Bérard, dans son Traité de physiologie, avait constaté que, dans le typhus, il s'échappait du poumon une quantité moindre d'acide carbonique.

Dans ces cas divers, l'abaissement du chiffre du gaz acide carbonique était-il dû, soit aux conditions spéciales qui dominent l'organisme dans le typhus et dans la fièvre typhoïde, soit à l'altération que subit l'appareil respiratoire lui-même dans la pneumonie, ou bien cet abaissement du chiffre du carbone que le poumon doit normalement éliminer serait-il une condition générale de l'état fébrile, quels que soient son point de départ et sa nature ? Question grave, qui demande de nouvelles recherches dont il n'est pas besoin de faire sentir toute l'importance. Qui ne voit, en effet, que la théorie des phénomènes de l'état fébrile pourrait en recevoir un nouveau jour ?

Nous arrivons maintenant à signaler un des résultats les plus intéressants du travail de M. Doyère : c'est que, malgré la diminution d'activité de la fonction respiratoire, malgré la combustion moindre du carbone, la température du corps ne va pas moins s'accroissant d'une manière notable ; et alors qu'il ne s'échappe plus par le poumon qu'une quantité d'acide carbonique beaucoup plus faible que celle de l'état physiologique, on voit la température axillaire marquer 40 degrés et plus.

Mais ce n'est pas tout : un fait inattendu, relatif à cette température, est venu s'offrir à M. Doyère ; aux approches de la mort, lorsque la circulation s'embarrasse et va s'arrêter, lorsque la fonction respiratoire devient d'instant en instant moins active, la température axillaire augmente chez des cholériques à ce point qu'elle s'élève jusqu'à 43 degrés, c'est-à-dire qu'elle atteint alors un maximum auquel elle ne monte que très-rarement dans les maladies fébriles pendant le cours desquelles on observe la plus grande production de chaleur. Au moment où la mort survient, ce singulier phénomène d'ascension de la température cesse brusquement. Ces faits, comme les précédents, ont été vérifiés à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer. Du reste, l'élévation de la température dans l'agonie du choléra avait été déjà signalée. Ce phénomène n'avait pas échappé à l'attention des médecins français qui, en 1830, allèrent en Pologne étudier le choléra ; plusieurs médecins étrangers, soit en Angleterre, soit aux États-Unis, ont appelé l'attention sur le même fait. Cependant est-ce encore là un phénomène propre au choléra, ou bien ne le retrouve-t-on pas, comme la diminution du gaz acide carbonique expiré, dans d'autres maladies ? Cette question, M. Doyère se l'est posée, et il l'a résolue en citant un cas de fièvre typhoïde, où il a vu également la température axillaire s'élever notablement pendant les derniers moments de l'existence. Les auteurs que nous avons cités plus haut indiquent des faits analogues : ils ont vu la température s'élever dans la période ultime de la scarlatine et de la fièvre jaune, comme dans celle du choléra. M. Bennett Dowler affirme même que non-seulement pendant l'agonie, mais même immédiatement après la mort, la température du corps s'élève ; nous avons vu que M. Doyère a été conduit par ses recherches à un résultat contraire.

On peut maintenant se demander si cette production subite d'une plus forte somme de chaleur, au moment où la vie va finir, appartient seulement à l'agonie de certaines maladies, ou si ce n'est pas là un des phénomènes de l'agonie elle-même, quelle que soit la maladie qui ait existé.

En résumé, M. Doyère, dans le travail dont nous venons de vous présenter l'analyse, a cherché à éclairer de la vive lumière des sciences physiques d'importants problèmes de pathologie, et toute tentative de ce genre, si elle ne méconnaît pas les lois de la vie, si elle prend pour appui et pour guide la méthode expérimentale, ne saurait être trop encouragée ; il a appelé l'attention sur des faits ou inconnus ou trop peu étudiés, et enfin les recherches qu'il a entreprises, et qui ne sont encore, il faut le reconnaître, qu'à leur commencement et comme à l'état d'essai, nous semblent être du nombre de celles qui, par leur nature, ont à coup sûr de l'avenir.

La section de médecine a l'honneur de vous proposer de décerner à

M. Doyère, à titre de prix annuel, conformément à la volonté du testateur, la somme de *cinq mille francs*, en l'engageant à poursuivre et à compléter ses recherches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne), dans les départements de Vaucluse, du Gard, de la Sarthe, de la Côte d'Or, de l'Orne et des Basses-Alpes. (Comm. des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. le docteur E. Barthez qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique;

2° Trois observations d'hémacélinose de Wherlhoff (genre porpora) par M. le docteur Dubourg (de Marmande). M. Devergie est prié de faire un rapport verbal sur cette communication;

3° Un mémoire de M. le docteur Pétrequin intitulé : DE LA PONCTION PROSTATIQUE DE LA VESSIE ET DE LA RESTAURATION DE L'URÈTRE DANS UN CAS DE DESTRUCTION DE CE CANAL PAR UNE CONTUSION VIOLENTE DU PÉRINÉE (Commissaires : MM. Velpeau et Jobert);

4° Un paquet cacheté adressé par M. le docteur Tampier. (Accepté.)

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que dans la prochaine séance elle aura à nommer des commissions des prix de l'Académie, et qu'elle entendra, en comité secret, un premier rapport sur les candidatures à la place vacante de correspondant.

M. ROBIN dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur Luschka (de Tubingue), l'ouvrage que cet auteur vient de publier *sur les hémi-diarthroses* ou articulations symphysaires.

RAPPORTS. — REMÈDES SECRETS.

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

L'Académie adopte également les conclusions favorables d'un rapport sur l'emploi du caoutchouc ramolli dans le traitement des engelures et des plaies, moyen proposé par M. le docteur Guépin et M. Duhamel.

EAUX DE SAINT-ALBAN.

M. BOUDET lit en son nom et au nom de MM. Poggiale et Henry un rapport sur l'analyse chimique des eaux minérales de Saint-Alban (Loire) par M. J. Lefort.

« Les analyses de M. Lefort, exécutées aux sources mêmes, font connaître la proportion considérable d'acide carbonique contenu dans l'eau de Saint-Alban. Cet acide carbonique ne contient aucune trace d'acide sulfhydrique, et c'est sans doute à sa pureté absolue que l'on doit attribuer la vogue des eaux artificielles dont il alimente la fabrication et l'exportation.

» M. Lefort a recherché avec une attention toute spéciale la présence des sulfates dans l'eau de Saint-Alban; il n'en a pas rencontré la plus légère trace. Elle est d'ailleurs très-riche en bicarbonates de soude, de chaux et de magnésie. Le fer y existe à l'état de bicarbonate et dans une proportion suffisante pour lui donner les véritables caractères d'une eau ferrugineuse. La présence de l'iodure de sodium et de l'arséniate de soude, constatée pour la première fois dans l'eau de Saint-Alban par M. Lefort, ne peut manquer de lui faire acquérir une nouvelle importance au point de vue médical. »

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL DE L'UTÉRUS.

M. HUGUIER donne lecture de quelques passages de la dernière partie de son mémoire *sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus* et des conclusions dans lesquelles il résume ce travail.

Voici ces conclusions :

1° La chute de l'utérus, qu'elle soit complète ou incomplète, n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées par un seul mot.

2° Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complètement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas, dans la très-grande majorité des cas, parce qu'elle est abaissée dans son ensemble, et complètement sortie du bassin, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général.

3° Dans l'affection désignée sous le nom de précipitation, l'allongement hypertrophique n'est pas l'exception, mais bien la règle très-générale.

4° Deux variétés principales d'hypertrophie longitudinale : la sons et la sus-vaginale, qui constituent en quelque sorte deux maladies différentes, peuvent simuler la descente et la précipitation de la matrice.

5° Dans la première espèce d'allongement, le col de la matrice forme, dans la cavité du vagin, une saillie cylindroïde ou conoïde, plus ou moins allongée, dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture vulvaire ou même s'engage entre les lèvres de la partie, sans que le conduit vulvo-utérin soit raccourci, invaginé, ou renversé sur lui-même.

6° Elle a été, jusque dans ces derniers temps, confondue avec l'abaissement et la descente de la matrice, lorsqu'elle n'a pas été prise et traitée pour un polype, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe du col ou une hydropisie de cette partie.

7° Aucune description complète n'en avait encore été donnée, bien qu'elle ait des caractères très-tranchés sous le rapport de son développement, de ses symptômes et de son traitement.

8° Les moyens médicaux et les diverses espèces de cautérisation ne sont applicables qu'aux hypertrophies légères et à celles compliquées d'inflammation et d'engorgement.

9° Les pessaires sont le plus souvent inutiles ou dangereux.

10° Lorsqu'un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents sérieux, et qu'il a une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen véritablement efficace et curatif à employer : c'est la resection du col à un demi-centimètre au-dessous de l'insertion du vagin.

11° La maladie que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de prolapsus, de précipitation ou de chute complète de l'utérus, n'est très-généralement autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion *sus-vaginale* de l'organe, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendant entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

12° Les faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, que l'on trouve rapportés çà et là dans les auteurs des deux derniers siècles et de celui-ci, étaient passés inaperçus, et avaient été jusqu'à présent entièrement perdus pour la science.

Les auteurs mêmes de ces faits n'en avaient tiré aucune conclusion pratique et avaient toujours confondu cette affection avec la véritable précipitation de l'utérus.

13° On ne trouve dans presque aucun ouvrage des preuves irrécusables, séméiotiques et anatomo-pathologiques de l'existence de la chute complète de l'utérus.

14° Au contraire, les faits d'anatomie pathologique que nous avons décrits, ceux que plusieurs de nos collègues ont, depuis nos observations, démontrés à la Société de chirurgie, et ceux contenus dans le musée Dupuytren, prouvent la fréquence de l'allongement hypertrophique et celle de la chute du col, seulement dans l'affection appelée précipitation de la matrice.

15° L'hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale du col et la chute de l'utérus ont des caractères pathologiques et séméiotiques différents qui servent à distinguer ces deux affections.

16° Le relâchement, l'affaiblissement et la destruction forcée, pas plus que la destruction des ligaments larges ou des ligaments ronds ne concourent d'une manière bien efficace à la chute de l'utérus; il n'en est pas de même des altérations analogues des ligaments utéro-lombaires.

17° Dans le traitement de cette affection, on ne devra avoir recours à une opération sanglante ou chirurgicale proprement dite, que lorsqu'elle détermine des accidents sérieux et que l'on a la certitude que les moyens médicaux et prothétiques sont insuffisants.

18° Toutes les opérations qui ont été inventées jusqu'à ce jour pour remplir les indications thérapeutiques qu'elle réclame sont insuffisantes. Elles peuvent être utiles dans le cas de simple chute de l'utérus, sans allongement hypertrophique, et sous ce rapport elles doivent rester dans la science.

19° Dans cet allongement hypertrophique du col, suivi de la précipitation de cette partie, et du renversement du vagin, la seule opération qui remplisse les principales indications, et qui puisse être suivie de succès, c'est l'amputation du col au-dessus de l'insertion du vagin, plus ou moins près du corps de l'organe, suivant le degré de l'allongement.

20° Cette opération ne devra jamais être pratiquée avant d'avoir pris préalablement des précautions contre les inflammations consécutives.

Ces précautions devront être continuées avec le plus grand soin pendant les quinze ou vingt premiers jour qui les suivront.

21° Les artères du tissu utérin sont très-difficiles à saisir et à lier; il faut se servir, pour y arriver promptement et sûrement, d'une espèce de ténaculum qu'on laisse à demeure jusqu'à ce qu'il tombe spontanément.

22° L'écraseur linéaire nous a paru utile pour terminer la section du col, surtout si cette partie est très-vasculaire.

23° Lorsque la maladie est précédée d'une rectocèle ou d'une cystocèle volumineuses, on même de ces deux affections à la fois, après avoir enlevé le col, il peut être nécessaire d'opérer isolément les hernies du rectum et de la vessie, comme cela nous est arrivé plusieurs fois avec succès.

24° L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin.

25° Lorsque l'on n'opère pas dans les conditions indiquées dans la précédente conclusion, la maladie ne récidive pas, et la santé redevient aussi florissante qu'elle était avant le développement de l'affection.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL propose de renvoyer la discussion à laquelle pourra donner lieu le mémoire de M. Huguier, à la prochaine séance.

M. MOREAU : Je demanderai à M. Huguier une simple explication. Qu'entend-il par ligaments utéro-lombaires? Je ne connais pas ces ligaments-là.

M. HUGUIER répond qu'il désigne sous ce nom les ligaments appelés à tort ligaments utéro-sacrés; partis du point de réunion du col et du corps de l'utérus, ils se portent sur les côtés du rectum et de là, comme il est facile de le voir chez les filles vierges et chez les jeunes femmes, sur les parties latérales de la dernière vertèbre lombaire, ne se fixant nullement au sacrum. M. Huguier ajoute que c'est par la déchirure de ces ligaments que peuvent s'expliquer les douleurs et la sensation du craquement que les femmes éprouvent parfois dans la région lombaire au moment où l'utérus se précipite.

M. LANGIER propose de renvoyer la discussion après l'impression du mémoire de M. Huguier; les conclusions ne lui semblent pas suffisantes pour servir de base à une discussion.

M. DEPAUL appuie la proposition de M. Laugier. Quelques explications sont échangées entre M. Depaul et M. Huguier au sujet des opérations applicables aux cystocèles vaginales.

M. HUGUIER croit que les rectocèles tiennent à la faiblesse de la cloison recto-vaginale qui prend une étendue anormale; pour y remédier, dit-il, comme il faut respecter le rectum, on se contente d'enlever une partie de la paroi postérieure du vagin, ce qui est facile en portant le doigt dans le rectum.

L'opération destinée à guérir la cystocèle est plus difficile; la vessie adhère intimement au vagin dans toute son étendue, et on n'a pas la ressource d'y introduire le doigt, à moins de précautions préalables. En enlevant une lanière de la paroi antérieure du vagin, à l'aide du histouri pour refouler ensuite la vessie et appliquer des points de suture, j'ai rencontré de très-grandes difficultés; on a également à redouter des hémorrhagies abondantes pendant cette opération. Pour les éviter, j'ai songé à employer l'écraseur linéaire, et afin de ne pas comprendre la vessie dans l'anse de l'instrument, j'essayai de me guider sur une sonde placée dans la vessie. Ce procédé ne donne pas une garantie suffisante, et je n'opère plus aujourd'hui qu'après avoir dilaté l'urètre de manière à pouvoir introduire l'auriculaire dans la vessie. Je mets alors des épingles en croix dans la paroi antérieure du vagin, au-dessus et au-dessous de la cystocèle, et je passe sous ces épingles d'abord une anse de fil et ensuite celles de l'écraseur. J'ai encore répété cette opération il y a huit jours, avec le concours de M. Verneuil. Trois écraseurs furent appliqués et serrés en même temps. Il n'y a pas eu le moindre accident, pas même de la fièvre, et je suis convaincu que cette malade quittera bientôt l'hôpital, complétement guérie. Je me propose d'ailleurs de présenter bientôt à l'Académie un mémoire sur cette question.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait observer qu'il se passera plusieurs mois avant que le mémoire de M. Huguier, réservé pour les *Mémoires in-4°* de l'Académie, puisse être imprimé; on ne peut guère remettre la discussion jusque-là. Les conclusions du mémoire seront imprimées dans le *Bulletin*, et le manuscrit lui-même sera déposé au bureau, où les membres de l'Académie qui voudront prendre part à la discussion pourront le consulter.

La discussion du mémoire de M. Huguier est, en conséquence, renvoyée à mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

APPAREILS MODELÉS, OU NOUVEAU SYSTÈME DE DÉLIGATION POUR LES FRACTURES DES MEMBRES; par M. MERCHIE, chevalier de l'ordre de Léopold, médecin principal de l'hôpital de GAND. — In-8° de 607 pages, avec 82 planches intercalées dans le texte. — Paris, chez J.-B. Baillière.

Cet ouvrage, dans lequel M. Merchie expose son nouveau système de traitement des fractures, comprend plusieurs parties.

La première est consacrée à l'analyse historique des nombreux moyens imaginés par les chirurgiens pour remédier aux lésions de continuité des os. Quoiqu'elle n'ait aucune prétention à l'originalité, elle renferme beaucoup d'érudition, et nous offre une excellente classification des divers bandages ou appareils.

La deuxième partie du travail contient l'exposition du système de déligation propre à l'auteur. Sous forme d'introduction, il a développé ses idées sur plusieurs questions importantes, telles que la compression, l'occlusion et la contention.

Les considérations générales auxquelles il se livre se terminent par les conclusions suivantes :

1° La compression est indispensable dans le traitement des fractures;

2° La meilleure manière de l'exécuter est d'entourer le membre de coton ouaté et d'une bande roulée;

3° Le coton est un bon agent d'occlusion; il s'oppose au développement des accidents inflammatoires;

4° La contention circulaire produite par un bandage ouaté et cartonné est supérieure à toutes les autres.

C'est avec raison que l'auteur a traité ces divers points avec une certaine étendue; de leur connaissance parfaite résulte, en effet, pour le praticien, une source de précieuses indications qui régleront la thérapeutique des fractures.

Le mode de déligation que M. Merchie propose dérive du bandage de M. Seutin, mais il en diffère sur quelques points.

Le principe qui le guide, c'est d'avoir une collection d'attelles de carton modelées à l'avance; on les applique mouillées sur un sujet sain, et on les laisse dessécher. Elles sont de quatre dimensions principales, et peuvent répondre à tous les besoins de la pratique. Il y en a deux pour chaque membre, une interne et une externe.

Une fracture étant donnée, on entoure d'abord le membre de coton ouaté, puis d'un bandage roulé. M. Merchie affirme avoir mis le premier en pratique, ce mode de compression. On choisit ensuite les attelles modelées dont la dimension convient au sujet; on les modifie même s'il est nécessaire. L'interne est placée la première et l'externe la seconde. Toutes deux sont maintenues en place par des tours de bandes, des courroies ou des lacs.

Grâce à la simplification qu'il propose, le traitement et le pansement des fractures, dit l'auteur, deviennent aussi faciles et aussi expéditifs que l'application d'un bandage herniaire. L'amidon n'est employé que dans les cas exceptionnels; la lente dessiccation du carton mouillé ne devient plus un obstacle, l'opération s'exécute sans fatigue pour l'opérateur, comme sans souffrance pour le blessé. On prépare à l'avance des appareils prothétiques et orthopédiques qui se placent instantanément; pourquoi n'agirait-on pas de même dans la thérapeutique des fractures?

C'est après avoir fréquemment constaté l'insuffisance des appareils ordinaires, que M. Merchie se mit à l'œuvre pour trouver quelque chose de nouveau et de plus parfait.

Il a eu de nombreuses occasions de constater la supériorité de son système, après les grandes manœuvres de cavalerie, qui amènent toujours une plus forte proportion de fractures.

Des objections sérieuses peuvent être placées en regard de ces avantages incontestables; M. Merchie a le bon esprit d'en reconnaître lui-même la portée. Dans les armées, où les hommes sont en général bien constitués, où leur taille oscille entre de minimes différences, les attelles modelées à l'avance pourront rendre d'utiles services; mais dans les hôpitaux civils, en sera-il de même? Là tout est variable, la dimension des membres, leur volume, leur configuration, etc. Le bandage amidonné est journellement employé dans le traitement des tumeurs blanches; l'appareil modelé pourra-t-il se conformer à toutes leurs diversités pathologiques?

Ce livre possède toutefois une valeur réelle; il témoigne de profondes recherches, d'un ardent désir du progrès; son style est clair et précis, il se lit avec plaisir; il abonde en faits bien observés et parfaitement concluants. 82 figures, intercalées dans le texte viennent encore en rehausser le prix. Elles sont d'un genre tout nouveau et peignent les choses à l'esprit bien mieux qu'une longue et minutieuse description. Les unes représentent les appareils anciens; aucun ouvrage classique n'en renferme, que nous sachions, une collection aussi complète; copiées dans les textes originaux, elles sont nécessairement d'une plus grande fidélité et peuvent être consultées avec fruit; les autres reproduisent les appareils nouveaux, et elles démontrent, chez l'artiste, une grande habileté.

Dr D*.

VARIÉTÉS.

— Le MONITEUR UNIVERSEL publie un décret impérial du 9 mars pour la promotion et l'admission dans la Légion d'honneur d'officiers et de marins qui ont pris part aux affaires de Chine et à l'expédition de Tourane.

Sur 26 chevaliers, 12 ont été nommés parmi les officiers de vaisseau, 6 parmi les officiers de santé; 1 est ingénieur des constructions navales, 2 appartiennent au corps du génie militaire, 1 à l'artillerie de marine, 3 à l'infanterie de marine, 1 aux équipages de la flotte.

2 chirurgiens sont aides-majors de l'infanterie de marine, les 4 autres font partie de l'état-major des navires placés sous les ordres de l'amiral Rigault de Genouilly. On remarquera, enfin, que les deux chirurgiens de 3e classe n'ont point encore atteint l'âge de 23 ans, et comptent, l'un deux ans, l'autre seize mois de service dans la marine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN. — ACADÉMIE DE BELGIQUE : L'OPHTHALMIE MILITAIRE BELGE.

Le col de la matrice peut, comme le nez, comme les yeux, comme toute autre partie du corps, offrir des différences de dimensions et de forme qui ne sont que des variétés du type normal. Telle est l'opinion émise, dans la dernière séance, par M. Depaul, dans son examen critique d'un mémoire communiqué par M. Huguier, sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Mais le fait sur lequel M. Huguier a cru devoir appeler l'attention, et pour lequel il a proposé une opération grave, n'est-il qu'une simple variété du type normal, ou bien constitue-t-il une anomalie véritable, voir même un vice de conformation? C'est ce que ni M. Depaul, ni M. Huguier n'ont eu l'idée d'examiner. Il est de fait que toutes les parties du corps sont susceptibles d'offrir des différences individuelles, qu'on est convenu d'appeler de simples variations du type normal ; ces variations, où s'arrêtent-elles? Où commence l'anomalie, où commence le vice de conformation? Voilà, si nous ne nous trompons, par où auteur et contradicteur auraient dû commencer pour s'entendre et se faire comprendre. Il est de toute évidence qu'à un certain degré l'anomalie et le vice de conformation frappent tous les yeux et ne peuvent tromper personne ; mais lorsqu'il est question d'une opération chirurgicale, la précision de l'indication est de rigueur. Voilà ce qui nous a frappé tout d'abord dans le mémoire de M. Huguier et dans la critique de M. Depaul. Comment suppléer à cette lacune?

Il eût paru nécessaire d'établir, par un relevé numérique portant sur un grand nombre de faits, la longueur et le volume type du col utérin par rapport aux trois conditions de la femme : la femme vierge, l'adulte ayant eu des enfants, et la femme qui a passé l'âge. Cet étalon eût servi à marquer le point de départ de l'anomalie et du vice de conformation.

Supposant défini le type de la longueur et du volume normal, on ne connaît pas encore l'anomalie pathologique, c'est-à-dire celle qui réclame l'intervention de l'art. Évidemment elle ne commence qu'avec le trouble fonctionnel, car l'anomalie qui ne consiste que dans une singularité de la forme peut être l'objet d'une remarque d'histoire naturelle, comme une oreille longue, un nez considérable ou ridiculement arqué. Mais, nous le répétons, ces anomalies ne sont pas encore du domaine de l'art, parce qu'elles n'entraînent aucune gêne ni trouble fonctionnel.

Quant au vice de conformation, il n'en doit pas être question à l'occasion de l'allongement hypertrophique du col utérin. Un vice de conformation est caractérisé surtout par l'absence ou la perversion notable d'une des parties d'un organe. Restons donc, avec MM. Huguier et Depaul, sur le terrain des anomalies du col utérin.

Or, ainsi précisé, que peut être l'allongement hypertrophique du col utérin signalé par M. Huguier? Sans doute un allongement qui entrave quelqu'une des fonctions utérines, soit la menstruation, soit la conjonction sexuelle, soit la fécondation, soit l'accouchement, ou bien encore qui cause de la gêne, de la douleur, ou bien même un état maladif. C'est donc bien plus dans le trouble fonctionnel que l'effet morbide que dans le degré d'allongement hypertrophique qu'il faut chercher l'anomalie tributaire de l'art. Voilà, si nous ne nous trompons, comment la question aurait dû être posée, abordée et discutée par MM. Huguier et Depaul. Au lieu de cela, nos collègues se sont livrés, le premier à une exagération de doctrine dont, avec M. Depaul, nous aurons à demander compte à M. Huguier ; le second, à une critique bibliographique et de détails cliniques qui eût gagné à être plus sobre, pour faire place à des observations d'un ordre plus général et plus élevé. La discussion est à peine entamée, aussi peut-on conserver l'espoir que ce qu'elle n'a pas été, elle pourra l'être ; bornons-nous donc à examiner les bases de la communication de M. Huguier, et les fondements de la critique de M. Depaul.

La communication de M. Huguier, terminée par de nombreuses conclusions, peut se résumer en trois points : 1° il existe un état anormal du col utérin qui n'avait pas été aperçu jusqu'ici, et qui consiste dans un allongement hypertrophique pouvant aller jusqu'à 7 centimètres ; 2° cet allongement a été confondu jusqu'ici avec l'abaissement de l'utérus, lequel n'existe que très-exceptionnellement ; 3° le remède à opposer aux accidents causés par l'allongement hypertrophique du col utérin est la resection de ce col.

La première proposition de M. Huguier se réduit à une question de fait. Le fait existe-t-il, est-il aussi considérable et aussi fréquent que l'affirme M. Huguier? N'avait-il pas été remarqué avant lui avec l'importance qu'il mérite? C'est ce que M. Depaul a examiné avec soin. Suivant M. Depaul, madame Boivin, Dugès, M. Herpin et d'autres auteurs auraient signalé l'existence de l'allongement hypertrophique avec l'attention qu'il mérite, au point de vue anatomique d'abord. M. Huguier n'aurait fait que l'observer d'une manière plus suivie, mais il en aurait exagéré la fréquence et surtout l'importance. Il n'est pas tout à fait de la compétence de la GAZETTE MÉDICALE d'apprécier la valeur de ces assertions. Ce n'est qu'avec réserve qu'elle entre dans le domaine obstétrical ; l'expérience lui en fait une loi. Mais elle peut demander à chacun compte de sa manière de procéder et de raisonner. Or sans se prononcer sur la notoriété, la fréquence et le diagnostic de l'allongement hypertrophique du col utérin, elle peut demander à M. Huguier d'après quelles données il établit sa seconde proposition, à savoir : que le prétendu abaissement ou chute de l'utérus n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'un allongement hypertrophique du col méconnu. Cela se peut concevoir pour quelques cas particuliers ; mais M. Huguier va plus loin : pour lui, on a généralement pris pour une chute de matrice un simple allongement hypertrophique de son col. Les preuves alléguées à l'appui de cette étrange proposition sont toutes des preuves de faits. Qu'il y ait eu des erreurs de ce genre commises, on peut l'admettre ; mais conclure de ces erreurs à une méprise générale et absolue, c'est autre chose. On peut répondre à M. Huguier qu'il n'a vu qu'un certain nombre de faits, et que ces faits n'empêchent pas d'autres faits d'avoir existé, et surtout de procéder d'un tout autre ordre de causes que de l'hypertrophie utérine. Malheureusement la science ne sait pas grand'chose à l'égard

---

FEUILLETON.

DES ASSOCIATIONS MÉDICALES DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Les journaux de médecine entretiennent régulièrement et avec l'accent d'une mortification trop durable, leurs lecteurs découragés des applications quotidiennes de la loi débonnaire destinée à la répression, mais jusqu'ici favorable au développement de l'exercice illégal de la médecine. Ils connaissent trop, les uns et les autres, les effets ordinaires de la persécution apparente éprouvée par les délinquants, à savoir un surcroît de renommée et d'éclat évalué 15 francs par la loi de ventôse. Ils savent encore que par le fait d'une interprétation, qui doit être très-savante, des expressions de cette loi, la jurisprudence a su voir une atténuation d'un délit dans la récidive et nommer cette récidive une simple contravention. En vain ont protesté les cours d'appel par le sens spontané de leurs arrêts, l'autorité souveraine de la jurisprudence s'est renfermée et maintenue jusqu'ici dans son immutabilité, et partant le diplôme de charlatan demeure fixé à 15 fr., ou 30 fr. de déboursés annuels. C'est ainsi que la nature, le fait, ont l'habitude de se venger des erreurs de diagnostic, en matière de droit comme en toute autre.

Si bien encouragé (qu'est-ce, en effet, que cette minime amende, en comparaison non pas des frais de notre éducation médicale, mais même de notre seule patente?), le charlatanisme ne pouvait manquer de prospérer ! Dans ce siècle fort savant en appréciations numériques, un père de famille sachant un peu compter, et se souciant peu de cette viande creuse nommée honorabilité, a tout avantage à acheter le secret d'une farine quelconque, ou d'une moutarde indienne ou javanaise, d'un rob ou d'un sirop, pour fonder l'établissement de son fils doué de vocation médicale. Au bout d'une année, quelque pauvre qu'ait été son petit commerce, ledit fils aura gagné plus qu'il n'aurait dépensé en études et inscriptions dans le même espace de temps en suivant la voie droite et régulière qui fait le médecin véritable.

En présence d'une anomalie légale aussi frappante et du découragement qui ne peut que s'emparer des magistrats désarmés, ne nous étonnons donc pas de voir si bien pulluler autour de nous les infractions et les délinquants. En vain les courriers judiciaires nous apportent-ils, chaque semaine peut-être, l'écho de quelque condamnation de médecin aux urines, de rebouteur audacieux massant et pétrissant une fracture, etc., etc., de guérison de phthisie ou de cancer. Toutes ces charmantes industries fleurissent à qui mieux mieux, sans que la société, dans sa tolérance narquoise, s'aperçoive que ce soit à ses frais, et qu'en dehors de nous médecins, ces petites spécialités soient chacune la négation silencieuse de toutes les autres.

Nous touchons pourtant peut-être à quelque amendement à une situation aussi déraisonnable. Un arrêt récent de la cour de Lyon vient ajouter son poids à celui des opinions précédemment exprimées par les cours de Rouen

de ces causes : elle s'est bornée à constater, à l'aide de caractères matériels, l'existence empirique de l'abaissement de l'utérus, mais elle n'en a pas constaté la nécessité étiologique. Or, en l'absence de la notion qui prévoit, la science ne peut que raisonner sur ce qui est ou paraît être, et non sur ce qui doit être. De là les contradictions de l'observation purement empirique, qui ne sauraient se résoudre que par la vérification d'un certain nombre de cas particuliers matériellement constatables et contradictoirement vérifiés. Cette différence de constatation, peu comprise de l'école sensualiste actuelle, renferme pourtant la seule clef de la vraie connaissance. Dans le cas qui nous occupe, si l'on avait été au delà de l'emploi du doigt ou même de l'hystéromètre, pour constater la réalité de l'abaissement de l'utérus, si l'on s'était enquis de l'origine et du mécanisme de cet abaissement, on ne serait pas exposé à voir rayer d'un seul trait de plume l'existence d'un ordre de faits tout entier, sous le prétexte que, dans quelques cas particuliers, le doigt d'un autre chirurgien a constaté un allongement du col là où un autre doigt avait fait croire à une procidence du corps. Pour nous, qui persistons à voir les choses avec l'esprit, sans négliger de les toucher du doigt, nous prétendons que l'abaissement de l'utérus est et a sa raison d'être, et peut se révéler à l'aide de caractères certains ; comme aussi nous admettons que l'allongement hypertrophique du col existe et peut exister peut-être plus fréquemment qu'on ne l'avait cru ; mais son existence ne peut être admise et s'établir que d'après des caractères qui seront d'autant plus certains que l'on connaîtra mieux les causes et le mécanisme de cette anomalie, et ceux de l'abaissement utérin avec lequel on veut la confondre.

Le traitement conseillé par M. Huguier contre les cas d'allongement hypertrophique du col a été l'objet de très-justes remarques de la part de M. Depaul, remarques auxquelles, pour son compte, la GAZETTE MÉDICALE s'associe pleinement.

D'après les résultats communiqués par M. Huguier lui-même, la resection du col utérin pour les cas ci-indiqués est une opération grave, dangereuse et assez souvent mortelle. Partant de ce fait incontestable, M. Depaul s'est demandé si c'était bien le cas d'encourager un tel traitement et s'il ne valait pas mieux abandonner les malades à elles-mêmes que de leur faire courir des risques en disproportion avec la gravité du mal et les bénéfices obtenus. Sa conclusion n'a pas été douteuse, et à moins d'éclaircissements imprévus, il est à croire que l'Académie s'associera aux sages paroles prononcées à cette occasion par M. Depaul, à savoir : qu'il vaut mieux laisser à une pauvre femme son infirmité, qui ne la condamne qu'à l'impuissance du travail, que de la soumettre à une opération qui l'expose à mourir. La commisération et l'assistance publique, a dit M. Depaul, offrent des compensations que ne saurait garantir ni suppléer le bistouri du chirurgien. La suite de la discussion prouvera s'il y a quelque chose à changer aux conclusions qui précèdent.

— L'Académie de médecine de Belgique est en ce moment saisie d'une discussion qui touche à un des points les plus intéressants de l'étiologie médicale et de l'hygiène des armées. Il s'agit de savoir si l'ophthalmie militaire, qui a causé tant et de si grands ravages dans l'armée belge, est une maladie *sui generis*, infectieuse, contagieuse, d'une nature à part et réclamant un traitement à part ; ou bien si elle n'est qu'une ophthalmie catarrhale ordinaire, rendue plus ou moins intense par les circonstances où elle se développe.

Les hautes lumières de l'Académie n'ont pas fait défaut à la discussion. M. Hairion, d'une part, c'est-à dire l'observation et l'expérience consommées de la clinique spéciale ; de l'autre, MM. Vleminckx et Thiry, c'est-à-dire une appréciation élevée des faits, une dialectique pressante et ferme, une critique supérieure, voilà de quoi faire jaillir la lumière. Nous ne connaissons pas encore tout ce qu'a pu fournir de solide et de concluant M. Hairion en faveur des opinions qu'il représente, à savoir : la spécificité et la contagiosité de la maladie : nous ne possédons qu'une analyse de son discours ; nous avons lu, au contraire, avec le plus grand intérêt, dans toute leur étendue, les discours de MM. Vleminckx et Thiry. Il est difficile, sans doute, de se prononcer entre de tels champions ; mais on peut apprécier les idées qu'ils ont cherché à faire prévaloir. Or MM. Vleminckx et Thiry, malgré la vigueur de leur argumentation, ne nous ont pas entièrement convaincu. Quand il s'agit de nier la spécificité d'une maladie, c'est moins dans l'analyse minutieuse de ses symptômes que dans une appréciation de leur ensemble, de leur coordination, de leur succession, qu'il faut chercher la preuve de la spécificité de la maladie. Le furoncle et la pustule maligne, l'anthrax et le charbon, ont plus d'une analogie extérieure ; mais ce qui dit plus que les analogies, c'est la contagiosité, c'est son développement au sein d'une agglomération d'hommes logés à l'étroit, c'est la multitude des sujets qui en sont simultanément atteints, c'est encore et surtout les résurrections tardives et comme posthumes de la maladie. Nous ne pouvons comprendre à cet égard le zèle extrême, nous allions dire exagéré, de M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée belge, qui regarde comme une énormité de rendre l'État responsable des cas d'ophthalmies qui se réveillent après le retour du soldat dans ses foyers. Si le caractère infectieux et virulent de l'ophthalmie militaire était bien établi, quoi de plus facile à concevoir que ces explosions tardives ou ces réminiscences de germes déposés au sein de l'économie ? On conçoit que le représentant des intérêts de l'État recule devant une doctrine qui engage à ce point sa responsabilité et les conséquences pécuniaires qu'elle entraîne ; mais le pathologiste n'a que faire de cette considération : or les retours, les éclosions tardives de germes infectieux sont des caractères précieux des maladies spécifiques. C'est donc à démontrer la non-spécificité de l'ophthalmie militaire belge qu'il faut s'attacher, et non s'effrayer de la gravité de ses conséquences administratives. Or MM. Vleminckx et Thiry sont hommes à se passer de ces auxiliaires, et nous croyons bien que si leur thèse est soutenable, ils trouveront, dans la force de leur dialectique, dans l'appréciation rigoureuse des faits, de quoi édifier, sinon leurs antagonistes, au moins ceux qui n'ont aucun parti pris sur la question et qui attendent que la lumière se fasse. C'est parmi ces derniers que nous nous tenons provisoirement.

JULES GUÉRIN.

---

et d'Amiens sur le compte des articles si souvent controversés de la loi de ventôse. La cour de cassation va de nouveau être appelée à se prononcer sur la qualification, aggravante ou non, de la récidive en matière d'exercice illégal de la médecine. Du sens de son arrêt résulterait la répression, ou au contraire une vie nouvelle de ce délit-contravention dont les conséquences ont l'importance sociale des crimes contre les personnes.

Mais ce n'est pas sur le résultat de cette interprétation d'une loi, par elle-même bien bénigne, que nous fondons notre confiance. Un aspect nouveau de la question a été entrevu : là où la justice criminelle se trouve frappée d'impuissance, la profession n'a-t-elle pas quelque dédommagement à rencontrer dans la loi civile. *Paulò minora canamus*, descendons d'un degré dans l'appréciation de ces faits illégaux ; qui peut se refuser à leur reconnaître pour conséquence un tort matériel irrécusable causé à la médecine régulière, officielle, patentée, du pays où ils sont commis ? Jusqu'à présent personne. Introduite par la société médicale de Blois, cette vue nouvelle, cette appréciation inattendue a été accueillie une première fois par le tribunal de cette localité ; et dans une seconde espèce (affaire de mademoiselle Bressac), elle vient d'être confirmée par la cour d'appel de Lyon.

Mais ce serait vraiment faire acte d'une humilité déplacée et altérer même la vérité au détriment de notre considération, que de limiter à un dommage matériel le sentiment du tort éprouvé en telles conjonctures par la noble profession du médecin. En outre du dommage matériel, il y a le tort moral causé au corps médical par ces assimilations honteuses qu'il supporte à chaque instant. La légèreté publique fait-elle sa part en pareille circonstance, ne confond-elle pas au contraire, à tout moment, le véritable médecin avec le larron d'honneur et de profit qui s'est glissé dans ses rangs, et lui a volé une robe de louage et un titre apocryphe. Eux et nous ne sommes-nous pas pour elle et presque au même degré ses « chers docteurs ». La politesse française permet-elle en effet qu'on donne une autre qualification à celui, quel qu'il soit, qui formule une ordonnance ? Il y a donc un tort moral et considérable apporté par cette confusion incroyable commise, comme à dessein et en se jouant, par les plus intéressés à n'y point tomber !

Un des motifs, le principal, développé dans l'arrêt de la cour de Lyon rend justice à ce sentiment élevé. Aux esprits disposés à refuser aux médecins le droit à intervenir au débat comme parties civiles et à obtenir des dommages-intérêts, en ce qu'ils se trouvaient là sans intérêt personnel, et qu'ils ne justifiaient d'aucun dommage individuel et matériel appréciable, la cour a répondu avec une haute autorité de justice et de raison : « Qu'indépendamment de l'intérêt matériel (qui n'était d'ailleurs pas contestable) l'intérêt moral suffirait, au besoin, aux médecins pour justifier leur intervention comme parties civiles, chacun d'eux étant essentiellement intéressé à ce que sa profession ne soit exercée qu'honorablement, par des personnes présentant toutes les garanties et conditions voulues ; et chacun d'eux ayant aussi intérêt à écarter par le frein salutaire de la réparation civile, toute concurrence illicite ou de nature à jeter la défaveur ou la déconsidération sur cette utile profession. »

Le corps médical n'aurait assurément pu rencontrer une formule définissant d'une manière plus élevée ses droits, disons plus, ses devoirs en cette matière

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE; par le docteur E. Q. LE GENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite. — Voir les n°s 9, 10 et 11.)

J'ai rencontré deux fois cette variété de la hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat.

OBS. V.—Dans le premier cas, c'était sur une femme âgée d'environ 50 ans, envoyée de l'hôpital Beaujon, en 1855, à l'amphithéâtre des hôpitaux sur laquelle j'ai trouvé les traces d'une opération de hernie crurale. C'était sans doute une hernie entéro-épiploïque; il y avait des signes de péritonite, mais je n'examinerai ici que les résultats de la dissection de la région du pli de l'aine, dans laquelle il reste un sac herniaire, ouvert il est vrai, car on avait pratiqué l'opération du débridement.

Cette hernie avait environ le volume d'un œuf, située à la partie supérieure du pli de l'aine et en rapport avec le pli génito-crural. Sa situation du côté de la cuisse était, comme on le voit, très-interne, mais cependant elle ressemblait assez à une hernie crurale ordinaire, et rien ne pouvait faire prévoir sa disposition spéciale du côté de l'abdomen.

Si, après une dissection préalable, nous examinons cette hernie du côté de l'abdomen, nous voyons que le sac herniaire présente un collet très-étroit, aplati transversalement d'avant en arrière, dans le sens du ligament de Fallope, son plus grand diamètre étant de 1 centimètre 4 millimètres. On remarque de suite que ce collet est entouré par des fibres blanches, résistantes, et qu'il est séparé des vaisseaux iliaques par une handelette fibreuse ayant 1 centimètre de diamètre. Cette bride fibreuse, qui sépare l'ouverture herniaire de l'ouverture supérieure du canal crural, est obliquement dirigée : elle va s'insérer sur le pubis et se confondre avec le ligament de Cooper ou handelette pubio-pectinée. Elle forme la partie la plus externe du ligament de Gimbernat, sa portion concave; c'est en ce point que nous avons pris la distance qui la sépare du pubis.

La hernie s'est donc faite au milieu de cette portion fibreuse de forme triangulaire, qui est située à la partie interne des vaisseaux fémoraux et que l'on désigne sous le nom de ligament de Gimbernat. A la partie interne de l'ouverture herniaire se voit une incision qui se prolonge vers l'épine du pubis : c'est la trace de l'opération du débridement.

Le fascia transversalis qui tapisse cette région semble traversé par la hernie, car on en trouve seulement quelques vestiges au niveau du collet du sac du côté de l'abdomen, et il ne forme pas d'enveloppe à la tumeur herniaire dans la région crurale.

Voici la situation exacte, chez cette femme, des différentes parties qui concourent à former l'anneau crural supérieur des auteurs.

Le bord concave du ligament de Gimbernat, qui répond aux vaisseaux iliaques, est à 5 centimètres 1 millimètre de distance de la symphyse du pubis. Le bord interne du nouvel anneau, qui a donné passage à la hernie, est distant de la symphyse pubienne de 3 centimètres 7 millimètres; la distance qui sépare le collet de la hernie du bord interne de la veine iliaque externe est de 1 centimètre : cette distance représente la largeur de la bride fibreuse dépendance du ligament de Gimbernat qui a été traversé par la hernie. Enfin, le diamètre de l'ouverture herniaire, après l'incision, était de 2 centimètres 3 millimètres.

Examinons maintenant les rapports de la hernie avec les organes voisins dans cette même région abdominale, et surtout la disposition qu'elle affecte par rapport à l'ouverture supérieure du canal crural.

La hernie repose sur le bord supérieur du pubis; elle est séparée de cet os par une lame aponévrotique, dépendance du ligament de Cooper, et par l'aponévrose du pectiné qui recouvre le bord supérieur du pubis.

En haut et en avant, le collet de la hernie est en rapport avec la bandelette fibreuse qui s'étend de l'épine iliaque antérieure et supérieure au pubis, et que l'on désigne sous le nom de handelette iléo-pubienne.

En dehors, elle répond à cette partie du ligament de Gimbernat, qui forme son bord concave et tranchant ou bord falciforme, et qui, en rapport avec les vaisseaux fémoraux, va se jeter sur l'aponévrose du pectiné et se confondre avec le ligament de Cooper ou ligament pubio-pectiné.

En dedans, on trouve la trace de l'incision de la portion interne du ligament fibreux de Gimbernat qui a été débridé : la hernie est en rapport avec la portion de ce ligament qui va s'insérer au pubis, et qui est la terminaison de la handelette iléo-pubienne.

L'artère ombilicale oblitérée était située en dedans de la hernie comme dans la forme la plus fréquente de la hernie crurale.

L'artère et la veine épigastriques sont situés en dehors du collet de la hernie. Le canal inguinal est bien dans son rapport normal avec le hord supérieur du ligament de Gimbernat et contourne le bord externe et supérieur du collet de la hernie.

Comme enveloppes, nous trouvons dans cette région abdominale le péritoine tapissé par un tissu cellulo-graisseux formant le sac et appliqué directement contre le fascia transversalis.

Si nous examinons maintenant la situation et les rapports de cette hernie du côté de la région crurale, nous voyons qu'elle rentre tout à fait dans le cas de la forme la plus fréquente de la hernie crurale, mais qu'elle est située très-en dedans.

Elle sort immédiatement au-dessous du ligament de Fallope dans le point où le feuillet profond du fascia superficialis de la région de l'abdomen et de la région crurale adhère à ce ligament fibreux. Elle traverse ce feuillet aponévrotique du côté de la cuisse et n'est recouverte que par le feuillet le plus superficiel qui l'enveloppe entièrement et sépare la hernie des vaisseaux superficiels et de la veine saphène interne sur laquelle elle semble reposer. Cependant elle est située sur un plan plus antérieur. La distance du point où la hernie traverse dans la région crurale à l'embouchure de la veine saphène est de 1 centimètre 9 millimètres.

La tumeur herniée semble formée de deux parties : une principale, volumineuse, située dans l'axe de la hernie; l'autre plus petite, ressemblant à un prolongement et se dirigeant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure dont elle est peu distante. Ces deux parties étaient séparées par un sillon dans lequel s'enfonçait la veine sous-cutanée abdominale. (Le Gendre, OBSERVATION D'UNE HERNIE CRURALE A TRAVERS LE LIGAMENT DE GIMBERNAT, *in* COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1857, p. 153.)

Ce cas ressemble à l'observation de M. le professeur Laugier, en ce sens que cette hernie ayant déterminé des accidents d'étranglement a été opérée comme une hernie ordinaire; l'incision a été faite sur le ligament de Gimbernat; c'est seulement à l'autopsie que l'on a trouvé la disposition des parties telle que nous venons de les décrire.

Si la mensuration comparative entre les deux ligaments de Gimbernat de chaque côté n'a pas été faite, la distance entre l'ouverture herniaire et l'ouverture supérieure du canal ne peut laisser aucun doute sur le passage de la hernie à travers le ligament de Gimbernat, la ban-

épineuse. La cour a vu avec justesse, dans l'intervention des médecins de Lyon, moins un acte personnel et reposant sur une étroite vue d'intérêts privés, qu'un tribut payé au sentiment du devoir vis-à-vis de la profession tout entière; elle aurait pu y reconnaître, en outre, une préoccupation plus éloignée en apparence, mais non moins réelle, non moins vivace dans l'esprit de la grande généralité, de l'unanimité, pourrions-nous dire, des membres de la profession, à savoir, l'intérêt même de la société audacieusement compromis et mis en péril. Et nos confrères ne seront pas surpris de cette assertion, comme ne le doivent pas être non plus les gens du monde, peu enclins à croire qu'on ait pour leurs propres intérêts plus de soucis qu'eux-mêmes; c'est que le danger de la tolérance de cet exercice illégal de la médecine, si répandu, si généralement favorisé par l'aveugle complicité des masses éclairées aussi bien qu'ignorantes, apparaît au médecin en caractères frappants, visibles, constants, avec toutes ses conséquences désastreuses, tandis que le public ne croit le plus souvent qu'à un pauvre sentiment de jalousie de notre part, provoqué par la conscience de notre infériorité dans chaque cas particulier. Il est vrai qu'en revanche, et par une singulière pétition de principe, après nous avoir déclaré tellement inférieurs aux charlatans dans chaque spécialité où s'exercent ces industries diverses, on veut bien nous accorder la supériorité dans l'ensemble!

Quoi qu'il en soit, l'arrêt important que nous venons de signaler ouvre à la défense des intérêts de l'humanité, nullement distincts ici de ceux de la profession, une voie nouvelle et trop longtemps fermée. Où la société s'abandonne elle-même, il sera donc désormais permis à une corporation instituée par elle, pour sa propre sécurité, de la sauvegarder, non plus contre les influences extérieures et morbides, mais contre ses propres erreurs, contre ses propres inconséquences.

Peu importera donc dorénavant, en principe, que la loi de ventôse soit interprétée au point de vue de la jurisprudence ou du simple bon sens, en ce qui concerne la pénalité dans les cas de récidive d'exercice illégal de l'art de guérir; le principe de la responsabilité civile ira couper le mal dans sa racine. A quoi s'adressent tous les genres de charlatanisme? à la bourse des dupes. La pénalité qui compromettra sérieusement la leur, voilà la vraie barrière à leur opposer.

Mais, à cet égard, une observation est essentielle; pour que la prévention devienne efficace, il faut que la magistrature soit ou pénétrée ou convaincue, non-seulement de l'honorabilité, mais même du désintéressement des médecins, intervenant ainsi dans le débat. Or, comment pourrait-il en être autrement si, dans chaque cas de cette sorte qui pourrait se présenter, les tribunaux ne voyaient approcher de leur barre que l'élite de la médecine locale formée en association ou syndicat, prenant en main l'intérêt général et réclamant une indemnité proportionnée à l'importance du mal produit, mais dont l'emploi, arrêté d'avance et par mesure générale dans une destination charitable, ne pourrait jamais faire ombre dans l'esprit du juge!

Si nous ne nous abusons pas, on doit reconnaître, dans ce rôle élevé d'une action collective formée au nom des honorabilités locales les plus incontestablement établies, un encouragement bien puissant à la formation des associations médicales dans tous les grands centres de population des départements.

delette fibreuse qui séparait ces deux ouvertures avait 1 centimètre d'épaisseur, et cette bandelette, par son bord externe et concave, était en rapport avec les vaisseaux iliaques externes.

Les autres caractères tirés de la direction de la hernie, de son rapport avec le ligament de Fallope, se retrouvent dans cette observation avec la même netteté que dans les autres cas qui ont été décrits comme des hernies à travers le ligament de Gimbernat.

Du côté de la cuisse, la tumeur herniaire s'est portée un peu en avant des vaisseaux fémoraux; elle n'occupe pas tout à fait la partie la plus interne de la cuisse. Ce rapport aurait pu le faire confondre facilement, d'après l'examen extérieur, avec la forme ordinaire de la hernie crurale; c'est ce que l'on peut constater d'après la figure 2 de la planche II qui représente cette hernie disséquée du côté de la région inguino-crurale. La figure 2 de la planche III montre les rapports généraux de la hernie avec les aponévroses du côté de la région abdominale. Enfin la figure 1 de la planche III dans laquelle on a représenté le ligament de Gimbernat, montre bien le détail de la perforation de ce ligament par une large ouverture, elle ne peut laisser aucun doute sur la situation de cet orifice herniaire à travers les fibres mêmes du ligament de Gimbernat.

Obs. VI. — Ce cas a été recueilli en mars 1858, sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 40 ans, par mon excellent collègue et ami M. le docteur Bastien, prosecteur des hôpitaux.

Voici la description de cette pièce. Il n'existait pas de tumeur appréciable à la vue au pli de l'aine, mais on rencontra accidentellement dans la dissection de cette région du côté droit que l'on faisait comme préparation anatomique, un sac herniaire communiquant avec le péritoine, et situé en dehors de l'artère ombilicale oblitérée. Il s'engageait par la partie la plus interne de l'anneau crural, comme une dissection plus minutieuse va nous le montrer, et descendait dans la région crurale dans une étendue de 4 centimètres seulement. Ce sac, arrondi à son extrémité et de la grosseur d'une noisette, ne faisait pas saillie sous les téguments de la cuisse. Formé par le péritoine doublé d'un tissu cellulo-graisseux abondant, il est creusé d'une cavité, et du côté de l'abdomen on peut faire pénétrer une sonde cannelée dans une étendue de 3 centimètres.

Du côté de l'abdomen, on trouve une ouverture herniaire à grand diamètre transversal parallèle au bord supérieur du pubis, ne mesurant pas tout à fait 1 centimètre de diamètre, située un peu au-dessus du bord supérieur du pubis, au-dessous de la bandelette iléo-pubienne, et distante de 4 centimètres et demi de la symphyse du pubis. Si au contraire on mesure la distance qui sépare le bord concave du ligament fibreux contre lequel viennent se placer les vaisseaux iliaques et la veine en particulier, c'est-à-dire du bord falciforme du ligament de Gimbernat à la symphyse du pubis, on trouve 5 centimètres 2 millimètres.

Ainsi il existe une bandelette fibreuse très-manifeste entre l'ouverture herniaire et les vaisseaux iliaques, bandelette fibreuse dont le bord externe est concave, embrasse les vaisseaux et répond parfaitement à la description que donnent les auteurs du bord externe du ligament de Gimbernat. Elle se continue en haut avec le ligament iléo-pubien, et en bas se perd sur le ligament de Cooper, ou mieux sur l'aponévrose du muscle pectiné, comme nous l'avons vu dans le cas précédent.

La hernie se dirige ensuite directement en bas, et traverse dans la région crurale immédiatement au-dessous du ligament de Fallope. Son collet est très-étroit et elle descend au-dessous du pli de l'aine dans une étendue de 5 centimètres et demi. Elle est située à la partie la plus interne de la cuisse reposant sur l'aponévrose du muscle pectiné. Elle est assez distante de la gaîne des vaisseaux fémoraux, elle est à plus de 1 centimètre et demi du bord interne de la veine fémorale.

On ne trouve au devant de la tumeur que le fascia superficialis, qui renferme dans son épaisseur des ganglions lymphatiques superficiels. La hernie a donc traversé une des ouvertures du fascia tranversalis, puisque cette aponévrose ne lui fournit pas d'enveloppe dans la région crurale. (Le Gendre, *Observation inédite.*)

La présence d'un sac herniaire suffit pour faire admettre l'existence d'une hernie; nous ne pouvons savoir, dans ce cas, à quelle époque il a contenu de l'intestin ou de l'épiploon, nous constatons seulement la persistance de sa communication avec le péritoine.

En examinant la figure 2 de la planche IV qui représente cette hernie vue du côté de la région inguino-crurale, en la comparant avec la figure donnée par Nuhn de sa hernie à travers le ligament de Gimbernat, que nous avons reproduite figure 1, planche II, on est frappé d'une ressemblance telle que l'on peut, d'après cet examen seul, admettre que l'on a sous les yeux deux hernies du ligament de Gimbernat. En effet, dans ces deux cas le collet de la hernie est extrêmement rétréci, il offre une certaine longueur et il traverse les fibres les plus inférieures du ligament de Fallope, puis la hernie vient se placer en avant du pectiné à la partie la plus interne de la cuisse.

Si ces caractères tirés de la situation de la tumeur dans la région crurale suffisent déjà pour faire admettre l'existence d'une hernie du ligament de Gimbernat, l'examen de la figure 1 de la planche IV, qui nous représente la hernie au moment où elle traverse ce ligament, ne laisse aucun doute sur son caractère anatomo-pathologique et sur la place qu'il faut lui assigner dans la classification des variétés de la hernie crurale. En effet, on voit qu'il existe une bandelette fibreuse très-manifeste entre l'ouverture herniaire et les vaisseaux iliaques, bandelette fibreuse dont le bord externe et concave embrasse les vaisseaux, et répond parfaitement à la description que donnent les auteurs du bord externe du ligament de Gimbernat.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'HYPERTROPHIE GLANDULAIRE DU CORPS THYROÏDE (GOÎTRE DIT CYSTIQUE); par M. le docteur Alf. Binet (de Genève), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Malgré les nombreux travaux consacrés à l'étude des tumeurs du corps thyroïde, les chirurgiens ne sont pas encore assez unanimes sur la nature et le traitement de quelques-unes d'entre elles, pour qu'il soit oiseux de publier les faits qui peuvent en éclairer l'anatomie et la thérapeutique; c'est à ces deux points de vue que nous semble digne d'être remarquée l'observation suivante, recueillie par nous dans le service de notre maître M. le professeur Velpeau.

Obs. — Le 20 mars 1857 est entrée à la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 20, la nommée Hortense L., âgée de 38 ans, domestique, née à Montreuil (Mayenne).

Pouvons-nous douter que la justice ne soit émue en voyant chaque plainte appuyée par le témoignage froid et sincère des hommes que, dans toutes les circonstances, et les plus graves de la vie, elle est habituée à rechercher, à écouter, à consulter, soit en particulier, soit comme experts (c'est-à-dire des professeurs-juges en matière de médecine légale), et qu'elle honore, en chacune de ces circonstances, de sa confiance et de son estime. On nous nous trompons bien, ou la perspective d'une si heureuse influence sur la destinée et la situation de la profession, doit être une puissante incitation à la formation des sociétés médicales.

Nos confrères du département du Rhône nous donnent à cet égard un remarquable exemple. L'heureuse influence de leur association, après avoir fait le bien dans leur propre circonscription, en franchit la limite et s'exerce avantageusement autour d'eux : nous avons sous les yeux un rapport remarquable emprunté à l'Association de prévoyance et de secours des médecins et pharmaciens du département de l'Isère, et rien n'est plus instructif que cet intéressant document (Gaz. méd. de Lyon). On y voit les difficultés, les entraves qui paralysent, malgré la lettre tout aussi bien que malgré l'esprit de la loi, l'exercice libre et privilégié, mais connexe entre le médecin et le pharmacien, de l'art de guérir. Des étrangers non médecins accueillis et autorisés, sans examen ni enquête, sur faux titres du dehors; de saintes officines ouvertes malgré la loi et les réclamations les mieux fondées des pharmaciens établis que ruine leur concurrence illégale, etc., etc., etc..... ; des faits sans nombre qui nous crient : Aidez-vous, unissez-vous si vous voulez être forts, non pas..... si seulement vous voulez vivre.

Ainsi, malgré plus d'un point discutable encore dans la constitution des associations médicales particulières, et leur annexion à l'Association générale de France, il n'est pas douteux qu'un immense bienfait ne soit répandu par leur organisation sur la profession. Tous les petits abus qu'individuellement nous sommes impuissants à réprimer, succomberont au premier souffle d'une manifestation d'ensemble : ne serait-ce pas un résultat considérable que de balayer le terrain encombré par toute cette vermine de charlatans qui vit et prospère sur la sottise humaine? Ajoutons à cela que, par ces unions mutuelles, la profession fera disparaître un grand nombre de ces rivalités, de ces jalousies qui n'ont pour effet que de nous discréditer aux yeux du monde et d'annuler tous nos efforts individuels en faveur de la profession.

Giraud-Teulon.

— Au moment de mettre sous presse, nous recevons la lettre suivante, qui semble faite pour servir de conclusion au feuilleton qui précède :

La Société médicale du 2e arrondissement aux membres des Sociétés médicales des autres arrondissements de Paris.

Messieurs et honorés confrères,

Considérant :

1° Le but qu'on s'est proposé en créant des Sociétés médicales d'arrondissement, à savoir, la sauvegarde des intérêts moraux et professionnels ;

Cette femme, grande, forte, brune, bien constituée, réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, n'a jamais été atteinte de maladies aiguës de quelque gravité. Avant d'être domestique, elle travaillait dans une filature de toile, dont les ateliers étaient humides, bas, mal éclairés et mal aérés; ce fut à cette époque, il y a dix ans environ, qu'elle reconnut pour la première fois la maladie qui l'amène aujourd'hui dans nos salles, et qui, dit-elle, est assez fréquente chez les ouvrières de la fabrique où elle était occupée.

Elle s'aperçut qu'elle portait à la partie gauche et antérieure du cou, une tumeur grosse comme une noix; elle n'éprouvait du reste ni gêne ni douleur; la santé générale était bonne, la menstruation normale; la respiration et la déglutition se faisaient sans difficulté; la voix n'était pas altérée. La tumeur continua à se développer.

Il y a deux ans environ, les menstrues, qui jusqu'alors avaient paru avec régularité, sans éveiller aucune sympathie fâcheuse, commencèrent à être précédées ou accompagnées, lors de leur apparition, de dyspnée, d'une sensation de strangulation au niveau du larynx, et d'une dysphagie légère; en même temps le cou se tuméfiait sensiblement. Les règles passées, la tumeur reprenait à peu près ses dimensions antérieures. Peu à peu la dyspnée, persistant entre les époques, devint permanente, et la voix s'altéra. Depuis trois ou quatre mois surtout, ces accidents ont augmenté, et leur persistance a engagé la malade à venir se faire soigner à Paris.

20 mars. État actuel : la région sous-hyoïdienne est le siége d'une tuméfaction considérable, apparente à gauche surtout; de ce côté, la tuméfaction se prolonge dans les régions sous-hyoïdienne et sous-maxillaire. Le cou a perdu sa forme cylindrique, le diamètre transversal en est augmenté, principalement au niveau de la partie moyenne, et à gauche de la ligne médiane. Vue de côté, la région cervicale antérieure offre une tuméfaction du volume d'une orange.

La peau ne présente pas de coloration particulière; on remarque seulement à la surface quelques veines dilatées et saillantes.

Par le palper, il est aisé de distinguer deux parties dans la tumeur :

L'une à droite, peu considérable, placée au-dessous et en dedans du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, qu'elle a repoussé en dehors; solide, résistante, d'une consistance assez ferme, du volume d'un œuf de dinde.

L'autre à gauche, d'un volume triple de la première. C'est cette tumeur qui constitue à elle seule la saillie antérieure de la région; en avant, elle est recouverte par les muscles sous-hyoïdiens, dont les bords tendus se dessinent sous la peau dans les mouvements de déglutition. En dedans, elle s'étend jusqu'à la ligne médiane. Il est cependant possible de la refouler de façon à pouvoir sentir l'angle du cartilage thyroïde, le cricoïde et les premiers anneaux de la trachée.

En dehors, elle se prolonge au-dessous du muscle sterno-mastoïdien, dont le bord antérieur, refoulé et dévié de sa rectitude normale, la recouvre et fait saillie sous la peau.

En haut, elle se prolonge dans la région sus-hyoïdienne.

En bas, elle atteint presque la partie supérieure du sternum.

Cette tumeur est mobile et suit le larynx dans ses mouvements d'élévation.

Elle est indolente; la consistance en est assez ferme; au toucher, elle donne la sensation d'une vessie à parois épaisses, distendue par un liquide, sans présenter cependant une fluctuation bien évidente.

Ni souffle, ni battements; pas de mouvements d'expansion.

La malade ne se plaint ni de céphalalgie ni de vertiges.

La voix est légèrement rauque; la respiration sifflante, dans le premier temps surtout.

La déglutition des aliments solides est difficile.

La santé générale est excellente d'ailleurs.

Rien à l'inspection des poumons et du cœur.

Aucun traitement n'a encore été employé.

Le 25 mars, M. Velpeau pratique, dans la partie la plus saillante de la tumeur du côté gauche, une ponction avec un trocart à hydrocèle; la pointe de l'instrument s'enfonce profondément dans une cavité au fond de laquelle on la peut faire mouvoir librement; la tige du trocart étant retirée, il s'écoula par la canule 60 grammes environ d'un sang limpide, rutilant, sortant par jet, sans que la tumeur s'affaissât sensiblement; cependant, comme les parois en paraissent moins tendues, M. Velpeau injecte à deux reprises 10 grammes de solution iodée (1 de teinture d'iode, puis 2 d'eau); cette injection ne fit éprouver aucune douleur; la canule fut retirée; la petite plaie ne fut le siége d'aucun écoulement de sang, et la malade retourna d'elle-même à son lit. (Compresses d'eau froide sur le cou; bouillons; potages.)

A la visite du soir, sensibilité légère au niveau de la ponction. Pas de vertiges, pas de refroidissement, pas de nausées. Pouls à 70.

26. Les régions sous-hyoïdienne et sus-hyoïdienne du côté gauche sont tuméfiées et douloureuses; la peau est rouge et tendue. La dyspnée n'a pas augmenté, mais la dysphagie est complète pour les aliments solides.

La peau est chaude, le pouls a 80. Pas de vertiges.

27. Même état.

28. La tuméfaction a augmenté; elle s'étend vers les régions sous-maxillaires et parotidiennes gauches; la peau est rouge, tendue, chaude.

La déglutition est de plus en plus difficile et douloureuse, même pour les boissons. La respiration est bruyante, saccadée, interrompue, la voix rauque. Insomnie, agitation, anxiété.

La poitrine est sonore partout, mais le murmure vésiculaire est affaibli.

L'inspection de l'arrière-bouche ne fournit aucun renseignement. Pouls petit, irrégulier, à 92.

Le soir, même état.

29 mars. Pendant la nuit, agitation, délire. La face est altérée, anxieuse, cyanosée; les narines se dilatent énergiquement; les pupilles sont dilatées.

La respiration présente les mêmes caractères que la veille. La voix est presque éteinte; la déglutition est complétement impossible. L'inspection du pharynx ne donne pas plus de résultat que la veille. La tuméfaction du cou n'a pas sensiblement augmenté. Le pouls est petit, misérable, à 110 pulsations.

M. Velpeau prescrit, si les symptômes d'asphyxie augmentent encore, d'inciser largement sur la partie la plus saillante de la tumeur. (Lavements de bouillon.)

A quatre heures de l'après-midi, l'asphyxie paraissait imminente; la peau était froide, le pouls à peine perceptible, la face et les extrémités cyanosées; l'inspiration et l'expiration également bruyantes et difficiles.

En présence de mon collègue, M. le docteur Guyon, je me décidai à suivre les instructions de M. Velpeau. Je fis une longue incision oblique, de haut en bas, en dehors de la ligne médiane, en dedans du bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche, et je pénétrai dans le kyste, que je débridai en haut et en bas, sur une étendue de 6 centimètres environ. L'incision donna issue à une pulpe noirâtre, mêlée à des caillots sanguins récents; en portant le doigt profondément dans le fond de la poche, nous pûmes sentir la trachée, que rien ne paraissait plus comprimer. Pas d'hémorrhagie ni pendant ni après l'opération.

La malade parut éprouver un léger soulagement; la respiration sembla s'exécuter plus aisément, mais la gêne de la déglutition persista, et le pouls ne se releva pas.

Dans la nuit, agitation et délire; à deux heures du matin la malade s'éteignit sans avoir eu d'accès de suffocation.

AUTOPSIE. — Trente heures après la mort.

Le système veineux de l'encéphale est gorgé de sang noir. Le cerveau présente à la coupe un piqueté fin.

Les poumons sont engoués.

A gauche, le muscle sterno-mastoïdien est étalé sur la partie externe du

---

2° Le préjudice considérable causé aux médecins de Paris par les individus qui se livrent illégalement à l'exercice de la médecine;

3° Les moyens d'action que nous offre la législation actuelle pour réprimer ce genre de délit;

4° L'insuffisance des peines encourues par les délinquants, lorsqu'ils sont poursuivis à la requête du ministère public, et sans qu'il y ait de partie civile;

5° L'élément possible du chiffre des dommages-intérêts, en raison directe du nombre des médecins qui se déclarent lésés en se portant partie civile;

Considérant enfin :

6° Les heureux résultats obtenus au moyen des mesures adoptées par les Sociétés médicales de Lyon et de Blois, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine;

La Société médicale du 2e arrondissement, a décidé :

1° Qu'une invitation serait adressée à chacune des autres Sociétés d'arrondissement, à l'effet de s'entendre sur les moyens et dispositions à prendre pour réaliser, à Paris, les mesures qui ont été mises en pratique avec succès par nos confrères de Lyon et de Blois;

2° Qu'en conséquence, chaque Société serait invitée à déléguer le plus tôt possible deux de ses membres, lesquels, se réunissant à leurs collègues délégués des autres Sociétés, aviseraient immédiatement à la mise en pratique des mesures adoptées à Lyon et à Blois, mesures dont il leur sera donné connaissance par les membres de la commission du deuxième arrondissement.

Le secrétaire général,

Docteur BRIAU,
Rue de la Victoire, 41.

P. S. Il serait à désirer que la réunion des délégués eût lieu dans le courant d'avril prochain, et qu'avis fût donné au secrétaire général du choix de ces délégués, afin qu'il pût les convoquer.

— Encore une victime de son dévouement : M. Sturne, officier de santé à Blendecques, près Saint-Omer, pratiquait la trachéotomie à une jeune fille de 16 ans, atteinte de croup; n'ayant pas sous la main la canule nécessaire dans cette opération, il la remplaça par un fragment de sonde élastique, qui fut bientôt engorgé par les matières. M. Sturne aspira par la bouche appliquée à l'extrémité externe du tube pour le désobstruer. Cet imprudent dévouement a été la cause de sa perte, sans sauver la malade. M. Sturne a été pris à son tour d'angine croupale, et, malgré les soins de ses confrères du voisinage, malgré la trachéotomie pratiquée avec habileté par M. le docteur Revel, le malade a succombé. M. Sturne laisse une veuve et deux enfants.

lobe gauche du corps thyroïde ou du moins sur la poche qui le remplace; les muscles sous-hyoïdiens, étalés et aplatis, recouvrent également cette poche, et ont contracté adhérence avec elle; c'est à travers ces muscles que l'incision a pénétré dans le kyste.

Plusieurs petits foyers purulents existent dans le corps du muscle sterno-mastoïdien; deux sont remarquables : l'un au niveau de son insertion supérieure, l'autre au niveau de son insertion sternale.

Le tissu cellulaire rétro-pharyngien est infiltré de pus semi-fluide. Les amygdales, le voile du palais et ses piliers sont sains; les replis glosso-épiglottiques et aryténo-épiglottiques ne sont pas infiltrés.

Le lobe gauche du corps thyroïde est remplacé presque entièrement par une vaste poche adhérente en avant aux muscles sous-hyoïdiens, adhérente en arrière et en dedans à la trachée et à l'œsophage. La trachée est déviée à droite, couchée au niveau de ses premiers anneaux; elle offre une convexité droite et une concavité gauche. Le segment gauche des anneaux est refoulé à l'intérieur du conduit, ce qui enlève à la trachée près de la moitié de son calibre.

La poche renferme encore quelques caillots noirâtres, et présente une surface interne, irrégulière, tomenteuse. A la face postérieure du kyste, et adhérentes à cette face, se trouvent plusieurs petites poches de différentes dimensions, dont la plus considérable, grosse comme un œuf de pigeon, renferme une pulpe noirâtre; les autres contiennent une matière gélatineuse roussâtre, semi-fluide. Pas de pus, du reste, ni dans la poche principale ni dans les autres.

A droite, le corps thyroïde est converti en entier en une foule de petits kystes, de petites vacuoles de dimensions variables, les unes de la grosseur d'un grain de millet, les autres atteignant la dimension d'une noisette; elles contiennent, les plus petites, une matière gélatineuse semi-fluide, incolore ou légèrement colorée en brun roussâtre, les plus grandes une pulpe noirâtre.

Le volume, les artères et les veines du corps thyroïde ne présentent rien de remarquable.

Le fait que je viens de rapporter me semble mériter l'attention soit au point de vue de la nature de la lésion et de la place qu'il convient de lui assigner dans le cadre nosologique, soit au point de vue de la thérapeutique.

M. le professeur Velpeau (MÉMOIRES SUR LE INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LES CAVITÉS CLOSES, et RECHERCHES SUR LES CAVITÉS CLOSES NATURELLES OU ACCIDENTELLES DE L'ÉCONOMIE) donne, à semblable altération du corps thyroïde, le nom de kyste sanguin. M. Bauchet (MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES KYSTES. Prix de l'Académie de médecine, 1856) la classe parmi les kystes hématiques; M. le professeur Cruveilhier (AN. PATH., 1856, t. III, p. 523) donne, comme type des kystes hémorrhagiques développés dans l'épaisseur des organes, une description empruntée à M. Seutin (de Bruxelles), description analogue à la nôtre, avec cette différence, toutefois, que la maladie, plus avancée dans sa marche, avait converti le corps thyroïde en trois cavités seulement, contenant une matière gélatineuse mêlée de sang coagulé.

M. Fleury (de Clermont), dans son mémoire sur le traitement des kystes de la thyroïde (GAZ. MÉD., 1856), rapporte plusieurs observations de kystes dit sanguins, et regrette à ce sujet la confusion établie entre cette affection et le goître hypertrophique.

Enfin, mon ancien collègue M. E. Nélaton, dans une note publiée l'an dernier (GAZ. DES HÔP., 1857, n° 85), au sujet d'un cas semblable au nôtre et observé dans le même service, plaide pour le nom de goître anévrismatique, basant son opinion sur les qualités artérielles du sang que renferment les poches enkystées.

Qu'il existe des kystes sanguins du corps thyroïde; qu'il se forme dans cette glande, comme dans tout autre parenchyme, des collections sanguines qui suivent leurs conditions habituelles, cela est possible, je ne le nie pas, et, au besoin, la richesse vasculaire de l'organe peut être invoquée pour en prouver la possibilité, de même que, pour expliquer la formation des goîtres vraiment anévrismatiques ou vasculaires; mais je me refuse à admettre que, dans l'observation que j'ai relatée, nous ayons eu affaire à un kyste hématique, ou à une tumeur anévrismatique.

En présentant la pièce fraîche à la Société anatomique (BULLET., mai 1857), je fis remarquer que l'étude des couches de diverses grandeurs, pleines de matière gélatineuse, dont était parsemé le corps thyroïde, soit du côté droit, soit du côté gauche, expliquait le mode de formation de la vaste poche qui remplaçait le lobe gauche presque entier; qu'il était possible de suivre pas à pas le développement des cavités et les transformations successives subies par le parenchyme de la glande dans les différents lobules, et d'arriver ainsi, passant par tous les degrés intermédiaires, à comprendre l'origine et le point de départ du *kyste* qui avait été ponctionné.

Je conclus que cette lésion devait être rangée dans la classe des hypertrophies glandulaires, et non dans celle des kystes ou des tumeurs sanguines.

Sacchi a étudié sous deux formes les modifications principales éprouvées par le corps thyroïde hypertrophié; mais il est aisé de voir que les goîtres scrofuleux et lymphatiques de cet auteur ne constituent que des phases d'une seule et même lésion, dont l'hypertrophie est le premier degré et le goître lymphatique le dernier; la glande subit une série de transformations qui la convertissent enfin en ce que l'on a nommé goître cystique, dénomination mauvaise en tant qu'elle s'applique à la nature de la lésion, car, quoi qu'en dise Vidal (PATH., t. III, p. 750), ce ne sont pas des kystes dont est creusé le parenchyme glandulaire.

Stromeyer (GAZ. MÉD., 1851), revenant aux idées de Sacchi, donne le nom de goîtres parenchymateux ou goîtres *enkystés* qui contiennent du sang et une gelée compacte d'un gris rougeâtre, friable, translucide; l'examen microscopique de cette dernière substance, confié au docteur Beek, a démontré qu'elle avait la même composition que la glande thyroïde chez l'embryon.

Enfin, les mêmes recherches microscopiques ont conduit Ecker (Koelliker, p. 524, 1850) à admettre l'existence du goître glandulaire constitué par l'hypertrophie des vésicules closes.

L'étude du corps thyroïde à l'état sain permet d'expliquer comment l'hypertrophie des glandules arrive à donner à l'organe tout entier l'apparence que nous avons rencontrée.

La thyroïde est une glande à vésicules closes qui, grâce à un stroma fibreux interposé entre elles, se réunissent en globules (granulations glandulaires) arrondis ou oblongs, quelquefois polygonaux; ces lobules ont, suivant Koelliker, de 0^{mm},5 à 1 millimètre, et constituent, par leur réunion, des lobules plus considérables, et, en se groupant, forment les divisions principales de la glande, entourées également d'une enveloppe spéciale, mais plus épaisse, qui se continue avec la capsule fibreuse commune. (Koelliker, trad, Béclard et Sée, p. 522.)

Le stroma se compose de faisceaux de tissu conjonctif mêlé de fibres élastiques fines; les vésicules sont formées d'une membrane propre, d'un épithélium et d'un contenu fluide albumineux, visqueux.

Dans le goître glandulaire, les vésicules s'hypertrophient et se transforment; d'après Koelliker et Ecker (*loc. cit.*, p. 523), il se développe dans les vésicules une substance particulière, substance appelée colloïde.... Cette substance est transparente, amorphe, jaunâtre, molle, et remplit plus ou moins les vésicules; à un faible degré de l'altération, celles-ci sont peu agrandies; elles ne dépassent pas 0^{mm},1, et, sur une coupe, se présentent sous la forme de taches ou de granulations transparentes et jaunâtres, que Ecker a comparées à des grains de sagou cuit; leur structure, du reste, n'est point altérée. A un degré plus avancé, les vésicules pleines de matière colloïde se transforment en kystes 0^{mm},2 à 0^{mm},5, dans lesquels on trouve rarement un épithélium distinct, on n'y rencontre plus que des cellules graoulées ou remplies de matière colloïde et des noyaux. Ces kystes étouffent le stroma, qui se résorbe peu à peu; ils deviennent alors confluents et forment des grandes cavités anfractueuses, dont le contenu subit diverses métamorphoses, et dans lesquelles s'épanchent des liquides très-variés.

Ainsi Ecker et Koelliker reconnaissent la nature hypertrophique du goître dit cystique; il nous reste à démontrer que ce n'est pas seulement par l'apparence que la pièce recueillie par nous à la Charité doit être rangée parmi les goîtres glandulaires hypertrophiques des auteurs allemands.

Mon ami et ancien collègue le docteur Luys, dont les travaux micrographiques ont été déjà récompensés par l'Académie de médecine (Prix de 1857), a bien voulu se charger de l'examen microscopique de la tumeur, et me communiquer la note suivante :

HYPERTROPHIE ET HYPERGÉNÈSE DES VÉSICULES CLOSES DU CORPS THYROÏDE; DÉGÉNÉRESCENCES DIVERSES DE LA GLANDE; DÉVELOPPEMENT HYPERTROPHIQUE DU STROMA PAR PLACES.

« Les vésicules closes apparaissent à l'œil nu comme une agglomération de points grisâtres formant de petites masses lobulées entourées d'une zone de circonscription.

» En certains points, les vésicules ont fait place à une matière de nuances variées, limitée de même par des cercles de tissu fibroïde; les vésicules renfermées dans cette zone de circonscription se sont hypertrophiées, ainsi que le stroma, dans lequel elles sont plongées, il en résulte des zones secondaires inscrites dans la première zone générale, dont elles constituent une dépendance.

» Les différences de coloration sont dues à un mélange en proportions diverses d'éléments gras et de matière colorante hépatique épanchée.

» Si on examine le tissu fibreux qui forme l'enveloppe de ces départements isolés, et les vésicules en elles-mêmes, on constate que :

» 1° Le tissu cellulaire ou stroma qui constitue les cloisons se présente sous l'aspect de trabécules entrecroisés en tous sens; ce sont, en général, des trabécules curvilignes, à direction parallèle, reliés entre eux par des

trabécules secondaires, et laissant par conséquent des espaces libres, irréguliers, contre leurs points de contact; ces espaces libres sont à leur tour occupés par des vésicules closes rudimentaires qui, parvenues à un certain volume, se creusent une loge dans ce tissu cellulaire dont elles écartent les fibrilles.

» Le stroma est formé de fibres de tissu conjonctif mêlées à des fibres élastiques en faible proportion; les fibres sont reliées par une matière amorphe granulo-graisseuse.

» 2° Les vésicules closes, examinées en elles-mêmes, se présentent sous des aspects variés.

» Augmentées en *nombre* et en *volume*, elles semblent prendre naissance aux dépens d'un plasma primitif (matière amorphe unissante?); tandis que ce plasma s'organise en tissu fibroïde, à mailles entrelacées très-étroitement, en passant par les états transitoires du tissu cellulaire qui s'organise (noyaux cellules et fibres fusiformes), les vésicules apparaissent au milieu de ces éléments fibro-plastiques, sous formes de cellules mères; on les distingue facilement à leurs nombreux noyaux inclus, à leur couleur huileuse, et au grand nombre de granulations graisseuses qui les distendent.

» Les cellules mères une fois produites, on bien se développent en tant que cellules mères, c'est-à-dire que leurs parois d'enveloppe ne se déchirent pas, et qu'au contraire, elles se dilatent et se gonflent comme un ballon aux dépens des substances fluides voisines, les cellules filles et les noyaux inclus n'étant pas évacués au dehors; ou bien ces cellules mères vidant leur contenu, les jeunes cellules devenues libres sont à leur tour le siége d'un travail actif d'organisation; la cavité du noyau d'une part, et de la membrane de la cellule de l'autre, tantôt simultanément se gonflent, se ballonnent, de sorte que l'on a deux cavités sphériques emboîtées l'une dans l'autre, tantôt le noyau seul participe à ce travail hypertrophique, et la membrane des cellules s'entoure d'une série de fibres cellulaires parallèles qui deviennent de plus en plus adhérentes, et qui la fixent dans le stroma périphérique.

» Quoi qu'il en soit, les vésicules prennent peu à peu un volume considérable, tantôt quelques-unes seulement sont augmentées de volume, les voisines restant à l'état rudimentaire, tantôt l'hypertrophie est générale et donne au tissu l'aspect d'un lobule graisseux; le tissu périphérique du lobule représentant la zone centrale de circonscription, et chacune des vésicules adipeuses, les vésicules closes, avec cette différence, toutefois, que le tissu cellulaire interposé entre elles est beaucoup plus dense et abondant.

» En augmentant de volume, elles sont cependant pour la plupart énucléables et offrent des formes et des configurations qui varient suivant la disposition des interstices du tissu cellulaire fibroïde.

» Le contenu des cellules est jaunâtre, translucide, d'une coloration analogue à celle de l'ambre; la cassure est nette et vitrée; d'autres fois ce contenu est grisâtre et d'aspect colloïde. La sonde détruit la teinte jaunâtre; -l'acide acétique ne l'altère pas.

» Parvenues à un certain degré de distension, les parois des vésicules se crèvent et laissent échapper ces contenus divers. La rupture des parois, le mélange en proportions variées des divers éléments colorants du sang sorti des cavités vasculaires, avec le contenu des cellules rompues, rendent compte des divers aspects que présente la tumeur en certains points; là où, par exemple, on trouve un tissu à coloration jaune d'ocre ou rouge brun, avec des lamelles celluleuses interposées: l'examen histologique décèle la présence du contenu plus ou moins dégénéré et métamorphosé des vésicules closes avec des proportions variées de dépôts hématiques; les lamelles celluleuses interposées n'étaient autre chose que les zones primitives de circonscription devenues flottantes. »

En résumé, le nombre et le volume des vésicules closes augmentent; le contenu se transforme en matière dite colloïde; le stroma de la glande, refoulé à la périphérie des lobules, enkyste le parenchyme glandulaire et s'hypertrophie par places; la thyroïde est alors criblée de vacuoles renfermant une matière énucléable ramollie et transformée, mais dans laquelle on retrouve encore les éléments histologiques normaux; peu à peu l'hypergénèse des vésicules continuant, le stroma interlobulaire disparaît, les cavités qu'il circonscrivait diminuent en nombre, augmentent en volume, jusqu'à ce qu'enfin un lobe entier, ou presque entier, comme dans notre observation, par exemple, soit converti en une vaste poche contenant une matière friable, gélatineuse, mêlée à une proportion plus ou moins considérable de sang qui en change l'apparence et le rend méconnaissable à l'œil nu.

Resterait à expliquer en vertu de quelle disposition particulière des vaisseaux le sang afflue et s'épanche si facilement dans ces cavités et sort presque par par la canule lorsque l'on pratique une ponction. Cela est-il dû à la rupture des vaisseaux contenus dans les trabécules du stroma rompus et flottants dans les kystes, ou à la tension que le sang doit supporter dans les capillaires de ce même stroma refoulés à la périphérie par le développement progressif de la matière glandulaire hypertrophiée? Quoi qu'il en soit, l'affluence de sang n'est pas due à la rupture d'un vaisseau artériel de gros calibre, car ce genre de goître ne présente ni traces de souffle ni battements expansifs, et nous n'avons trouvé aucune artère rompue.

L'anatomiste n'est pas seul intéressé à reconnaître la nature vraie et l'évolution du goître dit cystique; le clinicien, ce semble, peut tirer de cette étude d'importantes conclusions thérapeutiques.

En présence d'une maladie, le médecin doit chercher tout d'abord quelles sont les indications à remplir, et, parmi les moyens dont il peut disposer, quels sont ceux qui y satisfont le mieux. Au début du goître cystique, dont le premier degré n'est que l'hypertrophie, en quelque sorte simple du corps thyroïde, il est possible d'arrêter l'affection dans sa marche, et les moyens hygiéniques et médicaux peuvent amener ce résultat.

Plus tard, lorsque les vésicules closes, plus nombreuses et plus volumineuses, ont refoulé le stroma et donné à l'organe l'apparence d'un kyste multiloculaire dont les loges, de médiocres dimensions, seraient remplies d'une pulpe déjà ramollie, mais non complétement transformée, on peut encore espérer d'obtenir la guérison de la tumeur sans en évacuer le contenu; cependant les préparations iodées, soit administrées à l'intérieur, soit employées à l'extérieur sous forme de topiques, paraissent insuffisantes. C'est à cette période de la maladie que les injections iodées proposées en 1843 par M. Velpeau jouissent d'un incontestable pouvoir, à en juger du moins par les observations publiées. A ce degré, les cavités enkystées du corps thyroïde, quoique présentant une fluctuation manifeste, n'ont qu'un petit volume et ne communiquent pas entre elles; la matière pulpeuse dont elles sont remplies ne peut être évacuée totalement par la canule, et la quantité d'iode que l'on y peut injecter est trop minime pour amener une phlegmasie dangereuse de la glande tout entière. Quelle est l'action de l'iode dans le cas présent? Agit-il ici comme sur les cavités closes à parois séreuses, ou bien agit-il en vertu de son influence élective sur le corps thyroïde? Le peu de réaction inflammatoire qui succède, en général, à l'injection, et ce fait que, bien que les cavités de la glande ne communiquent pas entre elles, on a vu à la suite d'une seule injection la thyroïde tout entière diminuer de volume, nous semblent plaider en faveur de la dernière hypothèse. L'iode, il est vrai, n'abdique pas ses propriétés irritantes; un gonflement douloureux succède à l'opération.

Si les injections iodées, d'après les faits publiés par MM. Velpeau, Bouchacourt, Gallois, etc., peuvent être employées utilement et presque sans danger dans les cavités enkystées de petites dimensions, il n'en est plus de même lorsqu'un lobe de la glande ou l'organe entier est converti en une vaste poche formée de parois denses parfaitement organisées, et renfermant une matière colloïde mêlée à une proportion plus ou moins considérable de sang; la ponction ne suffit plus pour en évacuer le contenu, l'iode a perdu son action sur les vésicules glandulaires transformées, et d'autre part, de l'aveu même de notre illustre maître, M. Velpeau, *les injections irritantes, et surtout les injections iodées, ne jouissent de toute leur efficacité que quand on les applique aux cavités franchement séreuses*. (RECHERCHES SUR LES CAVITÉS CLOSES.)

Il y a plus, non-seulement les injections irritantes sont rarement utiles, mais elles sont encore véritablement dangereuses.

Ce fut Meunier l'aîné qui, placé au milieu d'un vaste champ d'observations, à Genève, où le goître est endémique, proposa, en 1812, de traiter les goîtres cystiques, l'hydrocèle du cou, par les injections médicamenteuses irritantes; mais, effrayé de son insuccès, il abandonna bientôt cette pratique. « J'ai voulu tenter cette cure, dit-il, mais j'ai été obligé d'y renoncer comme à une méthode vicieuse et qui n'est pas sans danger; les conditions anatomiques de ces tumeurs auraient dû me le faire soupçonner. » L'opinion de Meunier fut partagée par Percy dans son rapport sur les travaux de ce chirurgien (1817).

Les choses en étaient là lorsque M. Velpeau proposa l'emploi des injections iodées dans les kystes de la thyroïde, et publia dans son mémoire plusieurs faits à l'appui de cette opération. (RECHERCHES SUR LES CAVITÉS CLOSES DE L'ÉCONOMIE. Paris, 1843). Le même auteur en signala plusieurs autres lors de la discussion académique sur les injections médicamenteuses dans les cavités closes.

M. Bouchacourt (de Lyon) (BULL. DE THÉRAP., 1844 et 1849) et M. Gallois ont publié plusieurs observations qui confirment l'opinion que M. Velpeau professait alors.

Mais tous ces faits ne se rapportent pas à des goîtres cystiques, et le plus grand nombre, d'ailleurs, sont des exemples de kystes de petites dimensions.

M. Bonnet (de Lyon) (GAZ. MÉD., 1850), et M. Fleury (de Clermont) (*loc. cit.*, 1856) repoussent tous deux l'injection iodée comme dangereuse, ou tout au moins comme souvent inutile. M. Fleury ne l'accepte que pour les petits kystes.

M. Velpeau lui-même estime maintenant que les injections irritantes, sans être constamment funestes, exposent à des risques assez

sérieux pour rendre circonspect le chirurgien le moins craintif; les résultats obtenus à la Charité durant ces dernières années sont en effet peu encourageants.

Aux injections iodées ou irritantes, M. Fleury (de Clermont) préfère l'incision et l'excision partielle des parois du *kyste*; M. Bonnet (de Lyon), la cautérisation, qu'il pratique au moyen de la pâte au chlorure de zinc appliquée à plusieurs reprises sur le plus grand diamètre de la tumeur, de manière à y pratiquer une large ouverture; ces deux méthodes ont l'avantage de permettre l'évacuation complète de la matière renfermée dans la cavité enkystée, et de faire naître, la dernière surtout, une inflammation locale assez puissante pour amener la guérison, mais facile à surveiller.

Stromeyer donne le conseil de n'opérer le goitre enkysté parenchymenteux que lorsqu'il est arrivé au plus haut degré de développement; et pour atteindre ce but, d'attendre quelquefois des années entières. (ARCHIV. FUR PHYSIOLOGISCHE, 1850.) Il opère, du reste, par incision.

La doctrine actuelle de M. Velpeau se rapproche beaucoup de celle de Stromeyer; il pense qu'il ne convient de tenter la cure radicale de ces tumeurs que lorsqu'elles sont de date déjà ancienne; leur contenu, complétement modifié, est alors facile à évacuer; leurs parois ont perdu leur organisation primitive; l'hémorrhagie est moins à craindre, et d'ailleurs le perchlorure de fer introduit à travers les lèvres de l'incision permet de s'en rendre maître.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DES SAISONS, DES AGES ET DE LA GRAVITÉ DE LA VARIOLE AVANT ET APRÈS LA PRATIQUE VACCINALE; par M. le docteur B. GUILHON.

Le quelques réflexions que nous allons présenter ici nous sont inspirées par le travail de M. Thore, publié dans la GAZETTE MÉDICALE (1859, nos 3 et 4).

Suivant cet honorable confrère — et nous le croyons dans le vrai — la question de la vaccine divise profondément le monde médical!...

Le rôle de simple observateur est le nôtre; il nous éclaire d'abord, nous permet ensuite de juger de la justesse ou faiblesse des coups, des bonnes ou fausses manœuvres de part et d'autre. Nous ne sommes pas juge du camp, mais sous l'abri, autant que possible, de l'expérience, de la médecine traditionnelle, nous indiquerons du doigt, à ceux qui paraîtraient s'égarer, la voie hors de laquelle la route à suivre est dangereuse. Pour tous, notre bienveillance est égale, et si, aujourd'hui, nous touchons à quelques points brûlants, ce sera plutôt pour les signaler que pour les résoudre; néanmoins, on nous accordera assez d'indépendance pour ne pas reculer devant les corollaires de ce que nous allons écrire.

Les aphorismes du grand Boerhaave, de Stool, sur les saisons, les âges critiques de la variole, sur sa gravité, aphorismes professés au collége de France par Corvisart, admis dans toutes les écoles, ne sont-ils plus l'expression d'une somme dominante de faits observés avec conscience et intelligence? Pareille à ces végétaux tourmentés par l'art, la variole, sous l'influence d'une action humaine récente, a-t-elle dévié *momentanément* de sa forme la plus ordinaire dans quelques-uns de ses symptômes: surtout, a-t-elle oublié l'enfance pour devenir particulière à l'âge adulte? Enfin, invariable dans des températures identiques, invariable dans sa gravité, avons-nous des raisons qui puissent justifier ses écarts dans certaines circonstances, sa régularité dans les autres? Telle est la question.

Partisans et adversaires de la vaccine sont d'accord sur quelques points! Pour les uns comme pour les autres, il est démontré que les convulsions varioleuses de la première enfance ont beaucoup diminué depuis la pratique vaccinale, et que la *forme externe* de la variole a également, dans l'enfance, beaucoup diminué depuis cette époque. Nous disons variole à forme externe, parce que l'aphorisme de Boerhaave: *variolæ sine variolis*, est vrai aujourd'hui comme autrefois, et de nos jours, comme au temps de Thomet, on doit répéter: «Bien des personnes ont eu la petite vérole *sans s'en douter*.

Pour être toujours dans le vrai et rendre à chacun justice, reconnaissons de suite que cette constatation de la diminution des convulsions varioleuses de la première enfance est due à l'école antivaccinale. Que ceci soit dit à son éloge et serve à fixer désormais l'attention des observateurs et des statisticiens!... Ainsi, depuis la vaccine, deux causes ont contribué à diminuer la petite vérole, par conséquent la mortalité dans les premiers âges de la vie; ces deux causes, dues à un élément morbide unique, n'en sont qu'une: convulsions varioleuses, c'est-à-dire *forme interne latente*; variole éruptive, c'est-à-dire *forme faciale apparente*.

Jusqu'alors la vaccine semble s'annoncer sous les auspices d'un bienfait, d'un progrès; mais progrès et bienfait ne tardent pas à être niés, repoussés même! Voyons donc, avec bonne foi, s'il n'y a pas eu quelque part oubli de l'expérience que les maîtres nous ont traduite, je ne dirai pas sous le nom de lois — les sciences exactes seules ont des lois — mais sous celui d'aphorismes, c'est-à-dire sommes de faits considérables régulièrement, authentiquement constatées.

1° DES SAISONS DE LA VARIOLE.

Boerhaave et Stoll, décrivant la marche de la petite vérole suivant les saisons, disent: « Elle paraît au commencement du printemps, augmente l'été, languit l'automne, disparaît presque l'hiver suivant. *Verno tempore primo incipiens, æstate crescens, languens autumno, hieme sequenti ferè cadens.*

Cette marche de la variole est aujourd'hui méconnue, contestée, contredite, comme on voudra, par les partisans de la vaccine; pour eux, la petite vérole *règne indifféremment en toutes saisons.*

Vaccinateurs et antivaccinateurs n'ont pas grand intérêt à la solution de cette question. Si nous cherchons à la résoudre, c'est uniquement dans l'intérêt de l'observation traditionnelle.

La petite vérole, essentiellement contagieuse, pareille aux semences fines du règne végétal, demande une température humide et modérée. L'organisme qui, dans ces conditions, a reçu le contage, le couve, le fait germer, se développer, puisque toutes les voies lui sont ouvertes, le jette à la vive lumière pour aller perpétuer sa famille nosologique chez des organisations neuves, aptes à la recevoir.

Revenons maintenant aux saisons; mais surtout ne sortons pas du climat de la zone où écrivaient nos historiens de la petite vérole: Boerhaave, Stoll, Sydenham et Tissot.

Dans ces régions, l'hiver est ordinairement sec et froid; alors la semence, privée de ses auxiliaires, chaleur et humidité, reste inerte: *ferè cadens*; elle est comme la semence confiée à la terre sans action aucune! Mais vienne la température humide et douce du printemps, semences et germes se développent: *incipiens!* Arrive l'été, avec ses pluies et ses chaleurs, germe morbide, germe végétal se montrent avec vigueur: *crescens*. L'automne succède avec ses conditions hygrométriques, thermométriques inférieures, germe et semence languissent: *languescens*.

Avec des climats identiques et des saisons normales, la variole poursuit sa marche ordinaire. Comme la végétation, elle s'arrête, s'accroît, se développe et fleurit dans les mêmes circonstances! Mais que l'hiver, dans nos contrées, se dérobant aux lois ordinaires, devienne pluvieux et doux, la petite vérole trouve aussitôt des conditions atmosphériques qui sont le printemps pour elle; on la voit donc débuter, croître, se propager dans une saison qui est celle d'arrêt. Que le printemps, au contraire, au lieu d'être doux et pluvieux, soit sec et froid, le virus varioleux reste engourdi, mais non détruit; il est pareil, en quelque sorte, à ces œufs de poisson cachés dans le sable et le limon, qui attendent plusieurs années, le soleil et l'humidité, pour éclore et perpétuer leurs espèces.

Dans des climats différents aux nôtres, en Afrique, par exemple, où janvier et février sont les époques de la germination, nous y trouvons à la même époque notre virus en pleine force. On peut donc établir, en règle générale, que ses phases d'arrêt, de développement, de croissance sont celles du règne végétal, et que les aphorismes de Boerhaave, écrits dans les régions septentrionales, n'ont subi aucune modification, si on tient compte d'une saison irrégulière qui retarde ou précipite l'éclosion varioleuse.

2° AGES DE LA VARIOLE.

Par âges de la variole, nous voulons parler de ces époques de la vie de l'homme dans lesquelles on observe le plus fréquemment cette *crise physiologique*. Ce n'est pas sans intention que nous appelons la variole une *crise* physiologique et non une maladie; mais ne nous détournons pas de notre sujet.

La petite vérole, par son caractère éruptif, bien que l'éruption soit un symptôme qui fait défaut très-souvent, ainsi que nous l'avons dit, est une crise physiologique propre, particulière à l'enfance. Deux circonstances le veulent: l'absorption et la propagation du contage.

L'organisme a deux modes d'absorption: les muqueuses et la mem-

brane cutanée; mais, pour que celle-ci ait toutes les conditions aptes à recevoir le virus, il faut qu'elle soit souple, molle et poreuse. La peau du jeune enfant offre toutes ces conditions d'aptitude à l'absorption; de plus encore, elle a toutes celles désirables pour faciliter l'éruption, la faire croître, mûrir à la vive lumière; puis, pour répandre son pollen sur des organisations nouvelles chez lesquelles il répétera des phases toujours identiques, toujours nécessaires pour se perpétuer indéfiniment.

La petite vérole est donc propre à l'enfance, comme les hémorrhagies cérébrales le sont à la vieillesse et les fièvres intestinales à la jeunesse: C'est une vérité *vulgaire*, a-t-on dit à l'Académie. Eh bien! cette vérité vulgaire a été obscurcie, voilée là où auparavant elle avait été proclamée et par les mêmes organes.

Cette assertion contraire s'appuie sur des faits; nous allons les montrer, les numérer même, sans pour cela que les grandes vues de la nature aient à souffrir la plus légère atteinte! Mais une action humaine récente est intervenue; les uns la voient, d'autres l'ignorent; de là cette divergence d'opinions dont nous sommes témoins. Consultons le passé, interrogeons ce qui se passe aujourd'hui.

Un demi-siécle avant la vaccine, le célèbre auteur anglais Pringle écrivait; « La petite vérole est rare dans les camps et les armées. » Un demi-siècle après sa découverte et sa pratique, les membres du comité de vaccine de Londres la montrent très-fréquente, au contraire, dans les camps et les armées. Dans un rapport récent, qui a visé à l'éclat et à l'effet (PAPERS RELATING TO THE HISTORY AND PRACTICE OF VACCINATION), ces mêmes écrivains, pour que la démonstration soit en quelque sorte plus palpable, l'exposent à nos yeux au moyen de tableaux où une échelle graduée nous fait connaître la puissance ascendante ou décroissante de la variole, suivant les âges, à deux époques différentes, (DEATHS BY SMALL POX AT DIFFERENT AGES OF LIFE BEFORE AND AFTER DISCOVERY OF VACCINATION, p. xxxj.)

La première échelle confirme pleinement les savantes observations de Pringle, la seconde ne donne pas tort non plus aux auteurs du mémoire cité. Enfin si, sortant de l'Angleterre, nous passons en France, nous pouvons donner des chiffres positifs. En effet, nous trouvons que, sur 1,000 décés varioleux, on en comptait:

	Vers 1800.	Vers 1850.
De 0 à 10 ans. . .	908	380
Au-dessus. . . .	92	620
	1,000	1,000

Ce déplacement de la mortalité varioleuse dans les âges est donc un fait incontestable, avoué par les deux parties. Mais l'un veut l'expliquer en disant: « La petite vérole est une maladie de tous les âges. » L'autre en répétant: « La marche naturelle de la variole a été renversée par la vaccine, qui empêche généralement l'explosion de la variole dans l'enfance, mais qui ne détruit que pour un temps très-limité la faculté qu'ont les tissus d'absorber le germe varioleux, lequel se développe ensuite dans l'âge adulte. »

La nature tourmentée par la main de l'homme peut donner sous notre ciel les fleurs, les fruits d'un autre climat, et dans une saison insolite, mais abandonnée à elle-même elle revient promptement à ses allures. Chaque plante germe, éclôt, mûrit dans son temps, dans sa zone. Il en est de même de la variole; il lui faudra toujours des temps chauds et humides, une organisation jeune, neuve, bien portante. Alors, régulière comme les saisons, elle ne cessera plus d'être la crise particulière à l'enfance comme elle l'est encore dans les contrées où on ne vaccine pas.

3° GRAVITÉ DE LA VARIOLE.

Il est bien entendu ici que nous ne voulons pas parler de la gravité de la variole chez les sujets vierges de toute inoculation vaccinale. Sur ce terrain, partisans et adversaires de la vaccine sont d'accord et conviennent que prodromes, symptômes et effets sont aujourd'hui ce qu'ils étaient il y a un siècle. Mais la divergence est grande lorsqu'il s'agit des effets de la variole frappant les vaccinés. Cependant il a fallu observer, puis compter: alors l'expérience, comme un intermédiaire, a dû offrir des voies de rapprochement. C'est ce qui est arrivé en partie, car à l'heure actuelle, il n'est plus permis de dire que la vaccine *extirpera* le germe varioleux, que *tous* les vaccinés triomphent des coups de la variole. Un moment d'enthousiasme favorisé par bien des petites circonstances que nous ne voulons ni apprécier ni juger, a permis à une société savante d'entendre ces erreurs et de les couvrir de son silence; mais l'année dernière, là où avaient retenti ces libertés d'opinions tout individuelles, on disait humblement: « *Il n'est plus temps de dissimuler*. »

La petite vérole frappe mortellement les vaccinés, mais dans quelle proportion? Voilà la question.

Nous ne nous arrêterons pas à ces causes palliatives qu'on a voulu nous donner sur la prétendue dégénérescence du virus-vaccin, sur la nécessité de le renouveler, sur le nombre des pustules vaccinales demandées pour un bon vaccin. Marchons franchement! Si, après insertion du fluide-vaccin dans l'économie, il y a eu éruption, évolution ordinaire, c'est-à-dire temps régulier d'incubation, de développement, de dessiccation, fièvre, rougeur et douleur, nous croyons alors à une véritable intoxication vaccinale, et alors encore nous ne croyons pas plus à la *fatigue* de ce virus que nous ne croyons à la fatigue du virus vipérin, rabique et varioleux. Laissons donc de côté ces petits moyens inventés pour couvrir une retraite que les antivaccinateurs ne veulent pas inquiéter; aussi les vaccinateurs en cherchent-ils d'autres; les voici: « La variole des vaccinés, disent-ils, est une *varioloïde*, une variole *atténuée*; chez eux les boutons sont moins *nombreux*, ils sont *cornés*, ils *suppurent moins*. »

Les adversaires leur répondent: « L'éruption ne fait pas le danger de la variole; ce symptôme, qui peut faire défaut, retardé par l'action vaccinale, ne trouve plus dans l'âge adulte les conditions de souplesse et de porosité de la peau qui lui permettent le même développement que dans l'enfance! Vos varioles cornées, vos varioloïdes ne sont qu'une réminiscence de ce qu'ont écrit les anciens qui les avaient observées comme vous, mais sur une moindre échelle, parce que la petite vérole était rare de leur temps après 10 ans; qu'aujourd'hui, au contraire, elle est très-fréquente après cet âge. Enfin, le jour où on constate un décès par petite vérole, la statistique mortuaire n'a que faire aux variantes symptomatologiques d'un diagnostic qui accuse la présence du grave élément morbide, elle ne s'intéresse nullement au volume, à la forme de l'éruption, ni à la complication du virus ni au nom qu'on veut lui donner! elle écrit: *décès varioleux*.

Avec des dires pareils, chacun se retranche dans son camp, chante des victoires qu'il croit avoir remportées, accumule quelques observations personnelles, qui toujours prises au point de vue de l'observateur, se ressentent de la force de ses yeux et de l'étendue de son horizon. Ce n'est pas là que nous devons nous placer. Heureusement, nous avons un terrain assez solide; explorons-le!

La ville de Londres possède un hôpital spécialement destiné aux varioleux. Là le nombre des admis, des décès, est régulièrement enregistré; on y tient registre également des âges et surtout d'une vaccine antérieure.

Depuis 1840 jusqu'à 1852, 11,000 malades sont entrés dans cet hôpital. Deux statistiques ont été établies: la première par G. Gregory, la seconde par J. Marson, tous les deux médecins de cet hôpital.

Pour le premier, le rapport des décès aux malades, chez les vaccinés, serait de 16 pour 100; pour le second, de 14 pour 100 seulement.

Cette statistique, dressée sur la plus vaste échelle par deux vaccinateurs émérites — G. Gregory, il est vrai, sur la fin de sa vie attaque vertement cette pratique — mérite confiance; en outre, d'autres documents viennent l'appuyer. Les voici:

A l'hôpital de la Pité en 1825: « Sur 162 vaccinés atteints par l'épidémie, 25 (15 pour 100) succombèrent. » (Serres, GAZETTE MÉDICALE, 1847.) Le baron Michel nous donne un rapport identique pris chez les militaires morts après vaccine, de la petite vérole, au Gros-Caillou.

Nous voici donc avec des documents officiels variant entre 14, 15 et 16 pour 100. Prenant la moyenne, nous trouvons qu'en Angleterre ainsi qu'en France la mortalité varioleuse est de 15 pour 100 chez les vaccinés.

Maintenant ce rapport établi, nous est-il possible de le rapprocher d'un autre qui aurait une date antérieure à la vaccine?

Le passage suivant qui résume brièvement tout ce que les anciens ont écrit sur la statistique nécrologique varioleuse, émanant d'un homme qui fait autorité, nous servira de terme de comparaison:

« Il est *démontré* qu'en combinant les ravages des épidémies mauvaises et bénignes, la petite vérole tue *la septième partie*, 14 pour 100, de ceux qu'elle attaque. » (Tissot, AVIS AU PEUPLE, p. 165.)

La conclusion est qu'il n'y a pas modification dans la mortalité chez les sujets atteints de petite vérole, qu'ils soient ou non vaccinés!

Dans ce court travail, nous avons évité avec soin certaines questions qui étonnent profondément les doctrines traditionnelles médicales, et quelques autres qui intéressent au plus haut degré l'économie sociale, telles que: origine véritable du vaccin; la médecine a-t-elle des spécifiques? depuis l'introduction de la vaccine, les fièvres aiguës intesti-

nales propres à la jeunesse ont-elles acquis une excessive gravité? la dette de l'enfance à la mort est-elle reportée vers l'âge précieux?

Loin d'être indifférent à leur solution, nous voudrions par tous nos efforts la presser, au nom de la médecine contre l'empirisme, du progrès réel contre l'aveuglement; nous adoptons volontiers cette maxime qui n'est pas de nous : « Il est plus philosophique de détruire une erreur que de découvrir une vérité. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite.)

NORTH AMERICAN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Les livraisons de mai à novembre 1857 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Influence pathogénique des oscillations électriques*, par M. Littell. 2° *Rétrécissement du colon*, par M. Henry. 3° *Emploi de la quinoïdine*, par M. Graham. 4° *Crayon extrait de la vessie par une incision périnéale*, par M. Cross. 5° *Squirrhe du foie chez un enfant de 3 mois*, par le même. 6° *Mortalité de Philadelphie*, par M. Jewel. 7° *Fistules urétro et vésico-vaginoles*, par M. Bozeman. 8° *Expériences sur la digestion*, par M. Smith. 9° *Fièvre puerpérale*, par M. Levergood. 10° *Traitement de la pneumonie*, par M. Pope. 11° *Cirrhose du foie et peau bronzée*, par M. Fricke. 12° *Colique des peintres*, par M. Kunkler. 13° *Deux cas rares de chirurgie*, par M. Boling. 14° *Système d'éducation en Amérique*. 15° *Remarques sur l'état de la science médicale en Arabie et en Syrie*, par M. Bavelay. 16° *Des blastèmes*, par Bowen. 17° *Excrétion d'acide phosphorique par les urines*, par M. Hammond. 18° *Excision d'un kyste de l'ovaire, mort*, par M. Kempf. 19° *Grossesse chez une femme non menstruée depuis plusieurs années*, par M. Gibbs. 20° *Cataracte lamellaire*, par M. Williams. 21° *Pathologie et traitement de l'anémie*, par M. Ayres. 22° *Diversité des symptômes de la scarlatine maligne*, par M. Sutton. 23° *Psychologie du rhumatisme aigu*, par M. Wheelock. 24° *Traitement du prolapsus utérin par des applications de tannin*, par M. Kunkler. 25° *Encépholoïde du crâne et du cou*, par M. Kluge. 26° *Fièvre puerpérale et érysipèle*, par M. Duncan. 27° *Luxation sacro-sciatique du fémur guérie par des manipulations*, par M. Henry.

INFLUENCE DES VARIATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ SUR LA PRODUCTION DES MALADIES; par S. LITTELL, M. D.

L'hypothèse du docteur Littell peut se résumer en quelques lignes : « Je suis amené à cette conclusion irrésistible, qu'un élément qui pénètre toute la nature et qui joue un rôle si important dans toutes ses opérations, qui est si analogue à la force nerveuse qu'il peut la remplacer dans l'accomplissement des fonctions qui lui sont dévolues, qui, appliqué dans une certaine mesure à l'organisme, le maintient en santé tandis qu'il le surexcite ou le détruit lorsque sa quantité augmente et devient excessive, que cet élément, dis-je, par sa diminution ou sa soustraction complète, surtout lorsque l'organisme est débilité, et lorsqu'il existe en même temps une cause qui tend à déprimer l'action cérébrale, doit posséder une influence des plus puissantes sur la production des maladies.

» Des conséquences pathologiques aussi variées qu'étendues, et d'une gravité très-grande, peuvent provenir de l'épuisement du système nerveux par la soustraction de l'électricité amenée par des variations dans la distribution de ce fluide, et cet épuisement peut être la cause prochaine non-seulement des exanthèmes et de la plupart des autres fièvres congestives ou de formes diverses, mais aussi du choléra, de la grippe, de la coqueluche, de l'érysipèle, de la dyssenterie, des parotides, des phlegmasies idiopathiques, etc., etc.... pourvu qu'il y ait, bien entendu, des circonstances prédisposantes et efficientes, telles que la fatigue, le jeûne, l'insomnie, les passions débilitantes, en un mot, tout ce qui tend à diminuer, à amoindrir, à épuiser la force nerveuse. »

Mon Dieu! tout cela est possible, et bien d'autres choses encore, mais les hypothèses n'ont de valeur scientifique que lorsqu'elles ont été vérifiées; montrez-nous donc qu'en effet l'électricité produit la coqueluche et l'érysipèle, puis montrez-nous encore comment elle produit tantôt l'une et tantôt l'autre.

DE LA QUINOÏDINE COMME SUCCÉDANÉE DE LA QUININE; par B. F. GRAHAM, M. D.

La quinoïdine coupe aussi facilement la fièvre que la quinine, et prévient beaucoup plus sûrement le retour des accès.

Dans les quotidiennes, une seule dose a souvent arrêté court le retour des paroxysmes, et dans plusieurs cas où la quinine avait été administrée à hautes doses sans résultat, la quinoïdine seule a procuré une prompte et durable guérison.

Je n'ai pas souvenir d'une seule récidive après l'emploi de la quinoïdine, et l'on sait combien elles sont fréquentes quand les fièvres ont été coupées par le sulfate de quinine.

La quinoïdine ne produit pas les effets pénibles et souvent graves qui suivent l'administration de la quinine, tels que la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles, l'obscurcissement de la vue.

La quinoïdine est un bon tonique; unie à l'iode et à l'ipéca, elle offre un excellent altérant.

Je la donne en pilules de 15 centigrammes toutes les heures, jusqu'à ce que la fièvre soit coupée, et je la continue pendant quelques jours encore à la même dose, mais moins rapprochée. La quantité moyenne nécessaire à chaque malade est de 2 grammes et demi environ.

La quinoïdine doit être bien purifiée, sans cela elle produit non-seulement des nausées, mais encore elle agit comme un émétique énergique, et si elle est donnée à hautes doses, fréquemment répétées, elle devient un drastique dangereux.

Ces résultats sont de nature à engager à instituer ou à reprendre des expérimentations avec la quinoïdine *bien purifiée* dans les contrées marécageuses de la France et surtout en Algérie. Il serait inutile d'essayer ce médicament à Paris, par exemple, où les intermittences sont si bénignes qu'elles se terminent d'elles-mêmes dans la très-grande majorité des cas, et semblent par conséquent guérir avec quelque moyen qu'on emploie.

CRAYON EXTRAIT DE LA VESSIE PAR UNE INCISION PÉRINÉALE; par M. GROSS.

Obs. — Le sujet de l'opération, fermier de 39 ans, avait depuis quelque temps une rétention d'urine causée, suivant lui, par la gravelle; il avait l'habitude de s'introduire dans l'urètre un morceau de crayon, ce qui lui permettait d'uriner facilement. Le 6 février, ayant eu une rétention d'urine de plus de vingt heures, il usa du même moyen; mais le crayon échappa de ses mains, et tomba dans la vessie. Peu de jours après douleurs vives, envies d'uriner toutes les heures, etc. Le 6 mars, on pratiqua une petite incision au périnée et on retira l'instrument de la vessie. Le 13, il eut un engorgement inflammatoire du testicule; quelques jours après il était guéri, conservant quelques difficultés à uriner.

Le crayon était fendu par le milieu, la mine de plomb était tombée dans la vessie; il avait 2 pouces 5 lignes de longueur, une de ses extrémités était conique. Il était entouré d'un dépôt d'acide urique et de phosphate, pesant environ 1 drachme.

EXPÉRIENCE SUR LA DIGESTION; par M. SMITH.

M. Alexis Saint-Martin a fait des expériences sur la digestion gastrique; ses conclusions sont les suivantes : la réaction acide du suc gastrique est due à l'acide lactique; les substances azotées sont transformées en albuminose, les graisses éprouvent seulement une division plus parfaite; les matières amylacées sont transformées en sucre de glycose.

Comme on pouvait objecter à cette dernière proposition que le glycose existe souvent dans le pain; que sa présence y est due à la cuisson, M. Saint-Martin a fait de nouvelles expériences avec M. Brown-Séquard. Ce dernier physiologiste a, comme Montaigne, la faculté de vomir à volonté. Un matin à jeun, il introduisit dans son estomac plusieurs verres d'eau, puis une certaine quantité d'arrow-root bien lavé avant de bouillir, et ne contenant point de sucre. Au bout de quelques minutes, il vomit aisément par une simple contraction spasmodique. Le liquide est acide au tournesol, et contient une notable proportion de glycose, démontré par la liqueur de Trommer. D'heure en heure l'expérience est répétée, le résultat est le même, avec cette différence que la quantité de glycose devient plus considérable. A la fin le liquide ne contient ni amidon ni glycose.

M. Smith objecte à ces expériences que ce n'est point là une digestion normale; qu'il y a là un désordre de la fonction, comme d'autres physiologistes distingués l'ont déjà dit pour Montaigne. Il cite encore à l'appui de son opinion les expériences probantes de M. Bernard, qui démontrent que le suc gastrique arrête la transformation glycosique imprimée par la salive aux aliments féculents.

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DU TRAITEMENT DE L'ANÉMIE; par M. P. AYRES, M. D. Indiana.

L'auteur, s'appuyant sur les résultats les plus récents de l'hématologie, est convaincu que dans l'anémie et la chlorose les globules sanguins ne sont pas seulement diminués en quantité, mais qu'ils sont eux-mêmes dans leur état pathologique. Pour qu'ils diminuent dans le sang, il faut, en effet, ou qu'ils soient produits en moins grand nombre, ou qu'ils s'y détruisent plus rapidement qu'à l'état normal.

Quelle que soit la cause de cette altération, on sait que le fer en est le remède spécial. Cependant il y a des cas très-aigus et très-graves dans lesquels le fer n'est point toléré, ou agirait avec trop de lenteur. Dans ces circonstances, le docteur Ayres administre le nitrate d'argent qui lui a donné des résultats aussi heureux que rapides.

OBS. — Une femme accouche pour la quatrième fois avec facilité. Dans les derniers temps de sa grossesse, elle avait eu quelques accès de fièvre intermittente et montrait de la tendance à l'anémie. Tout alla bien pendant quatre jours après la parturition, mais à la fin du quatrième jour elle fut prise d'une lassitude générale et sentit un grand épuisement. Elle était très-pâle, le cœur battait avec rapidité, il était tumultueux comme pendant une violente palpitation. Diarrhée fétide, langue chargée. Les symptômes d'anémie s'accrurent rapidement, quelques jours après le pouls variait de 12 à 140; les lèvres, les gencives, la langue décolorée, le corps tout entier d'une couleur de cire. Anorexie complète, soif médiocre. On ne voit aucune veine sur la main, on n'en peut sentir aucune.

Le tintement d'oreille est très-incommode; le bruit de diable est si fort qu'on le perçoit quand on est assis auprès de la malade.

Accès de dyspnée toujours accompagnés de palpitations. Ils deviennent de plus en plus graves et plus fréquents : pendant leur durée il faut ouvrir portes et fenêtres, la mort paraît imminente.

Les symptômes nerveux immédiats durant ces paroxysmes furent amendés par un verre de vin de Champagne, et l'on ordonna comme tonique fixe la potion suivante :

Prenez :	Carbonate d'ammoniaque.	1gr.,50 centigr.
	Sulfate de quinine.	1gr.,30
	Camphre.	1gr.
	Sucre blanc. . . . . Gomme arabique.	32gr. de chaque.
	Eau.	125gr.

A prendre par grandes cuillerées toutes les trois heures.

Au bout de deux jours les accès étaient beaucoup diminués; en même temps on employait spécialement contre l'anémie la formule suivante :

Prenez :	Nitrate d'argent cristallisé.	0gr.,65 centigr.
	Extrait de ciguë.	1gr.,30
	Sirop de Tolu.	65gr.

Une cuillerée à café toutes les six heures.

La guérison fut rapide et complète. Cette femme devint mère une autre fois sans que l'anémie reparût.

Le docteur Ayres regarde le nitrate d'argent, qu'il a eu de nombreuses occasions d'employer, comme aussi spécifique dans ces cas que le quinquina dans les fièvres intermittentes.

DIVERSITÉ DES SYMPTÔMES DE LA SCARLATINE MALIGNE; par GEORGES FULTON, M. D.

L'auteur a observé à Aurora, comté de Dearborn, dans l'Indiana, des épidémies de scarlatine en 1848, 1849 et 1853.

Les formes malignes lui paraissent pouvoir être rangées sous ces quatre chefs :

1° Prostration générale au début de la maladie, comme par une commotion violente du système nerveux;

2° Congestion ou inflammation du cerveau;

3° Le canal digestif est le siége de symptômes graves qui ressemblent à ceux d'un violent choléra;

4° L'affection se porte surtout au gosier et aux voies respiratoires supérieures.

Ces formes peuvent se combiner et présenter ainsi une extrême variété dans les symptômes. Sans entrer dans l'examen approfondi de ces diverses catégories, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'analogie qu'elles présentent avec les formes de la fièvre pernicieuse.

1° Adynamique, sidérante;
2° Carotique, apoplectique, comateuse;
3° Cholériforme, algide;
4° Pneumonique.

En un mot, on voit ici, comme dans les fièvres pernicieuses, une perturbation considérable de l'action nerveuse se manifestant tantôt sur un appareil fonctionnel, tantôt sur un autre de manière à y produire les troubles les plus variés et les plus graves. Cette analogie peut d'ailleurs être étendue à toutes les *intoxications*.

AFFINITÉ DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET DE L'ÉRYSIPÈLE AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE; par J. LEVERGOOD, M. D.

Le docteur Levergood rapporte qu'un accoucheur, le docteur Lloyd, ayant assisté trois femmes en couches dans sa pratique civile, hors de toute influence épidémique et dans des conditions hygiéniques très-satisfaisantes, pendant qu'il donnait ses soins à un homme atteint d'érysipèle phlegmoneux du bras, ses trois accouchées moururent de la fièvre puerpérale. Les autres accoucheurs n'eurent aucun cas pendant ce même temps. Le docteur Llyod cessa de panser l'homme à l'érysipèle et le confia au soin d'un confrère : à partir de ce moment il n'eut plus d'autres cas de fièvre puerpérale.

L'origine, la durée, la terminaison de la fièvre puerpérale dans cette circonstance, éloigne l'idée qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence.

Du reste, la connexion pathologique intime de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle, et le pouvoir qu'ont ces maladies de s'engendrer l'une l'autre, sont si fréquemment confirmées par l'observation, qu'on peut raisonnablement les admettre. Un des premiers accoucheurs vivants, le docteur Simpson, dit que lorsque les doigts du chirurgien sont imprégnés des sécrétions morbides de l'érysipèle, l'inoculation de ces matières dans les parties génitales de la femme en couches produit la fièvre puerpérale aussi sûrement que la matière qui proviendrait d'une femme atteinte de fièvre puerpérale même.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département du Loiret (Comm. des épid.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. le docteur Neucourt (de Verdun), et une lettre de M. le docteur Parise (de Lille), qui sollicitent le titre de membre correspondant;

2° Une note sur l'allongement du col utérin, par M. le docteur Affre (de Biarritz);

3° Un mémoire sur le cancer des dents, par M. le docteur Valat (de Montpellier) (Comm. : MM. Barth et Oudet);

4° Une note sur l'emploi des anesthésiques, par M. Delabarre;

5° Une lettre dans laquelle M. Bouisson (de Montpellier) remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant associé national.

— Sur la demande de l'auteur, M. LE PRÉSIDENT ouvre un paquet cacheté déposé par M. Boutigny (d'Evreux), le 28 septembre 1858, et donne lecture de la note qui y est contenue.

Cette note contient la formule d'un vin antilymphatique, ainsi composé :

Prenez :	Suc de grande capucine	25 grammes.
	Alcool fin à 36°	25 —
	Quinquina gris concassé	25 —
	(Le phosphate de chaux provenant de la décomposition de 1 gramme de chlorure de calcium dissous dans l'eau et versé goutte à goutte dans une dissolution de 1,50 grammes de phosphate neutre de soude.)	
	Écorces d'oranges amères	2 —
	Vin blanc de Bordeaux	1 litre.

Faites macérer pendant huit jours, en agitant fréquemment, puis filtrez. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. ROCHE dépose sur le bureau, au nom de M. Beaugrand, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, une brochure relative aux accidents que déterminent différents verts arsenicaux employés dans l'industrie.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie le décès de M. Lassaigne, an-

cien professeur de chimie à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre correspondant de l'Académie.

NOMINATIONS.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nominatinn des commissions de prix.

Sont nommés :

Pour le prix de l'Académie.

(Perchlorure de fer.)

MM. Robert, Bouilland, Bouchardat, Velpeau, Larrey.

Pour le prix Portal.

(Étranglement interne.)

MM. Barth, Huguier, Jobert, Cloquet, Cruveilhier.

Pour le prix Civrieux.

(Diathèse syphilitique.)

MM. Lagneau, Ricord, Roslan, Trousseau, Jolly.

Pour le prix Capuron.

(Rétroverston de l'utérus.)

MM. Paul Dubois, Moreau, Danyau, Cazeaux, Depaul.

Pour le prix Barbier.

MM. Michel Lévy, Rayer, Mélier, Grisolle, Nélaton.

Pour le prix Amussat.

(Chirurgie expérimentale.)

MM. Malgaigne, Gimelle, Bouvier, Laugier, Renault.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Huguier, relatif à l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.

La parole est à M. Depaul.

DISCUSSION SUR L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN.

M. DEPAUL regrette que la décision prise par l'Académie, dans sa dernière séance, ne lui ait pas permis de prendre une connaissance aussi complète du mémoire de M. Huguier, qu'il l'aurait voulu. Quoiqu'il ail consacré plusieurs séances à parcourir ce travail, il est encore quelques points qu'il n'a pu étudier suffisamment pour les discuter. Les remarques qu'il présentera aujourd'hui se rapporteront exclusivement à la première partie du mémoire de M. Huguier, celle qui est consacrée à l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col. Je ne m'occuperai d'ailleurs, poursuit M. Depaul, que de l'hypertrophie longitudinale, et je laisserai de côté, à l'exemple de M. Huguier, les autres variétés d'hypertrophie partielle. M. Huguier admet sans doute ces variétés comme moi, et je les mentionne seulement parce que, dans plusieurs publications récentes, des auteurs très-recommandables d'ailleurs nient résolûment l'existence des inflammations chroniques et des hypertrophies partielles de l'utérus; cette opinion est en contradiction avec la pratique et l'observation de tous les jours.

M. Huguier a cru devoir commencer l'histoire de l'hypertrophie de la partie sous-vaginale du col par un reproche que je ne puis laisser passer sans protestation. « On pensait, dans ces derniers temps, dit-il, et beaucoup de » praticiens pensent encore aujourd'hui que l'apparition du museau de tan» che à la vulve, la sortie d'une plus ou moins grande portion de la matrice » hors des organes génitaux externes, sont le résultat d'un déplacement de » cet organe, d'un abaissement en masse, d'une véritable précipitation de la » matrice en totalité. »

Il y a là, de la part de M. Huguier, une grande erreur. L'opinion qu'il prête « aux médecins les plus distingués » n'est guère que celle des médecins ignorants, et tous les jours j'ai l'occasion de faire moi-même, et de voir faire par mes collègues, la distinction que M. Huguier croit devoir présenter comme une nouveauté. Il y a d'ailleurs bien longtemps que cette distinction a été faite. Madame Boivin a fait une description de l'allongement hypertrophique du col utérin, fort analogue à celle de M. Huguier; elle a indiqué les symptômes qui permettent de le distinguer de l'abaissement, et elle a résumé les opinions qui avaient été émises jusqu'alors, dans un historique qui ne diffère guère de celui de M. Huguier. (T. I de l'ouvrage de Boivin et Dugès, p. 89, 91 et 193.)

Ce que madame Boivin a dit de cette affection n'a pas été, heureusement, perdu pour tout le monde. M. Herpin (de Genève) a publié, en janvier 1856, dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, deux articles « sur l'allongement démesuré du col de la matrice, » dans lesquels il a fait connaître deux observations, et dans lesquels il donnait l'histoire assez détaillée de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et du traitement de cette affection. Dans une notice historique, il citait plusieurs auteurs qui l'ont décrite, tels que Desormeaux, etc. Comment M. Huguier a-t-il pu ne pas connaître le travail de M. Herpin?

Mais il serait inutile d'insister longuement sur cette question. Il est bien établi que l'allongement hypertrophique du col de l'utérus est parfaitement connu depuis fort longtemps, et tous les chirurgiens ici présents pourront sans doute confirmer mon opinion. J'ai vu, pour ma part, un assez grand nombre de cols qui arrivaient jusqu'auprès de la vulve, appuyant souvent sur le périnée, au point même de le faire bomber sensiblement.

En parlant des causes de cet allongement, M. Huguier n'a pas tenu suffisamment compte, ce me semble, des différences originelles, bien connues cependant, que présente la longueur du col chez les divers sujets. Je ne dirai rien de la grossesse; mais je crois que M. Huguier n'a pas insisté sur la fréquence des diverses maladies de la matrice comme cause de l'allongement; celui-ci a été précédé, dans le plus grand nombre des cas, d'inflammations affectant soit le tissu propre de l'utérus, soit sa muqueuse, inflammations devenues chroniques et ayant persisté depuis longtemps dans cet état; madame Boivin en cite plusieurs exemples, mais elle ne voit pas, comme M. Huguier, dans l'allongement du col, consécutif à ces affections, une simple hypertrophie. Je suis assez de l'avis de madame Boivin.

Contrairement à ce qu'avance M. Huguier, je crois, d'après mon expérience personnelle, que les allongements considérables du col, les cas où il acquiert 6 à 7 centimètres de longueur, sont très-rares. Quant au diagnostic de ces allongements, je ne crois pas qu'il soit difficile. Le toucher vaginal suffit souvent, dans les cas simples, en montrant que le col descend très-bas, sans que le vagin soit renversé. On peut d'ailleurs mesurer facilement la longueur de l'organe en exerçant à la fois la palpation abdominale et le toucher vaginal, et dans les cas où l'on ne peut toucher le fond de la matrice, on se tirera presque toujours d'embarras en pratiquant le toucher rectal après avoir introduit une sonde dans la vessie : si on parvient à sentir la sonde au-dessus du fond de l'utérus, il est certain que cet organe est abaissé.

M. Huguier préfère l'emploi du spéculum à l'exploration digitale, et ici encore il m'est impossible d'être de son avis. Avec le doigt, on ne risque pas de se méprendre sur la longueur du col; avec le spéculum on refoule facilement le vagin le long de la portion sous-vaginale du col, et le col paraît allongé d'autant. C'est bien pis quand il s'agit de la sonde utérine. J'avoue que pour mon compte j'y ai renoncé depuis longtemps, et que l'expérience de mes collègues ne m'a pas fait regretter. Dans l'affection dont il s'agit ici, comme dans les autres, l'emploi de la sonde est souvent inutile, il expose le chirurgien à des erreurs fréquentes, et les malades à des dangers qu'on n'est jamais sûr d'éviter. La première introduction de la sonde, surtout chez les femmes qui n'ont pas accouché, est presque toujours douloureuse, elle s'accompagne généralement d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant; quelquefois l'usage de cet instrument a pour conséquence des métrites très-graves ou des péritonites mortelles. J'ai fait connaître nutrefois des cas de ce genre, et si je ne proscris pas l'usage de la sonde utérine d'une manière absolue, au moins suis-je en droit de demander qu'on le réserve pour les cas où il est impossible de s'en passer. M. Huguier affirme que la sonde est indispensable pour connaître exactement la longueur de l'utérus; je ne puis admettre cette opinion que pour les cas où quelque circonstance extraordinaire, telle qu'un abaissement considérable de l'utérus, ne permet pas de saisir entre les deux mains le fond et le col de la matrice, et d'en mesurer ainsi la longueur. Rappellerai-je enfin que le cathétérisme utérin a plus d'une fois provoqué un avortement? J'en ai fait connaître des exemples, d'autres m'ont été communiqués depuis, et plus d'une fois la mort a été la conséquence de la fausse couche.

J'arrive au traitement préconisé par M. Huguier : tant que le col n'a pas dépassé une longueur de 4 à 5 centimètres, M. Huguier recommande de ne pas amputer. Mais quand l'allongement est plus considérable, quand des accidents graves surviennent, quand enfin tous les autres moyens sont reconnus inutiles, l'amputation lui paraît seule indiquée.

J'accepterai volontiers ces préceptes; seulement j'aurai à faire voir tout à l'heure que M. Huguier lui-même ne s'y est pas toujours rigoureusement conformé.

Je ferai cependant remarquer que, en dehors de l'amputation, la chirurgie n'est pas aussi désarmée en présence de l'allongement hypertrophique du col utérin que M. Huguier a l'air de le croire. M. Herpin a fait voir les avantages qu'on peut obtenir d'un bandage très-simple, même dans un cas où le col avait 6 centimètres de long; déjà madame Boivin avait insisté sur l'utilité du repos et de la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent. A ces moyens j'ajouterai volontiers, sur la foi de mon expérience personnelle, la cautérisation avec le fer rouge, dans les cas où les autres moyens ont échoué. C'est un moyen très-puissant, et qui est loin d'avoir les mêmes dangers que l'amputation.

Ces dangers, les observations de M. Huguier pourraient peut-être les faire oublier; nous voyons, en effet, que toutes les opérées ont guéri. Mais il n'en est pas moins avéré que l'amputation du col utérin a causé plus d'une fois la mort des malades. C'est ce qui arriva à une malade qui avait une hypertrophie, de nature douteuse d'ailleurs, du col, et à laquelle M. Dubois amputa la portion sous-vaginale du col, il y a quatorze ou quinze ans; une péritonite foudroyante en fut la conséquence. Une malade amputée par M. Giraldès, à la Charité, succomba également, ainsi qu'une malade à laquelle j'enlevai le col, il y a quelques années, pour une tumeur de cet organe. Une sage-femme de Paris, que je débarrassai d'un col atteint d'hypertrophie folliculaire, fut plus heureuse. Je ferai remarquer en passant que dans ce dernier cas j'employai l'écraseur, tandis que les trois premières opérations dont j'ai parlé avaient été faites à l'aide du bistouri. Enfin, pendant mon externat à la Pitié, j'ai vu plusieurs opérées de Lisfranc mourir de l'amputation du col. Il ne faut donc de beaucoup que cette opération soit aussi innocente que l'a dit M. Huguier.

Qu'il me soit permis maintenant de présenter quelques observations sur les observations de M. Huguier.

Dans la première, le col, dit M. Huguier, avait une longueur de 7 centimètres, et pourtant l'utérus n'était pas déplacé et le col ne sortait pas au dehors. Cela me semble difficile à concilier avec les dimensions du bassin qui n'a pas plus de 9 à 10 centimètres en haut, en moyenne. La portion sus-vaginale du col et le corps de l'organe n'auraient donc eu, dans ce cas, que trois centimètres au plus de longueur? Je crains bien que M. Huguier n'ait été induit en erreur sur la longueur du col par l'examen au spéculum, comme je l'ai dit tout à l'heure.

Dans la deuxième observation, au contraire, le col n'avait que 4 centimètres de long, et pourtant il avait franchi la vulve. C'est difficile à comprendre, s'il n'y avait pas en même temps abaissement.

Dans le troisième cas, il ne s'agit pas d'une hypertrophie du col, mais bien d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur de sa lèvre antérieure.

La malade qui fait le sujet de la quatrième observation était atteinte d'une hernie qui pourrait bien avoir été en partie cause des accidents qui décidèrent M. Huguier. L'amputation fut suivie d'une hémorrhagie considérable; vous allez voir que cet accident est arrivé plusieurs fois; chez la cinquième malade, il fut aussi grave que chez la quatrième; il fallut, dans les deux cas, tamponner le vagin.

Quant à la malade dont il est question dans la sixième observation, M. Huguier convient qu'il l'a opérée « pour arrêter les progrès ultérieurs de l'affection. » Et remarquez que la malade avait accouché neuf mois seulement auparavant; que la lèvre antérieure, qui était la plus longue, n'avait pas 3 centimètres; qu'il n'y avait que des accidents insignifiants; qu'enfin l'opération fut faite neuf jours après son entrée. Il n'y a pas un seul des détails qui ne soit en contradiction formelle avec les règles tracées par M. Huguier lui-même, et je ne comprends pas, en vérité, qu'il ait pu pratiquer l'amputation dans ce cas. Puis, M. Huguier affirme que la cicatrisation était complète onze jours après l'opération; or, j'affirme que cela est impossible, et qu'il doit y avoir eu là quelque erreur.

La neuvième observation n'est encore pas un fait d'hypertrophie simple. La malade, opérée en juillet 1852, avait eu, au commencement de l'année, une métrite suivie de rétroversion, et elle portait plusieurs tumeurs folliculaires du col.

Dans les observations de M. Broca et de M. Marchal (de Calvi), nous voyons encore des pertes graves survenir après l'opération. Celle-ci, vous le voyez, est donc assez dangereuse, tandis que l'affection contre laquelle elle est dirigée n'a pas une grande gravité par elle-même, qu'il s'agisse d'ailleurs des femmes appartenant aux classes laborieuses ou de celles qui n'ont pas besoin de gagner leur vie.

Je ne puis admettre avec M. Huguier que cela doive influer sur la conduite du chirurgien. Si une affection non mortelle par elle-même ne peut être guérie que par une opération grave, je crois qu'il faut y renoncer; à l'assistance publique de subvenir aux moyens de subsistance des infirmes pauvres. Ce n'est pas que je veuille proscrire absolument l'amputation du col, mais je voudrais qu'on n'y eût recours qu'avec la plus grande réserve.

M. Depaul reprendra son discours dans la prochaine séance.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport de M. Danyau sur les candidatures à une place vacante de correspondant.

BIBLIOGRAPHIE.

VITEL, SES EAUX MINÉRALES; par le docteur J. PATEZON, médecin inspecteur. In-18 de 183 pages. — Paris, J.-B. Baillière.

Les eaux minérales de Vitel, trop peu connues jusqu'ici des médecins, méritent une attention particulière. Elles se distinguent par une activité et une spécificité d'action qui en font un remède précieux contre certaines maladies, et en particulier contre les affections calculeuses. M. le docteur Patezon, médecin inspecteur de ces eaux, vient de leur consacrer une notice étendue et détaillée; nous allons en extraire les renseignements nécessaires pour faire apprécier les propriétés et le mérite des eaux de Vitel.

Vitel, situé dans les Vosges, non loin de Mirecourt, possède trois sources: la première, appelée la *Grande source*, donne une eau ferro-magnésienne; la seconde, dite *Source Marie*, produit de l'eau magnésienne calcaire; la troisième, dite *Source des Demoiselles*, une eau ferrugineuse carbonatée. La première source est surtout fréquentée par les malades atteints d'affections graveleuses: goutte, gravelle, pierre, affections urinaires, etc. Elle est essentiellement diurétique. Employée dans les cas où les eaux de Vichy et de Contrexéville sont indiquées, elle produit des résultats plus rapides et plus énergiques que ces dernières. Dans plusieurs cas de cachexie graveleuse, s'il est permis de s'exprimer ainsi en parlant de gravelle resorbée et généralisée, elle a produit, à notre connaissance, des résultats presque inespérés. Des malades, en proie depuis plusieurs années à des accès de néphrite, à des maux de gorge fréquents, et à des affections rhumatismales articulaires aiguës, ont été complétement débarrassés de ces affections par l'emploi soutenu de l'eau de la *Grande source* de Vitel. Dès que des symptômes de gravelle se manifestent, l'usage de l'eau est presque toujours suivi de l'évacuation de petits calculs érodés, comme s'ils avaient été soumis à l'action dissolvante d'un réactif chimique. Dans d'autres cas non moins remarquables, l'usage de l'eau de Vitel a mis fin à des douleurs rhumatismales des reins, presque continues et presque intolérables. L'eau de Vitel est véritablement le spécifique de la gravelle invétérée: nous voulons toujours parler de la première source, de l'eau ferro-magnésienne.

Les deux autres sources sont, comme la première, ferrugineuses; mais elles possèdent des propriétés distinctes. La seconde (*Source Marie*) est modérément purgative. Elle convient chez les sujets dont le tube digestif est réfractaire aux purgatifs ordinaires. L'eau de Vitel (*Source Marie*) n'agit en effet que comme un très-doux laxatif: c'est un apéritif de l'intestin. On en a obtenu de grands succès dans le traitement des engorgements abdominaux, les calculs biliaires, l'obésité, l'atonie du tube digestif, la constipation. L'ouvrage de M. Patezon renferme des faits très-circonstanciés qui ne laissent aucun doute à cet égard.

La troisième source de Vitel, la *ferrugineuse bicarbonatée*, dite *Source des Demoiselles*, possède, comme son nom l'indique, des vertus merveilleuses pour guérir la chlorose, les débilités suites de maladies, toutes les sortes d'affaiblissement qui s'observent chez les jeunes filles. Les observations détaillées que renferme l'ouvrage de M. Patezon offrent des cas remarquables de chlorose guéries par la *Source des Demoiselles*.

Jusqu'ici, rien de bien extraordinaire. Mais M. Patezon ne s'en est pas tenu à cette publication insuffisante. Son livre est une étude et un commentaire approfondi de l'action physique, chimique et clinique des eaux de Vitel. Il a mis à profit les analyses faites par les maîtres; mais plus pénétré encore des résultats de l'expérience clinique que des inductions fournies par le creuset, il n'admet les unes que jusqu'où elles sont confirmées par les résultats de l'autre. Si, en effet, on s'en tenait, pour apprécier l'efficacité des eaux de Vitel dans les catarrhes de la vessie, par exemple, aux propriétés chimiques de ces eaux, on comprendrait difficilement leur action si précieuse et si rapide pour arrêter la sécrétion morbide et rendre à la muqueuse de l'organe ses conditions et sa résistance physiologiques. C'est qu'en effet l'action tonique des eaux de Vitel joue, dans la guérison de ces maladies, presque un aussi grand rôle que leur action chimique: elles dissolvent les calculs, mais rétablissent la sécrétion normale des surfaces altérées par leur contact.

On assure que l'autorité militaire, frappée de l'efficacité exceptionnelle des eaux de Vitel, vient d'y envoyer une partie des malades que n'avaient pu soulager les eaux de Vichy ni les eaux de Contrexéville.

X.

VARIÉTÉS.

LETTRE SUR LA PRÉSENCE DE L'IODE DANS LES EAUX DE LOUÈCHE; par M. P.-L. MORIN (de Genève).

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans le numéro du 4 septembre 1858 de la GAZETTE MÉDICALE, une lettre de M. le docteur Borelli (de Turin), sur la présence de l'iode et du brome dans les eaux de Louèche. A propos d'une discussion sur les causes de la *poussée*, votre correspondant signale les eaux de Louèche comme contenant une quantité *très-considérable* d'iodures et de bromures; puis il donne son *sommaire historique de la découverte de ces substances*, qu'on peut résumer comme soit:

« En 1845, M. le docteur Borelli a rapporté de Louèche de l'eau pour M. le » professeur Cantù. Celui-ci a constaté la présence de l'iode; puis il a an» noncé à l'Académie médico-chirurgicale de Turin, dans sa séance du 17 oc» tobre de la même année, qu'il avait le premier trouvé cette substance dans » ces eaux:

» En conséquence M. le docteur Borelli

» 1° Réclame en faveur du savant professeur de Turin l'honneur de la dé» couverte;

» Et 2° me reproche de n'avoir pas fait mention de cette découverte par » M. le professeur Cantù, dont j'ai appris pratiquement le *procédé* dans son » propre cabinet. »

Ce sommaire, fait à un point de vue particulier, demande une explication que je m'empresse de donner. Les faits remontent à plus de treize ans; j'ai recours à mes notes écrites plutôt qu'à ma mémoire.

En automne 1844, j'allais à Louèche, appelé par M. le docteur Grillet pour faire l'analyse de l'eau de la principale source, celle de Saint-Laurent; je continuais mes recherches à Genève pendant l'hiver suivant, sur les matériaux que j'avais rapportés, et en mai 1845, j'adressais à M. le docteur Grillet le résumé de mon travail qui devait paraître dans son ouvrage *en ce moment sous presse*. Dans cet envoi il n'était point encore question de l'iode.

Je continuai mon travail et je parvins à constater la présence de cette substance, d'abord dans la glairine déposée dans les canaux, puis dans l'eau même, en en évaporant une quantité considérable, avec les précautions voulues dans de semblables analyses.

Le 23 juillet 1845, j'écrivis à M. le docteur Grillet (j'ai encore en mains la copie de cette lettre) pour lui annoncer le fait, afin qu'il en fît mention dans son ouvrage, s'il en était encore temps; mais il était trop tard, le volume était terminé.

Dans son ouvrage très-complet (1) M. le docteur Grillet traite de la partie historique des eaux de Louèche, en sorte que je n'avais point à m'occuper des chimistes qui avaient fait l'analyse avant moi. Plus tard, j'envoyais un *simple extrait* de mon travail chimique à la rédaction du JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, qui l'a publié dans le 1er volume de 1846 (2).

Dans ce court extrait, je n'ai point mentionné le nom de M. le professeur Cantù :

1° Parce que je n'ai eu à nommer aucun des chimistes qui se sont occupés des eaux de Louèche, pas davantage ceux qui ont découvert le chlore ou l'iode que ceux qui ont trouvé, longtemps avant moi, la magnésie, la chaux ou la strontiane;

2° Parce que je n'ai point prétendu avoir le premier découvert l'iode.

J'ai laissé à chacun s'attribuer la part d'honneur qui lui revenait, et je me suis borné simplement à indiquer la présence de cette substance que j'ai bien effectivement constatée.

Au reste, voici la seule phrase où j'en fasse mention : en donnant les propriétés de la glairine, je dis qu'après l'avoir fortement chauffée « il reste un » charbon qui finit par laisser, comme cendres, un mélange de silice, d'alu- » mine, de carbonates de chaux et de magnésie, de peroxyde de fer et de traces d'iodure de potassium. »

Je fais observer en passant que M. le docteur Borelli ne dit pas qu'il ait porté de glairine à Turin.

Plus loin, dans mon extrait, je donne le résumé de l'analyse, qu'il ne sera peut-être pas inutile de rappeler au public médical, en vue de la discussion pendante.

Substances dissoutes dans l'eau de la source Saint-Laurent au moment où on la puise (sur 1000 grammes) :

Gaz.	
Acide carbonique	0,0047
Oxygène	0,0015
Azote	0,0145
Substances fixes.	
Sulfate de chaux	1,5200
— de magnésie	0,3084
— de soude	0,0502
— de potasse	0,0386
— de strontiane	0,0048
Carbonate de protoxyde de fer	0,0103
— de magnésie	0,0096
— de chaux	0,0053
— de potassium	0,0065
Iodure de potassium	traces
Silice	0,0360
Alumine	traces
Phosphate	id.
Azotate	id.
Sel d'ammoniaque	id.
Glairine	quantité indéterminée.
Total approximatif (grammes)	2,0104

On voit que je ne suis pas d'accord avec M. le professeur Cantù, qui aurait trouvé une quantité très-considérable d'iodure.

En résumé, la réclamation de M. le docteur Borelli me paraît bien tardive et très-peu motivée.

Quant au *procédé* de M. le professeur Cantù, je l'ai plutôt considéré comme un *tour de main*, et je ne suis pas le seul, puisque je ne le trouve pas mentionné dans les ouvrages de chimie analytique. Il consiste à faire arriver le réactif au *fond* du vase qui contient la solution à essayer, mélangée avec l'amidon cuit. Dans ce but, l'eau chlorée ou l'acide nitrique est mêlé d'avance avec un égal volume d'acide sulfurique concentré. La densité du liquide devient telle, qu'on peut le verser par un entonnoir effilé au fond du tube à essais; le chlore se mêle au liquide, lentement, de proche en proche et de bas en haut, en sorte qu'il y a toujours une couche dans laquelle il se trouve, sans excès, en contact avec le sel iodé.

(1) LES SOURCES THERMALES DE LOUÈCHE, AU CANTON DU VALAIS, par Joseph-Hyacinthe Grillet, docteur en médecine, etc. Sion, 1845, 1 vol. in-8° de 208 pages.

(2) JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, 1846, t. IX, p. 180.

Cette réaction est très-sensible, je l'ai souvent employée. Je suis très-reconnaissant envers M. le professeur Cantù, qui me l'a montrée, et j'ai eu l'occasion de l'indiquer, sans lui donner cependant plus d'importance qu'elle n'en peut avoir.

Revenant à la question principale, je crois, monsieur le rédacteur, que dans la recherche des causes de la poussée, on ne doit point négliger la présence de l'iode, quoique ce corps n'existe qu'en très-minime quantité dans l'eau de Saint-Laurent. Comme M. le docteur Payen, je pense que la glairine peut avoir aussi de l'importance, c'est pourquoi j'eo ai soigneusement étudié les propriétés chimiques. Je suis disposé à croire, comme lui, à la présence d'arsenic dans les eaux de Louèche. Je n'ai pas pu reconnaître cette substance dans l'eau de la source Saint-Laurent; quelques essais me font cependant croire qu'on pourrait la trouver, surtout dans la glairine.

Agréez, etc.

Au Rédacteur.

Monsieur,

Vous avez rendu compte, dans votre estimable journal, des ouvrages publiés sur la campagne d'Orient par deux médecins : Baudens et M. Quesnoy. Comme une légère erreur s'est glissée dans leurs écrits à propos de l'emploi du chloroforme, qu'il me soit permis de la relever dans l'intérêt de la science.

« Nous n'avons eu, dit Baudens, aucun accident mortel à déplorer, quoique, pendant la campagne d'Orient, le chloroforme ait été employé trente mille fois au moins. »

» Le chloroforme, appliqué dans trente mille cas peut-être, répète M. Quesnoy, n'a pas, à ma connaissance, occasionné une seule fois la mort. »

Voici deux cas où cet agent a causé la mort, malgré toutes les précautions employées et la faible dose dont on s'était servi pour produire l'insensibilité.

Le premier cas de mort est arrivé à l'hôpital Ramitchifflick, pendant le mois d'avril 1855, dans le service du docteur Rampon, médecin-major. J'avais été chargé d'endormir le malade que nous nous proposions d'amputer de la jambe droite. Dès que nous lui eûmes fait respirer 2 grammes environ de chloroforme, la circulation se suspendit, et il mourut comme foudroyé.

Le deuxième cas a eu plus de retentissement : il s'est passé à l'hôpital de Gulhané, dans le mois de novembre 1855, et eut pour témoins une dizaine de médecins. Il s'agit d'un soldat qui devait être amputé de la cuisse. A peine M. le docteur Vidal lui avait-il fait respirer deux ou trois fois le chloroforme, que ce malheureux s'éteignit.

Chaque fois on a mis en usage tous les moyens connus pour rappeler la circulation, et, dans ces deux cas, on s'était servi d'une éponge pour obtenir l'anesthésie.

Quoique tardive, cette rectification n'en est pas moins l'expression exacte des faits.

Agréez, etc.

F. RIZET, D. M. P.,
médecin aide-major aux chasseurs à cheval de la garde.

Fontainebleau, 16 mars 1859.

— Par arrêté en date du 7 mars 1859, M. Munch est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Broc, dont les fonctions triennales sont expirées.

— Par arrêté en date du 14 mars 1859, M. Reveil, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, est chargé de suppléer, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, M. Caventou, professeur de toxicologie de ladite École.

— Par arrêtés en date du 6 mars 1859, M. Gressent, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dites, en remplacement de M. Aubé, démissionnaire.

M. Gressent sera chargé en même temps de la suppléance de la chaire de matière médicale et de thérapeutique.

— M. Tinel, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à la même École pour les chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Gressent.

— M. Duprey, professeur suppléant, hors cadre, est nommé professeur suppléant pour les chaires de sciences accessoires, en remplacement de M. Blanche, appelé à d'autres fonctions.

M. Duprey continuera à être chargé exclusivement de la suppléance de la chaire de pharmacie et de toxicologie.

— Une société locale agrégée à l'Association générale vient de se former pour l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or).

C'est la quatorzième société locale agrégée à l'Association générale.

— Par décret du 12 mars dernier, l'Empereur a nommé M. le docteur Sauvé Saint-Cyr président de la Société de secours mutuels de médecins de la Rochelle (Charente-Inférieure).

Et M. le docteur Escoffier, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels de la Loire, à Saint-Étienne.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT OCCULTE DU CANCER. COMMUNICATION DE M. VELPEAU.

La GAZETTE MÉDICALE n'a aucune raison d'être plus difficile que l'Académie. Jusqu'ici elle s'était abstenue d'entretenir ses lecteurs des entreprises d'un prétendu guérisseur du cancer, ne jugeant pas à propos de servir de porte-voix à d'indignes spéculations sur la crédulité publique. D'autres organes de la presse médicale et de la presse politique avaient pourvu et au delà au silence que, par une réserve aujourd'hui facile à comprendre, la GAZETTE MÉDICALE avait cru devoir garder. Cette réserve, elle ne s'en serait pas départie si un membre considérable de l'Académie n'avait pas cru devoir la saisir d'un sujet qui ne la regardait en aucune façon. En venant entretenir l'Académie du résultat des traitements qu'il a confiés au prétendu docteur noir, dans ses salles de la Charité, M. Velpeau a donc forcé les esprits sérieux de s'entretenir d'un personnage et de faits qui ne le sont pas.

Après avoir accueilli, contre toute attente, le prétendu docteur noir dans son service, après avoir donné à un aventurier sans titre et sans aveu la protection et l'assistance qu'il eût bien fait de réserver pour un véritable médecin et pour une véritable découverte, M. Velpeau est venu demander à l'Académie de participer, en quelque façon, à un jugement qu'elle n'avait aucune mission de prononcer et pour lequel elle eût mieux fait de se récuser. L'Académie, en effet, n'avait reçu aucune communication à cet égard ; on ne l'avait pas consultée sur l'opportunité et la convenance des expériences entreprises à la Charité ; ni l'autorité ni M. Velpeau ne l'avaient saisie de cette affaire ; et alors pourquoi venir l'informer du résultat, et la rendre, en quelque façon, solidaire de ce qu'on a cru devoir faire sans sa participation et son assentiment? L'espèce de vote que M. Velpeau est venu demander à l'émotion irréfléchie de l'Académie, pourquoi ne l'avoir pas demandé, en temps opportun, à sa prudence et à sa réflexion ? Nous ne croyons pas nous tromper en affirmant que ces expériences aventureuses, compromettantes, l'Académie eût refusé de les encourager et encore moins de les couvrir ; elle se fût rappelée que son rôle n'est pas de favoriser les entreprises du charlatanisme, mais de les prévenir et de les réprimer. L'abstention de M. Velpeau permet de penser qu'il en avait jugé ainsi lui-même ; et en cela on ne peut que le féliciter de sa prévoyance. Mais s'il a compris que l'Académie n'eût pas encouragé sa téméraire initiative, pourquoi venir lui surprendre, en quelque façon, un bill d'indemnité? Pourquoi ? C'est que l'éminent chirurgien de la Charité a senti, trop tard, sans doute, qu'il avait, — nous ne voudrions pas qualifier trop durement sa méprise, puisqu'il est venu lui-même en faire amende honorable ; — il a senti trop tard, disons-nous, qu'il a fait un pas de clerc. Mais une fois la faute commise, il eût mieux valu ne pas en entretenir l'Académie et la laisser complétement en dehors. Entre autres avantages, M. Velpeau ne nous eût pas forcé de donner notre avis et de protester, et comme homme de presse et comme membre de la Compagnie, contre l'espèce de participation qu'il lui a imposée.

Certes, en exprimant aussi vertement son opinion sur un fait qui soulève au dernier point ses répugnances scientifiques et professionnelles, la GAZETTE MÉDICALE ne veut pas déroger à ses habitudes de justice et d'impartialité. Elle se fait un devoir de reproduire textuellement la note communiquée à l'Académie par M. Velpeau, et elle ne refuse pas d'entrer dans l'examen des motifs qui ont dirigé le chirurgien de la Charité dans le concours si imprévu qu'il n'a pas craint de prêter au successeur de Cagliostro.

Le manifeste de M. Velpeau comprend deux parties : un narré des expériences faites à la Charité, et une sorte de justification de sa conduite dans cette affaire.

M. Velpeau, sans provocation aucune de la part des autorités scientifiques ou administratives, et mû seulement par son bon vouloir et sa propre inspiration, a réuni dans ses salles et celles de M. Manec, à l'hôpital de la Charité, une douzaine de sujets (M. Velpeau n'a pas précisé le nombre) atteints de cancers ; il en a confié le traitement au pseudo-docteur Vriés. Celui-ci a accepté toutes les formes d'une expérimentation sérieuse ; il a discuté le diagnostic des cas, parafé des procès-verbaux et des registres d'observations ; après quoi il a administré aux malades, pendant deux mois, sous les yeux du chef de service, des internes, des sœurs, des infirmiers, du public admis à ces expériences, « des remèdes insignifiants et sans action sur l'économie ; des sub- » stances presque inertes qui se trouvent partout dans toutes les phar- » macies ;... une poudre végétale inerte avec du nitre ou de l'alun pour » les pilules, et de l'arrow-root et du sucre ou du camphre pour les » poudres, etc...., » (Texte de la note de M. Velpeau.) Voilà pour la médication ; voici pour le médicateur.

« Ce monsieur (ainsi qualifié par M. Velpeau) n'a aucune idée de » ce que c'est qu'un cancer ni de l'examen d'un malade ;..., ce mon- » sieur ne semble avoir fait aucune étude médicale, à tel point que, » pour lui, les malades vont mieux quand ils le lui disent..... rien » de ce qu'il dit n'est arrivé ; il n'y a que contradictions dans ce qu'il » avance, etc., etc., etc. »

M. Velpeau ajoute ensuite, avec une grande bonne foi, qu'il a honte de le dire : « cette affaire est bien plus digne des appréciations de » M. Baillarger, *des verges du ridicule ou de la police*, que d'un » examen scientifique sérieux. » Nous croyons devoir le répéter, c'est M. Velpeau qui parle ; l'éminent chirurgien ajoute, il est vrai, que « c'est là une *comédie* ou une mystification à laquelle sa dignité » d'homme et de médecin ne lui permet pas de se *prêter plus long- » temps.* »

Après de pareils aveux, de pareilles qualifications, on est porté à se demander comment M. Velpeau a pu se laisser entraîner à participer à une telle comédie, et à la laisser jouer pendant deux mois devant lui, sous ses yeux et sous les yeux de ses élèves ? La réponse à ces questions est l'objet de la seconde partie du manifeste de l'éminent professeur.

Le premier motif qui a dirigé M. Velpeau a été « d'être utile à tout » le monde en mettant l'empirique en demeure de donner la preuve » de ses assertions. » En ceci, on trouvera que le savant professeur a fait preuve d'une grande abnégation ; « il ne croyait pas, lui, à la va- » leur du remède en commençant, » et il prouve, par une foule de raisons meilleures les unes que les autres, que ce remède ne pouvait être qu'un leurre ; entre autres preuves excellentes qu'il donne, il ajoute : « Je n'y pouvais croire, parce que ce que j'entendais et ce que

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Recherches sur la vie et les ouvrages de JEAN HAMON, docteur en médecine de la Faculté de Paris (1618), par M LEMAZURIER. — Notice sur JOSEPH DOMBEY, naturaliste (1742), par M. CAP.

C'est une mine presque inépuisable que la richesse d'honneur et d'intelligence que renferme l'histoire trop peu étudiée du développement de la bourgeoisie française, et ces deux nobles qualités ne se rencontrent nulle part à un plus haut degré de développement que dans celle des deux derniers siècles, le dix-septième et le dix-huitième. Pendant leur cours, cette intéressante classe d'hommes éclairés, honorables, sans autre ambition que celle de l'amour du vrai, du bien et du beau, poursuivait ce triple but au profit de l'humanité tout entière, et sans autre objet que l'affranchissement de l'intelligence, sans la moindre préoccupation d'émancipation personnelle, qu'aucun, du reste, en l'état social de l'époque, n'aurait pu concevoir comme prochaine. Dans cette absence absolue d'égoïsme, et dans l'impossibilité même que cet égoïsme pût naître, faute d'aliment, se trouve peut-être la clef de la comparaison défavorable qui peut être faite entre nos pères, nos grands-pères et nous-mêmes ; ils faisaient notre place, et nous, comme toute classe arrivée, nous avons déjà les défauts des parvenus, la personnalité et le vain amour-propre.

Quoi qu'il en soit, c'est une consolation et un repos pour l'esprit, en même temps qu'un utile enseignement, que l'étude rétrospective de ces carrières sérieusement remplies, qui ont si courageusement semé les récoltes que nous moissonnons, nous, et non sans gaspillage. Chaque profession libérale peut l'entreprendre et la poursuivre, cette recherche utile et élevée. dans les *olim* de ses archives ; elle y suivra, jusqu'à l'origine de la langue et des traditions professionnelles, une chaîne non interrompue de beaux caractères et de nobles exemples. Le recueil de ces travaux en tant de directions partant d'une souche commune, formerait assurément un beau pendant au Plutarque antique, et de même que la lecture des vies des hommes illustres a fait éclore plus d'un grand homme, le tableau des illustrations modestes de la classe la plus intelligente du globe, la bourgeoisie française, contribuerait sans doute à inspirer à la génération actuelle un plus véritable respect d'elle-même et de son origine.

C'est certainement à ce point de vue qu'ont été tracées deux courtes, mais intéressantes biographies que nous avons sous les yeux, et qui nous appartiennent, à nous médecins ; l'une et l'autre sont dues à des membres de l'Académie de médecine. La première, de M. Lemazurier, membre correspondant, est intitulée : RECHERCHES SUR LA VIE ET LES OUVRAGES DE JEAN HAMON, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; la seconde, due à la plume de M. Cap, a pour objet la VIE DE JOSEPH DOMBEY, naturaliste.

Parlons d'abord du plus ancien, Jean Hamon.

» je voyais était trop contraire à l'*ordre* de la logique des choses. » Et cependant M. Velpeau a permis l'entrée de ses salles, c'est-à-dire il a confié le traitement de ses malades à cet empirique, au remède duquel il ne croyait pas, à un remède composé de poudre d'arrow-root, de sucre, de campbre ou de nitre, etc.... Malgré tout cela — notre impartialité nous fait un devoir de le dire — M. Velpeau n'était pas encore convaincu qu'il dût être convaincu : « Ne pas croire, ajoute-t-il avec » une rare sagacité, n'implique pas la négation absolue d'un fait. »

Aujourd'hui les choses ont bien changé : le savant professeur est convaincu et très-convaincu. Il ne doute plus que le docteur noir ne soit un visionnaire ou un charlatan ; qu'il n'en impose au public ou ne s'en impose à lui-même ; il ne doute plus qu'il n'ait été, lui, complaisamment mêlé à la plus sotte, à la plus ridicule et à la plus triste comédie qui ait pu se jouer de mémoire d'homme, « comédie plus digne » *des verges du ridicule et de la police* que des esprits *sérieux*. » Et il a fallu deux mois à M. Velpeau pour arriver à cette conviction ! Hélas non, rendons-lui plus de justice. A plusieurs reprises, pendant le cours de sa patiente et évangélique intervention, le savant professeur a été averti par le bon sens de son auditoire : « J'ai insisté à plusieurs re» prises, en plein amphithéâtre, dit-il, pour que chacun *gardât son* » *sérieux*, en présence de ce qui allait se passer. » Ainsi M. Velpeau, doué d'une sagacité peu commune, savait à quoi s'en tenir sur la médication et sur le médicateur : il savait qu'on ne guérit pas le cancer avec de la poudre de sucre ou d'arrow-root; il savait qu'il « se pré» tait à une comédie ou une mystification à laquelle sa dignité » d'homme et de médecin ne lui a pas permis de se *prêter plus long-* » *temps* ; » il savait que son auditoire pensait comme lui à tous égards; qu'à plusieurs reprises il avait été obligé d'*insister* pour qu'on gardât son sérieux ; il savait tout cela, et néanmoins il a persisté pendant deux mois dans son entreprise. Quelle persévérance et quelle abnégation[1] L'esprit se confond vraiment en présence de tels faits, et il faut, pour y croire, oublier ce qu'on pensait sur les hommes et les choses.

Mais cette triste comédie, que M. Velpeau a trop bien qualifiée pour qu'il soit nécessaire d'ajouter quelque chose à sa qualification, a eu des conséquences auxquelles l'éminent chirurgien ne paraît pas avoir songé. Il n'a pas pensé que cette fantaisie qu'il se donnait pour convertir son incrédulité en certitude absolue devait coûter cher à d'autres. Et, en effet, pendant que M. Velpeau faisait faire les moqueries de son auditoire, de pauvres malades, accourus de tous côtés, attirés par l'apparence sérieuse de la mystification qu'il tolérait, livraient leur bourse et leur santé aux indignes spéculations de son hôte. C'est de cette façon qu'il était utile à tout le monde. Cette méprise n'est-elle pas digne de toutes les autres?

Quoi qu'il en soit, le concours prêté au docteur noir par M. Velpeau marquera dans l'histoire de la science à côté des opérations d'écartelage du fameux Louvrier, opérations exécutées naguère dans les salles de l'hôpital de la Charité; il marquera surtout comme un témoignage du dévouement chirurgical, peut-être exagéré, du savant professeur, en opposition avec ceux qui, mus par un autre sentiment, ont passé une partie de leur vie à persécuter la vraie science et le progrès.

JULES GUERIN.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

DE LA PRODUCTION ARTIFICIELLE DES OS AU MOYEN DE LA TRANSPLANTATION DU PÉRIOSTE ET DES GREFFES OSSEUSES ; par le docteur LÉOPOLD OLLIER. — (Mémoire lu à la Société de biologie.)

Malgré les divergences qui règnent encore dans la science sur le rôle du périoste dans la formation et la réparation des os, la plupart des physiologistes reconnaissent à cette membrane une importance capitale, et parmi ceux qui ont combattu les doctrines de Duhamel, il n'en est qu'un petit nombre qui aient voulu la déposséder entièrement des propriétés que lui avait accordées ce célèbre expérimentateur. Les expériences les plus récentes entreprises en France et en Allemagne sont venues généralement corroborer cette doctrine, dans une certaine mesure au moins, et en tête des physiologistes qui l'ont adoptée dans son expression la plus absolue, nous devons placer M. Flourens. Après des recherches expérimentales très-nombreuses et très-variées, il est arrivé aux conclusions les plus catégoriques en faveur du périoste. Il y a cependant encore un grand nombre de questions indécises, et comme leur éclaircissement importe beaucoup pour la solution de quelques problèmes de pratique chirurgicale, nous avons fait un nouvel appel à l'expérimentation. Nous avons d'abord répété, en les modifiant de diverses manières, les expériences de nos prédécesseurs, et nous sommes arrivé à des résultats qui nous permettaient de conclure en faveur du périoste; mais des doutes subsistaient encore dans notre esprit, et c'est pour les faire disparaître que nous avons songé à une série d'expériences qui devaient, en cas de succès, nous apporter la démonstration la plus claire et la plus saisissante qu'on pût demander pour un fait physiologique. Nous eûmes l'idée de déplacer des lambeaux de périoste, de les loger au milieu des tissus environnants, puis de les transplanter immédiatement dans des régions éloignées après les avoir complétement séparés des autres tissus de l'animal. Nous avons ainsi obtenu des os nouveaux partout où nous avons pu greffer nos lambeaux. Nous avons ensuite essayé ces transplantations d'un animal à un autre. Et pour élargir le cercle de nos expériences applicables directement ou indirectement à la chirurgie réparatrice, nous avons tenté des greffes osseuses dans différentes conditions. Toutes les pièces relatives à ces diverses séries d'expériences ont été présentées à la Société de biologie dans les séances des 13, 28 novembre, 18 décembre 1858, et 5 et 12 mars 1859. Celles qui se rapportent aux transplantations du périoste sur le même animal, ont été dessinées dans un mémoire inséré dans le JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, janvier 1859. Ce mémoire contient tous les détails de nos expériences. Nous y renverrons le lecteur pour les développements dans lesquels nous ne pouvons pas entrer ici.

Nous allons nous occuper d'abord des transplantations du périoste, puis nous traiterons des greffes osseuses.

Jean Hamon personnifie toute une époque, et une bien belle : l'héroïque lutte de Port-Royal ; son nom, en seconde ligne peut-être, vient cependant tout de suite après ces illustres hommes qui, dans le dix-septième siècle, accomplirent contre la philosophie rationnaliste la dernière lutte sincère du catholicisme. Il était l'ami, le médecin, le compagnon, le frère en croyance des Pascal, des Arnauld, des Nicolle.., C'était, dit M. Lemazurier, un philosophe chrétien, l'un des solitaires les plus illustres de Port-Royal-des-Champs.

« Né à Cherbourg vers 1618, ses commencements sont peu connus. On sait seulement qu'arrivé à l'adolescence, il se distingua dans l'étude de la médecine et dans celle des langues anciennes. C'était le fondement de toute instruction sérieuse. On y joignit une éducation morale et religieuse solide. Reçu docteur en médecine de la Faculté de Paris, il fut pendant quelque temps précepteur du petit-fils du célèbre Achille de Harlay, premier président du parlement de Paris. Considéré et aimé dans le monde, vers lequel il se sentait d'abord porté, il aurait pu se faire, disent ses biographes, par son savoir et son talent médical, une position brillante ; mais fortifié (ou entraîné) par les leçons de Singlin et d'Arnauld, il prit tout à coup une résolution dont rien ne le fit dévier, et préférant à une vie paisible une retraite obscure et une vie laborieuse et austère, il refusa un bénéfice important que M. de Harlay lui proposait, distribua une grande partie de son patrimoine aux pauvres, et alla s'ensevelir dans le désert de Port-Royal à l'âge de 33 ans. »

Cet amour de la retraite, cette résolution soudaine de fuir le monde dans l'âge des passions, n'étaient pas rares à cette époque, dit M. Lemazurier ; mais il fait excellemment remarquer que, contrairement à ce qui arrive ordinairement en ces sortes de sacrifices, l'égoïsme, même en vue de Dieu, n'avait point de place en sa détermination. La vie d'Hamon continuait à être profitable à ses semblables : la part faite au mysticisme et à la personnalité contemplative et absorbée en elle-même était petite. Hamon entrant à Port-Royal avec la mission de donner ses soins aux solitaires et aux religieuses qui l'habitaient, partagea toujours son temps entre les devoirs de sa profession et les méditations occupées du solitaire. Le plus rigoureux, le plus positif des philosophes ne peut que se découvrir devant une si haute vertu. C'est bien en effet la vertu, en cet exemple et dans sa formule véritable : le sacrifice *utile!*

De 33 ans jusqu'à sa mort, arrivée en 1687, c'est-à-dire pendant une période de trente-six années, Hamon, associé aux luttes et soumis aux persécutions odieuses que subit Port-Royal, ne cessa un seul jour de joindre à ces épreuves celles qui sont attachées à la vie du médecin des pauvres. En même temps il trouva des loisirs pour composer, outre un certain nombre de traités de piété, deux ouvrages de médecine, un DICTIONNARIUM MEDICUM GRÆCO-LATINUM, et les MEDICINÆ PRINCIPIA. Ces ouvrages sont fort rares et difficiles à rencontrer.

Nous devons de la reconnaissance à M. Lemazurier pour cette intéressante et honnête recherche sur la vie de ce vénérable médecin. C'est un nom à ajouter à ceux déjà nombreux dont la profession et notre pays ont le droit de s'enorgueillir.

Sautons une période de cent vingt années, et nous venons, en plein dix-huitième siècle, assister avec M. Cap, à la naissance de Joseph Dombey, na-

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA PRODUCTION ARTIFICIELLE DES OS AU MOYEN DE LA TRANSPLANTATION DU PÉRIOSTE.

I. — Des déplacements et des transplantations du périoste sur le même animal.

Nous avons pratiqué nos opérations sur le lapin, le cabiai, le chien et le poulet. Celles qui se rapportent au premier animal étant de beaucoup les plus nombreuses, nous les aurons spécialement en vue dans ce que nous allons exposer.

Nous avons obtenu des os dans toutes les régions où nous avons pu greffer du périoste. Nous avons presque toujours pris nos lambeaux sur le tibia. La position superficielle de cet os, et l'épaisseur de son périoste nous l'ont fait choisir de préférence entre tous les os longs.

Nos expériences doivent être divisées en trois catégories :

1° Celles dans lesquelles nous avons laissé le lambeau périostal adhérent à l'os par un bord ou un pédicule plus ou moins large. Ce lambeau était logé au milieu des muscles ou sous la peau, mais il continuait à recevoir quelques vaisseaux de l'os;

2° Celles dans laquelle nous avons excisé le pédicule du lambeau, trois, quatre ou cinq jours après la transplantation, de manière à interrompre tout rapport de continuité avec l'os;

3° Celles dans lesquelles le lambeau, complétement détaché de l'os et séparé du reste du périoste, a été immédiatement transplanté dans des régions voisines ou éloignées.

PREMIÈRE SÉRIE. — Transplantation d'un lambeau périostal adhérent à l'os par une de ses extrémités.

L'os auquel nous devons emprunter le périoste étant mis à nu et isolé des parties environnantes sur une surface plus ou moins étendue, nous traçons avec la pointe d'un scalpel les limites de notre lambeau, puis nous le détachons avec précaution de la partie libre vers la partie qui doit rester adhérente. Cette séparation opérée, nous avons un lambeau ou une bandelette flottante se continuant avec l'os par un pédicule plus ou moins large. Nous creusons alors une loge plus ou moins profonde entre les muscles ou sous la peau, et nous y logeons notre lambeau. Si c'est sur le tibia que nous opérons, nous pouvons avoir des bandelettes assez longues pour faire le tour complet de la jambe, et pour les enrouler en spirale ou en huit de chiffre autour des muscles profonds. Chez les lapins jeunes et vigoureux, la réunion immédiate s'obtient le plus souvent, et l'animal s'aperçoit à peine de cette opération.

Le périoste contracte des adhérences avec les tissus au milieu desquels il est logé, et des os nouveaux se produisent à sa face profonde. Ces os nouveaux représentent la forme et la disposition du lambeau périostal; on obtient ainsi des productions osseuses de configuration variée, des os en cercle, en spirale, etc., etc.

Quelquefois cependant la forme de l'os ne rappelle que très-imparfaitement celle du périoste; c'est qu'alors le lambeau s'est rétracté sur lui-même, comme cela arrive quand le point de suture destiné à le fixer dans sa nouvelle situation, vient à lâcher avant que les adhérences ne soient suffisamment solides. Pour les diverses particularités de forme et de disposition de ces os, nous renvoyons à notre mémoire inséré dans le JOURNAL DE PHYSIOLOGIE (janvier 1859).

Ces productions ossifiables qui se développent le long des lambeaux du périoste, ne sont pas également abondantes à toutes les époques de la vie. Elles diminuent considérablement avec l'âge. Une lapine vieille de 5 ans au moins, sur laquelle nous avons pratiqué l'enroulement autour de la jambe du périoste tibial, ne nous a donné qu'un tubercule osseux de 5 millimètres environ. La plus grande partie du périoste était restée fibreuse.

Les os ainsi obtenus sont adhérents à l'os auquel le périoste a été emprunté; ils adhèrent même par une base assez large, ce qui les fait ressembler à des apophyses émanées de l'os ancien. Mais les détails que nous donnerons bientôt démontreront qu'ils sont une production immédiate du périoste.

DEUXIÈME SÉRIE. — Expériences dans lesquelles on a excisé le pédicule de communication du lambeau trois et quatre jours après l'opération.

L'opération ayant été pratiquée comme précédemment, nous avons rouvert la plaie trois ou quatre jours après, et nous avons excisé 5, 6 et 8 millimètres de la longueur du lambeau, de manière à interrompre toute continuité avec l'os et a empêcher son recollement consécutif.

Les exsudations ossifiables n'en ont pas moins continué, malgré cet isolement du périoste. De nouveaux os se sont produits, adhérents ou mobiles, selon que le lambeau s'est recollé à l'os ou est resté complétement indépendant.

Ces expériences démontrent déjà que le blastème ossifiable ne vient pas de l'os, qu'il est fourni par le périoste lui-même; mais celles de la troisième série vont le prouver d'une manière péremptoire.

TROISIÈME SÉRIE. — Expériences dans lesquelles le lambeau a été complétement détaché au moment de l'opération et transplanté, soit dans les régions voisines, soit dans les régions éloignées.

Nous avons transplanté sous la peau de l'aine, du dos, du front, et, dans l'intérieur de la crête des coqs, des lambeaux de périoste provenant du tibia du même animal. Dans ces diverses expériences, pratiquées un assez grand nombre de fois sur les lapins et les coqs, pour ne laisser aucun doute dans notre esprit, nous avons obtenu des sécrétions ossifiables partout où nous avons pu greffer notre périoste. Ces productions osseuses étaient d'autant plus volumineuses que le lambeau du périoste était plus grand et l'animal plus vigoureux. Nous avons obtenu des os longs de 1 à 3 centimètres et de forme variée. La nature du milieu dans lequel s'opère la transplantion influe aussi sur le résultat de l'opération. La crête des coqs, par la riche vascularisation dont elle est pourvue, constitue un bon terrain pour cette ostéogénie artificielle. La rétraction qu'éprouve le lambeau du périoste, au moment où il est séparé de l'os, rend nécessaire la fixation de ses extrémités au moyen de deux points de suture. Sans cela il revient sur lui-même, se pelotonne et diminue d'autant les dimensions du nouvel os.

Quelquefois le périoste reste fibreux : c'est généralement lorsque l'animal est trop vieux ou que l'opération a été faite dans de mauvaises conditions. Il faut ne pas trop dilacérer le périoste, le détacher avec

---

turaliste célèbre, mais qui nous appartient aussi en sa qualité de médecin.

Nous avons affaire ici à une tout autre nature, à une espèce d'homme tout à fait différente. Il est bien loin le mysticisme, et l'esprit de contemplation a pris ici de bien autres voies. C'est dans la recherche des secrets de la nature, dans les lointains voyages, dans les périls, dans les agitations d'une vie active que se manifestera chez le jeune émule des Jussieu, des Thonin, des Richard, le besoin de témoigner en faveur de la vérité, la vérité, le grand besoin du dix-huitième siècle !

Né à Mâcon en 1742, d'une famille du petit commerce, grâce à une bonne et libérale éducation, Joseph Dombey était reçu médecin à Montpellier à 24 ans. Voici comment le dépeint son biographe, M. Cap, dans la notice lue par lui à la séance de rentrée de l'École supérieure de pharmacie :

« Dombey, reçu médecin, n'avait pas les qualités indispensables pour exercer la médecine pratique dans une ville de province, ou, plutôt, il en avait d'autres qui l'appelaient à figurer sur un théâtre plus vaste et plus glorieux. Vif, ardent, aimant le plaisir presque autant que la science, généreux, imprévoyant, d'une nature aventureuse, il aimait naturellement les voyages,... confiant et désintéressé il aimait la dépense, mais il savait aussi dans l'occasion, vivre frugalement et s'imposer des privations sévères. Son commerce était doux et facile, mais ferme et brave en même temps; il avait la fierté de l'homme qui se respecte et qui a la conscience de sa valeur. »

En lisant les détails un peu bachés et sans liaison suffisante que donne ensuite M. Cap, et où l'on sent la pénurie des renseignements, l'absence de documents suivis et certains, on reconnaît cependant la vérité, la nécessaire exactitude du tableau tracé par l'historien de Dombey. La narration émouvante de ces situations graves et imprévues, et même plus souvent que de raison périlleuses, nous représente notre jeune naturaliste aussi bien sous les traits du hardi coureur d'aventures que sous celui du savant pacifique, quoique courageux dans sa poursuite. On dirait d'un jeune gentilhomme égaré dans la phalange paisible des savants, tant le chevaleresque se mêle au sérieux scientifique dans la vie de cet homme remarquable. C'est l'Amérique espagnole, le Pérou, le Chili, qui sont le théâtre de ses pérégrinations savantes, et en même temps de ses combats analogues à ceux d'un chef de partisans, de ses participations armées aux affaires des États qu'il est obligé de traverser, ou dans lesquels il est contraint de séjourner. On comprend dans l'esquisse incomplète de cette vie si remplie, la puissance et la supériorité de l'intelligence européenne en pleine activité, sur ces cerveaux alourdis de la race indo-espagnole déjà éteinte dans la mollesse, le fanatisme et les jouissances énervantes. Dans ces contrées à demi barbares, le savant est forcé de devenir tour à tour industriel, soldat, capitaine, diplomate. Ce n'est que par la position officielle et son crédit chèrement acquis auprès des autorités supérieures de ces provinces proconsulaires ou petits royaumes, qu'il parvient à conquérir sa sécurité, à s'assurer les moyens d'accomplir sa mission.

Cette mission elle-même, combien souvent n'est-elle pas compromise! Associé par une combinaison diplomatique à deux savants espagnols, le gouvernement de ce pays, malgré d'immenses services reçus de lui par la dé-

soin et le transplanter immédiatement pour ne pas lui donner le temps de se refroidir et de se dessécher.

II. — Transplantation du périoste d'un animal à un autre de la même espèce ou d'une espèce différente.

Les faits que nous venons de rapporter prouvent d'une manière incontestable qu'en greffant sous la peau et entre les muscles un lambeau de périoste provenant du même animal, on obtient un os nouveau, surnuméraire, dû à la continuation des sécrétions sous-périostales. Le même résultat s'obtient en transplantant le périoste sur un animal de même espèce. Les conditions de milieu, de terrain, sont suffisamment semblables pour que le succès de cette opération n'ait rien de surprenant. Aussi insisterons-nous spécialement sur les transplantations opérées d'un animal à un autre animal d'espèce différente. Nous avons essayé ces échanges de périoste entre le chien et le lapin, le lapin et le cabiai, le poulet et le lapin, le chien et le poulet.

Nous avons placé, comme pour les premières opérations, nos lambeaux de périoste dans diverses régions, tantôt dans l'intérieur de la crête des coqs, tantôt sous la peau de l'aine, de l'aisselle des lapins et des coqs, puis sous la peau du front et du dos, etc., etc. Divers cas peuvent se présenter.

1° Le lambeau de périoste peut être résorbé peu de temps après sa transplantation; c'est ce que nous avons observé deux fois sur un chien sous la peau duquel nous avions introduit du périoste de lapin. Une fois la réunion immédiate fut obtenue; une autre fois il y eut de la suppuration. Le lambeau de périoste était très-sensible sous la peau pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, mais il diminua rapidement au point de ne pouvoir être senti sous la peau au bout de trois semaines. A l'autopsie, deux mois après l'opération, nous n'en trouvâmes pas de traces.

2° Le lambeau se gangrène et est entraîné par la suppuration; c'est ce que nous avons presque constamment observé à Paris sur nos lapins quand nous nous servions de périoste de chien.

3° Le lambeau s'enkyste sans donner lieu à la suppuration. On croirait, au premier abord, que la greffe a réussi; le lambeau est entouré et maintenu en place par la lymphe plastique qui le baigne; mais bientôt cette lymphe exsudée s'organise en membrane kystique et isole le périoste qui se ratatine sur lui-même, devient jaune et tourne au gras. Quelquefois il y a dans le kyste une matière jaunâtre qui n'est autre chose que du pus concret. Nous avons principalement observé cette dernière terminaison sur les lapins; les crêtes de nos coqs nous ont donné de nombreux exemples de la première.

4° Le périoste adhère aux tissus environnants, il se pénètre de nouveaux vaisseaux, mais il a perdu ses propriétés ostéogéniques. Il continue seulement de vivre comme membrane fibreuse et vasculaire. C'est ce que nous avons observé plusieurs fois du chien au lapin et du lapin au poulet. Nous avons examiné ces greffes deux mois et demi après l'opération. Que seraient-elles devenues plus tard? Auraient-elles disparu peu à peu ou auraient-elles persisté? Des expériences en cours d'exécution nous l'apprendront probablement bientôt.

5° Le périoste contracte non-seulement des adhérences fibro-vasculaires avec les tissus voisins, mais encore il produit du tissu osseux. Cette dernière terminaison prouve que le périoste peut conserver ses propriétés ostéogéniques, bien que transplanté sur un animal d'espèce différente. Nous avons montré à la Société de biologie un petit fragment osseux développé sous la peau du dos d'un lapin au moyen d'un lambeau de périoste de jeune chien.

La démonstration de ce fait n'est pas aussi aisée que celle dont nous nous sommes occupé dans notre premier paragraphe. Le succès est plus difficile, et il importe de s'entourer de toutes les circonstances les plus favorables à la réunion immédiate de la plaie. Mais enfin on peut réussir, et si nous ne sommes pas encore à même de déterminer les conditions et les lois de ces greffes périostales, nous pouvons déjà prévoir plusieurs analogies avec les entes végétales.

Ces conditions, qu'il s'agira de préciser plus tard, se trouveront probablement dans des affinités d'espèce et des similitudes d'organisation. La greffe entre végétaux n'est généralement possible qu'entre certaines espèces ou certains genres rapprochés. Nous ne pouvons *à priori* poser les mêmes lois pour les animaux; l'expérimentation seule nous éclairera à ce sujet. Il y a d'ailleurs dans ces greffes deux choses importantes à considérer et à bien distinguer. Dans certains cas, on obtiendra seulement la persistance de la vitalité du lambeau transplanté; il vivra de la vie la plus simple et la plus obscure sans s'accroître et sans conserver ses propriétés anatomiques et fonctionnelles caractéristiques. Dans d'autres cas plus favorables, avec l'organe on aura transplanté la fonction et le tissu greffé conservera non-seulement la vie, mais reprendra son autonomie et son aptitude fonctionnelle.

III. — Caractères extérieurs et structure des os obtenus par la transplantation du périoste.

Les os que l'on obtient par la transplantation du périoste ne sont pas seulement des concrétions calcaires ni même des amas informes de substance osseuse; ils ont pour élément fondamental le corpuscule osseux; ils présentent dans leur texture une disposition analogue à celle des os normaux. Ils sont extérieurement revêtus d'un périoste; ils sont creusés d'espaces médullaires qui finissent par se réunir en une cavité relativement vaste. Ils présentent à la périphérie une couche régulière de tissu compacte.

Ou ces os sont adhérents à l'os auquel le périoste a été emprunté, ou ils en sont complétement indépendants.

Dans le premier cas, le nouvel os n'est pas une production de l'ancien; ce n'est pas une apophyse qui se serait peu à peu développée en commençant par sa base. C'est un os nouveau surajouté à l'ancien, croissant à côté du lui, mais ne vivant pas à ses dépens. La reproduction du périoste enlevé rend compte du peu de changement qu'éprouve l'os ancien.

Si l'on pratique des coupes qui permettent de voir en même temps la conformation intérieure de l'os nouveau et celle de l'os ancien, on reconnaît (vers deux ou trois mois après l'opération pour les lapins) que celui-ci n'a pas été modifié d'une manière sensible; son canal médullaire est parfaitement régulier, et sa diaphyse n'est notablement amincie en aucun point. L'os nouveau est aussi creusé d'une cavité médullaire distincte et ne communiquant pas avec la cavité médullaire de l'os auquel il est adhérent. Cette cavité médullaire n'est dis-

---

couverte de riches mines de coivre, de mercure et d'or, lui conteste les collections que le faible cabinet de Versailles n'a pas même le courage de lui assurer. Ce retour en Europe rappelle les luttes, les hostilités, les déboires qu'éprouve, trente années plus tard, un autre savant aussi courageux, mais plus heureux dans ses glorieuses entreprises: nous voulons parler de la rentrée en France, après les campagnes d'Égypte et de Portugal, d'Étienne Geoffroy-Saint-Hilaire. Moins heureux que ce dernier, dans une dernière excursion en Amérique, Dombey, malade, épuisé, fuyant l'écho des révolutions dans les Antilles, tomba aux mains des Anglais, et mourut misérablement dans leurs prisons, en 1794.

« Si ce rapide récit reproduit fidèlement, dit M. Cap, les agitations de cette noble vie, s'il fait connaître tout ce que le caractère du naturaliste français avait d'élevé, de généreux et d'énergique, il ne suffit pas pour faire apprécier tous les services qu'il rendit à la science. Son herbier, déposé au Muséum, contenait deux mille plantes des contrées équinoxiales, parmi lesquelles figurent plus de soixante genres nouveaux. Il est accompagné d'un manuscrit contenant l'histoire des plantes du Pérou et du Chili, leur description et leurs usages. La minéralogie lui doit la découverte du cuivre muriaté ou sable vert du Pérou, ainsi que l'euclase, silicate double d'alumine et de glucine qu'il rapporta du Brésil. L'École des mines et le Muséum possèdent un grand nombre d'échantillons précieux qu'il rapporta, notamment des cristaux de quarz hyalin prismé, une très-belle émeraude primitive du Pérou, plusieurs morceaux d'or et d'argent natifs, de beaux spécimens de platine, des minerais de mercure, et des ossements fossiles d'un animal gigantesque incrustés d'argent. C'est à lui encore que le cabinet des antiques de la Bibliothèque impériale doit les vases trouvés dans les tombeaux des Incas et plusieurs morceaux d'antiquité ou d'archéologie provenant des anciens Péruviens.

» La science lui doit aussi la découverte du nitrate de soude ou salpêtre natif du Pérou, ainsi que la curieuse observation de la phosphorescence de la mer, que Lalande inséra dans le JOURNAL DE PHYSIQUE. Les manuscrits que possède aujourd'hui le Muséum, mis en ordre par Lhéritier, mais non publiés, seraient pourtant très-dignes de voir le jour. Ils montreraient la part considérable qu'il a prise à la flore du Pérou, dont les descriptions sont très-souvent littéralement copiées sur les siennes, et qu'il eût très-certainement revendiquées, et à juste droit, si sa mort n'eût précédé la publication de l'ouvrage de Ruiz et Pavon, les associés espagnols de sa mission. »

Nous nous félicitons de l'occasion qui vient de nous être donnée de rendre, pour notre faible part, hommage à deux belles vies, et d'appeler sur elles l'attention de la jeunesse. De même qu'il y a la contagion du mal, il y a heureusement aussi parfois une contagion du bien qui a nom émulation quand elle ne s'élève pas jusqu'à la vanité. On ne saurait donc trop multiplier de pareils portraits, et les encouragements doivent pleuvoir sur des biographes aussi bien inspirés que MM. Lemazurier et Cap, et les adhésions à leur œuvre, élevée autant qu'honorable.

GIRAUD-TEULON.

tincte qu'au bout d'un certain temps. Elle commence par une raréfaction de la substance osseuse, d'abord à peine sensible; bientôt on y voit une foule de petites cellules, puis de loges plus ou moins grandes, et enfin par la disparition des trabécules de séparation, une cavité unique et plus ou moins régulière.

Comme ceux que nous venons de décrire, les os indépendants présentent cette tendance à la raréfaction interieure. C'est là, du reste, un fait général dans le développement du tissu osseux.

La substance de ces os présente, avons-nous dit, pour élément fondamental, le corpuscule osseux. On le reconnaît facilement au microscope en coupant l'os par tranches minces, et en les rendant plus transparentes par l'acide chlorhydrique. Ces corpuscules osseux paraissent au début irrégulièrement disposés, mais dans la substance compacte périphérique, on les voit rangés par couches assez distinctes autour des canaux vasculaires. Il n'y a pas cependant, du moins à la période où nous les avons examinés os (deux ou trois mois après l'opération), cette régularité qu'on observe à l'état normal autour des canaux de Havers.

Les espaces médullaires que nous avons signalés sont remplis par une substance rouge, mollasse, très-vasculaire, en tout semblable à la moelle fœtale. L'examen microscopique n'y révèle pas d'autres éléments.

On y rencontre:

1° Des noyaux libres (médullocelles) et de petites cellules médullaires, avec un noyau rond et bien distinct;

2° Des plaques à noyaux multiples (myeloplaxes) très-nombreuses, généralement infiltrées de granulations graisseuses et contenant, dans leur intérieur, de trois à dix noyaux;

3° De la graisse;

4° Des éléments fibroplastiques et quelques fibrilles de tissu conjonctif;

5° Des vaisseaux. Un ou plusieurs trous nourriciers donnent passage aux vaisseaux qui se rendent dans la cavité médullaire.

Ces caractères prouvent clairement que ce sont de véritables os que nous obtenons par la transplantation du périoste, os plus ou moins volumineux selon l'âge de l'animal, l'étendue du lambeau transplanté et les suites de l'opération, mais toujours constitués par l'élément caractéristique du tissu osseux et présentant toujours notablement la conformation générale des os normaux.

Ces os hétérotopiques suivent les diverses phases de développement du système osseux normal, et ils rappellent plus particulièrement le mode d'accroissement des os en épaisseur, car le périoste déplacé ou transplanté ne fait que continuer les fonctions qu'il remplit à l'état normal.

L'os nouveau dérive du blastème sous-périostal qui existe normalement à la face profonde du périoste et qui est entraîné avec lui au moment de l'opération. Les éléments anatomiques de ce blastème sont des noyaux libres baignant dans une matière amorphe semi-liquide, ou inclus dans des cellules rappelant, par leurs dimensions, les cellules à noyaux multiples de la moelle. Ces cellules et ces noyaux sont mêlés à une plus ou moins grande quantité d'éléments fibrillaires.

En suivant dès leur début le développement de ces os hétéropiques, on peut se convaincre qu'ils se forment à la face profonde du périoste au moyen du blastème sous-périostal. Mais nous pouvons démontrer cette proposition par des preuves plus frappantes que nous fournit l'expérimentation.

Si, après avoir détaché un lambeau de périoste, on racle légèrement avec un scalpel la face profonde d'une moitié de ce lambeau, on détruit, sur toute l'étendue qui est ainsi raclée, les germes de l'os futur. Le tissu osseux se produira seulement sous l'autre moitié du lambeau.

Voici l'expérience la plus propre à démontrer ce fait. Nous avons présenté une pièce très-probante à la Société de biologie, dans la séance du 18 décembre 1858.

Nous disséquons un lambeau du périoste tibial long de 4 centimètres, que nous laissons adhérer à l'os par une base large de 10 millimètres. Nous raclons avec un scalpel la face profonde de la moitié interne de ce lambeau, celle qui communique immédiatement avec l'os, celle qui est le moins exposée à manquer de vaisseaux, celle enfin qui, dans nos expériences précédentes, donnait lieu aux productions osseuses les plus abondantes. L'animal est sacrifié au bout de dix jours, et nous trouvons un noyau dur, de consistance cartilagineuse en partie ossifié sous la moitié externe du lambeau. La moitié interne, celle qui a été raclée, est tout simplement fibreuse; elle ressemble à un ligament destiné à unir l'os nouveau à l'os ancien; elle est traversée cependant par des vaisseaux nombreux qui se rendent à l'extrémité du lambeau.

Cette expérience prouve que, ni les vaisseaux, ni les couches externes du périoste ne suffisent pour produire de l'os. Il faut une couche de blastème, une couche de cellules embryonnaires pour point de départ.

Les os hétérotopiques passent-ils par l'état cartilagineux, comme la plus grande partie des os du squelette? Nous avons déjà fait observer qu'ils rappellent l'accroissement en épaisseur des os déjà formés; or cet accroissement s'opère sans l'intermédiaire du cartilage. Nous avons cependant, dans les premiers jours, généralement rencontré une substance dure, élastique, ressemblant extérieurement au tissu cartilagineux. Le microscope y démontre aussi des cavités de cartilage; mais ces cavités diffèrent par leur configuration et par leur mode de groupement de celles d'un cartilage épiphysaire normal. Elles sont isolées, disséminées dans une masse fibroïde et ne présentent nulle part de groupement en séries distinctes. Du reste, nous n'avons pas toujours pu saisir cette période de transition; aussi sommes-nous conduit à penser qu'elle n'est point indispensable au développement de l'os.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

PROLAPSUS COMPLET DE LA MATRICE; HÉPHESTIORAPHIE (1); GUÉRISON; par L. GAILLARD, professeur à l'École de Poitiers.

Depuis deux ans j'ai employé plusieurs fois l'ingénieuse méthode inventée par M. le professeur Cloquet pour la réunion des parties divisées; j'ai restauré un périnée profondément déchiré. (GAZETTE MÉDICALE, 1857.)

J'ai complété une opération difficile de bec-de-lièvre en cautérisant les encochures qui restaient sur les côtés du tubercule médian formé suivant le procédé de M. Mirault (d'Angers).

Au moyen de cautérisations successives, j'ai maintenu dans sa place normale un utérus atteint de prolapsus complet. Ce dernier fait présente quelques détails intéressants; il sera le sujet de mon opuscule.

Nous ne ferons pas, à propos d'un fait particulier, l'historique de tous les prolapsus de l'utérus: diverses causes peuvent sans doute occasionner cet accident; notre observation est surtout relative au traitement du prolapsus simple et *sans complication de lésions organiques*. L'état de la science sur ce point a été fixé par les paroles pleines d'autorité d'un célèbre chirurgien: « Les moyens inventés » pour la guérison du prolapsus utérin, nous dit le professeur Jobert » (clinique de l'Hôtel-Dieu, 1858), n'ont aucun résultat avantageux; il » faut s'en tenir au traitement palliatif par les pessaires. »

Pour ceux qui ont expérimenté les inconvénients si nombreux et l'insuffisance des pessaires, ces paroles devenaient un encouragement à chercher de nouveaux moyens de traitement. Tout d'abord nous avons voulu nous rendre compte des causes qui occasionnent le prolapsus et des circonstances dans lesquelles il se produit; nous ne comprenons, d'ailleurs, sous le nom de prolapsus que la sortie de l'utérus *au dehors de l'anneau vulvaire*. Tout ce qui a été dit sur les accidents produits par les déplacements et déviations de l'utérus contenu dans l'intérieur du bassin nous semble plein d'exagération.

Que savons-nous donc des causes du prolapsus?

1° C'est presque toujours à la suite d'efforts pour sauter, aller à la selle, porter des fardeaux, que se produisent les prolapsus; l'effort pousse en bas les viscères contenus dans le petit bassin: il expulserait le tout sans la résistance que lui opposent les planchers aponévrotiques et les orifices musculaires.

2° Lorsque le périnée est détruit par une déchirure ou très-relâché par de nombreux accouchements, l'utérus, n'étant plus soutenu, descend au niveau de la vulve, et le moindre effort suffit alors pour produire le prolapsus.

3° Un effet constant des nombreux accouchements, c'est la mollesse, la flaccidité, la dilatation des parois vaginales, disposition favorable au prolapsus, qui se manifeste en effet très-rarement chez les vierges, à cause de la résistance qu'opposent dans ce cas les parois vaginales.

(1) Nous donnons à la méthode de M. Cloquet le nom d'*héphestioraphie*, Ἥφαιστος, dieu du feu, Vulcain des Latins, et ῥάπτω, je couds, suture par le feu. Si quelque classique nous reprochait la ressemblance de ce nom avec celui du favori d'Alexandre, nous aurions à lui dire qu'Héphestion, Ἡφαίστιος signifie mot à mot appartenant au dieu du feu, comm. Vulcanius, Appollonius, Martius.

4° Un allongement considérable des ligaments utérins serait aussi une condition favorable au prolapsus; mais a-t-on jamais constaté cette condition anatomique avant le prolapsus?

Il résulte de tout ceci qu'en évitant les efforts, restaurant le périnée, resserrant les parois vaginales, on mettrait la malade dans des conditions favorables à la guérison du prolapsus; c'est ce que nous avons fait, espérant d'ailleurs que les ligaments relâchés reprendront leur structure primitive lorsque l'utérus aura repris sa position normale. Tout naturellement le prolapsus (hernie de l'utérus) doit être comparé aux autres hernies, et en particulier à celles de l'intestin, qui reconnaissent pour causes :

1° Les efforts;

2° Une faiblesse et laxité congénitale des canaux herniaires;

3° La dilatation accidentelle du canal herniaire par le passage d'une tumeur, telle qu'un lipome ou le testicule retardé, etc.

Obs. — Virginie est une jeune fille de 18 ans, qui jouit dans son quartier d'une très-bonne réputation.

Le 27 avril 1857, elle tombe dans une cave d'une hauteur de 10 pieds. Trois mois après, elle s'aperçoit d'une tumeur qui sort de la vulve. Graduellement cette tumeur augmente et descend davantage, depuis un mois cependant elle reste stationnaire. Servante dans un ménage d'artisans composé de quatre personnes, Virginie allait deux fois par semaine laver de gros paquets de linge, à la distance d'un kilomètre. Elle n'éprouvait point de maux de reins, mais seulement quelques coliques de bas-ventre. Une seule chose l'incommodait véritablement, c'était la présence continuelle de la tumeur vulvaire, qui diminuait un peu la nuit, sans jamais rentrer tout à fait, n'éprouvant d'ailleurs aucune souffrance aiguë. Virginie se livre sans difficulté aux travaux ordinaires de la maison; mais aussitôt qu'elle veut faire effort pour remuer un lit, soulever un chaudron ou un seau, elle éprouve une sensation de faiblesse et d'impuissance qui la force à s'arrêter.

A cause du volume de la tumeur, elle ne peut s'asseoir que sur le bord d'une chaise. Depuis huit jours, à la suite d'une course, elle se trouve plus incommodée, et se décide à entrer dans la maison des dames hospitalières.

Examen le 29 septembre 1857.

L'utérus est entièrement sorti de la vulve; la tumeur descend d'un décimètre au-dessous des grandes lèvres. Sa surface est revêtue de la muqueuse vaginale renversée. A la partie inférieure se voit l'orifice de l'utérus dilaté et profondément ulcéré. A peu de distance de l'orifice existe un autre ulcère de la largeur d'une pièce de 2 francs. Ces ulcérations sont évidemment produites par le frottement des vêtements de toile grossière que porte cette fille. Le rectum et la vessie ont été entraînés par l'utérus. La vulve, largement dilatée par la masse de la tumeur, n'offre aucune tension ni résistance.

Le col n'est point allongé; le corps de l'utérus n'est point hypertrophié; l'hystéromètre pénètre à 0,065 de profondeur dans la cavité utérine. Le prolapsus ne dépend ni de l'une ni de l'autre de ces causes. Ce n'est pas par son poids que l'utérus a été entraîné au dehors.

Nous avons encore à remarquer que ce prolapsus n'occasionne ni cette sensation si pénible de pesanteur, ni ces grandes souffrances, ni cet affaiblissement des membres inférieurs, cette impossibilité de se tenir debout pendant quelques minutes, que l'on attribue trop souvent à des déplacements de l'utérus, et qui dépendent, comme nous l'avons prouvé dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, le 25 avril 1854, d'une phlegmasie des plexus veineux péri-utérins.

La persistance de l'hymen, l'état des téguments du ventre et du col utérin indiquent que cette jeune fille n'est jamais accouchée.

Le 30 septembre 1857, après avoir huilé la tumeur, on la réduit par douce pression et on la fait remonter à 8 centimètres dans l'intérieur du bassin. La malade est couchée horizontalement; elle gardera le lit, évitera tous les efforts, et fera des injections avec des décoctions d'écorce de saule.

Le 18 octobre, les ulcères se cicatrisent. Injection avec un dixième d'eau céleste; plus tard injection avec une solution d'alun.

Le 3 décembre, l'utérus est cicatrisé; mais, malgré le repos, nos injections astringentes diverses, nos applications de sachets et pessaires, il n'y a pas de mieux. Sitôt que la jeune malade s'assied sur son lit, sitôt qu'elle tousse ou veut uriner, l'utérus sort de la vulve; la malade est obligée de le retenir avec la main. Munie d'une ceinture abdominale avec tampon sur le périnée, Virginie peut se lever et s'asseoir. Mais en réalité, nous n'avons gagné que la guérison des ulcères; car l'utérus n'est pas plus solide qu'avant le traitement, et l'anneau valvulaire extrêmement dilaté n'offrant plus aucune résistance, les plus gros pessaires manquent de support.

Le même jour, 3 décembre, au moyen d'un fer en roseau rougi à blanc, nous faisons sur la paroi postérieure du vagin, en y comprenant la fourchette, une cautérisation de 4 centimètres de longueur. On voit distinctement la membrane hymen, coupée par le premier contact du fer rouge, se retirer à droite et à gauche. Aussitôt après l'opération, la malade est remise au lit.

Les jours suivants, on remarque que la matrice est plus solide qu'à l'ordinaire.

16 décembre. Les escarres sont tombées. On cautérise la petite plaie longitudinale avec le crayon d'azotate d'argent.

28 janvier 1858. Cautérisation au fer rouge. Nos cautérisations ont toujours été faites sur la face postérieure du vagin et dans le sillon du thalweg qui aboutit à la fourchette. Elles ont quelques millimètres de largeur sur 4 centimètres de longueur. Nous avons au préalable mis les surfaces à nu, en introduisant un spéculum trivalve, dont nous avions enlevé la valve mobile; sa poignée était tournée en haut. Plus tard, quand l'orifice s'est rétréci, nous nous sommes servi du petit spéculum bec de canne, destiné à l'anus, et en dernier lieu d'une simple gouttière qui protège la partie antérieure de la vulve et du vagin. L'instrument de cautérisation était tantôt un petit cautère roseau de 5 millimètres de diamètre, tantôt un morceau de chêne effilé, trempé dans l'azotate de mercure. Cette dernière cautérisation était peu douloureuse et se faisait sans difficulté. L'application du fer rouge, au contraire, agitait et effrayait beaucoup la malade, que nous avons éthérisée trois fois, afin d'obtenir une cautérisation mieux limitée. Les escarres ont toujours été superficielles. Avant la cautérisation, nous avons eu soin d'absterger les mucosités; après la cautérisation, nous fomentions immédiatement avec de l'eau froide. Il est certain que le fer rouge se montre bien plus efficace que les autres caustiques; il forme une rigole dont les bords sont très-solides.

Le 1er mai 1858, après avoir fait, le 15 mars, une cautérisation au fer rouge, et le 15 avril une cautérisation au nitrate d'argent, nous permettons à la malade de se lever, ayant l'espoir de continuer notre traitement pendant que l'utérus sera maintenu au moyen d'un pessaire.

22 juin. La vulve est bien diminuée d'étendue, mais l'utérus fait toujours saillie à l'orifice vulvaire. Le cystocèle est considérable, le rectocèle moindre. Nous plaçons un pessaire en porcelaine avec support, ayant déjà essayé sans succès le pessaire à air et la gimblette.

Les jours suivants, la malade marche, se promène, sans que l'utérus soit expulsé du bassin. Voyant cependant l'inutilité de nos efforts pour obtenir une guérison radicale, nous nous décidons à reprendre le traitement à nouveau.

Le 25 juillet 1858, Virginie est cautérisée avec le fer rouge et remise au lit.

24 octobre 1858, fer rouge.

Le 6 novembre 1858, l'orifice vaginal est fort rétréci, l'angle inférieur forme une rigole à parois dures et épaisses, dans laquelle on introduit le crayon d'azotate d'argent.

Le fer rouge a été employé pour la dernière fois le 27 novembre; un mois après, la cicatrisation était complète, et la consolidation de notre muraille avait fait de très-grands progrès.

Le 28 décembre, cautérisation avec le nitrate acide de mercure; le lendemain, la malade se lève, et désormais elle vaque à ses occupations dans la maison.

13 janvier 1859, on touche la malade debout; l'index pénètre avec quelque peine dans un passage resserré, et trouve le museau élevé de 7 centimètres, l'utérus mobile et léger; quand la malade fait un effort violent, l'utérus s'abaisse de 2 centimètres, et la muqueuse vaginale se plisse en avant et en arrière, mais rien ne sort au dehors.

Le 23 janvier 1859, la malade se trouve bien; elle marche et travaille tout le jour sans porter aucun bandage. Cautérisation avec le nitrate acide; injection d'une solution de perchlorure de fer tous les matins avant le lever. L'injection est de 30 grammes de solution de perchlorure de fer au seizième. Elle sera faite au moyen d'une seringue de verre pendant que la malade est couchée horizontalement, les épaules basses, le bassin élevé; à la suite, la malade gardera le lit une heure durant.

4 février. L'entrée du vagin est étroite, solide et résistante; les parois vaginales semblent s'être épaissies et consolidées sous l'influence des injections de perchlorure. Le mucus vaginal solidifié en ruban remplit cette cavité. (Traitement hydrothérapique; injection de perchlorure.)

Le 19 mars, Virginie a pris 64 douches qui l'ont bien fortifiée; elle fait de longues courses, il ne lui reste d'autre incommodité qu'un sentiment de malaise, de faiblesse intérieure, quand elle veut faire un effort continu. Nous l'examinons à cinq heures du soir, après un jour de promenade, la malade étant debout, le col de l'utérus se trouve à 7 centimètres de hauteur verticale.

La malade étant couchée, le col se trouve encore à la même hauteur. La portion vaginale est souple et fait très-peu de saillie; le rectocèle a disparu. En introduisant une sonde dans la vessie, on s'assure qu'il n'y a plus trace de cystocèle; l'utérus est mobile, peu volumineux; l'hystéromètre conduit sur l'index gauche entre facilement dans la cavité utérine et y pénètre à 6 centimètres 50 millimètres. Cette mesure est prise par deux fois et avec beaucoup de soin.

Ce traitement s'est prolongé pendant un an, mais il a eu plusieurs périodes distinctes : durant deux mois nous avons travaillé à la cicatrisation des ulcères de l'utérus et cherché la guérison du prolapsus par le repos et les pessaires; pendant cinq autres mois, nous avons employé la cautérisation, mais irrégulière et insuffisante, comme il arrive toujours dans un premier essai, de telle sorte qu'au moment où la malade a voulu se lever, l'utérus faisait encore une saillie notable à la vulve. Parmi les causes qui ont retardé la guérison, nous signalerons encore la présence des tumeurs formées par le rectocèle et le cystocèle. Cette muqueuse, si largement épanouie au dehors, semblait s'opposer à toute tentative d'occlusion de la vulve. A moitié du traitement, le rectocèle a disparu.

Vers la fin de son séjour au lit, la malade a souffert de constipation; depuis qu'elle s'est levée, les choses sont revenues dans leur état normal; autrement nous aurions pratiqué la dilatation forcée du sphincter, pensant que les efforts nécessités par la défécation seraient très-préjudiciables à notre traitement. Pendant les premiers temps, le repos horizontal nous semble indispensable; il faut en même temps tenir le bassin élevé; dans cette situation, les tumeurs formées par le rectum et la vessie disparaissent; l'utérus remonte dans le bassin et n'exerce plus aucun effort sur la vessie.

Vers la fin du traitement, la malade peut se lever; la cicatrice épaissie, la muraille solide édifiée par nos cautérisations est bien autrement résistante que les adhérences produites par les avivements et sutures des anciens procédés; elle est plus résistante que l'hymen, simple repli au delà duquel le vagin est fort dilatable. L'héphestoraphie a encore cet avantage que son action est progressive et illimitée; on peut sans douleur et sans danger répéter la cautérisation et arriver à l'occlusion de la vulve si le cas l'exige. En fait, nous avons solidement restauré le plancher qui soutient l'utérus, et la guérison ne s'est pas démentie.

Une objection serait celle-ci: si cette jeune fille venait à se marier, comment les organes que nous avons soudés rempliraient-ils leurs fonctions? En présence d'une infirmité si grande, cette question nous a peu occupé. D'ailleurs nous pensons que les rapports sexuels ne seraient pas impossibles, et au moment de l'accouchement, une incision pourrait diviser les parois autant qu'il serait nécessaire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros du deuxième semestre de 1857 et du premier semestre de 1858 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'hydropisie périodique de l'ovaire*, par M. Magnus Huss (de Stockholm). 2° *Des gangrènes curables des poumons*, par M. Ch. Lasègue. 3° *Recherches cliniques et critiques sur l'anus artificiel*, par M. le docteur Hermann Friedberg. 4° *Etudes cliniques sur les ulcérations du larynx et de la trachée*, par M. A. Toulmouche. 5° *De la calenture*, par M. Leroy de Méricourt. 6° *De la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde*, par M. Bourgeois. 7° *Recherches sur l'urine des femmes en lactation*, par M. Lecomte. 8° *Hémophilie*, par M. Magnus Huss. 9° *De l'ophthalmie diphthéritique*, par M. J. Gibert. 10° *Recherches sur la présence du sucre dans l'urine*, par le docteur Georges Harley. 11° *Du typhus*, par M. Doumie. 12° *Du spedalsked et de la radezyge*, par M. Delioux (de Savignac). 13° *De la coloration partielle en noir ou en bleu de la peau*, par M. Leroy de Méricourt. 14° *Des épanchements, de la vaginale métastatique, des inflammations de l'arrière-bouche*, par M. Verneuil. 15° *De la fièvre typhoïde à forme thoracique*, par M. Bessier. 16° *Des injections d'acide carbonique dans les affections de l'utérus*, par M. Ch. Bernard. 17° *Du renversement de la muqueuse de l'urètre et de la vessie*, par M. Patron. 18° *De l'hyperesthésie oculaire*, par M. Henley Thorp. 19° *De la cautérisation transcurrente dans le traitement des tumeurs blanches*, par M. Notta. 20° *De la constitution chimique des tissus nerveux chez la sangsue*, par M. Faivre. 21° *De l'éruption papulo-ulcéreuse des ouvrières maniant le vert de Schweinfurt*, par M. Follin. 22° *Difformité du thorax avec perte de substance des côtes*, par M. Frickhoffer. 23° *Epidémie de congestion rachidienne*, par M. Gauné. 24° *De la rétrocession du travail dans l'accouchement*, par M. Charrier. 25° *Des animalcules de la gale chez les animaux*, par MM. Delafond et Bourguignon. 26° *Des dents humaines*, par M. Magitot. 27° *Note sur une tumeur anormale du scrotum*, par M. Naucher. 28° *Etudes sur la colique de plomb*, par M. Briquet. 29° *Etudes sur la statistique de l'utérus*, par M. Aran. 30° *De l'hémorrhagie cérébelleuse*, par M. Hillairet. 31° *D'une variété de pellagre propre aux aliénés*, par M. Billod. 32° *De la dysphagie*, par M. Gendron. 33° *De l'accès atrophique*, par M. Chausit. 34° *Des larves de diptères développées dans les sinus frontaux et les fosses nasales de l'homme à Cayenne*, par M. Coquerel. 35° *Des kystes qui se développent sur les parois du vagin*, par M. Ladreit de la Charrière. 36° *Le chloroforme et l'asphyxie*, par M. Faure. 37° *Des ascarides lombricoïdes dans les canaux biliaires*, par M. Boufils. 38° *Rupture du tendon et des ligaments rotuliens*, par M. Binet.

DES GANGRÈNES CURABLES DU POUMON; par le docteur CH. LASÈGUE.

Sous la rubrique « mémoires originaux, » ce travail est plutôt un article critique, fort bien fait d'ailleurs, sur plusieurs observations présentées par des cliniques étrangères, de cas de bronchites gangréneuses terminées favorablement.

Ces critiques sont résumées par l'auteur dans les quelques lignes suivantes:

« Il paraît exister une affection gangréneuse qui se limite, soit aux parois des bronches, soit à leur contenu, qui se rapproche par plusieurs symptômes de la gangrène pulmonaire circonscrite, qui en diffère par sa marche, par l'abondance et la nature de l'expectoration, et surtout par la bénignité relative, affection sur laquelle l'examen stéthoscopique ne fournit que des données insuffisantes, et qui guérit spontanément ou cède à quelques préparations anticatarrhales. »

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES ULCÉRATIONS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE ARTÈRE; par le docteur TOULMOUCHE, professeur à l'École préparatoire de Rennes, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

Mémoire intéressant, plein de faits et d'observations dont les conclusions sont ainsi formulées par l'auteur lui-même:

1° On ne doit admettre, comme signes bien positifs et les plus fréquents par lesquels se décèle l'existence d'ulcérations dans le larynx, qu'une douleur fixe dans un point correspondant de la gorge, une altération de la voix, surtout son enrouement, son affaiblissement prononcé jusqu'à l'aphonie, et enfin, moins souvent, de la souffrance dans l'action d'avaler.

2° Tous les autres signes indiqués ou réunis par les auteurs manquent la plupart du temps, et sont plutôt fondés sur des analogies ou des idées théoriques que sur l'expérience clinique.

3° Les ulcérations de la trachée-artère ne se décèlent souvent par aucun symptôme pendant la vie, ou seulement par un sentiment d'éraillement ou de sécheresse cuisante à la moitié inférieure et antérieure du cou, qu'on est plus disposé à attribuer à la fréquence de la toux et à l'irritation occasionnée par le passage continuel des crachats qu'aux ulcérations elles-mêmes.

4° Le stéthoscope ne fournit aucun signe univoque propre à faire reconnaître les ulcérations.

5° Dans les neuf dixièmes des cas, ces ulcérations se développent dans la seconde ou la dernière période de la phthisie pulmonaire, et sont probablement dues à la même cause, comme celles, si fréquentes, des intestins, survenant dans la même maladie.

6° Ces mêmes ulcères peuvent cependant, dans un petit nombre de circonstances, préexister pendant plus ou moins longtemps au développement ultérieur de tubercules dans les poumons, et devenir même leur cause déterminante.

7° Des ulcérations assez profondes et assez graves pour perforer entièrement, non-seulement les parois du tube laryngo-trachéal, mais encore celles d'organes ou de conduits contigus (œsophage), peuvent exister sans produire de troubles dans leurs fonctions et des symptômes propres à les déceler.

8° Enfin, jusqu'ici tous les moyens thérapeutiques employés contre elles ont échoué, ce qu'explique assez bien la nature symptomatique de ces ulcérations, provenant, le plus souvent, d'une diathèse tuberculeuse.

EXISTE-T-IL UNE INDIVIDUALITÉ MORBIDE QUI PUISSE JUSTIFIER LE MAINTIEN DE « LA CALENTURE » DANS LE CADRE NOSOLOGIQUE? par le docteur LEROY DE MÉRICOURT, professeur à l'École de médecine de Brest.

Un chirurgien de marine, M. Beisser, a écrit et soutenu, en 1832, une thèse intitulée: DISSERTATION SUR LA CALENTURE, qui, depuis, a fait tous les frais des descriptions reproduites par tous les articles de dictionnaire et les traités de pathologie. M. Leroy de Méricourt, dans une critique intéressante, établit que la calenture n'est pas du tout, ce que de très-rares auteurs ont prétendu, une maladie d'une nature particulière, mais qu'elle rentre dans la classe des affections cérébrales produites par une excessive chaleur; en un mot: c'est une encéphalite ou une méningite, rien de plus. Après des recherches consciencieuses et la lecture des *deux seuls rapports de campagne de mer* qui auraient pu apporter quelque élément à la discussion, le docteur Leroy n'hésite pas à conclure qu'il n'existe pas d'individualité morbide qui puisse justifier le maintien de la calenture dans le cadre nosologique. C'est, suivant lui, une dénomination à rayer, et qui sert à qualifier une entité édifiée à plaisir sur deux récits incomplets de cas de délire dont la cause n'a pas été recherchée.

Les auteurs des futurs dictionnaires feront bien de consulter ce travail.

SUR LA GANGRÈNE DES MEMBRES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur BOURGEOIS (d'Étampes).

Dans ce travail, le docteur Bourgeois appelle l'attention de ses confrères sur un accident dont il rapporte deux observations, et qui a consisté en un sphacèle complet des membres inférieurs se détachant

spontanément de la continuité du membre, à quelques doigts au-dessous des genoux, dans le cours de fièvres typhoïdes.

L'auteur ne cherche pas à gloser sur cet accident; il se borne simplement à appeler sur ses analogues l'attention de la profession, et à énoncer le soupçon qu'il a conçu, d'après la marche de ces deux cas, d'une sorte de métastase du poison typhoïde sur les membres sphacelés.

MALADIES RARES; par le docteur MAGNUS HUSS, professeur de clinique à l'École de médecine de Stockholm.

CAS REMARQUABLE D'HÉMOPHILIE.

Le sujet qui l'a présenté n'avait pas de propension héréditaire à l'hémorrhagie, non plus qu'à toute autre maladie dyscrasique. Les lésions traumatiques n'étaient pas suivies, chez elle, d'accidents hémorrhagiques.

Ces hémorrhagies étaient le plus souvent provoquées par des émotions morales, mais arrivaient aussi indépendamment de cette cause.

Elles n'avaient de connexion ni avec les règles, ni avec aucune autre excrétion.

Les seuls points de la superficie de la peau par lesquels se manifestaient ces hémorrhagies étaient, à l'exception du conduit auditif, les régions recouvertes de cheveux ou de poils, plus particulièrement à gauche. Il y en avait aussi à l'intérieur; le sang exhalé était de nature et d'apparence artérielle.

L'hémorrhagie devait avoir pour portes de sortie les vaisseaux capillaires des follicules capillaires, pileux et sébacés.

Simultanément, avec les vomissements de sang et les ecchymoses sous l'épiderme, apparaissaient des symptômes de congestion au cerveau et dans les membranes.

Cette observation est suivie d'une analyse qui fait de ce travail une véritable monographie qui sera lue avec un réel intérêt. L'auteur, comme conclusion, suppose que, chez le sujet de cette observation, il y avait spasme dans les veines les plus fines: le cours du sang étant partiellement intercepté, la pression de la masse du sang qui vient du cœur et des artères occasionnèrent une rupture, dans les vaisseaux capillaires les plus fins, d'où hémorrhagie durant autant que dure le spasme.

RECHERCHES SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS L'URINE, SUR L'ORIGINE ET LA DISPARITION DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE; par le docteur GEORGES HARLEY (de Londres.)

La première partie de ce travail de physiologie expérimentale a pour objet la démonstration de cette thèse:

« Le point de départ de l'action réflexe qui détermine la sécrétion sucrée du foie est dans le foie lui-même, ainsi que le démontre l'hypersécrétion de sucre consécutive à l'injection de matières irritantes dans la veine porte; il y a, au contraire, de très-graves objections contre l'hypothèse qui place cette action réflexe dans le poumon, puisque la respiration se faisant d'une manière uniforme aux différentes heures de la journée, la sécrétion du sucre devrait être uniforme également, tandis qu'elle ne l'est pas. »

Cette opinion est en contradiction avec celle qui résulte des expériences de MM. Cl. Bernard et Reynoso.

Quant à la disparition du sucre, seconde partie du travail de M. Harley, ses expériences le conduisent aux mêmes conclusions que M. Chauveau, à savoir que le sucre n'est pas brûlé dans le poumon, mais dans les capillaires de la circulation générale.

SUR UNE VARIÉTÉ DE TYPHUS OBSERVÉE EN ORIENT PENDANT L'HIVER 1855-56; par le docteur DOUMIC, médecin sanitaire sur les paquebots de la Méditerranée.

L'auteur de ce travail, chargé du service sanitaire des transports des évacués de Crimée sur Constantinople, a eu à observer de nombreux cas de typhus développés à son bord pendant ces voyages.

Ses observations l'ont conduit à admettre d'abord la contagion directe, puis à cette remarque digne d'attention que, chez les malades embarqués en Crimée et en partie épuisés par les fatigues et les privations, l'infection était du genre typhique et scorbutique à la fois, tandis que, quand la contagion atteignait l'équipage, composé d'hommes bien nourris et bien portants auparavant, la forme observée était celle d'une fièvre typhoïde classique à type congestif ou inflammatoire, dans laquelle prédominaient les accidents cérébraux aigus.

Cependant la description donnée par l'auteur constate que c'était dans le premier septénaire que succombaient ceux qui devaient succomber, caractère qui appartient, comme on sait, plutôt à l'état typhique qu'à l'état typhoïde; mais d'autre part la longueur de la convalescence servait de trait d'union avec la fièvre typhoïde légitime.

Il y a dans ce travail un sujet d'étude et de rapprochements à faire pour les pathologistes.

DES ÉPANCHEMENTS DANS LA TUNIQUE VAGINALE MÉTASTATIQUE; DES INFLAMMATIONS DE L'ARRIÈRE-BOUCHE; par M. A. VERNEUIL.

OBS. I. — Un enfant de 12 ans fut atteint d'amygdalite, sans symptômes généraux ni locaux graves. En allant à la selle, il s'aperçut par hasard que le scrotum présentait un volume et une pesanteur insolites; le côté droit était tendu, gonflé, tout à fait indolent au toucher. Aucune douleur spontanée n'avait éveillé l'attention du petit malade.

Pendant vingt-quatre heures, la tumeur s'accrut encore; mais au bout de ce temps, l'angine, qui durait depuis trois jours, entra en résolution, et le gonflement du scrotum en fit autant.

Trois ou quatre jours après, tout était rentré dans l'état normal.

Plusieurs angines survinrent encore dans les années suivantes, et chaque fois l'enfant examinait scrupuleusement la région inférieure; mais rien ne s'y montra depuis.

A l'époque de la puberté, les parties génitales se développèrent; mais le testicule droit, tout en s'accroissant, resta encore inférieur d'un tiers au moins en volume au testicule gauche, qui conserva toujours, depuis, son excédant de dimension.

Vers l'âge de 24 ans, le jeune homme contracta une orchite blennorrhagique intense qui porta précisément sur le testicule droit.

La glande séminale, du côté où l'épanchement a eu lieu il y a vingt ans environ, est restée molle et peu développée; l'épididyme a conservé, depuis l'orebite, un noyau d'induration.

OBS. II. — Le 20 mai 1857 est entré, à l'hôpital des Enfants, un garçon de 10 ans. Il s'était présenté la veille avec une tuméfaction considérable siégeant dans le côté droit du scrotum, qui fut reconnu pour une hydrocèle à sa fluctuation, à sa transparence, etc. Cette tumeur s'est développée spontanément deux ou trois jours auparavant, et sans cause appréciable. Jamais il n'avait rien constaté de ce côté; aucune violence extérieure ne peut être invoquée.

Le 21, l'épanchement a notablement diminué sous l'influence seule du repos dans la position horizontale. Dix jours auparavant, l'enfant avait été affecté d'un mal de gorge assez intense, avec gêne de la déglutition, altération de la voix.

Six à sept jours après le début de cette maladie, le gonflement des bourses s'est montré, et les phénomènes ont disparu du côté de l'arrière-bouche. Il y a encore une rougeur vive de la luette, des piliers du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx; les amygdales ont la même coloration, mais elles sont médiocrement développées. A peine s'il existe une cuillerée de liquide dans la vaginale; les téguments du scrotum sont flasques, et l'on reconnaît les deux testicules indolents avec le volume qu'ils doivent avoir à cet âge.

Le 22, tout a disparu.

Bien que l'auteur ne rapporte que ces deux faits, il est néanmoins porté à croire que les épanchements séreux de la tunique vaginale, à la suite d'angine, ne sont pas rares. Du reste, il cite surtout ces deux observations pour appeler sur ce sujet l'attention des praticiens.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

ÉTUDE DES CORPUSCULES EN SUSPENSION DANS L'ATMOSPHÈRE; par M. POUCHET.

La poussière n'étant formée que par le dépôt des corpuscules que charrie l'atmosphère, il est évident que son étude attentive n'est que l'analyse microscopique de l'air.

Les granules d'origine minérale qu'elle contient présentent peu de variété. Ils proviennent essentiellement du détritus des roches qui se trouvent à découvert dans la contrée dont on observe la poussière.

Les débris provenant du règne animal que j'ai eu occasion d'observer dans la poussière, sont principalement les suivants: divers petits animaux desséchés et infiniment petits, tels que des helminthes appartenant au genre oxyure, et des vibrions de plusieurs espèces; j'y ai souvent trouvé des squelettes d'infusoires siliceux, surtout des navicules, des bacillaires et des distomes; des fragments d'antennes de coléoptères; des écailles d'ailes de

papillons diurnes et nocturnes; des poils de laine de diverses couleurs, provenant de nos vêtements, souvent teints en beau bleu, en rouge vif ou en vert; des poils de lapin, de chauves-souris; des barbules de plumes; des fragments de tarses d'insectes; des cellules épithéliales; des fragments de peau d'insectes divers; des filaments de toile d'araignée. Deux fois seulement, dans plus de mille observations, j'y ai reconnu un de ces gros œufs d'infusoire, du diamètre de 0,0150 de millimètre, que les naturalistes désignent sous le nom de kystes.

Les corpuscules de poussière qui appartiennent au règne végétal, et que j'ai observés, sont les suivants: des fragments de tissu de diverses plantes; des fibres ligneuses en petit nombre; plus souvent des fragments de cellules et des vaisseaux; fréquemment des poils d'ortie et de végétaux appartenant à des espèces variées; des fragments d'aigrettes de synanthérées; beaucoup de filaments de coton, ordinairement blancs et quelquefois teints de diverses couleurs, provenant de nos vêtements; quelques fragments d'anthères et des grains de pollen de malvacée, d'épilobium et de pin; des spores de cryptogames, mais en fort petit nombre. Enfin, j'ai constamment rencontré, presque partout où mes observations se sont étendues, une très-notable quantité de *fécule de blé* mêlée à la poussière, soit récente, soit ancienne; puis, dans des cas rares, on y découvre de la fécule d'orge, de seigle et de pomme de terre.

Il est donc évident que l'atmosphère tient en suspension une certaine quantité de fécule de blé mêlée à ses corpuscules de poussière. Cette fécule se retrouve dans tous les lieux où l'on emploie de la farine de blé pour l'alimentation, et elle y est facile à distinguer par ses caractères physiques et chimiques. Ses grains sont tantôt ovoïdes et tantôt sphériques; leur diamètre varie généralement de 0,0140 à 0,0280 de millimètre. Outre ceux-ci, on en rencontre une foule de petits grains naissants, extrêmement petits, ayant souvent moins de 0,0028 de millimètre. Les gros grains sont très-rares, les moyens beaucoup plus communs, et les très-petits extrêmement abondants. Dans les gros on distingue parfois assez bien les couches concentriques et le hile. Mais, à cause sans doute de leur pesanteur, ces gros grains sont fort rares, même dans les monuments où les autres abondent. Il est assez curieux de signaler que cette fécule, malgré son existence parfois séculaire, possède encore presque tous les caractères physiques et chimiques de la fécule récente. Celle qui est fort ancienne présente seulement une teinte d'un jaune léger. Par l'ébullition dans l'eau elle se gonfle et se dissout. L'acide hydrochlorique très-étendu n'a aucune action sur elle; l'iode la colore en bleu avec plus ou moins d'intensité; et bientôt sa couleur disparaît sous l'influence de la lumière. Un fait qui m'a frappé, c'est que parmi la fécule que j'ai observée dans la poussière ancienne datant de plusieurs siècles, *de temps à autre j'ai rencontré des grains qui s'étaient spontanément colorés en un beau violet clair*. Était-ce dû à l'influence du temps ou au voisinage de la mer, ou enfin aux traces de vapeurs d'iode que contient l'air, suivant M. Chatin? Afin qu'il ne puisse y avoir de doute concernant l'identité de cette fécule aérienne avec la fécule ordinaire, j'ajouterai aussi que, comme celle-ci, elle polarise la lumière. Seulement, quand elle provient d'un dépôt fort ancien, elle ne la polarise pas avec autant d'intensité que le fait la fécule récente.

Il est évident que c'est cette fécule, parfaitement caractérisée physiquement et chimiquement, que M. de Quatrefages a prise pour des œufs de microzoaires. C'est de ses plus fins grains qu'il est question lorqu'il dit qu'il reconnut aisément dans de la poussière « plusieurs de ces petits corps » sphériques ou ovoïdes que connaissent bien tous les micrographes et qui » font naître involontairement l'idée d'un œuf d'une extrême petitesse. » Cette image est exacte, mais la moindre épreuve chimique dissipe immédiatement l'illusion, et prouve que ces granules ne peuvent être ou que des grains excessivement fins de fécule, ou que des grains de silice tels que j'en ai fréquemment observé, et qui ont une telle ténuité, qu'ils s'offrent dans le champ du microscope sous l'aspect de granules sphériques transparents.

Quelle que soit l'ancienneté des corpuscules atmosphériques, on retrouve parmi eux de la fécule encore reconnaissable. J'en ai découvert dans les plus inaccessibles réduits de nos vieilles églises gothiques, mêlée à leur poussière noircie par six à huit siècles d'existence; j'en ai même rencontré dans les palais et les hypogées de la Thébaïde, où elle datait peut-être de l'époque des Pharaons!

On peut poser en thèse générale que, dans tous les pays où le blé forme la base de l'alimentation, sa fécule pénètre partout avec la poussière et se rencontre dans celle-ci en quantité plus ou moins notable. On en découvre d'autant plus, que l'on explore des lieux plus rapprochés du centre des villes et situés plus bas. Au contraire, la fécule est de moins en moins abondante, et ses grains deviennent de plus en plus fins à mesure que l'on s'éloigne des grands centres de population et que l'on explore des monuments plus isolés. Je n'en ai pu rencontrer ni dans le temple de Jupiter Sérapis, situé sur les rivages du golfe de Baies, ni dans celui de Vénus Athor, placé sur les confins de la Nubie. Cependant j'en ai recueilli dans quelques spéos ou temples souterrains de la haute Égypte.

J'en ai même découvert à *l'intérieur* de la caisse du tympan d'une tête de chien momifiée que j'avais recueillie dans un temple souterrain de la haute Égypte. M. Ch. Robin, qui a fait des observations analogues aux miennes, a découvert de la fécule à la surface de la peau de l'homme, où on l'obtient, soit sur les cadavres, soit sur les personnes vivantes, en la raclant légèrement avec un instrument tranchant.

Toutes ces observations, s'il en était besoin, pourraient être appuyées de preuves biologiques. En attendant que nous le prouvions expérimentalement nous pouvons dire que l'air est si peu le véhicule des œufs, et que la poussière en est si peu le réceptacle, que, lorsqu'on soumet cette dernière à une température élevée, elle n'en est pas moins féconde en animalcules que celle qui n'a point été chauffée; ce qui n'aurait pas lieu si l'hypothèse de la dissémination aérienne était fondée.

Le mémoire est terminé par des observations particulières sur les poussières recueillies dans les localités suivantes: Laboratoire du Muséum d'histoire naturelle de Rouen. — Tour de Georges d'Amboise à Rouen. — Intérieur de l'abbaye de Fécamp. — Ruines de Thèbes. — Tombeau de Ramses II. — Chambre sépulcrale de la grande pyramide. — Temple de Vénus Athor à Philé. — Temple de Sérapis à Pouzzoles. — Tête de chien momifiée des souterrains de Beni-Hassan. — Cabinet d'un antiquaire juif au Caire.

Recherches sur l'absorption et l'assimilation des huiles grasses émulsionnées et sur l'action dynamique des sels gras a base de mercure; par M. Jeannel.

(Commissaires: MM. Andral, Rayer, Bussy.)

Ayant résolu, dit l'auteur, d'étudier l'action de quelques oxydes métalliques en combinaison avec les acides gras et dissous dans les huiles grasses, j'ai songé à injecter dans l'intestin grêle ces dissolutions huileuses, préalablement émulsionnées dans l'eau distillée au moyen de très-petites doses de carbonate alcalin ou de savon. J'espérais en assurer ainsi l'absorption directe par la digestion intestinale, en évitant la ligature de l'œsophage et les complications qui en sont les conséquences.

Les expériences que j'ai entreprises sur ce sujet, et que je fais connaître dans le présent mémoire, m'ont fait reconnaître que l'huile grasse ainsi émulsionnée est rapidement absorbée quand, au moyen de l'éventration, opération qui ne compromet point la vie du chien, on l'injecte dans le péritoine, et l'émulsion est remplacée par un liquide albumino-fibreux; enfin l'huile grasse émulsionnée ne produit pas chez le chien de phénomènes pathologiques lorsqu'elle est injectée dans la jugulaire, même à la dose de 20 grammes dans 300 grammes d'eau distillée avec quelques décigrammes de savon ou de carbonate de soude; l'huile est parfaitement bien tolérée ou assimilée.

Pour la seconde partie de mon travail, c'est-à-dire dans les expériences qui avaient pour but de constater l'action des sels gras à base de mercure sur l'économie animale, les résultats auxquels je suis arrivé peuvent se résumer dans les propositions suivantes:

1° L'oléostéarate de mercure ne cause aucune irritation sur le derme dénudé; il n'y est pas absorbé en proportions notables;

2° L'oléostéarate de mercure introduit dans le tissu cellulaire ou appliqué sur les plaies ne produit aucune irritation;

3° L'action primitive de l'oléostéarate de mercure est essentiellement vomitive et purgative;

4° Les chiens de forte taille n'éprouvent qu'une action vomi-purgative à la suite de l'injection dans l'intestin grêle d'une dose de 3 grammes de ce sel, représentant 6 décigrammes d'oxyde de mercure;

5° Une dose de 5 à 6 décigrammes représentant 10 à 12 centigrammes d'oxyde de mercure ne cause aucune irritation, aucun symptôme appréciable chez les chiens de très-petite taille;

6° Une dose de 2 à 5 grammes chez les chiens de taille médiocre détermine, outre des effets vomitifs et purgatifs d'une extrême violence, des symptômes qu'on peut considérer comme ceux de l'intoxication mercurielle aiguë;

7° L'injection des sels gras à base de mercure dans la jugulaire prouve que le mercure, indépendamment de toute irritation résultant de l'application locale, exerce avant tout une action éméto-cathartique très-énergique, accompagnée de l'hémorrhagie de toute la surface du gros intestin;

8° La mort est précédée d'un affaiblissement ou d'un commencement de paralysie des membres postérieurs;

9° L'élimination immédiate du mercure injecté dans les vaisseaux à l'état de sel gras se fait probablement par la salive et certainement par les liquides gastriques;

10° Sous la forme de sel gras émulsionné, il est possible d'introduire dans le système vasculaire sanguin, sans produire immédiatement la mort, une quantité de mercure six à huit fois plus forte que sous la forme de sel soluble dans l'eau;

11° Les sels gras à base de mercure, administrés chez l'homme à doses assez élevées pour déterminer rapidement le gonflement des gencives ou pour produire les effets spécifiques de mercuriaux, dans le traitement de la syphilis, ne provoquent que des phénomènes locaux à peine appréciables.

— M. Gaillard envoie une observation d'un cas de prolapsus complet de l'utérus traité et guéri par la méthode éphestoraphique.

Cette pièce est destinée au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

(Réservé pour la future commission.)

— M. le Ministre de l'instruction publique transmet, en date du 9 courant, une ampliation d'un décret impérial qui approuve l'acte passé les 6 et 31 janvier dernier concernant le legs Barbier.

— M. Flourens donne communication d'une lettre de M. Martius, secré-

taire perpétuel de la classe des sciences physiques et mathématiques de l'Académie de Munich, qui, à l'occasion de la fête séculaire que doit célébrer cette Académie les 28, 29 et 30 de ce mois, émet le vœu qu'une réunion nombreuse de membres de l'Institut puisse assister à cette solennité. « Leur présence, dit M. Martius, sera non-seulement agréable à leurs confrères de Munich, mais aussi au roi, qui en connaît plusieurs personnellement, et qui, comme vous le savez d'ailleurs, aime les sciences et honore les savants. »

Il serait à désirer, ajoute M. Flourens, que MM. les membres qui seraient disposés à faire ce voyage voulussent bien le faire connaître quelques jours d'avance à M. le baron de Wendland, ambassadeur bavarois à Paris.

ACTION DE LA SANTONINE SUR LA VUE; note de M. T.-L. PHIPSON.

Au commencement du mois de février, j'ai pris une dose de 5 grains de santonine à deux heures quinze minutes de l'après midi. Entre cinq et six heures, ses effets se sont fait sentir : j'ai cru voir une teinte verdâtre très-pâle sur des rideaux blancs; mais je l'ai attribuée d'abord à l'imagination. A six heures, la flamme du gaz, des chandelles, le feu et tous les objets blancs fortement éclairés avaient une teinte jaune verdâtre très-intense. Les autres objets conservaient leurs couleurs ordinaires. Ces effets continuèrent sans intermittence pendant toute la soirée, et commencèrent à s'affaiblir seulement vers les dix heures trente minutes. Cependant ils furent encore appréciables, quoique très-faibles, à minuit et jusqu'à deux heures de la nuit, lorsque je me suis couché. Le lendemain, tout effet avait disparu.

On a essayé d'expliquer ce phénomène remarquable de la coloration de la vue. Les uns ont dit qu'il se produit un ictère passager, pendant lequel le sérum du sang serait coloré en jaune. Ce sang coloré, circulant dans les vaisseaux de l'œil, ferait voir les objets en jaune verdâtre, en orangé, en vert ou même en rouge, selon les circonstances. M. de Martini semble croire, au contraire, que la santonine a une action particulière sur la rétine même.

Je suis porté à penser que le sérum du sang est réellement coloré par l'assimilation de la santonine, et je me base sur deux observations. J'ai constaté que la santonine se transforme sous l'influence des oxydants en une nouvelle substance jaune verdâtre, brillante et cristallisée, que j'appelle santonéine; et cette substance se trouve dans l'urine des personnes qui font usage de la santonine. Ainsi, lorsqu'on traite la santonine par l'acide azotique concentré et bouillant, elle décompose l'acide en s'oxydant et en donnant lieu à la santonéine. Celle-ci, insoluble dans l'eau, se dissout dans l'alcool, d'où elle cristallise; elle se combine aussi avec les alcalis, qui semblent embellir sa teinte. De plus, M. Luntzweert, d'Ostende, a observé autrefois que la santonine jaunit sous l'influence prolongée des rayons solaires, ainsi que je l'ai constaté moi-même depuis, de sorte que la santonéine semble avoir grande tendance à se former.

D'après ces faits, il me paraît évident que la santonine est oxydée dans le corps par l'oxygène de la respiration et passe à l'état de santonéine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après quelques observations de M. Depaul.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements des Hautes-Alpes, de la Creuse et de la Charente inférieure. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. le docteur Aguilhon, qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° Une observation de pustule maligne sur la face dorsale du gros orteil gauche; par le docteur Lefèvre (de Saint-Erme). (Commissaires, MM. Nélaton et Delafond.)

3° Un mémoire sur les propriétés fébrifuges et antipériodiques de la racine de groseillier; par le docteur Lacroix (de Lisieux). (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

4° Un travail intitulé : SUPPLÉMENT AU MÉMOIRE SUR LA NUTRITION DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS AVEC LE LAIT DE VACHE MODIFIÉ SUIVANT UN PROCÉDÉ PARTICULIER; par M. le docteur Herschell. (Commissaires, MM. Chevallier, Bouvier, Blache.)

M. CLOQUET dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Bertulus, une brochure relative à l'action de la chaleur, du froid et de l'humidité sur l'organisme.

ÉLECTION.

L'Académie procède à la nomination, par la voie du scrutin, d'un membre correspondant.

Les candidats proposés sont dans l'ordre suivant :

MM. Martin,
Fonssagrives,
Lecadre.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 65, les suffrages sont ainsi répartis :

M. Martin obtient. . . . . . 56 voix.
Lecadre. 5
Fonssagrives. 3
Benoît (de Montpellier) . . 1

En conséquence M. Martin, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de l'Académie.

EXPÉRIENCES SUR LE TRAITEMENT DU CANCER.

La parole est donnée à M. Velpeau, qui expose en ces termes le *compte rendu des expériences instituées par M. Vriès dans les salles de MM. Manec et Velpeau, à l'hôpital de la Charité :*

M. VELPEAU : Vous avez tous entendu parler d'un prétendu médecin noir, qui, possesseur d'un antidote du cancer, aurait déjà guéri bon nombre de malades, un, entre autres, qui a servi au plus étrange retentissement.

Comme mon nom s'est trouvé mêlé à cette histoire, j'ai été questionné, harcelé de tous côtés et de toutes façons par une infinité de personnes.

Il n'y avait rien de vraisemblable dans ce qui m'était raconté à ce sujet, et je n'ai jamais cru à la spécificité du prétendu quinquina du cancer; mais l'émotion était si générale au sein des familles et même parmi les médecins, que j'ai pensé être utile à tout le monde en mettant l'empirique en demeure de donner la preuve de ses assertions.

Même en admettant la bonne foi partout, les cures invoquées pouvaient être inexactes, exceptionnelles ou passagères, ou bien encore ressortir d'erreur de diagnostic. Il était possible, d'un autre côté, que les remèdes employés n'eussent rien de spécial et que l'inconnu en fît tout le prestige.

Eviter ce double écueil m'a paru facile. A un certain degré et sous de certaines formes, les cancers sont aujourd'hui d'un diagnostic aussi simple que celui de la phthisie au troisième degré; leur incurabilité, hors des opérations, par les ressources usuelles de la thérapeutique, n'est pas contestable non plus.

En conséquence, une douzaine de cancers dûment constatés ont été offerts par moi à M. Vriès, qui s'est engagé à les guérir sans opération, au moyen de son antidote.

M. Manec, mon collègue à la Charité, à qui j'en ai parlé, s'est associé à mes vues, en laissant mettre aussi plusieurs cancéreux de ses salles en expérimentation; de sorte que c'est sous nos yeux à tous deux, au grand jour, en présence d'un grand nombre de médecins, de praticiens de tout âge et d'élèves, que le traitement nouveau a été poursuivi.

Toutes les précautions ont d'ailleurs été prises pour que le résultat en fût concluant. Une fois le diagnostic posé et les malades acceptés, nous avons laissé M. Vriès maître des prescriptions. Ordre a été donné aux sœurs, aux gens de service, et même aux élèves, de faire ce qu'il dirait, et sans le troubler en quoi que ce fût. J'ai eu soin, en outre (et il y avait lieu), d'insister à plusieurs reprises, en plein amphithéâtre, pour que chacun *gardât son sérieux en présence de ce qui allait se passer,* pour que toute apparence de moquerie fût mise de côté dans les salles.

Les expériences ont été commencées le 27 janvier, et suivies sans interruption jusqu'à ce jour. En voici le bulletin et les observations détaillées, signées par M. Manec, par M. Vriès et par moi, dès le début. Nous verrons tout à l'heure où en sont les pauvres malades actuellement.

(Ici M. Velpeau dépose sur le bureau le registre des observations qui a été soustrait, nous ne savons par qui, du secrétariat de l'Académie.) Ainsi, continue M. Velpeau, après avoir fait ce dépôt, rien, absolument rien n'est venu justifier les annonces de M. Vriès. Le cancer n'est guéri chez aucun de nos malades; la femme du n° 12 est morte au bout de dix jours; chez tous les autres, le mal a suivi sa marche habituelle. Les souffrances ont été tantôt plus, tantôt moins vives. Ainsi qu'il arrive souvent, des plaques ou des pelotons fongueux se sont parfois détachés des masses principales; mais les tumeurs n'ont jamais cessé de s'accroître et de se multiplier. En somme, après deux mois de traitement, tous ces pauvres cancéreux étaient exactement dans le même état que s'ils n'avaient point été traités du tout.

Il est juste d'ajouter que M. Vriès a demandé, dès le principe, plusieurs mois, et que, depuis, il a dit qu'il lui fallait quatre ou six mois avant de renoncer à ses convictions. De plus, il n'accepte qu'avec réserve les malades des numéros 23, 24, 25 et 26, de même que j'ai, de mon côté, fait quelques réserves pour les numéros 28, 30 et 32. Il est vrai encore que nous étions convenus de ne rien dire de l'expérimentation avant de l'avoir conduite jusqu'au bout. Mais, d'une part, en faisant connaître aujourd'hui l'état de la question, nous pouvons laisser M. Vriès libre de continuer ses expériences dans nos salles, et, d'autre part, M. Vriès ou ses amis ont si vite fait usage dans la presse extramédicale de ce qui se passait à l'hôpital, au détriment de la vérité, que je suis depuis longtemps délié de tout engagement avec eux.

D'ailleurs, à quoi bon temporiser davantage? Pour M. Manec comme pour moi, la question est jugée. Nous savons depuis longtemps que M. Vriès se trompe ou en impose quand il dit avoir trouvé l'antidote du cancer. Ce matin même, 27 mars, en présence de M. Davenne, directeur de l'assistance pu-

blique; de M. Roger, directeur de l'hôpital; des élèves internes et d'un grand nombre de médecins du dehors, nous lui avons communiqué, M. Manec et moi, l'état des malades; il a constaté l'exactitude des faits; il avoue que tout, dans les bulletins du registre que voici, est conforme à la vérité; puis, sans en donner de raison, il a refusé de signer ce dernier procès-verbal, quoiqu'il ait signé le premier sans difficulté. Comme il persiste à soutenir qu'il guérira nos malades si on lui accorde les six mois indiqués, je lui ai adressé la question suivante:

« Si au bout de six mois les malades ne sont pas guéris, conviendrez-vous au moins que vous vous êtes trompé, et que vous ne possédez pas le spécifique du cancer?

» Non, a-t il répondu, si pas guérir le cancer à l'hôpital, moi guérir les cancers à la ville. »

Il est clair dès lors que, dans six mois, nous ne serons pas plus avancés que maintenant, et que cet homme veut simplement gagner du temps au profit de son exploitation. Or c'est là une comédie ou une mystification à laquelle notre dignité d'homme et de médecin ne nous permet pas de nous prêter plus longtemps.

Nous devons, en conséquence, proclamer aujourd'hui la vérité devant vous, à savoir que:

1° L'antidote du cancer n'est pas encore trouvé, et qu'il n'y a malheureusement pas d'illusion possible à ce sujet;

2° M. Vriès n'a guéri aucun des cancers traités par lui sous nos yeux;

3° Tous les cancéreux de nos salles vont de plus mal en plus mal, à tel point que plusieurs d'entre eux ne tarderont pas à succomber;

4° M. Vriès n'a jamais guéri un seul cancer.

Les remèdes employés par M. Vriès, *insignifiants* et sans *action* sur l'économie, sont des substances presque *inertes qui se trouvent partout*, dans toutes les pharmacies. Ils ne viennent pas des régions tropicales et ne doivent rien à la végétation des Indes. Les analyses qui en ont été faites par MM. *Mialhe*, *Robin*, *Ossian-Henry* et *Regnault* le prouvent sans réplique.

Un mot d'explication maintenant sur mon intervention dans cette affaire, *bien plus digne, j'ai honte de le dire, des appréciations* de M. Baillarger, *des verges du ridicule ou de la police, que d'un examen scientifique sérieux.*

Si j'avais su que des expériences semblables aux miennes eussent été tentées avec un résultat négatif par le même individu à l'hôpital des cancéreux de Londres, qu'il en avait été de même dans le service de M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis; si j'avais connu les élucubrations mystiques de M. Vriès sur le fameux temple de marbre des Champs-Élysées, je n'aurais certes pas pris la peine d'examiner les prétentions et les affirmations d'une intelligence de cette trempe. Mais, privé de ces renseignements, et croyant en partie à la bonne foi des personnages, j'ai eu la faiblesse de les écouter, et de leur entr'ouvrir une porte honorable.

On voit, du reste, par ma lettre au MONITEUR DES HÔPITAUX du 1er mars, que j'ai pris mes précautions, et que toutes mes réserves à ce sujet n'étaient que trop nécessaires.

Je ne croyais pas à la valeur du remède au commencement:

1° Parce qu'on ne citait qu'un fait un peu sérieux, et qu'un fait ne suffit point en pareille matière; la science en possède de semblables, sans qu'il ait été possible d'en tirer parti dans la pratique. D'ailleurs, en l'admettant comme positif, ce fait s'explique naturellement, en dehors de toute médication spéciale;

2° Parce qu'il n'est pas vraisemblable qu'une lésion aussi matérielle, aussi réfractaire que les cancers, se laisse éteindre par une matière végétale donnée à l'intérieur, et qui ne produit aucun effet appréciable;

3° Parce que le prétendu remède trouvé chez les sauvages était une plante qu'on appliquait en topique à nu sur le mal, tandis qu'ici, il ne s'agit que de pilules avalées par les malades;

4° Parce qu'un antidote du cancer, maladie très-spéciale, ne peut l'être en même temps de la phthisie et de l'éléphantiasis, etc.;

6° Parce qu'enfin ce que j'entendais et ce que je voyais était trop contraire à l'ordre de la logique des choses.

J'ai consenti à essayer cependant parce que:

1° Ne pas croire n'implique pas la négation absolue du fait; puis je serais personnellement si heureux d'une semblable découverte, qu'à ceux qui m'en parlent, je suis toujours disposé à répondre: Voyons!

2° Parce que ne pouvant pas, ne voulant pas surtout discuter la guérison d'un pauvre malade qui lit ou peut lire ce qu'on dit de lui, qu'il serait cruel de désabuser, en cas qu'il y eût erreur, je n'étais pas fâché de constater ce qu'il pourrait y avoir de vrai ou simplement d'apparent au fond de tout ce bruit;

3° Parce qu'enfin ne sachant pas affirmer ou nier ce que je ne sais pas, j'avais besoin de voir par moi-même et de bien voir en dehors de toute supercherie possible, pour répondre en pleine connaissance de cause aux questions qui m'étaient incessamment faites.

Aujourd'hui ma conviction est absolue:

1° Parce que M. Vriès n'a guéri aucun des cancéreux qu'on lui a confiés, soit à Londres, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit à la Charité, soit en ville, et que son traitement n'a jamais entravé en quoi que ce soit la marche de la maladie;

2° Parce que la composition du remède, qui devrait toujours être la même s'il s'agissait d'un spécifique, varie au contraire souvent entre les mains de l'inventeur. Aux Indes, c'était une plante appliquée en cataplasmes sur les tumeurs; en Angleterre, *c'était de l'aloès ou de l'iode; à Paris, c'est une poudre végétale inerte avec du nitre ou de l'alun pour les pilules, et de l'arrow-root et du sucre ou du camphre pour les poudres, etc.;*

3° Parce que M. Vriès n'a aucune idée de ce que c'est qu'un cancer ni de l'examen d'un malade;

4° Parce que ce monsieur ne semble avoir fait aucune étude médicale, à tel point que, pour lui, les malades vont mieux quand ils le lui disent, et que si l'on constate la réalité de ce qu'il avance en pareil cas, il appelle volontiers un homme du monde pour décider le fait, à tel point encore que je l'ai vu dire avec un aplomb, un sang-froid inqualifiables, en présence d'un moribond, d'un cancer à la dernière période: « Ce malade aller mieux, en voie de guérison; vous adopter ma méthode dans six mois. » Et je l'ai entendu appeler aveugles ceux qui lui font alors la moindre observation.

5° Parce que rien de ce qu'il a dit n'est arrivé;

6° Parce que si on lui fait remarquer que les malades qu'il avait promis de guérir sont morts, il se borne à répondre qu'il n'est pas le *bon Dieu*, qu'on ne peut pas empêcher la mort;

7° Parce qu'il n'y a que contradictions dans ce qu'il avance. Pour prouver qu'il a guéri des cancers en ville, son panégyriste (LA VERITE SUR LE DOCTEUR NOIR) cite M. Sax, dont, par un sentiment facile à comprendre, je ne veux pas parler; un monsieur Lévy, mort depuis; un cas d'hydropisie; une malade atteinte d'ulcères aux jambes, et un cas de rhumatisme!

D'un côté, il croit que toute amélioration, avec son traitement, est précédée d'une crise, et il annonce d'un autre côté, dans un journal politique, que tous les malades de la Charité vont mieux; que quelques-uns sont en voie de guérison, quoiqu'il n'y ait eu de crise chez aucun d'eux.

8° Parce que, depuis dix ans qu'il a quitté l'Inde (à son dire), il aurait eu le temps de consommer une cargaison entière de végétaux exotiques et qu'on ne lui en connaît de dépôt nulle part;

9° Parce que les plantes médicinales se dénaturent et ne conservent guère ainsi leur propriété indéfiniment;

10° Parce que plusieurs pharmaciens de Paris, qui ont préparé ses médicaments, n'ont eu recours à aucune substance dite tropicale.

Voilà, messieurs, les divers motifs qui m'ont fait agir, comme vous venez de voir, et sur lesquels je me fonde pour affirmer que M. Vriès n'a point trouvé de spécifique du cancer, n'a jamais guéri de cancers véritables, et n'en guérira jamais avec le traitement qu'il emploie.

Telle est la stricte, la triste vérité, la vérité malheureuse s'il en fut, car l'existence d'un pareil antidote serait le bienfait le plus désirable du monde, et, de quelque couleur qu'il soit, celui qui en dotera la médecine aura droit à la reconnaissance de l'humanité tout entière.

Mon devoir est rempli. Le public va être averti; s'il continue d'être dupe et de se faire exploiter, c'est qu'il le voudra bien; nous n'avons pas à nous en occuper. C'est l'affaire de ceux qui ont mission de veiller à l'application des lois et au respect de la morale comme de la probité générales.

Ceux qui voudront en savoir davantage sur le côté bizarre et bouffon du personnage, n'ont qu'à jeter les yeux sur la brochure de M. Fauvel (LA VRAIE VÉRITÉ SUR LE DOCTEUR NOIR).

M. MICHEL LÉVY: Je propose de renvoyer la communication de M. Velpeau à l'autorité supérieure, qui jugera et fera son devoir. L'Académie ne peut protester assez haut contre un scandale aussi flagrant; je demande qu'elle se prononce catégoriquement par un vote.

M. TRÉBUCHET appuie la motion de M. Lévy, à laquelle l'Académie se rallie manifestement.

M. LE PRÉSIDENT engage MM. Lévy et Tréhuchet à formuler leur proposition.

M. MICHEL LÉVY: Il serait fort difficile d'improviser une rédaction tout à fait appropriée; je propose de renvoyer la rédaction au conseil d'administration; mais je demande que l'Académie se prononce par un vote sur ma proposition de renvoyer la communication de M. Velpeau à l'autorité supérieure.

La proposition de M. Lévy, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Cette décision est accueillie par les applaudissements du public.

M. VELPEAU: Il me reste à demander l'avis de l'Académie sur une autre question qui concerne tout le corps médical. Vous avez vu que je m'étais engagé à laisser ce monsieur continuer ses expériences pendant plusieurs mois. La durée exacte de l'épreuve n'avait pas été fixée d'avance. M. Vriès a fini par demander six mois. Faut-il le laisser aller jusqu'au bout de ce terme pour lui ôter désormais tout prétexte? Je crains, je l'avoue, d'après ce qui s'est passé dimanche, que cela ne soit inutile, M. Vriès nous ayant déclaré que les expériences faites à l'hôpital ne prouvent pas pour la ville.

M. DAVENNE (sollicité par l'Académie à se prononcer sur cette question): M. Velpeau, à l'issue de notre entrevue de dimanche, m'a déjà demandé mon opinion à cet égard. Je lui répondis — et je ne puis que le répéter ici — que je ne me crois pas autorisé à maintenir cette permission à M. Vriès. L'autorité de M. Velpeau a pu seule la lui faire accorder jusqu'ici; aujourd'hui que cette garantie, qui était tout pour moi, et qui l'est sans doute pour l'Académie, n'existe plus, je croirais me rendre complice d'une exploitation scandaleuse en tolérant plus longtemps M. Vriès à la Charité.

L'Académie se rallie, par des acclamations unanimes, à l'opinion de M. Davenne. Cette décision est accueillie dans l'auditoire par de longs applaudissements.

M. LE PRÉSIDENT: L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Hugnier.

M. Depaul a la parole.

DISCUSSION SUR L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN.

M. DEPAUL : J'ai répondu, dans la dernière séance, à la première partie du mémoire de M. Huguier. J'ai à m'occuper maintenant de la deuxième partie, qui est de beaucoup la plus importante, aux yeux de M. Huguier lui-même. Vous vous rappelez qu'il s'agit ici de l'allongement hypertrophique de la portion *sus-vaginale* du col. Je dirai tout de suite que, dans cette partie de son mémoire, M. Huguier est en quelque sorte dominé par trois idées que je ne puis partager, et dont voici l'énoncé succinct :

1° L'allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col a été généralement méconnue et l'est encore tous les jours par la plupart des chirurgiens, qui l'ont presque toujours confondu avec la descente complète de la matrice.

2° Le diagnostic de cette affection n'est possible qu'à l'aide de la sonde utérine.

3° Les traitements usuels sont incapables de la guérir. A cela M. Huguier ajoute des conseils dont je ne conteste pas l'importance, mais qu'il paraît avoir oubliés, comme lorsqu'il s'agissait de l'hypertrophie de la portion *sous-vaginale*, du moment qu'il a eu à les appliquer lui-même.

Après avoir donné lecture des passages dans lesquels M. Huguier énonce les propositions qui viennent d'être résumées, M. Depaul poursuit ainsi :

J'espère pouvoir démontrer par contre :

1° Que la chute complète de l'utérus existe réellement, et qu'elle est beaucoup plus fréquente que ne le croit M. Huguier;

2° Que l'hypertrophie isolée de la portion sus-vaginale du col, telle que l'entend M. Huguier, n'existe pas et qu'on ne la rencontre que dans les cas d'hypertrophie de tout l'utérus;

3° Qu'enfin, l'opération proposée par M. Huguier n'est rien moins que nouvelle. Lisfranc, vous le savez, et je l'ai vu plus d'une fois, l'a faite bien des fois. Dupuytren l'avait faite avant Lisfranc et s'en était montré partisan assez enthousiaste. Enfin, avant Dupuytren, Osiander avait pratiqué la même opération. J'ajoute que, en dépit des succès de M. Huguier, c'est une opération extrêmement difficile et dangereuse, et qu'elle doit être réservée à des cas excessivement rares.

Je dis d'abord que ce que M. Huguier appelle allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une chute plus ou moins complète de l'utérus.

En effet, malgré des variétés individuelles très-nombreuses, la portion sus-vaginale du col a généralement à peine 1 centimètre de hauteur; sa structure ne diffère d'ailleurs en rien de celle du reste de l'organe. *A priori*, est-il probable qu'une altération d'une si petite portion de l'utérus puisse causer tous les désordres qu'a signalés M. Huguier? M. Huguier, d'ailleurs, s'est contenté d'affirmer les faits, mais il n'en a donné nulle part la démonstration. Il nous a montré, à la vérité, des pièces où la sonde pénétrait à 13 ou 14 centimètres dans l'utérus, au lieu de 8 à 9 centimètres; mais sur ces pièces, comme sur toutes celles que j'ai vues ailleurs, l'hypertrophie n'était nullement limitée à la portion sus-vaginale du col; elle affectait également le corps de l'utérus. Or c'est là une lésion qui est parfaitement connue de tout le monde, et je m'étonne que M. Huguier puisse la donner pour une nouveauté.

M. Huguier se trompe également en disant qu'on n'admet généralement que trois degrés de descentes de la matrice, qui seraient à peu près les suivantes :

1° Descente, lorsque le col n'arrive pas jusqu'au périnée;

2° Semi-prolapsus, lorsqu'il est descendu jusque sur le périnée;

3° Chute complète, quand il a franchi la vulve.

Il y a longtemps que l'on reconnaît un certain nombre de degrés intermédiaires. Levret (p. 108, 3e édit. de son TRAITÉ), après avoir distingué la descente incomplète, où le col n'a pas dépassé la vulve, et la descente complète, dans laquelle il apparaît au dehors, ajoute que, dans la dernière espèce, la matrice peut être sortie en partie ou en entier.

Dans un article du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, que M. Huguier doit connaître, puisqu'il y a puisé des matériaux, M. Jourdan admet les phases suivantes :

1° Abaissement : col encore enfermé dans le vagin.

2° Chute : col ayant franchi la vulve.

3° Précipitation : matrice déplacée en totalité hors des organes génitaux externes.

Mais, entre ces trois espèces, il admet beaucoup de genres intermédiaires.

Madame Boivin, qui emploie le mot *prolapsus* comme terme générique, établit ainsi sa division :

1° Abaissement : prolapsus commençant.

2° Descente (semi-prolapsus) : col faisant saillie à la vulve (V. la 9e planche de l'ouvrage de Boivin et Dugès); madame Boivin fait très-bien remarquer que, dans ce degré, l'axe de la matrice a changé de direction.

3° Chute, précipitation, ou prolapsus complet.

Mais madame Boivin, elle aussi, admet des degrés intermédiaires, et elle les a fait représenter dans son atlas.

Ainsi M. Huguier avait tort de dire qu'on ne distingue généralement que trois degrés de la descente de matrice.

Je passe à un autre point : M. Huguier accuse les auteurs qui ne connaissaient la chute de la matrice que comme cliniciens, d'avoir ignoré la pathologie et l'anatomie pathologique de cette espèce de hernie de la matrice. Il aurait pu éviter cette erreur s'il avait un peu mieux étudié les auteurs qu'il a cités lui-même. A propos de la pièce représentée dans la 8e planche de la thèse de concours de M. Cloquet, M. Huguier de s'écrier : « Mais ce n'est pas là une chute complète. » C'est très-vrai; mais M. Cloquet ne la donnait pas pour telle : il insistait au contraire sur l'allongement de l'utérus, sur son ramollissement; il faisait voir que l'allongement portait surtout sur le col, qui avait 4 pouces de long, tandis que le corps était au contraire assez petit. N'est-ce pas exactement ce que M. Huguier a cru décrire pour la première fois?

M. Cruveilhier, lui aussi, avait parfaitement décrit cette affection dans ses ouvrages sur l'anatomie pathologique; il protestait contre les noms très-nombreux dont on avait abusé dans l'histoire de la chute de l'utérus. Pour lui, il s'agissait toujours d'une invagination de la matrice et du vagin, et il décrivait très-bien le mécanisme de ce déplacement; il avait même montré que l'utérus, qui est généralement très-allongé (au point d'avoir acquis 6 à 7 pouces dans un cas), peut avoir conservé sa place normale dans le bassin. En signalant l'augmentation de volume de l'utérus, M. Cruveilhier insistait d'ailleurs sur la forme en gourde que revêt alors la matrice. Toute cette description est extrêmement exacte.

Ce qui me semble encore prouver que la prétendue hypertrophie de la portion sus-vaginale du col est généralement une hypertrophie générale de l'utérus, c'est que M. Huguier n'a ouvert le péritoine dans aucune de ses opérations, accident qui est d'ailleurs arrivé à Dupuytren et à Lisfranc; encore M. Huguier n'a-t-il pu, à mon avis, éviter ce malheur qu'en taillant dans le tissu de l'utérus. J'ai d'ailleurs passé en revue les pièces du musée Dupuytren citées par M. Huguier, et ni moi ni M. Houel n'avons pu y voir ce que M. Huguier croit y avoir trouvé; dans tous les cas, l'utérus est plus ou moins déplacé, soit en haut, soit en bas.

Si M. Huguier affirme qu'il n'existe aucun fait irrécusable de chute complète de la matrice, je lui répondrai que, quand même il en serait ainsi, cela ne prouverait pas que cette affection n'existe pas; mais M. Huguier se trompe : il y en a dans la science plus d'un exemple, et en les rappelant je ferai voir en même temps que le diagnostic de cette affection est souvent extrêmement facile.

Si Moriceau affirme qu'il a senti le *corps* de l'utérus hors de la vulve, M. Huguier récusera-t-il son témoignage? Saviard ne s'est pas trompé davantage, quoi qu'en ait dit M. Huguier, et en outre je ferai remarquer que Saviard a employé la sonde utérine bien avant M. Huguier : la tumeur avait 8 à 10 pouces de long, mais la sonde ne pénétrait qu'à une profondeur de 5 à 6 pouces; il faut bien dès lors admettre que toute la matrice se trouvait dans la tumeur.

M. Huguier n'a pas de peine à convaincre les auteurs d'erreur, en leur faisant dire que la chute complète de l'utérus est fréquente; mais ici encore l'erreur est de son côté, car tout le monde s'accorde à dire que cette chute complète est extrêmement rare. M. Huguier produit, à la vérité, une statistique de soixante-quatre cas dans lesquels cette erreur aurait été commise; mais par qui? par les malades ou par des sages-femmes..... Et d'ailleurs tous ces faits sont relatifs à des cas où le volume de la tumeur ne dépassait pas celui d'une matrice normale.

Or il est bien reconnu par tout le monde que dans les cas de descente, l'utérus est très-souvent hypertrophié primitivement ou consécutivement; cela suffirait pour me faire croire que personne n'a pu admettre dans ces cas une précipitation complète.

Je maintiens, en résumé, qu'il existe des cas de chutes complètes de la matrice, et que M. Huguier qui les nie en a vu comme tout le monde.

Que dirai-je maintenant du mécanisme nouveau par lequel M. Huguier croit expliquer le prolapsus de la matrice? Jusqu'ici, on s'en prenait au poids de l'organe, au relâchement de ses ligaments, aux tiraillements exercés par le vagin, à la constitution des malades, etc. M. Huguier veut, au contraire, que la matrice se déplace *activement*, si je puis dire : c'est l'hypertrophie de la portion sus-vaginale qui chasserait le col et le vagin au dehors. Mais la résistance qu'opposent les moyens de fixité de ces organes est telle, qu'il est impossible de comprendre ce mécanisme. J'ai essayé de produire ce déplacement, et il n'a pas fallu moins que les efforts réunis et très-énergiques de trois personnes pour y réussir.

D'ailleurs, l'extrémité supérieure de l'utérus (son fond) correspond aux viscères du grand bassin, aux intestins, qui n'opposeraient qu'une résistance presque nulle à son déplacement dans ce sens : l'utérus, si l'hypertrophie isolée de la portion sus-vaginale du col existait, devrait donc remonter comme dans la grossesse. Au surplus, M. Huguier, ici encore, s'est contenté d'une assertion, et n'a pas même essayé de la démontrer; il n'y a donc, jusque-là, aucune raison d'admettre son opinion. Je crois plutôt que l'opinion généralement admise depuis Leoret est vraie, que la cause principale de l'abaissement est un état particulier du vagin, que les tissus voisins sont ramollis, allongés, et que l'augmentation de poids de l'organe ne joue qu'un rôle très-accessoire. Je crois même que parfois c'est la partie inférieure du vagin qui est seule relâchée d'abord et qui entraîne la matrice, et souvent aussi la vessie et le rectum. Je ferai enfin remarquer que, une fois le col sorti de la vulve, la constriction exercée par l'anneau vulvaire produit une espèce d'étranglement qui devient cause de l'hypertrophie de la portion prolabée du col : de là la forme en calebasse de la matrice, si bien décrite par M. Cruveilhier. Le mécanisme inventé par M. Huguier est le seul qui me paraisse inadmissible; l'hypertrophie, qu'il représente dans ses planches et qu'il a fait voir sur les pièces, porte généralement sur tout l'utérus, dont le corps est d'ailleurs souvent très-élevé, quoi qu'en dise M. Huguier; et cette hypertro-

phie, comme cause ou comme conséquence de l'abaissement, est un fait très-anciennement connu.

J'arrive aux signes différentiels qui permettraient, suivant M. Huguier, de distinguer l'hypertrophie de la partie sus-vaginale du col de l'abaissement de la matrice. La sonde utérine, à elle seule, lui paraît suffisante dans beaucoup de cas pour faire ce diagnostic. Mais c'est encore une assertion que M. Huguier a oublié de démontrer. Si la sonde pénètre plus profondément qu'à l'état normal, cela prouve seulement que *l'utérus* est hypertrophié, mais nullement que *la partie sus-vaginale du col* l'est plus particulièrement ou exclusivement. Les autres moyens de diagnostic, dont M. Huguier fait si bon marché, sont beaucoup plus utiles, à mon avis, pour distinguer l'abaissement de l'hypertrophie (de l'utérus en général; car, je le répète, la distinction de M. Huguier ne repose sur aucun fait).

Il est d'abord des cas où le volume seul de la tumeur suffit pour démontrer qu'elle contient ou non tout l'utérus. Dans les cas où il n'en est pas ainsi, le toucher rectal suffit presque toujours : si le doigt introduit dans le rectum arrive au-dessus du fond de l'utérus, il est évident que la matrice est descendue, et l'on peut ainsi mesurer parfaitement la longueur de l'organe sans employer la sonde.

M. Depaul fait voir comment cette exploration doit être pratiquée, sur une pièce où il a produit un déplacement artificiel de la matrice.

L'heure étant avancée, la fin du discours de M. Depaul est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

THE DIAGNOSTIC OF SURGICAL CANCER; by JOHN ZACHARIAH LAURENCE, F. R. C. S., M. B. — London, Churchill. — 1858.

« A notre époque particulièrement positive, cette question est souvent soulevée : Quel avantage retire, en fin de compte, l'humanité, de l'étude réitérée de la pathologie d'une affection incurable? En particulier, de combien rapproche-t-elle de la guérison du cancer? Reconnaissons avec regret que nous sommes aussi éloignés encore de la guérison du vrai cancer qu'on pouvait l'être au temps d'Hippocrate. Mais ajoutons cependant que cette étude n'est pas pour cela une simple fantaisie, comme il pourrait sembler au premier coup d'œil. Qu'elle nous conduise, par exemple, à éliminer de la fatale catégorie telle et telle tumeur qui y était jusqu'ici abusivement comprise, l'indication de l'opportunité d'une opération précoce devient alors un enseignement de premier ordre et de la plus haute utilité pour les malades, dont il arrachera un grand nombre à une mort misérable. Cette remarque est surtout applicable à l'épithélioma, dont la bénignité relative annoncée par Lebert, Bennet et Hannover, sera, dans cet ouvrage, l'objet d'une démonstration empruntée à l'histoire clinique de cette maladie. »

C'est ainsi que, dans sa préface, l'auteur anglais expose les motifs qui lui ont fait entreprendre l'étude de la pathologie d'une affection sur laquelle les recherches anatomiques n'ont pas manqué, mais n'ont pourtant conduit à aucune vue nouvelle et profitable en matière de thérapeutique. Tout, en effet, dans cette étude, se traduit en données diagnostiques ou plutôt pronostiques, mais d'un pronostic raisonné et différentiel, dont l'objet final est de décider si l'on peut ou non espérer que l'amputation, l'extirpation, amène le salut du malade. C'est, en effet, tout ce que l'on est aujourd'hui en droit de se proposer d'atteindre avec les éléments que possède la science : la nature intime, l'étiologie physiologique du mal, restant toujours plongées dans les mêmes ténèbres.

Il ne s'agira donc, en dernière analyse, ici, que de la division par catégories des diverses espèces de tumeurs cancéreuses soumises à l'observation par la clinique chirurgicale. Le tableau de ces catégories, avec les caractères de chacune, formera la donnée diagnostique en même temps que pronostique de l'affection.

Quant à cette classification des tumeurs malignes, nous reproduirons ici avec plaisir la remarque judicieuse et la comparaison d'Abernethy : il éprouve, dit-il, autant de peine à adopter une classification des cancers qu'à déterminer l'ordre et le nombre des couleurs primitives du spectre solaire. Comme pour les tumeurs cancéreuses, le passage de l'une à l'autre se fait par nuances insensibles, de sorte qu'on ne peut arrêter la classification de ces couleurs, les teintes intermédiaires demeureraient hors classe.

M. Laurence adopte évidemment cette manière de voir ; clinicien d'abord, il ne cherche pas dans une seule particularité anatomique le caractère fondamental du cancer. Comment est-il funeste? Par ses propriétés générales s'emparant de l'économie tout entière. C'est donc dans la physionomie que lui donnent ces funestes qualités générales que la chirurgie anglaise va sainement chercher les caractères pathognomoniques de la maladie, et qu'elle les trouve au nombre de quatre principaux :

1° L'influence délétère de ces tumeurs sur la santé générale, sans proportion avec toute cause locale apparente ou saisissable.

2° Leur faculté d'extension végétative, amenant la reproduction de semblables tumeurs dans d'autres tissus de l'économie (cette remarque embrasse comme moyen l'infection du système ganglionnaire).

3° Leur réapparition après l'extirpation la plus complète (ceci n'est qu'un caractère *à posteriori*).

4° Le pouvoir qu'elles ont d'envelopper et de métamorphoser toute espèce de tissus sains ou morbides qu'elles rencontrent dans leur marche.

Quelque regret qu'on en puisse éprouver, les caractères anatomiques sont impuissants à fixer le caractère malin d'une tumeur hétéromorphe. Les Anglais le constatent ainsi que nous. Toutes les tumeurs formées d'éléments sans analogues dans l'économie sont aptes à dégénérer ; mais elles le sont inégalement. M. Laurence, tout en démontrant que des tumeurs fibroplastiques et l'épithélioma peuvent exceptionnellement reproduire l'évolution du cancer véritable, établit pourtant que ces dénouements sont rares, pour l'épithélioma surtout.

Néanmoins, l'impossibilité de douter que l'épithélioma lui-même, pour rare que cela soit, puisse se propager et dégénérer, notamment en encéphaloïde, conduit M. Laurence à poser cette règle chirurgicale, d'opérer *dès le début* toute tumeur, de quelque nature qu'elle soit.

L'auteur ne dit rien sur ce qu'il convient de faire quand ces tumeurs sont ulcérées ; mais d'après ses opinions générales, nous devons penser que cette condition, à ses yeux comme à ceux de la chirurgie française, les soustrait à la classe des tumeurs *au début*, et que M. Laurence regarderait comme une opération au moins inutile celle faite quand la constitution générale du sujet est atteinte.

Dans un excellent chapitre consacré au diagnostic, et dans lequel il enseigne à se rendre compte de toutes les circonstances de l'état du sujet, l'auteur porte principalement son attention sur la condition héréditaire généralement admise comme une des causes prédisposantes les moins contestables. L'autorité des chirurgiens les plus célèbres s'unit sur ce point à l'opinion du vulgaire. M. Laurence s'élève, lui, contre ce sentiment, et s'appuie, en dehors des arguments généralement formulés à ce propos, sur un ordre de considérations que nous pourrons appeler nouvelles ; et qu'un esprit sévère qualifiera peut-être, en outre, de spécieuses.

Comparant le cancer à une affection non moins fatale, la phthisie pulmonaire, dont l'attribut héréditaire est un des moins contestés, M. Laurence fait appel aux données de la statistique. On sait que l'état des causes de décès est assez régulièrement tenu en Angleterre, et dans la ville de Londres en particulier. Or il trouve que la mortalité par cancer est, à celle par consomption, dans le rapport de 1 à 7 1/2 environ. Ce rapport tout nu devient alors, pour M. Laurence, un argument à peu près décisif, et annule à ses yeux la valeur d'une cause héréditaire.

« Il est, en effet, de toute probabilité, dit-il, que, quoique beaucoup plus rare à l'origine que la phthisie pulmonaire, le cancer, s'il avait une vertu transmissible, aurait acquis aujourd'hui, par la propagation héréditaire, une influence égale à celle de la phthisie sur la mortalité. »

Tout bien considéré, et quelle que soit la conclusion finale à tirer, on ne peut s'empêcher de voir là un argument très-spécieux ; le pouvoir de transmissibilité héréditaire, s'il existe, est-il nécessairement de même valeur et de même degré dans les diverses maladies? Si oui, peut-on dire qu'il soit doué, dans toutes les affections de cet ordre, des mêmes forces de réaction contre l'influence du croisement des races, par exemple, ou de toute autre cause hostile à sa propagation et salutaire au malade? Aucune de ces questions subsidiaires n'est résolue, ni même posée encore, et elles devraient être tranchées avant qu'on pût laisser passer l'argumentation de M. Laurence.

Le peu de certitude de cette argumentation apparaît d'ailleurs dans les opinions mêmes de l'auteur si on les analyse d'un peu près. Dans son intéressante étude concernant les relations que peuvent présenter entre eux le cancer et la tuberculose, M. Laurence est frappé de la fréquence des cas où les malheureux cancéreux accusent, dans l'histoire de leur mal, la perte de parents enlevés par la tuberculisation pulmonaire ; la question, posée déjà dans la science, se présente alors de rechef à son esprit, et il est frappé de cette possibilité, que le cancer et le tubercule remplissent l'un vis-à-vis de l'autre des rôles de substitu-

tion et de remplacement. La rareté de leur apparition simultanée se trouverait par là expliquée. C'est incontestable, dirons-nous, mais leur origine, si souvent héréditaire pour l'une de ces affections, prendrait alors une consanguinité telle que l'on ne pourrait refuser à l'autre une étiologie également héréditaire avec des manifestations diverses dont la raison serait à chercher.

La valeur diagnostique du microscope devait être examinée par M. Laurence. On trouvera en effet, dans son essai sur le cancer, un très-bon chapitre appuyé sur des planches d'une excellente exécution, et destinées à établir les caractères des cellules cancéreuses et leur distinction d'avec celles du tissu fibro-plastique. En aucun point, d'ailleurs, les conclusions de l'auteur anglais ne diffèrent ici des opinions auxquelles se rattache aujourd'hui la généralité des chirurgiens de notre pays; on peut s'en assurer en lisant les conclusions de cet important chapitre, qui semblent calquées sur celles en lesquelles s'est résumée la célèbre discussion sur ce sujet qui eut lieu en 1854 à l'Académie de médecine. Comme il est toujours bon d'insister sur les jugements précis portant sur points contestés, nous les reproduirons ici.

L'école anglaise, comme les écoles de clinique en France, considère :

1° Que dans le plus grand nombre de cas des tumeurs dites cancéreuses, en clinique, on rencontre la cellule cancéreuse;

2° Mais qu'on la rencontre aussi occasionnellement dans des tumeurs évidemment innocentes;

3° Que *vice versâ* (avec moins de fréquence cependant) des tumeurs anatomiquement bénignes (c'est-à-dire dépourvues de la cellule type) se montrent parfois malignes, ce qui montre que la cellule dite cancéreuse n'est pas la caractéristique absolue du cancer;

4° Que l'induction à tirer de l'emploi du microscope ne peut porter avec vérité sur l'examen de quelques cellules isolées qui viennent à se présenter à l'observation, mais doit être prise dans le caractère général de toutes les cellules ou du moins de leur ensemble;

5° Que par conséquent les résultats de l'observation microscopique ne peuvent prétendre à tenir en échec toutes les autres données, mais seulement à entrer en rang parmi elles.

On voit que cette profession de foi de la chirurgie anglaise concorde parfaitement avec la nôtre propre.

Après une bonne description du cancer dit colloïde, M. Laurence s'occupe de l'épithélioma. D'importantes discussions se sont élevées à son sujet entre l'école micrographique et l'école clinicienne. La première se refusant à voir un cancer dans une tumeur exclusivement formée de cellules épithéliales, et privée le plus souvent de la propriété d'occasionner des dépôts consécutifs. Elle objecte encore l'absence absolue de toute cachexie primitive, et l'origine absolument locale de l'affection.

Les cliniciens répondent à cette argumentation en opposant la tendance marquée de ce genre de tumeur à gagner de proche en proche par l'infiltration; sa tendance à envahir les glandes voisines, à repulluler après l'opération, enfin sa fatalité.

M. Laurence, après cet exposé, ouvre un nouveau point de vue qu'il soumet en toute humilité au jugement des cliniciens. Ne contestant pas la réalité des faits sur lesquels s'appuient les cliniciens, il pense que leur argumentation repose sur une base erronée. Oui, l'épithélioma a une déplorable puissance d'infiltration, mais c'est elle qui donne à tous les autres caractères leur valeur apparente. Eu égard à cette tendance envahissante, il se répand dans les tissus voisins, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il arrive que le couteau sépare nettement les parties frappées des parties saines. A la lèvre, par exemple, l'incision en V, stéréotypée pour ainsi dire, n'atteint jamais les limites du mal; de même à la langue, le chirurgien n'enlève jamais tout ce qu'il devrait enlever. Mais, dit M. Laurence, que l'épithélioma vienne à siéger sur une partie qu'on peut aisément séparer, et trancher assez loin des limites du mal, l'épithélioma ne récidive plus. Aussi n'hésite-t-il pas à conclure que l'épithélioma est une affection exclusivement locale (tout à fait distincte du cancer) et parfaitement curable si elle est entièrement extirpée avant la contamination des glandes lymphatiques de la région.

La curabilité de l'épithélioma, sa nature non cancéreuse, seront-elles évidentes pour tous, comme elles semblent l'être pour M. Laurence. On pourra répondre sans crainte que non; et qu'il y a d'autres éléments inconnus à mettre en lumière encore avant d'avoir à cet égard tranché les doutes. Nous trouvons à ce propos même un fait très-curieux dans une lettre qui termine l'ouvrage de M. Laurence, et qu'il a reçu de M. Hannover, professeur distingué de Copenhague. Après avoir reconnu qu'à son avis l'épithelioma ne récidive qu'après une extirpation incomplète, le chirurgien danois ajoute :

« Mais je sais que l'expérience est tout à fait contraire à cette proposition en Angleterre; cela tient sans doute à ce que l'affection des glandes lymphatiques est, à Copenhague, d'une extrême rareté, tandis qu'elle est, pour ainsi dire, constante en Angleterre. Je vois là une des causes de la malignité de la tumeur épithéliale dans ce pays; mais la cause prochaine de cette différence m'échappe;... mais ce qui est certain, c'est qu'à Copenhague on ne perd pas plus d'un cas sur dix dans les extirpations d'épithéliomas, tandis qu'en Angleterre, on n'en sauve, au contraire, pas plus d'un sur dix. Quant au cancer, en Danemarck comme ailleurs, il est absolument fatal, etc.

En résumé, l'essai de notre confrère d'Outre-Manche avait surtout en vue de donner la physionomie de l'épithélioma, et d'établir son innocuité probable qu'il oppose à la fatalité incontestable qui pèse sur les tumeurs malignes. C'est, en effet, une question de diagnostic du plus haut intérêt à régler, si on s'est mis primitivement d'accord sur la question du fond, celle de la curabilité probable. Cette question résolue, le reste est, en effet, une simple affaire de diagnostic, et cet objet justifie le titre et le but de cet intéressant opuscule qui offrira à ses lecteurs sous un petit volume un tableau assez complet de l'aspect et de la marche des tumeurs malignes ou suspectes. A ce point de vue, ce petit travail ne peut être qu'accueilli avec bienveillance.

F. X.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté en date du 23 mars 1859, sont autorisés à se faire suppléer dans la chaire, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, près de la Faculté de médecine de Paris :

M. Moreau, professeur d'accouchement, par M. Pajot, agrégé;

M. Duméril, professeur de pathologie médicale, par M. Becquerel, agrégé;

M. Adelon, professeur de médecine légale, par M. Tardieu, agrégé;

M. Rostan, professeur de clinique médicale, par M. Guéneau de Mussy, agrégé.

— Par arrêtés en date du 26 mars 1859, M. Legrand, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale dans le service de M. le professeur Piorry, à l'hôpital de la Charité de Paris.

M. Legrand devra entrer en fonctions le 1er avril prochain.

M. Panas, docteur en médecine, est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Panas entrera en fonctions le 1er avril prochain.

— Par arrêté en date du 26 mars 1859, M. le docteur Dauner est nommé chef des travaux anatomiques et professeur suppléant pour l'anatomie et la clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

— Par décret du 16 mars, M. Cornilliac, chirurgien de 2e classe de la marine, à la Martinique, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons qu'à la demande des élèves espagnols qui suivent ses leçons à Paris, M. le professeur Trousseau vient d'être nommé, par S. M. la reine d'Espagne, chevalier de l'ordre de Charles III.

— EFFET DÉSASTREUX DES MALADIES SUR L'ARMÉE ANGLAISE DES INDES. — D'après les calculs de M. Murchison, attaché au service médical du Bengale, l'ignorance ou l'oubli des précautions sanitaires enlèvent annuellement, soit par l'invalidité, soit par la mort, à la Grande-Bretagne, un dixième des troupes qu'elle envoie dans l'Inde. Durant une période de quarante ans (de 1815 à 1855) cent mille soldats sont tombés victimes des maladies du pays; maladies qui ne sont autres que les fièvres paludéennes, endémiques dans ces contrées depuis deux cents ans. Il n'est pas, d'après les relevés exacts qu'a dressés M. Murchison, il n'est pas, en moyenne, de soldat qui ne soit obligé d'entrer, pour le moins, deux fois à l'hôpital dans le cours d'une année.

Quant aux sommes dépensées, le total atteint des proportions fabuleuses : on en aura une idée en apprenant que, en 1855, on fut forcé d'abandonner pour cause d'insalubrité, les bâtiments d'une station au Bengale. Or, il a été reconnu par les autorités administratives de Calcutta, que, depuis leur fondation en 1757, ces bâtiments avaient coûté 17.000 livres (425,000).

M. Murchison fait remarquer avec raison qu'il suffirait, pour atténuer ces pertes, de créer un office médical de Santé, qui eût pour attribution de veiller à la situation des campements, à la construction des hôpitaux temporaires ou permanents, à tous les objets, en un mot, qui ont rapport à la condition sanitaire de l'armée.

— Le docteur Constantin James ouvrira son cours au cercle des Sociétés savantes (quai Malaquais, 3) le mercredi 6 avril, à huit heures du soir, et le continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. Le professeur fera l'histoire des maladies pour lesquelles on se rend aux eaux, indiquant tout spécialement les sources les mieux appropriées à leur traitement. Le cours est public.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL DE L'UTÉRUS : M. DEPAUL. — TRAITEMENT OCCULTE DU CANCER : M. VELPEAU.

La longue quoique savante argumentation de M. Depaul a eu, entre autres inconvénients, celui de faire perdre de vue le véritable sens de la communication de M. Huguier. Qu'importe que d'autres auteurs aient décrit ou non avant ce chirurgien les diverses particularités anatomiques qu'il a signalées; qu'importe qu'on ait remarqué, bien avant M. Huguier, l'allongement du col, du corps, ou l'allongement du tout ensemble; là n'est pas la question. M. Huguier, partant de ces faits, constatés par d'autres avant lui, mais vérifiés et observés par lui avec plus de précision et de détail, en a conclu que là où l'on croyait *généralement* à un prolapsus de l'utérus, il y a *généralement* un simple allongement hypertrophique. Voilà l'idée principale du travail de M. Huguier. C'est une conclusion tirée de faits qui ont pu être observés avant lui, mais c'est une conclusion nouvelle. Cette conclusion est-elle vraie d'abord, est-elle nouvelle ensuite? Voilà la question à examiner. C'était donc une question d'étiologie et de diagnostic. M. Depaul en a fait surtout une question anatomique. Il s'est occupé sans doute de celle-ci d'une manière très-approfondie; mais le point de vue étiologique a été noyé dans un nombre infini de détails, de questions incidentes, parmi lesquelles une seule mérite vraiment de fixer l'attention : nous voulons parler du traitement chirurgical proposé par M. Huguier. M. Depaul a critiqué vivement, et avec autant de force que de raison, une opération quasi de luxe, l'amputation du col pour remédier à une infirmité souvent compatible avec la vie, sinon avec la santé. Or, jusqu'à plus ample informé, les praticiens feront bien de s'abstenir et de chercher ailleurs que dans ce nouveau bienfait du bistouri un remède au prolapsus utérin ou à l'allongement hypertrophique du col.

— Les erreurs, a dit un philosophe, ont, comme les vérités, des conséquences incalculables. En s'élevant, dans le dernier numéro, contre la communication de M. Velpeau, relative aux expériences de la Charité, la GAZETTE MÉDICALE était loin de prévoir toutes les conséquences de cette aventureuse démarche. Pour nous, médecins, elle ne nous a rien révélé que la notoriété et le bon sens de tous ne nous eussent appris. Nous savions à n'en pas douter, aussi bien que M. Velpeau, que le traitement occulte du cancer, auquel il avait fait les honneurs d'une expérimentation sérieuse, n'était qu'une indigne spéculation sur la crédulité publique. Tout cela était clair, et la démonstration baconnienne, instituée par le chirurgien de la Charité, n'était qu'une de ces naïvetés modèles dont la science enrichit parfois ses annales. Il ne fallait pas être grand devin pour prévoir que ce simulacre de vérification favoriserait singulièrement l'entrepreneur de guérison du cancer. C'est, à notre sens, le seul genre d'utilité qui pouvait en résulter. M. Velpeau avait pensé, il est vrai, « mettre ainsi son contradicteur en demeure » de prouver ce qu'il avançait. » Mais, comme le dit le proverbe, on ne s'avise jamais de tout ; et, en effet, l'entreprise de M. Velpeau a eu un résultat tout contraire à celui qu'il en attendait. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire la réfutation adressée par le pseudo-docteur Vriès au JOURNAL DES DÉBATS. Cette pièce qui, si elle émanait de la plume du signataire, ferait honneur aux ressources de son esprit, est parfaitement concluante. Pour qui n'aurait d'autre motif de se résoudre que le manifeste du chirurgien de la Charité, pour les gens du monde surtout, la victoire ne serait pas douteuse. Pas une des allégations de M. Velpeau n'est restée debout. Cela est regrettable à dire : il s'est fait battre par le docteur noir; inutile d'ajouter, bien entendu, qu'il ne s'agit pas de savoir si ce *monsieur* guérit ou ne guérit pas le cancer, ce qui n'est ni mis en question ni en doute, mais si, dans la lutte engagée avec l'éminent chirurgien et le guérisseur batave, toutes les apparences de la raison ne sont pas du côté de l'insulaire. Or c'est la seule chose qu'il puisse désirer. Peu lui importe que nous soyons certains qu'il ne guérit pas ; ce qui lui importe, c'est que les malades croient qu'il les guérit. A cet égard, la réponse du pseudo-docteur basané est concluante. Elle est savante, elle est spirituelle, elle est philanthropique, elle est pleine de sentiments élevés. Certes les inventeurs, naguère persécutés, du mercure, de l'émétique, de l'antimoine, du quinquina, de la vaccine, n'ont pas eu un plus beau rôle. Il n'est pas un lecteur de salon qui ne soit complétement édifié. Notre envie médicale, la jalousie de M. Velpeau en particulier, expliqueront les persécutions qu'on fait endurer à ce pauvre martyr de la routine et de l'intérêt médicastre. Voilà où nous a conduits le manifeste de M. Velpeau. Il n'est pas inutile de relever à cette occasion la double méprise de notre confrère M. Figuier, dans son article de la PRESSE : « Trop de reproches, dit-il, ont pu être jusqu'ici justement adressés aux médecins pour avoir systématiquement repoussé des remèdes salutaires, par la seule raison qu'ils leur étaient inconnus. » Et notre savant confrère de féliciter M. Velpeau d'avoir étudié la méthode nouvelle avant de la proscrire. Était-ce bien le cas? Le chirurgien de la Charité mériterait cet éloge s'il avait étudié une découverte nouvelle pour en favoriser le triomphe : or ce n'est point par là qu'il pèche. Il a pu, comme nous l'avons rappelé dernièrement, appeler dans son service le fameux Louvrier avec son effroyable machine à tout rompre ; il en a fait de même avec le traitement du docteur noir ; mais il y a quelque distance entre cette double fantaisie et une haute protection donnée à des idées ou à des inventions nouvelles. Personne jusqu'ici, que nous sachions, n'a eu à se féliciter du zèle et de l'amour du célèbre chirurgien pour les inventions sérieuses. Ses instincts le servent autrement.

La seconde méprise de M. Figuier nous paraît plus grande encore. Le savant auteur de l'HISTOIRE DES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES paraît penser qu'on repousse les inventions nouvelles parce qu'elles sont inconnues. C'est là une erreur : on les proscrit, parce qu'on les croit mauvaises, et on les croit mauvaises, parce que, comme l'a dit M. Velpeau, on les croit ou dit contraires à l'ordre logique des choses, c'est-à-dire à la logique du temps et des esprits. Les raisons données naguère par Guy Patin ou le parlement pour proscrire l'émétique sont au moins aussi fortes que celles alléguées par M. Velpeau pour proscrire le nouveau traitement du cancer. Comme preuves, nous renverrions M. Figuier à la lettre du guérisseur javanais. Sa logique, en certains points, ne nous paraît pas inférieure à celle du chirurgien de la Charité ; et il a en plus le bénéfice de la proscription, ce qui fait que le raisonnement et les exemples cités par

FEUILLETON.

REVUE ÉTRANGÈRE (ANGLAISE ET AMÉRICAINE).

« Why do our young men go to Paris? »

Pourquoi nos jeunes gradués vont-ils donc à Paris? se demande avec un juste sentiment de nationalité l'éditeur du journal de médecine de New-York; ne trouvent-ils pas *« at home, »* c'est-à-dire dans l'enseignement de leur propre patrie, dans ses grands hôpitaux, dans l'habileté et la science de ses maîtres, toutes les garanties de savoir et d'instruction désirables et propres à les conduire à la hauteur de leur mission? A quel propos traverser les mers, « et dépenser des sommes précieuses » pour terminer une éducation professionnelle, si complète déjà, dans une ville *apparemment* instruite et civilisée, mais dont, en réalité, le mérite a été bien surfait, si l'on porte la moindre attention aux considérations suivantes? Quel est le vrai critérium de l'art médical, son objet, son but? La prolongation de la vie humaine, la diminution des souffrances individuelles! Or comparez la mortalité dans les hôpitaux de cette fière et légère capitale avec les statistiques mortuaires de nos établissements hospitaliers : vous ne trouverez, sur les bords de la Seine, pas moins de 1 décès sur 6 1/2 ; à New-York, au contraire, le chiffre n'en est que de 1 sur 11 1/2. Courez donc à Paris pour arriver à une telle perfection! Croyez-nous, une visite à Paris n'est bonne qu'à un seul point de vue : elle nous apprend que ces grandes lumières scientifiques des capitales du continent ne sont, *après tout*, rien moins que surnaturelles. Ces hommes dont la seule parole est la loi et l'Évangile pour de pauvres Barbares tels que nous ne sont, en définitive, vus de près, que des chefs de *clique* (*sic*) dans leur propre patrie et dénués de toute autorité en dehors de leur petite église. Voyez-les, entre eux, et comment ils accueillent les travaux de leurs rivaux : la négation opposée aux faits, les raisonnements altérés, les assertions reçues avec cet indéfinissable mouvement d'épaules qui traduit si clairement la méfiance en la véracité, la sincérité, la sagacité de l'interlocuteur.... — et, à l'appui, des citations peut-être trop vraies.

Mais nous avons assez tenu la plume pour nos détracteurs, et, sinon toutes, du moins les plus fortes de leurs raisons d'interdire à leur jeunesse le voyage d'Europe, sont comprises dans cette traduction à vol d'oiseau. Que notre confrère d'outre-mer nous permette seulement quelques observations sur son réquisitoire.

Il n'est assurément que sage à lui de montrer à ses jeunes lecteurs les abus, les côtés défectueux ou insuffisants du mode d'instruction qu'ils viennent chercher dans nos capitales, et, en homme de sens, il en a signalé quelques-uns. Nous reconnaîtrions avec lui l'insuffisance de ces visites du matin dans les hôpitaux de nos plus célèbres maîtres, si tout le bénéfice à en retirer devait être dans les quelques paroles recueillies et le coup d'œil jeté dans deux ou trois cas sur une tournée de quarante lits; car il est vrai de dire que, dans certains services, la vogue du professeur attire un assez grand nombre d'au-

M. Figuier pourraient être mieux invoqués à son profit qu'au profit de M. Velpeau. La seule raison prépondérante qui eût pu résoudre la question, l'expérience, n'a pas eu de résultat. Le guérisseur avait demandé et obtenu six mois, on ne lui en a laissé que deux : après deux mois, le maître s'est déclaré édifié, mais l'inventeur a protesté, et c'était son droit. Une fois engagé pour six mois, une fois la faute commise, le maître aurait dû, coûte que coûte, tenir sa parole. Il ne l'a pas tenue : nous ne saurions l'en blâmer, mais il donné un nouveau et puissant prétexte de récrimination contre lui : il a pour ainsi dire annihilé le résultat de l'expérience qu'il avait consentie ou provoquée. C'est ainsi que, d'imprévoyance en imprévoyance, l'habile chirurgien, le savant professeur, l'éminent académicien, est descendu au niveau d'un adversaire qu'il estime très-peu, que nous estimons encore moins, mais qui a eu l'insigne mérite de le battre. Au lieu donc d'avoir servi la science, il a servi ce qui n'est pas elle ; et c'est pourquoi nous persistons à croire, malgré les pompeuses tirades de notre excellent ami M. Figuier, que l'éminent chirurgien de la Charité s'est complétement fourvoyé. Que faire à cela? Il est trop tard de prendre une meilleure route. Le guérisseur batave fera tirer sa lettre à cent mille exemplaires, et contre dix mille médecins incrédules qui n'ont rien à guérir ni rien à donner, il trouvera deux cent mille malades qui garderont leur mal, mais qui donneront leur argent. L'antagoniste du chirurgien de la Charité n'en veut pas davantage.

Au fond de cela, derrière cet incident particulier, il y a, dit-on, un principe, et à sa suite une conséquence générale des plus graves. Que M. Velpeau ait ou non donné la réplique à un industriel, qu'il se soit fait involontairement l'auxiliaire de cette déplorable spéculation, là n'est pas tout le mal, tant s'en faut. Cette fantaisie, cette distraction, cette inconséquence d'un membre éminent de la corporation médicale ne serait que peu de chose par elle-même ; mais elle révèle, dit-on, l'impuissance de notre profession à l'endroit de la répression du charlatanisme, et la stérilité, sinon le danger, de toute tentative individuelle faite dans le but de sauvegarder les intérêts de la science et de l'humanité. A cette situation quel remède? La loi et simplement la loi. Mais la loi a des faiblesses ; elle a des illusions. Si ce n'était cela, il eût été très-facile de prévenir tout ce scandale. Un homme se présente sans diplôme, mais possesseur d'un prétendu spécifique du cancer. Votre titre, monsieur l'inventeur? On dit qu'il n'en a point. Et alors pourquoi ne lui avoir pas interdit la pratique jusqu'à ce que l'expérience eût prononcé? Mais l'expérience n'eût pas dû être faite, comme à la Charité, avec un remède secret. Il eût fallu enjoindre au guérisseur de déclarer son remède, ainsi que cela se pratique pour tous les médicaments de ce genre. Comme nous sommes très-porté à le croire, ce prétendu spécifique n'est autre que du sucre et de l'arrow-root, ou du camphre et du nitrate de potasse, ou moins que cela encore ; on se fût épargné la colossale mystification que vous savez. On eût chargé notre spirituel et savant collègue M. Robinet de l'exécution du pseudo-docteur noir, et tout eût été dit. Ni la profession, ni la société ne sont donc pas aussi complétement désarmées qu'on le dit : nous possédons le remède, il suffirait de savoir et de vouloir l'appliquer. Nous aurons prochainement à nous occuper des moyens.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

DE LA PRODUCTION ARTIFICIELLE DES OS AU MOYEN DE LA TRANSPLANTATION DU PÉRIOSTE ET DES GREFFES OSSEUSES ; par le docteur LÉOPOLD OLLIER. — (Mémoire lu à la Société de biologie.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

DES GREFFES OSSEUSES.

« Un fragment osseux, complétement détaché et replacé aussitôt, peut-il reprendre? Merrem et Klencke disent avoir réussi à le faire reprendre ; mais jamais Heine n'a pu observer ce phénomène d'une manière incontestable ; une fois seulement il resta dans le doute, ne sachant si le fragment détaché avait réellement repris vie, ou si plutôt ce fragment ne s'était pas nécrosé et exfolié d'une manière insensible, l'os qui obstruait l'ouverture étant dans cette hypothèse un os de nouvelle formation. » (Wagner, RESECTION ET EXTIRPATION DES OS. ARCH. GÉN. DE MÉD., 3, 5e série, 1854.)

Ce que Wagner mettait en doute, et que Heine n'avait pu vérifier, nous a été clairement démontré par une série d'expériences dont nous allons rappeler les plus importantes. Nous avons transplanté divers os d'un animal à un autre et nous avons réussi à leur faire reprendre vie dans ces nouvelles conditions. La greffe a été bien réelle puisque l'os transplanté a pu s'accroître selon les lois de son développement normal. Mais nous n'avons encore obtenu ce résultat qu'entre animaux de même espèce. Quand l'animal qui fournissait l'os était d'une autre espèce que celui qui le recevait, la greffe n'était qu'apparente, et au bout d'un certain temps l'os transplanté s'enkystait et subissait diverses altérations que nous rappellerons dans un instant.

L'observation chirurgicale a déjà démontré que des portions d'os détachées pouvaient se recoller et continuer de vivre, pourvu qu'elles fussent entourées par des parties molles dont la continuité avec le reste du corps ne fût pas complétement interrompue. Il y a même quelques faits de recollement après séparation complète d'une ou de plusieurs phalanges, qu'on ne peut guère révoquer en doute, quelque réservé que l'on doive être en pareille matière. Mais, dans ces observations, la soudure de l'os a été favorisée par la présence de la peau et des parties molles qui ont plus de tendance à l'adhésion que le tissu osseux lui-même.

Dans les expérimentations que nous avons tentées, l'os était complétement séparé des parties molles ; il était seulement entouré de son périoste.

Voici la description de nos expériences et les résultats que nous avons obtenus.

TRANSPLANTATION D'UN RADIUS D'UN LAPIN DE 4 A 5 SEMAINES SOUS LA PEAU DE L'AINE D'UN LAPIN DE 6 A 7 MOIS.

EXP. I. — L'opération fut pratiquée le 27 décembre 1858. Le périoste fut

---

diteurs pour rendre à chacun très-difficile l'accès de plus d'nn lit sur cinq ou six. Mais est-ce bien là tout le bénéfice qu'il y a à retirer d'une visite professionnelle à Paris? Où trouver ailleurs une telle agglomération de sources d'instruction de tous les genres, soit officielles, soit privées, sans parler de cette atmosphère d'intelligence dans laquelle on vit? Mais à Paris, les murs eux-mêmes vous parlent et vous instruisent, les élèves les plus attardés ont encore des conversations où il y a des choses neuves et inconnues à ramasser ; le milieu où l'on respire est un milieu où le bon sens et l'exactitude dans les aperçus, non moins que l'élévation des vues, planent toujours et règnent en souverains, même a la porte des cliniques ou des amphithéâtres les plus justement cités pour leur excentricité. Quant à la jalousie, aux rivalités professionnelles, ah ! de grâce, ne nous les réservez pas en propre. Tonnez contre elles ; avec ardeur nous ferons votre écho ; mais veuillez ne pas nous en faire les seuls dépositaires : regardez bien chez vous, vous qui connaissez si bien l'Evangile et sa fameuse parabole, et vous y trouverez malheureusement un équivalent à nos faibles à cet endroit. Quelques lignes plus bas, nous nous permettrons de vous montrer le bout de la poutre qui sort de votre œil. Ceci soit dit sans malice.

Auparavant nous voulons relever une petite erreur de statistique qui, dans le passage que nous vous avons à peu près emprunté plus haut, faisait une fameuse figure dans votre argumentation. Nous voulons parler du chiffre comparatif de la mortalité dans les établissements nosocomiaux de New-York et de Paris : nous avons perdu, dites-vous, 1 malade sur 6 1/2, en 1854, et vous seulement 1 sur 11 1/2, en 1856. Nous ne contesterons rien ; mais, indépendamment de mille autres considérations de détail qu'il serait très-opportun d'apprécier dans cette comparaison numérique, nous voyons que l'année 1854, que vous avez bien voulu choisir, est une année dans laquelle le choléra a particulièrement sévi sur Paris. 1856 n'a pas, à ce que nous croyons, eu la même triste chance à New-York. Voyez comme la statistique, la science des chiffres, peut être sujette à caution. Et ne nous imputez pas, nous vous prions, l'horreur des chiffres, nous sommes un peu mathématicien.

Vous vous êtes donc trop hâté de nous juger aussi rudement, les faits à la main en apparence, et de nous déclarer de si pauvres guérisseurs ; sans vouloir en rien déprécier le remarquable mouvement qui se manifeste dans les sciences, depuis quelques années, dans le Nouveau-Monde, laissez-nous le petit orgueil de croire que notre influence n'y est pas absolument étrangère. L'étude bibliographique de votre beau pays nous y découvre une belle part.

La jalousie professionnelle, cette déplorable plaie du corps médical, n'est point, disions-nous, un attribut particulièrement français, quoiqu'au fond nous devions nous incliner et reconnaître chez nous sa désastreuse pression sur l'opinion publique à notre endroit. En même temps que le NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE esquissait ce petit tableau peu flatteur de nos rivalités professorales, nous trouvions dans l'AMERICAN MEDICAL MONTHLY un long débat soutenu par-devant l'Académie de médecine de New-York. C'est, ma foi, le pendant de la discussion sur le tubage du larynx, pendant pour l'âcreté, pendant pour le sujet. En même temps que M. Bouchut avait à répondre des méfaits de son tube laryngien, un de ses plus célèbres prédécesseurs dans cette

conservé autour de la plus grande étendue du radius. La réunion immédiate fut obtenue, et l'animal sous la peau duquel fut logé le radius parut ne pas s'apercevoir de cette opération. Il y eut à peine un peu de gonflement durant les premiers jours qui suivirent l'opération.

L'animal fut sacrifié le 1er mars 1859, et voici dans quel état nous trouvâmes le radius.

La greffe avait parfaitement réussi ; l'os était uni à la peau par un fascia celluleux qui se confondait plus ou moins avec son périoste et qui le maintenait en place. Il était plus gros et plus long qu'au moment où il avait été transplanté. La précaution que nous avions eue de conserver le radius du côté opposé nous permit de mesurer exactement l'augmentation de volume en tous sens. Le lapin qui avait fourni le radius avait été tué le soir même de l'opération.

Les deux os mis en présence, on voit que l'os transplanté a sensiblement grossi. Si on le dépouille de son périoste et du tissu cellulaire qui l'environne, on reconnait que ce grossissement est dû à la formation des couches extérieures dues à l'action du périoste. Ces couches, ou plutôt cette couche, car l'œil nu ne peut pas la subdiviser, manque en certains points correspondant exactement là où le périoste avait présenté des solutions de continuité. Elle a une teinte plus blanche que l'os ancien et semble formée d'une substance plus compacte.

La partie ancienne de l'os transplanté a à peu près conservé sa couleur naturelle ; sur tous les points elle est sensiblement vasculaire, et d'ailleurs elle se continue évidemment avec la couche de nouvelle formation qui la recouvre. Le canal médullaire n'a pas subi de modification bien notable ; la moelle est un peu moins rouge qu'à l'état normal (mais nous devons faire remarquer que nous ne l'avons examinée qu'après avoir laissé la pièce macérer pendant quelques heures dans l'eau).

L'accroissement en longueur a été d'un peu plus d'un millimètre. Il paraissait d'abord beaucoup plus considérable, mais, après l'avoir dépouillé de tout le tissu cellulaire qui l'entourait, nous avons reconnu que l'accroissement réel n'était point l'accroissement apparent. Cet accroissement nous a paru porter en partie sur la diaphyse, en partie sur l'épiphyse. Ces diverses portions de l'os ne sont pas soudées ensemble ; elles sont toujours séparées par une espèce de cartilage intermédiaire. Les extrémités sont dures et de consistance osseuse. Les cartilages articulaires sont dépolis.

TRANSPLANTATION DU DEUXIÈME MÉTATARSIEN D'UN JEUNE LAPIN DE 4 A 5 SEMAINES, A LA PLACE DU DEUXIÈME MÉTATARSIEN D'UN LAPIN DE 6 MOIS.

EXP. II. — L'opération fut pratiquée le 27 décembre 1858. Le métatarsien du gros lapin fut d'abord enlevé avec la totalité de son périoste ; puis on fit l'extraction de l'os analogue du petit lapin, et on le mit à la place du premier os enlevé. Cette opération eut les suites les plus simples. Il y eut un peu de gonflement et à peine un peu de suppuration superficielle. La plaie avait été réunie exactement au moyen de nombreux points de suture.

Le lapin fut sacrifié le 28 février 1859, c'est-à-dire soixante-deux jours après l'opération.

Le métatarsien transplanté s'est parfaitement greffé. Il ne diffère des autres que par sa moindre longueur et sa moindre épaisseur. Il avait été placé dans sa direction naturelle et on avait mis en contact sa surface articulaire supérieure avec l'articulation tarsienne correspondante. La phalange n'est pas venue en contact avec lui ; elle en est séparée par une distance de 6 à 7 millimètres, comblée par du tissu fibreux. Bien que nous n'ayons pas poussé d'injection, il est évidemment vasculaire dans la plus grande partie de son étendue. Il est cependant un point où il a une couleur jaune et semble tourner au gras. C'est au niveau de l'extrémité inférieure de la diaphyse là il manque de périoste (1) et ne jouit que d'une vitalité obscure qui n'eût pas été probablement suffisante pour la garantir contre l'atrophie. Du reste, cette différence de coloration et d'aspect entre cette dernière partie et les autres est encore une preuve de la vitalité de celles-ci.

Cet os ne s'est pas sensiblement accru en longueur, mais en épaisseur, il s'est recouvert d'une couche de nouvelle formation, correspondant au périoste et manquant là où cette membrane n'a pu être complétement conservée. Cette couche, un peu plus blanche que l'os ancien, a sur certains points un bord inégal et une surface irrégulière qui lui donnent un aspect squammeux.

Le tendon de l'extenseur recouvre le métatarsien transplanté et glisse sur son extrémité antérieure, comme à l'état normal.

TRANSPLANTATION ANALOGUE A LA PRÉCÉDENTE, EN DIFFÉRANT SEULEMENT PAR LE PLACEMENT DE L'OS TRANSPLANTÉ QUI A ÉTÉ MIS EN SENS INVERSE DE L'OS ENLEVÉ.

EXP. III. — L'os transplanté provenait du même petit lapin qui a servi à l'expérience précédente.

La greffe a également réussi. La couche périphérique sous-périostale de nouvelle formation est aussi évidente.

De ces trois faits, nous pouvons déjà tirer quelques conclusions importantes.

L'os transplanté continue de vivre, et non-seulement de cette vitalité très-contestable dont jouissent certaines parties transplantées, que l'atrophie doit faire tôt ou tard disparaître, mais d'une vitalité réelle caractérisée par l'accroissement et la persistance de la vascularisation.

Il vit et s'accroît surtout par son périoste. C'est le périoste qui produit cette couche de nouvelle formation qui entoure l'os partout où cette membrane a été ménagée. Sans périoste, le tissu osseux ne paraît pas avoir en lui assez de vitalité pour contracter des adhérences vasculaires. Il résiste pendant plus ou moins longtemps à l'absorption, mais finit par disparaître. Chaque jour l'observation chirurgicale nous apprend que les esquilles détachées de leur périoste sont incapables de reprendre vie et jouent le rôle de corps étranger (2).

L'accroissement en longueur est beaucoup moins évident, bien que les épiphyses aient avancé dans la voie de l'ossification. Le mécanisme de cet accroissement a été troublé, et il y a eu un ralentissement notable.

C'est donc le phénomène d'accroissement par le périoste qui est le plus frappant et le plus important à noter. La présence de cette couche périphérique et son accroissement graduel sont les preuves les plus évidentes de la réussite de la greffe. Ce sont ces deux conditions qui garantiront l'os transplanté contre l'atrophie, les portions déjà

(1) Au moment de l'opération, le périoste avait éprouvé une perte de substance à ce niveau.

(2) Chez quelques animaux cependant, à la suite de fractures ou de resections, on voit des esquilles ne pas empêcher la réunion immédiate. On les voit ensuite emprisonnées dans le cal ou dans la partie osseuse reproduite. Mais même dans ces cas-là, nous pensons qu'elles sont à la longue résorbées.

---

question du tubage, M. Green (de New-York) se voyait accusé d'avoir causé la mort d'un de ses clients par une introduction inopportune du tube laryngien et une injection non moins fatale de nitrate d'argent (en solution) dans les bronches. (Voyez la GAZETTE MÉDICALE, n° 21, 1858.) Le fait est intéressant, d'abord par l'émotion qu'il a causée dans New-York, secondement par ses détails pathologiques. Voici ce fait : Un M. Whitney, appartenant à l'une des plus riches familles de New-York, fut traité pendant deux mois par M. H. Green, à raison d'un état morbide caractérisé dans la note diagnostique suivante. « Ramollissement tuberculeux sous la clavicule gauche, inflammation granuleuse de la gorge, amygdale gauche hypertrophiée et ulcérée, épaississement et érosions du bord épiglottique. Traitement : amputation de la portion ulcérée de l'amygdale, cautérisation pharyngienne et épiglottique.

Ce traitement fut suivi du 26 octobre au 6 décembre. A cette dernière époque une bougie munie d'une éponge fut introduite dans le larynx ; après elle un tube en gomme élastique servit à faire pénétrer une injection de nitrate d'argent dans les bronches. Le 9 décembre, le malade vient de nouveau à la consultation du docteur Green : il allait mieux, la toux et l'expectoration avaient diminué, cependant ce mieux était dans le genre des améliorations du docteur Noir. Le malade revint une fois encore le 14, dernier jour où le docteur Green n'introduisit que la bougie munie d'une éponge. Le 21, il mourait après des accidents non interrompus depuis le 14, et qui consistaient en une suffocation croissante accompagnée d'un emphysème énorme, partant du cou et s'étendant en haut, à la face, et occupant tout le tronc, jusqu'au ligament de Poupart. Le malade, sa famille et les médecins ordinaires, ceux-ci surtout, crurent à un accident suite de l'introduction du tube laryngien. Ces médecins ne s'expliquèrent point autrement l'emphysème. Leur opinion trop légèrement exprimée mit bientôt la ville en rumeur.

L'autopsie vint tout expliquer : pas l'ombre d'une érosion dans la muqueuse trachéale, mais un abcès circumlaryngien s'ouvrant dans le pharynx, et une caverne au sommet du poumon gauche, s'ouvrant dans la plèvre, et constituant un pneumo-thorax. C'est-à-dire, d'une part, d'après le judicieux résumé du rédacteur américain, deux lésions principales concordant avec le diagnostic posé par M. Green, et méconnues par les médecins appelés *in extremis*, et d'autre part, en opposition avec leurs conjectures, une trachée parfaitement intacte. Ajoutons toutefois que ce procès-verbal nécropsique fait en dehors du docteur Green, mentionnait l'absence de toute trace de tubercule dans les poumons, mais il est vrai une hépatisation du sommet gauche. Ce procès-verbal incomplet d'autopsie était terminé par un certificat officiel de décès fondé sur cette cause inconnue jusqu'ici « effusion dans les poumons. »

Il n'est pas besoin de dire que le docteur Green n'a eu que peu de peine à se justifier. La mort pouvait-elle avoir été causée par lacération de la muqueuse trachéale ? assurément non, puisque celle-ci était parfaitement saine à l'autopsie, douze jours après l'introduction prétendue fatale. Pouvait-elle avoir été amenée par l'injection nitratée ? C'est difficile à supposer, le malade ayant passé plus de huit jours relativement bien et mieux qu'auparavant, faisant des parties de campagne, allant essayer des chevaux neufs, etc., tout cela dans l'espace de temps qui sépare l'injection du début des accidents de suffocation arrivés subitement huit jours après. Tout doit porter à voir ici

formées au moment de la transplantation viendraient-elles à perdre leur vitalité et à subir les modifications rétrogrades que présentent les matières organiques soumises à l'absorption.

Du reste, si nous comparons les os que nous venons de décrire à ceux dont la greffe n'a pu s'opérer, nous reconnaitrons des différences capitales. Nous avons transplanté des os de chien et de lapin dans des crêtes de coq et des os de petit chien sous la peau de plusieurs lapins. Nous n'avons pas encore pu obtenir de véritables greffes. Durant les premiers jours, l'os paraissait destiné à vivre, il était entouré par un tissu cellulaire engorgé de lymphe plastique qui l'emprisonnait étroitement et le fixait avec assez de solidité. Mais peu à peu il se formait un kyste tout autour, et l'os, au lieu de se vasculariser, s'isolait complétement, devenait jaune ou noir et ne tardait pas à subir un commencement de désagrégation. Du pus ou des matières grasses se formaient en plus ou moins grande quantité dans le kyste, mais l'absorption était généralement assez active pour éviter la formation d'un véritable abcès et son ouverture au dehors. Cela arrivait cependant quand nos animaux se trouvaient dans de trop mauvaises conditions hygiéniques.

Dans ces échanges d'os entre animaux d'espèce différente, le périoste avait été insuffisant pour protéger leur vitalité, et si nous nous rappelons les difficultés que nous avons eues dans nos greffes hétéro-périostiques pour obtenir du tissu osseux, nous ne serons pas étonnés du résultat. Ce que nous n'avons pas encore obtenu, nous pourrons peut-être le réaliser dans des expériences ultérieures, mais nous devons dès aujourd'hui établir une ligne de démarcation bien tranchée entre les greffes osseuses pratiquées sur un même animal, et celles qu'on peut essayer d'un animal à un autre d'une espèce différente et surtout éloignée. C'est ce qui nous amène à apprécier une tentative faite sur l'homme il y a une soixantaine d'années par Percy, tentative hardie, et que jusqu'ici nous devons qualifier d'irrationnelle. Percy songea à remédier par l'ostéoplastie au raccourcissement qui est la suite des fractures avec pertes de substance. Il essaya de réparer la partie enlevée avec une portion d'os prise sur un bœuf et interposée entre les fragments. C'était là une tentative qui sortait des traditions chirurgicales et des idées scientifiques de son époque.

Voici dans quelle condition il la pratiqua :

Nous empruntons son récit à l'article *Ente* du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES EN 60 VOLUMES.

« Je terminé par une expérience dont la singularité trouvera son excuse dans le but d'utilité que j'avais cru y apercevoir. Toutes les fois que, dans les fractures comminutives des os longs, avec complication de plaie et surtout de plaie d'arme à feu, j'ai pu, avec la scie, et surtout après avoir extrait les esquilles isolées, retrancher les sommets âpres et inégaux des fragments, pour y établir des surfaces planes, semblables à celles qu'offrent ces sommets dans l'espèce de fracture qu'on appelle en navet, j'ai obtenu une guérison presque aussi prompte qu'elle l'est ordinairement dans ces dernières fractures, sauf le raccourcissement du membre qui est inséparable de la nécessité, en général un peu exagérée par les observateurs, de mettre en contact les extrémités osseuses fracturées; j'avais voulu aller plus loin encore, et l'idée de remplacer le déficit ou la perte de substance de l'os, en y substituant une portion moindre ou égale du cylindre d'un os à peu près de la même forme et du même volume, enlevée à un animal vivant s'était présentée à ma pensée. Ayant donc associé à ce projet M. le docteur Laroche, l'un de nos plus affectionnés collaborateurs aux armées, ainsi que plusieurs autres chirurgiens-majors, *nous avons deux fois fait cet essai avec des bouts d'os d'avant-bras, pris sur un bœuf au moment où il venait d'être abattu*. Ces bouts avaient été sciés avec soin ; ils étaient encore recouverts d'une partie de leur périoste, et nous les avions interposés entre les fragments de la fracture arrangés pour les recevoir. Mais notre entreprise, ainsi que nous devions bien nous y attendre a échoué; et loin que nos pièces d'os de bœuf, après avoir été en place, une fois quinze jours et une autre vingt, eussent présenté le moindre vestige d'adhérence et de cicatrisation, nous pûmes remarquer en les retirant qu'elles avaient manifestement nui au développement vasculaire des surfaces sur lesquelles elles avaient porté, et que leur séjour trop prolongé eût fait avorter l'œuvre du cal ou de la consolidation. L'unique avantage qu'ils eussent produit, c'était que leur présence avait contre-balancé l'action rétractive des muscles, laquelle tend toujours à rapprocher l'un de l'autre les fragments d'une fracture, et à raccourcir par là le membre de tout l'intervalle qui les séparait; ce qui, pendant les premiers jours des fractures avec déperdition de substance, peut ne pas être inutile; car pour que les fragments se conglutinent entre eux, il n'est pas rigoureusement nécessaire qu'ils se touchent. Une distance de quelques lignes que le gonflement expansif de leurs sommets a bientôt franchie, de part et d'autre, ne retarde aucunement la formation du cal, et c'est toujours autant de gagné sur le raccourcissement Or l'interposition de notre bout d'os, ne servant alors que d'arc-boutant, et n'ayant au commencement de la fracture qu'une courte durée, peut accoutumer pour la suite les os à cet écartement et forcer les muscles et le favoriser par une inaction, et il faut convenir que si les choses devaient se passer ainsi, ce moyen, dans plus d'un cas, mériterait la préférence sur les machines extensives et contre-extensives toujours si douloureuses pour le malade, et si embarrassantes pour le chirurgien. »

Percy, comme on le voit, cherche à s'excuser sur sa tentative et à lui trouver au moins une raison d'être dans l'insuffisance et la difficulté d'application des moyens coaptateurs habituellement employés. Nous ne pensons pas que personne soit tenté de renouveler cet essai dans un cas pareil; et si l'on pouvait se permettre quelque espoir à l'époque où vivait Percy, il n'est plus guère possible d'avoir la même confiance aujourd'hui. La difficulté des greffes osseuses d'un animal à un autre d'une espèce différente doit nous enlever toute illusion, ou du moins nous faire sérieusement réfléchir avant de lancer notre imagination dans ces rêves séduisants. Pour un résultat que les expérimentations sur les animaux nous font regarder comme à peu près impossible, on ne s'exposera pas aux dangers qu'entraîneraient dans un foyer de fracture un corps étranger qui serait non-seulement une cause d'inflammation, mais encore une source d'infection putride. Si dans des cas de ce genre on voulait revenir à l'ostéoplastie, il faudrait prendre ailleurs la pièce destinée à réparer la perte de substance. Ce n'est pas avec un os de bœuf qu'on pourrait obtenir une greffe osseuse ; c'est avec un os d'homme entouré de son périoste que cette espérance aurait seulement quelque chance de se réaliser, et il y a lieu de s'étonner que Percy abondamment pourvu de matière autoplastique par les ampu-

---

une fonte tuberculeuse perforant la plèvre et quelque ganglion tuberculeux fondant en même temps le long et en dehors du larynx. L'emphysème n'est pas difficile à comprendre avec le pneumo-thorax. Et ce qui n'est pas difficile à comprendre non plus, c'est la légèreté coupable des médecins qui mettent leur erreur de diagnostic sur le compte de la manœuvre opératoire d'un confrère absent. Ainsi a paru juger l'Académie de New-York, et nous ne sommes point surpris de ce sentiment.

Les médecins américains pouvaient donc avec raison détourner leurs jeunes élèves d'aller à Paris chercher des leçons de jalousie et de rivalité : ils en ont, tout comme nous, des professeurs.

La race anglo-saxonne n'a donc pas beaucoup de reproches à nous faire en matière « d'*invidia medicorum* ». Nous trouvons dans les journaux anglais un récit qui montre combien est forte et formelle à cet égard l'opinion même de nos glorieux alliés sur leurs médecins. Le fait est curieux. « Un membre du collége royal des chirurgiens, M. Mac Hugh, est appelé auprès d'une femme en travail depuis trois jours (c'était, ô fertile Albion! un treizième enfant!). A son arrivée, et au grand étonnement des assistants (entre autres du chirurgien ordinaire) M. Mac Hugh déclare qu'il faut opérer la craniotomie. Rien au monde ne motivait une décision aussi rapide et aussi considérable, aussi inhumaine quand elle n'est pas absolument inévitable. Le chirurgien ordinaire et les autres témoins ne purent se l'expliquer que par la conviction que M. Hugh était (*intoxicated*) ivre. Ce dernier, sans que personne s'y opposât, procéda à l'opération suivant les règles. Il introduisit le perforateur deux fois successivement; à la seconde un léger flot de sang suivit l'écartement des lames; la chose allant trop lentement, le chirurgien les introduit une troisième fois en jurant qu'il finirait bien par crucifier l'enfant. Ce dernier acte fut suivi par un flot de sang abondant, et la femme tomba en syncope. Alors il introduisit le crochet, ramena un morceau de chair : Ma foi, dit-il, j'ai défoncé l'utérus. Puis il réintroduisit les ciseaux de Smellie, ouvrit largement les lames : hémorrhagie foudroyante, la femme meurt instantanément. Sans conscience de toute la série d'horreurs à laquelle il venait de se livrer, de leur terminaison terrible, il parle alors de pratiquer l'opération césarienne, puis se ravisant : « Mais après tout, cette femme n'est peut-être pas enceinte, ou si elle l'est, l'enfant est diablement petit. » Ce chirurgien avait une longue existence de parfaite pratique et d'honorables succès. Mais cette bonne réputation pouvait-elle faire fermer les yeux sur les conséquences de cet abominable vice de l'ivrognerie? Rendons justice à la presse médicale anglaise, elle est unanime pour flétrir cette conduite, et livre son auteur à la sévérité des lois. Mais il y a des Brid'oison partout, et si nous aimions à rire, nous saluerions dans le Perrin Dandin anglais un objet rare, un juge protecteur des accusés. Le président des assises a trouvé bon, dans ce cas atroce, de recommander au jury cette victime de la jalousie professionnelle, « *odium medicum*, » a-t-il dit. Le jury anglais, plus sage, l'a condamné à un an de travaux forcés. Nous ne sommes pas accoutumé à trouver tant de protection dans les prétoires ; mais avouons que nous aimerions à la voir réservée pour des cas plus dignes.

Ces remarques nous conduisent à rendre hommage encore à l'appréciation élevée que donne « THE LANCET » de cet indigne scandale dont l'hôpital de la

tations journalières qu'il était en mesure de pratiquer, ait eu recours à un os de ruminant. S'il avait eu le temps d'expérimenter, il aurait probablement renoncé à cette tentative périlleuse, ou bien il aurait mieux choisi sa matière à transplantation. Nous ne voyons pas les motifs qui auraient pu l'empêcher de mettre à profit un fragment d'un des moignons qu'il amputait. On ne craint pas d'injecter dans les veines d'un malade le sang d'un autre individu, nous ne voyons pas pourquoi il n'eût pas fait profiter un blessé d'un morceau d'os qu'un amputé lui eût volontiers abandonné.

Ces tentatives de Percy ne sont pas les seules que l'histoire de la science ait eu à enregistrer. Il y a d'abord le fait qui est relaté par Job-a-Méékrem, et qui remonte à 1670. Nous n'hésitons pas à le traiter de fable; nous le rapportons cependant à titre de renseignement curieux, car il démontre au moins l'ancienneté de l'idée.

« Un ecclésiastique nommé Kranwinkel racontait, du temps de Job-a-Méékrem (Obs. médico-chirurg., page 7), qu'étant en Russie, un seigneur de cette nation reçut d'un Tartare un coup de sabre à la tête, lequel lui enleva une assez grande étendue du cuir chevelu et la portion osseuse correspondante, qui restèrent perdues sur le champ de bataille. Le chirurgien, pour boucher l'ouverture du crâne, détacha de celui d'un chien, tué à cet effet, une pièce d'os de mêmes forme et dimension que celle qui manquait, et l'arrangea si bien que le blessé fut parfaitement guéri. Mais notre gentilhomme, dans l'excès de sa joie, raconta de quelle manière il avait obtenu sa guérison, et bientôt les foudres de l'Église furent lancées contre lui. Il fallut, pour rentrer dans la communion des fidèles, qu'il se fît retrancher l'immonde dépouille du chien, quoique solidement consolidée, et qu'il se soumît à un traitement plus conforme au caractère de chrétien (1). »

Nous avons heureusement des documents plus sérieux que celui-ci, et sans nous arrêter aux célèbres expériences de Hunter sur la transplantation des dents, nous rappellerons les recherches de Merrem et de Walther sur la réapplication de la portion d'os enlevée au moyen du trépan (2). Ces expérimentateurs ont fait leurs essais sur le chien ou le chat. La première expérience de Merrem me paraît suffisamment probante, et le crâne déposé au musée de Bonn par Walther a semblé à Wiesmann (contrairement à Heine et Wagner) très-concluant en faveur de la soudure osseuse; la pièce appartenait à un chien sacrifié un an après la trépanation.

Walther a mis cette méthode en pratique sur l'homme. La portion enlevée par le trépan avait été laissée pendant quelque temps sur une table, puis elle fut appliquée dans l'ouverture. Le détail des suites de l'opération et l'extraction d'un fragment osseux au bout de trois mois, nous font penser que la greffe a complètement échoué. Walther croit que la table interne est restée adhérente. Nous croyons plutôt qu'elle a été résorbée. Comme elle est dépourvue du périoste, elle doit être bien plus difficile à greffer que l'externe. Maunoir (de Genève) a aussi parlé de cette opération (Question de chirurgie, page 112), mais nous ne savons pas s'il l'a mise en pratique. Merrem avait proposé de combler au besoin la perte de substance par un fragment emprunté à un autre animal; nous ignorons s'il a fait des expériences pour en prouver la possibilité. Nous ne prétendons pas que le succès soit absolument impossible, mais, nous le répétons, ce n'est qu'avec des portions d'os provenant du même individu ou d'un individu de la même espèce, que l'on pourrait avoir quelque espoir fondé de réussir.

(1) Dict. en 60 vol., t. XII, p. 355.

(2) Merrem, Animadversiones quædam chirurgica experim. in animal. factis illustratæ. Giessæ, 1810.

Wiesmann, De coalitu partium a reliquo corpore humano prorsus disjunctarum. Bonnæ, 1823.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Mémoire sur la dyssenterie épidémique et sur son traitement; par le docteur Piedvache, médecin de l'hôpital de Dinan, médecin des épidémies, lauréat de l'Académie de médecine, etc. (Mémoire lu à l'Académie de médecine le 16 février 1858, et honoré d'une médaille d'argent.)

Caractères des épidémies. — Symptômes.

Il serait superflu d'insister sur l'importance de l'étude des épidémies, tant pour la science que pour la pratique de la médecine.

La dyssenterie est, après la fièvre typhoïde, la maladie qui prend le plus souvent le caractère épidémique; c'est une de celles qui, par leur fréquence et la mortalité qu'elles produisent, méritent le plus de fixer l'attention des médecins. J'ai eu à traiter plusieurs épidémies de dyssenterie, et j'ai toujours cherché à vérifier dans chacune d'elles l'exactitude des observations que j'avais faites dans les précédentes. C'est le résultat de ces observations successives que je vais présenter. La thérapeutique est pour le praticien la partie essentielle de la médecine; guérir est son but. Le traitement de la dyssenterie épidémique sera donc l'objet principal de cette note. La médication que j'avais essayée avec quelque timidité dans les deux épidémies précédentes, et que j'ai adoptée résolûment dans celle qui a régné pendant l'automne de 1857, m'a donné des succès tellement positifs que j'ai dû surmonter la crainte d'augmenter le nombre des productions inutiles, crainte si naturelle à un médecin éloigné des centres scientifiques. Je serai heureux si je puis être utile.

Les épidémies de dyssenterie ont des caractères extérieurs tout particuliers et qu'on ne retrouve dans aucune autre : ce sont les seules qui, dans notre pays du moins, ne règnent que dans une saison. Elles sont exclusivement automnales; commençant à la fin d'août ou en septembre, continuant en octobre, elles décroissent en novembre pour disparaître en décembre. Elles ne s'étendent point rapidement sur toute la surface d'une contrée comme les épidémies de fièvres éruptives; elles ne se fixent pas uniquement sur un point, commune, hameau ou habitation isolée, comme le fait très-souvent la fièvre typhoïde : on les voit ordinairement attaquer rapidement un certain nombre de communes contiguës, et laisser intact le reste du pays. J'ai

Charité a été récemment le théâtre. « Cette comédie, dit notre confrère, dont nous avons eu ici de si fréquentes représentations, semble devoir se reproduire devant la population parisienne, sur une plus grande échelle, dans le service de M. Velpeau. C'est avec un profond sentiment de regret et de tristesse que la profession a vu cet individu (the cance -curer, le guérisseur de cancer) introduit dans les salles d'un noble hôpital et mis en situation d'exercer son industrie sur les malheureux qui se présentent dans cet établissement sur la foi de l'intelligence et du savoir des hommes distingués qu'ils pensent y devoir rencontrer. »

On voit que ce n'est pas dans nos colonnes seulement que l'acte d'incroyable tolérance de M. Velpeau s'est vu juger sévèrement. Cette opinion étant d'ailleurs formulée longtemps avant le dépôt du rapport de M. Velpeau.

Nos confrères d'outre-Manche connaissent aussi les dangers de cette incessante lèpre du charlatanisme; leur nouvelle législation va leur permettre de la combattre avec quelque efficacité. Nous trouvons en effet qu'une association s'est formée, sous le titre de « Medical registral association, » dans l'objet de poursuivre l'extinction de l'exercice illégal de la médecine, autrement dit de l'escroquerie qui s'exerce sous le manteau médical. Le premier cas de poursuite avait pour sujet un individu qui, sous un faux nom et un faux titre professionnel, exploitait (aussi) une substance *javanaise*. Ce n'était pas du nitrate de soude, cette fois, ni du salpêtre, ni de l'iode, ni du camphre, mais tout bonnement de l'urine; et cette exploitation s'exerçait sur une belle échelle, car elle ne rapportait pas moins de 100,000 francs (4,000 liv. sterl.) par année à ses intelligents auteurs. Comme le faux docteur n'était point diabétique, il avait recours au concours de tout le personnel de sa maison, lequel avait pour consigne de maintenir au complet certain vase commun qui jouait dans l'exploitation le rôle du tonneau des Danaïdes, devenu l'ovaire d'une nouvelle poule aux œufs d'or. Ajoutons que ce remède, dirigé contre la surdité, était pris à l'intérieur. Grâce au nouvel acte médical, l'association, se portant partie civile et accusatrice publique, a obtenu un mandat d'arrêt contre les exploiteurs en fuite.

C'est un exemple que suivront, nous devons l'espérer, nos associations médicales, dont la cour de cassation vient de reconnaître le droit et l'intérêt en confirmant, *en ce qui les concerne*, l'arrêt de la cour de Lyon dans l'affaire de la demoiselle Brissac.

Giraud-Teulon.

— Par arrêté en date du 29 mars 1859, M. le docteur Bruchon, professeur suppléant, attaché aux chaires de pharmacie et de matière médicale et thérapeutique près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est en même temps attaché provisoirement à la chaire d'anatomie et de physiologie de ladite École.

vu dans l'arrondissement de Dinan cinq épidémies de dyssenterie: trois grandes en 1836, en 1851 et en 1857; deux beaucoup moins fortes en 1853 et en 1856. Cette maladie y fit de grands ravages en 1815 et en 1816; j'en fus atteint, et le souvenir en était encore bien présent quand j'ai commencé à y exercer la médecine, quinze ans plus tard. Toutes ont eu leur foyer dans des localités différentes; quelques communes seulement ont eu le triste privilége de fournir des malades dans deux de ces épidémies. Ce fait suffit pour prouver qu'on ne peut les rapporter à aucune influence locale, appréciable du moins; leur cause, comme celle de la plupart des maladies épidémiques, nous est complétement inconnue. Dans l'automne de 1857, la chaleur, l'humidité, les conditions atmosphériques, ont été les mêmes dans les lieux où elle a régné et dans ceux qu'elle a épargnés.

Aucun travail important de salubrité qui puisse expliquer l'immunité dont elles ont joui en 1854 et en 1857, n'a été exécuté dans les communes du canton est de Dinan, ravagées par l'épidémie de 1836, ni dans le canton d'Evran, siége des épidémies de 1815 et de 1816.

Le canton de Brovus, où 294 personnes succombèrent en 1854, n'a eu en 1857 que 7 cas et 2 morts.

Le canton de Saint-Jouan-de-l'Isle, qui avait eu 130 morts en 1854, n'a eu qu'une seule commune atteinte en 1857: 29 cas et 13 morts.

Les communes du canton de Plancoët, qui avaient eu beaucoup de dyssentériques en 1856, n'en eurent point en 1857.

Quant aux causes individuelles : refroidissement, mauvaise alimentation, malpropreté, etc., elles existaient partout au même degré. Le canton de Plelan-le-Petit, qui fut fortement atteint, est le plus pauvre de l'arrondissement; mais Coueul, Languenau, Plouer, sont des communes fertiles et où règne une grande aisance, et la maladie ne les épargna pas davantage.

Quant à la contagion, elle n'a eu qu'une influence bien minime, sinon nulle dans le développemeot des épidémies. Les faits que j'ai vus ont été peu nombreux et peu probants. Je ne voudrais pas nier la contagion de la dyssenterie qui a été attestée par de si nombreuses et de si hautes autorités; mais je l'ai toujours trouvée bien moins contagieuse que ne l'est la fièvre typhoïde, qui cependant ne le devient que dans certaines circonstances particulières. Je n'ai vu qu'une fois les personnes qui soignaient un malade transporté dans un lieu où il n'y avait point d'épidémie, contracter la dyssenterie, et jamais l'arrivée d'un dyssentérique dans une commune n'a été le point de départ d'une épidémie, comme moi et beaucoup d'autres nous l'avons observé pour la fièvre typhoïde.

Les épidémies de dyssenterie doivent être comptées parmi les plus meurtrières. Elles enlèvent le cinquième des malades, dans quelques lieux même la moitié des individus attaqués succombe. Le défaut de soins convenables augmente sans contredit beaucoup la mortalité; mais le fait n'en subsiste pas moins relativement au chiffre de la population; une maladie qui en deux mois, dans un arrondissement de 115,000 habitants, fait périr plus de 700 individus, comme cela eut lieu en 1854, plus de 400 sur 2,000 malades environ, en 1857; qui enlève souvent le quarantième, quelquefois même le vingtième des habitants d'une commune; cette maladie doit être comptée parmi les plus graves. Dans la dernière épidémie, sept communes, que l'on peut en regarder comme le foyer, eurent 1,008 dyssentériques, et 204 morts sur une population de 6,693 habitants.

J'ai vu la maladie attaquer tous les âges, depuis l'enfant allaité par sa mère jusqu'à l'extrême vieillesse. La mortalité est plus forte aux deux extrémités de l'âge.

On se ferait une idée bien imparfaite de la dyssenterie épidémique, si on la croyait semblable à la même maladie existant à l'état sporadique, à celle que produit un refroidissement ou l'ingestion de quelque substance irritante. Aussi la plupart des descriptions laissent-elles beaucoup à désirer, et même dans les ouvrages les plus estimables, les *à priori* remplacent trop souvent l'observation directe. Je ne veux point ici en tracer la symptomatologie complète; je me bornerai à présenter rapidement les points principaux.

Une portion notable de la population d'un lieu frappé par l'épidémie, ressent de l'altération dans les fonctions digestives. Une diarrhée plus ou moins forte, de l'inappétence, caractérisent cet état qui survient ordinairement sans cause appréciable. Chez un certain nombre de sujets, tout se borne là; mais chez d'autres, après deux ou trois jours de cette diarrhée prodromique, les phénomènes propres à la dyssenterie se déclarent. Elle éclate fort rarement d'emblée, c'est un fait fort important à signaler. Quant au frisson qui figure dans la plupart des descriptions comme phénomène du début, je ne l'ai jamais rencontré que dans les livres.

L'absence de matières stercorales dans les évacuations alvines suffit pour indiquer le passage de la diarrhée à la dyssenterie. Le ténesme, la fréquence plus grande des selles viennent s'ajouter à ce caractère. Les selles dyssentériques ont été trop souvent décrites pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur description. Elles sont fournies de mucus d'abord, puis de matières analogues à de la raclure de boyaux, contenant des débris pseudo-membraneux et presque toujours du sang par stries, quelquefois en grumeaux. Leur odeur est fade, nauséuse, nullement stercorale. Ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie qu'elles prennent une odeur infecte. Elles sont toujours rendues en petite quantité à chaque fois. Leur fréquence est très-variable : de une fois par heure à huit, dix, douze et même plus. Chaque selle est, dans quelques cas, précédée de coliques vives; mais d'autres fois les malades n'accusent qu'un sentiment de faiblesse, et les douleurs sont presque nulles. Cette répétition des selles produit à l'anus un sentiment de cuisson souvent fort vif. Dans un assez grand nombre de cas, tous fort graves, j'ai observé un relâchement du sphincter avec une dilatation de l'anus assez prononcée pour permettre de voir l'intérieur de l'intestin à 2 ou 3 centimètres de profondeur.

Tous les malades fortement atteints, non-seulement se plaignent d'éprouver de la dysurie, mais encore se préoccupent du peu d'abondance de leurs urines. Cette grande diminution devenant même quelquefois une suppression de la sécrétion urinaire, m'a paru un phénomène constant dans toutes les dyssenteries graves.

Il y a souvent des vomissements au début, et alors ils paraissent purement sympathiques. Plus tard, la présence de vers dans l'estomac en assure souvent la cause, car on les voit cesser après leur expulsion par la bouche. Le hoquet est un des accidents les plus fréquents dans les dyssenteries graves. Il persiste souvent pendant plusieurs jours et annonce ordinairement une terminaison funeste. Je l'ai cependant vu chez des malades qui ont guéri, et qui n'en ont été délivrés que lorsqu'ils ont été en pleine convalescence. La soif est rarement ardente, et dans les commencements du moins la répulsion pour les aliments est peu prononcée; et il en résulte que beaucoup de malades confondant le sentiment de faiblesse qu'ils éprouvent avec le besoin d'alimentation, persistent à manger.

La fièvre est ordinairement peu vive, presque nulle, quelquefois le pouls n'a de la force et de la plénitude que dans les premiers jours, et n'a alors qu'une fréquence très-modérée. Plus tard, si la maladie s'aggrave, il devient petit, faible et alors fréquent; souvent plusieurs jours avant la mort, il est tout à fait insensible. En même temps, la chaleur de la peau diminue, et un abaissement de température va jusqu'à donner la sensation du froid cadavérique. L'amaigrissement fait aussi de rapides progrès; les traits se rident, les yeux deviennent caves, et au milieu de tous ces désordres, l'intelligence se conserve, les forces musculaires ne sont pas entièrement anéanties. J'ai souvent été stupéfait en voyant des individus à la face cadavéreuse, froids et sans pouls, se lever encore pour changer de position, et répondre aux questions qu'on leur adresse. On dirait des cadavres qui se meuvent et qui parlent.

Tels sont les symptômes de la dyssenterie parvenue à son plus haut degré d'intensité; mais elle n'a pas toujours cette violence, et sur les habitants du même lieu, sur les membres de la même famille on rencontre sous ce rapport les plus grandes différences. Chez l'un, on ne voit qu'une affection légère bornée aux symptômes locaux, guérissant d'elle-même au bout de quelques jours, souvent même malgré des imprudences sans nombre. Chez l'autre, la maladie n'a qu'une gravité moyenne, tandis qu'un troisième est atteint d'une des affections les plus graves dont je viens d'esquisser le tableau.

La diminution de la fréquence des selles, et en même temps la réapparition de matières fécales dans les évacuations, sont les signes principaux qui annoncent la convalescence. Lorsque, au contraire, la maladie s'aggrave, les selles deviennent de plus en plus fréquentes, au point que le malade, fatigué de se lever à chaque instant, évacue sans changer de position; quelquefois après des efforts inutiles, il sent les évacuations se faire au moment où il se couche. Les matières deviennent fétides; tantôt c'est une eau roussâtre ressemblant à de la lavure de chairs; tantôt elles sont verdâtres et analogues aux tranchées des enfants. On voit paraître dans la gorge et dans la bouche des plaques de diphthérite. Le ventre, jusque-là indolent et plutôt rétracté que tendu, se ballonne et devient sensible à la pression.

Deux des symptômes que j'ai indiqués dans les dyssenteries très-graves ont donné naissance à deux opinions que je ne puis regarder comme fondées. Le refroidissement qui précède la terminaison fatale de quelques heures seulement, dans quelques cas à marche très-rapide, de quelques jours dans d'autres, a fait dire que la dyssenterie a emprunté quelque chose de cholérique à la constitution épidémique

de notre époque. Mais les faits de ce genre ne sont pas nouveaux dans la science. On les trouve décrits sous le nom de dyssenterie maligne, de dyssenterie terminée par gangrène de l'intestin, bien avant l'invasion du choléra en Europe. La dénomination seule varie suivant les idées du temps; le nom de dyssenteries algides, qui exprime le fait sans l'expliquer, est celui qui convient le mieux.

L'affaiblissement si prononcé des malades, la tendance fatale d'un grand nombre de cas, et, par suite, la grande mortalité comparée au peu de dangers que présentent la plupart des dyssenteries sporadiques, ont fait prononcer à plusieurs médecins le nom de dyssenterie typhoïde pour désigner la dyssenterie épidémique. Ses complications avec les fièvres graves ont été depuis longtemps invoquées pour expliquer la gravité des épidémies; mais c'est la théorie, plus que l'observation, qui a donné naissance à cette opinion, qui ne peut s'appuyer sur aucun fait précis. Pour ne parler que des symptômes, la persistance de la connaissance jusqu'aux derniers moments, l'absence de fièvre (fréquence du pouls et chaleur de la peau) dans les cas les plus graves, suffiraient pour établir entre ces deux maladies une ligne de démarcation bien tranchée. Tout est différence dans les phénomènes qu'elles présentent; elles n'ont que deux points de ressemblance : elles sont toutes les deux fréquemment épidémiques; et dans toutes les deux on voit des cas d'une bénignité remarquable, et d'autres d'une gravité désespérante.

Quand on a observé plusieurs épidémies de dyssenterie, on doit se demander si les diverses invasions ont présenté quelque caractère particulier. Je me suis souvent adressé cette question, et les faits recueillis dans cinq épidémies ne m'ont montré d'autre différence qu'une inégalité bien marquée dans la proportion des cas graves et des cas légers, proportion qui, dans la même épidémie, varie aussi suivant les lieux.

Je voudrais pouvoir comparer la dyssenterie de notre pays à celle qui règne dans les climats chauds, dans l'Algérie, dans l'Inde, etc.; mais un des termes de comparaison me manque. Je trouve cependant, dans les descriptions, une grande analogie, et nos épidémies ont une gravité qui n'est guère inférieure à la leur. Déjà Pringle, qui a si bien observé la dyssenterie en Angleterre et dans les Pays-Bas, signalait cette ressemblance. Les médecins militaires de son temps lui avaient assuré que la maladie paraissait dans les climats chauds avec les mêmes symptômes et cédait aux mêmes remèdes.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CURE DE L'ÉPILEPSIE PAR LA CASTRATION. — Deuxième lettre de M. LÉLUT, membre de l'Institut.

Mon cher confrère,

Je ne sais pas si vous vous rappelez, si vos lecteurs se rappellent, ce pauvre diable d'épileptique américain, qui, d'après le récit du MEDICAL TIMES AND GAZETTE (dont j'avais pris la liberté de vous envoyer la traduction) (1), est venu se faire châtrer à Londres pour se guérir de son épilepsie. Il ne fallait être ni bien savant ni bien hardi pour prédire, comme je l'ai fait, que ce malheureux, grâce à son opérateur, M. Holthouse, perdrait ses testicules et garderait sa maladie. C'est ce qui est arrivé, et ce que fait savoir à ses lecteurs, dans son numéro du 26 mars, le MEDICAL TIMES AND GAZETTE. Les accès épileptiques du pauvre *émasculé* (emasculated) sont, après l'opération, exactement ce qu'ils étaient avant; il a perdu beaucoup (lost much) et n'a rien gagné (gained nothing), ajoute fort justement votre honorable collègue d'outre-Manche.

Mais ce n'est pas là, mon cher confrère, le plus curieux de l'affaire. Le plus curieux, le voici : Ce castrat de fabrique anglaise n'est ni plus ni moins et depuis longtemps, qu'un cerveau non-seulement épileptique, mais maniaque (decidedly a manomaniac), courant le monde après son idée.

L'opérateur n'avait pas vu cela, il n'avait pas vu qu'il avait affaire à un pauvre fou. Grâce à ce léger hiatus de diagnose, voilà un eunuque d'un genre encore plus nouveau que je ne le pensais : noir, *musico* et insensé. Aussi le journaliste anglais ajoute-t-il que l'opéré se promène maintenant dans la cour de l'hôpital Saint-Barthelemy où il semble fort heureux (very happy), et où tout le monde peut (gratis probablement) se donner le plaisir de le voir.

Je me rappelle, à ce propos, qu'il y a un mois environ, dans le même journal, on lisait une lettre d'un docteur de race anglo-américaine qui traitait — ah! il fallait voir! — la nation française en général et la chirurgie française en particulier d'une façon véritablement écrasante. Et il faut avouer qu'il en avait bien le droit. Quand on a chez soi de pareils types d'opérateurs et d'opérés, on peut mettre son bonnet (de docteur) sur l'oreille, et se proclamer, à la barbe de tous, la première chirurgie du monde.

Agréez, etc.

(1) GAZETTE MÉDICALE du 12 février.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

SPEDALSKED ET RADEZYGE, par le docteur DELIOUX DE SAVIGNAC, professeur aux Écoles de médecine navale.

Voilà des noms bien étranges, même pour des oreilles médicales. Déguisent-ils des individualités morbides qui nous sont déjà familières, ou s'appliquent-ils à des affections inconnues dans nos climats tempérés? M. Delioux va satisfaire notre curiosité. Parlons d'abord de la *spedalsked*.

« Dans le langage scientifique des médecins scandinaves, le mot *spedalsked* a acquis une signification précise, et si quelques-uns d'entre eux l'ont appliqué aussi bien à l'éléphantiasis des Grecs qu'à l'éléphantiasis des Arabes, la plupart tendent à le restreindre à la désignation du premier. Le spedalsked représente un genre qui se divise en deux espèces, savoir : 1° la forme tuberculeuse, qui n'est autre que l'éléphantiasis d'Arétée; 2° la forme anesthétique, qui se retrouve aussi dans l'éléphantiasis des Grecs.

» L'éléphantiasis tuberculeux se reconnaît aussi bien aux nodosités, aux tumeurs, aux indurations glanduleuses qui constituent sa forme anatomique, que l'éléphantiasis anesthétique à ses taches livides ou brunâtres, surmontées de bulles ou de pustules, mais jamais de tubercules, et déterminant un retrait atrophique de la peau qui, surtout au visage, lui imprime un cachet tout spécial; mais, si distinctes que soient ces deux variétés, elles ont des points de contacts tellement évidents que, foncièrement, elles dépendent d'une même affection morbide. Ainsi elles ne se présentent pas toujours isolées, mais se compliquent souvent l'une l'autre sur le même sujet; puisée à la même source, dans sa fatalité héréditaire, la maladie se reproduira, dans un cas, sous la forme tuberculeuse, dans un autre, sous la forme anesthétique : les surfaces noueuses de la première seront souvent aussi indolores, aussi insensibles que les plaques unies et déprimées de la seconde, et, par contre, il ne sera pas rare non plus de voir celle-ci, en dépit de toute prévention nominale, susciter des douleurs exacerbantes comparables à l'hypéresthésie, plus commune seulement dans les tubercules de l'éléphantiasis grec. Enfin les deux variétés tendent à l'ulcération, à la térébration éliminatrice des phalanges, et même de portions de membres plus considérables. Il paraît toutefois que cette tendance est plus prononcée, plus grave dans la variété anesthétique que dans la tuberculeuse pure. »

Ce n'est pas tout encore. « Une affection squammeuse, qui pourrait avoir plus d'un rapport avec la *lèpre vulgaire*, se montre parfois sur les places qu'occuperont ultérieurement les tubercules, et surtout les taches anesthésiques; plus souvent encore il survient aux membres inférieurs des spédalsques des deux catégories, un gonflement œdémateux qui a la plus grande analogie avec l'éléphantiasis arabe : de sorte que, chez le lépreux complet, se réunissent et se confondent, dans l'ensemble de leurs phases successives, tous les types et toutes les formes de la maladie. » On retrouve donc, à différents degrés, « toutes les conséquences de toutes les formes d'une maladie qui est *une* au fond, telles qu'ulcères, gonflements, déformations, raccornissement, rétraction des parties, décollement et élimination centripète des extrémités; à ce dernier terme les lépreux assistent en général avec impassibilité à cette lente destruction d'eux-mêmes, et quelle qu'ait

été au début la forme anatomique de la lésion, l'anesthésie est la forme symptomatique la plus ordinaire à la fin.

« Il nous suffit d'établir ce fait, que la spedalsked n'est point une endémie propre aux régions septentrionales de l'Europe, et que l'on s'est tout simplement mépris sur son titre exotique; sous d'autres noms, sa description est tracée dans de nombreux ouvrages justement estimés. »

Radezygé. — « Tous les auteurs qui ont confondu en une seule maladie la spedalsked et la radezyge se sont trompés; plusieurs d'entre eux n'avaient pas eu l'occasion d'observer cette dernière. Les cliniciens sérieux, au contraire, ont fait la distinction, et ils ont reconnu que la radezyge, qui, par son étymologie, signifie une maladie hideuse, n'est ni la lèpre des Grecs ni celle des Arabes, mais une autre lèpre que l'on pourrait appeler *arctique* ou *ulcéreuse*. Hjort, pour mieux éviter toute confusion à l'avenir, a proposé de donner à la radezyge le nom générique de *thæria*. Ainsi la radezyge est une espèce pathologique distincte de l'éléphantiasis; aucune des variétés communément admises de celui-ci ne peut lui être rapportée.

« On repousse également aujourd'hui toute assimilation entre elle et la syphilis, d'ailleurs très-bénigne en Suède et en Norwége. La radezyge constitue une maladie propre, une véritable endémie; il n'est pas démontré qu'on l'ait rencontrée ailleurs qu'en Norwége : elle sévit plus fréquemment dans le midi de cet État, particulièrement dans la province de Bergben, qui est son terrain d'élection, tandis que la spedalsked se rencontre plus habituellement en s'avançant vers le nord, jusqu'en Laponie.

« Cette maladie est caractérisée à son origine par l'apparition de croûtes, de sortes d'escarres, promptement suivies d'ulcère phagédénique, avec siége spécial à la partie mitoyenne du nez; de là cet ulcère s'étend à tout l'organe olfactif, attaquant les cartilages, les os nasaux, les cloisons, les méats, la voûte du palais, puis, progressivement, gagnant une plus ou moins grande partie de la face.

« Or, s'il est une maladie qui ait quelque analogie avec la radezyge, c'est celle connue sous le nom de *lupus*, d'*esthiomène*, de *dartre rongeante*. Il serait fort possible que la première ne fût, en définitive, qu'un lupus modifié, si l'on veut, par des conditions endémiques spéciales, rongeant à la fois en surface et en profondeur, plus humide, moins croûteux que le lupus que l'on observe d'ordinaire dans d'autres pays. »

COLORATION PARTIELLE EN NOIR OU EN BLEU DE LA PEAU CHEZ LES FEMMES; par le docteur LEROY DE MÉRICOURT.

En 1831, le docteur Billard (d'Angers) publia dans les ARCHIVES une observation de *cyanopathie cutanée;* en la rapprochant d'un travail du docteur Moore Neligan, inséré dans le DUBLIN QUARTERLY REVIEW, tome XIX, et de plusieurs faits qui se sont présentés à Brest depuis sept ans, le docteur Leroy de Méricourt a formé un total de dix observations qui lui permettent d'esquisser les traits principaux de cette curieuse affection.

Symptômes. — La maladie peut consister seulement en une coloration noire ou d'un bleu foncé, dont les nuances varient; du reste, limitée à la surface des paupières inférieures des deux yeux, mais pouvant s'étendre à d'autres points de la face et même de la surface du corps. Elle peut exister indépendamment de tout autre trouble appréciable de la santé, ou être précédée et accompagnée des signes ordinaires de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée, et particulièrement de vomissements ou de crachats contenant du sang noir en caillots ou de la matière colorante.

Marche, durée, terminaison. — Ordinairement l'invasion est prompte; seulement la coloration n'atteint une certaine intensité qu'au bout de quelques jours; une fois produite, elle persiste plus ou moins de temps. La durée la plus courte a été de trois mois; dans un cas, le phénomène de la coloration persiste depuis sept ans. Tantôt la disparition a coïncidé avec le rétablissement de la santé générale; dans le plus grand nombre des cas, les taches se sont maintenues malgré le retour des règles, l'état de mariage, l'accouchement; seulement il y a eu des changements dans la nuance ou l'intensité de la coloration. Une fois l'allaitement aurait eu une influence très-favorable; dans un cas, le siége variait très-facilement. La disparition, lorsqu'elle a eu lieu, s'est faite d'une manière graduelle.

Diagnostic. — La localisation plus ou moins limitée de la coloration accidentelle, la blancheur du reste de la surface cutanée, la rougeur franche des lèvres et des muqueuses, suffiront pour écarter tout de suite l'idée de cyanose. La pureté de la conjonctive, l'absence de tuméfaction, la différence de teinte, surtout sur les limites des taches, l'enlèvement de la matière colorante au moyen d'un linge blanc promené légèrement à la surface, serviront, au besoin, pour ne pas confondre ces taches avec des ecchymoses.

Pronostic. — Jusqu'à présent le pronostic paraît intimement lié au degré de la menstruation et aux différents troubles qui en sont la conséquence. Si la santé est tout à fait bonne d'ailleurs, la coloration accidentelle n'est alors que désagréable, par suite de la curiosité importune dont les jeunes personnes qui en sont atteintes peuvent devenir l'objet.

Traitement. — Tous les efforts doivent tendre à rappeler le flux menstruel, à le régulariser et lui rendre son abondance ordinaire, tout en maintenant les forces et combattant l'état anémique, s'il existe; mais si aucun trouble ne se manifeste, mieux vaut *attendre*.

L'étiologie de cette singulière affection ne peut être tracée; elle se montre chez des personnes de 16 à 22 ans, avant le mariage, parfois avant l'apparition du flux menstruel. Huit fois sur neuf la menstruation a été modifiée. Neuf cas se sont offerts dans des villes situées près de la mer; cinq à Brest seulement.

Nature. — Ce n'est pas seulement une maladie de la peau, mais une manifestation d'une perturbation générale à laquelle prennent part la circulation et l'hématose; elle a son siége à la surface de la peau, mais elle peut l'avoir en même temps à la surface de l'estomac ou des bronches.

La peau de la face a paru jusqu'à présent le siége de prédilection de la matière colorante, qui s'est surtout déposée à la surface des paupières inférieures; mais elle peut se présenter sur d'autres points de la face et même du corps.

Il est impossible en ce moment de poser des conclusions à cet égard. (ARCH. GEN.; octobre 1857.)

Depuis le travail du docteur Leroy de Méricourt, le professeur Banks (de Dublin) a inséré, dans le DUBLIN QUARTERLY JOURNAL, mai 1858, l'histoire d'un nouveau cas observé sur une fille aliénée atteinte aussi de dysménorrhée et présentant des hémoptysies supplémentaires, du météorisme et la rétention des urines; sauf ce dernier point, cette observation est très-analogue à celle du docteur Billard.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE À FORME THORACIQUE ET DE SON TRAITEMENT; par le docteur BEHIER.

Tous les praticiens connaissent les caractères et la gravité de cette forme de la fièvre typhoïde, la *congestion pulmonaire passive* et la bronchite *catarrhale* qui en est souvent la suite, constituent une *complication* des plus funestes lorsqu'elles atteignent un certain degré. Alors on voit apparaître l'aspect anxieux de la face, la coloration bleuâtre des pommettes et des lèvres, la dilatation des ailes du nez; la dyspnée peut aller jusqu'à l'orthopnée, les râles se multiplient et l'asphyxie est imminente.

Les émissions sanguines, dans ce cas, n'auraient qu'un effet palliatif momentané, en abattant le reste des forces; elles seraient bientôt suivies d'accidents plus funestes encore. On peut adresser à peu près le même reproche aux vomitifs, même combinés avec les préparations de quinquina; s'ils réveillent pour un instant l'élasticité pulmonaire, ils dépriment consécutivement l'action nerveuse.

Il faudrait donc débarrasser le poumon d'une partie du sang qui l'engoue, au moyen d'un simple déplacement qui n'affectât pas l'énergie du système nerveux.

La ventouse Junod s'offrait tout d'abord, mais elle produit facilement des syncopes par la révulsion subite d'une trop grande masse sanguine. Le docteur Béhier a pensé que des ventouses sèches apposées en nombre considérable sur la poitrine, et surtout sur les membres inférieurs, atteindraient le but désiré.

Il fait poser aux malades de 60 à 80 ventouses matin et soir; cette application du soir est nécessaire pour s'opposer au retour de la congestion, détournée un moment par la dérivation déjà exercée le matin : ce n'est pas trop, dit-il, de cette ténacité d'action contre une disposition aussi tenace. Sous l'influence de ces ventouses, on observe de très-larges ecchymoses au lieu où les verres ont été apposés; elles persistent pendant un temps plus ou moins long, et n'ont jamais été suivies d'accidents d'aucune sorte, bien que, chez certains malades, le nombre des ventouses ait été de plus de 500 en dix jours. Jamais de gangrènes, de suppuration, contre lesquelles le docteur Béhier s'est tenu en garde, surtout dans les premiers temps de l'emploi de ce moyen, dont l'application remonte déjà à deux années.

L'auteur apporte un certain nombre de faits comme exemple et confirmation de sa thèse. Il est évident d'ailleurs que ce moyen peut avoir la même efficacité contre les congestions cérébrales de la forme comateuse.

DES INJECTIONS D'ACIDE CARBONIQUE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS, ET DES TROUBLES GÉNÉRAUX QUI PEUVENT EN ÊTRE LA CONSÉQUENCE; par le docteur CH. BERNARD.

Nous nous bornerons à citer les conclusions de cet intéressant travail :

1° Les injections d'acide carbonique sont un puissant anesthésique et diminuent rapidement les douleurs utérines dans les cas d'engorgement simple ou cancéreux du col.

2° Elles ont paru une fois hâter la résolution d'un engorgement simple, et, une autre fois, diminuer une ulcération cancéreuse.

3° Mais elles produisent souvent des troubles généraux qui ont été presque nuls dans les cas d'ulcération cancéreuse, et plus ou moins marqués dans les cas d'engorgement simple du col utérin.

Nous ajoutons que ces accidents, qui consistent en de la céphalalgie, des étourdissements, de la faiblesse et de l'obscurcissement de la vue, des nausées, une courbature générale et une somnolence plus ou moins profonde et plus ou moins prolongée, sont analogues pour la plupart à ceux qu'on observe chez les animaux dans les veines desquels on injecte du sang chargé d'acide carbonique, ainsi que M. Brown-Séquard l'a rappelé dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences sur les effets du sang oxygéné ou contenant de l'acide carbonique.

NOTE SUR L'ÉRUPTION PAPULO-ULCÉREUSE QU'ON OBSERVE CHEZ LES OUVRIERS MANIANT LE VERT DE SCHWEINFURT; par le docteur E. FOLLIN.

Les mains et le visage sont spécialement atteints chez les ouvriers qui préparent le vert de Schweinfurt, tamisent le vert sec, impriment les fonds, ou bien foncent, satinent ou détachent avec la brosse la poussière d'acide arsénieux, pour polir les imprimés; mais les parties qui semblent bien protégées par les vêtements deviennent aussi le siége de ces singulières ulcérations. Au début des accidents on voit survenir sur les parties plus directement exposées à l'agent toxique, une éruption papuleuse qui s'efface sur certains points, tandis que sur d'autres elle s'exagère et donne lieu à des pustules et à des ulcérations. Les papules sont rougeâtres, arrondies à leur base, très-légèrement saillantes; les ulcérations sont circulaires, taillées à pic, indurées, mais d'une induration qui n'a point la consistance élastique des indurations syphilitiques primitives. Le fond grisâtre de ces ulcérations ne sécrète qu'une petite quantité d'un liquide mielleux, qui se dessèche facilement sous forme de croûtes jaunâtres; sous ces croûtes, quelquefois colorées en vert par la poussière toxique, la cicatrice des ulcérations peut s'établir. C'est ainsi qu'on voit guérir spontanément un bon nombre de ces ulcérations.

Le malade accuse quelquefois des élancements très-vifs dans ces solutions de continuité, et l'on ne peut attribuer ces douleurs qu'à l'action persistante de l'agent vénéneux, car il n'existe aucune réaction inflammatoire autour des points malades ; on n'y distingue pas non plus ces auréoles, d'un rouge violacé, qui circonscrivent si souvent les ulcérations syphilitiques... Cependant les ulcérations du scrotum, en général superficielles, recouvertes d'une couche pultacée, ressemblent tout à fait à des plaques muqueuses.

On conseillera, comme moyen prophylactique, les lotions d'eau fraîche sur le visage et les parties découvertes, après chaque séance de travail; on y joindra des bains fréquents, et on aura soin de diviser le travail de telle sorte que chaque ouvrier donne peu de temps au maniement du produit vénéneux.

Quand l'éruption est faite, bains simples prolongés, qui modifient rapidement les ulcérations; alors bains sulfureux; les pustules marchent vers la cicatrisation sans exiger aucun pansement. On doit donner aussi à ces malades quelques toniques; vin de quinquina, ferrugineux, etc.

ÉPIDÉMIE DE CONGESTION RACHIDIENNE OBSERVÉE A NIORT; par M. le docteur GAUNÉ, médecin en chef de l'hôpital.

Le 10 septembre 1856, il s'est déclaré dans le service des jeunes filles (enfants trouvés) de l'hôpital de Niort une épidémie de congestion et de méningite rachidiennes, curieuse par sa marche et par sa terminaison. Les malades, une seule exceptée, n'ont rien éprouvé du côté de la tête; toutes ont guéri, tandis que les auteurs donnent comme peu probable la guérison de cette dernière affection. Sur 19 malades, 10 ont été atteintes de congestion rachidienne et 9 de méningite rachidienne.

Les symptômes les plus saillants de la méningite se sont montrés au plus haut degré chez ces malades. Douleurs vives le long de la colonne vertébrale, crampes dans les membres inférieurs, paralysie de ces mêmes membres, contraction des muscles, opisthotonos.

Les jeunes filles, réunies en trois dortoirs, sont au nombre de 65; elles ont depuis 9 jusqu'à 21 ans. Les plus âgées ont été prises les premières et ont présenté les symptômes les plus inquiétants, elles sont tombées malades du 10 septembre au 6 octobre : sur 19 malades, 18 étaient entièrement rétablies le 8 décembre; la 19e, qui était beaucoup mieux à cette époque, a encore éprouvé pendant quelque temps des douleurs dans le rachis, et une grande faiblesse dans les extrémités inférieures; elle n'a pu sortir de l'infirmerie que dans les derniers jours du même mois.

L'affection s'est déclarée brusquement chez quelques-unes; chez d'autres, au contraire, elle s'est annoncée par des fourmillements, des engourdissements dans les membres inférieurs et un malaise général, prodromes qui ne précédaient la maladie que de vingt-quatre à quarante-huit heures. Chez 18, l'intelligence a été intacte, chez une seule, la tête s'est prise, il y a eu céphalalgie intense et délire; il y avait méningite céphalo-rachidienne; toutes ont perdu la faculté de se mouvoir, plusieurs ont éprouvé des douleurs vives dans les membres inférieurs, quelques-unes des fourmillements et des crampes, presque toutes des douleurs vives dans le rachis, exaspérées chez plusieurs par le mouvement et la pression ; 3 seulement ont présenté une roideur tétanique de la colonne vertébrale, assez prononcée pour offrir un véritable opisthotonos, 2 autres ont été atteintes de cette contraction musculaire à un degré bien inférieur. Presque toutes les malades ont eu de la fièvre, chez quelques-unes elle a été de peu de durée. Les filles atteintes de méningite ont gardé le lit de 50 à 75 jours; les autres, atteintes de congestion, de 15 à 40 jours.

Le traitement a été principalement antiphlogistique : les saignées générales toutes les fois qu'il a été possible, les sangsues et les ventouses sur le rachis; à l'intérieur, les adoucissants, les purgatifs et, chez 3 malades, le tartre stibié à haute dose; les antispasmodiques et l'opium nous ont été d'un grand secours pour calmer les douleurs; les bains ont été prescrits, mais la fatigue qu'éprouvaient les malades pour y rester les a fait ajourner, et ils ont été employés plus fréquemment pendant la convalescence.

Les investigations les plus minutieuses n'ont pu faire découvrir les causes de cette maladie, on est réduit à les placer dans les changements variés de la température.

Cette affection nous semble devoir être rapprochée des épidémies cérébro-spinales observées chez les soldats; dans les deux cas, les individus frappés sont jeunes, réunis en grand nombre dans une même habitation. La maladie est épidémique, elle se montre et disparaît sans causes appréciables, mais chez les militaires elle porte sa principale action sur les méninges cérébrales, tandis qu'ici elle établit son siége sur les méninges rachidiennes, avec une intensité moindre cependant que dans les méningites spinales sporadiques. Ces conditions rendent compte de la différence de gravité entre la maladie de l'hospice de Niort et la méningite cérébro-spinale de l'armée. A Niort, les saignées générales et locales n'ont pas paru avoir un grand avantage, mais comme dans la méningite militaire, les révulsifs énergiques et soutenus, l'opium et le tartre stibié ont rendu de grands services.

RECHERCHES SUR LES ANIMALCULES DE LA GALE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX; par MM. DELAFOND et BOURGUIGNON.

Les animalcules de la gale de l'homme et des animaux, d'après MM. Delafond et Bourguignon, forment une seule famille, celle des *acariens*, laquelle se divise en deux genres : les genres *sarcopte* et *dermatodecte*.

Les espèces comprises dans le genre sarcopte ont ceci de particulier, que toutes déchirent l'épiderme, et s'enfoncent au-dessous pour creuser des galeries où elles vivent et pullulent. Elles déterminent chez l'homme et chez les animaux la gale connue sous le nom de *gale à sillons*. En outre, ces animaux fouisseurs peuvent tous vivre sur l'homme et lui transmettre la gale.

Les espèces comprises dans le genre dermatodecte ponctionnent l'épiderme avec leurs mandibules disposées en lancettes. Leurs piqûres font naître une gale d'une physionomie spéciale, *sans sillons*.

Ces parasites ne peuvent pas vivre sur la peau de l'homme, et par conséquent ne lui donnent pas la gale.

Tous ces parasites ont leurs préférences, et attaquent pour y vivre plutôt telle région de la peau que telle autre.

On sait que le sarcopte de l'homme fait plus particulièrement choix des régions pourvues d'un épiderme souple, abondant, sillonné de plis, comme la peau des doigts, de l'intervalle des phalanges, des poignets, des organes génitaux, chez l'homme, et du voisinage du bout des seins chez la femme.

Les acariens des animaux préfèrent généralement habiter la partie supérieure de l'encolure, du dos, des reins et de la base de la queue.

Les sarcoptes du chien, du chat, du lion, aiment à creuser leurs sillons sur la peau de la tête, du pourtour des yeux, du nez et des oreilles. Ceux des solipèdes habitent de préférence la peau de la crinière, du jarret et de la queue, bien qu'à ces endroits le tégument soit très-épais et très-dur. Ceux du mouton s'arrangent mieux de la peau de la partie sacrée, de l'origine de la queue, de la pointe des fesses, du dos et des épaules.

Les acariens des animaux aiment plus particulièrement sucer les humeurs saines ou morbides des bêtes maigres, débiles, affaiblies par une mauvaise nourriture ou délabrées par l'excès de travail, la misère et la malpropreté.

Il est également digne de remarque que les humeurs de l'homme et des carnassiers ne conviennent pas aux dermatodectes, puisque ces parasites ne vivent pas sur leur peau et n'y font pas naître la gale.

Le sillon est très-remarquable chez l'homme et le cheval, par sa longueur et son trajet droit, oblique, contourné ou festonné. C'est là le signe pathognomonique de la gale causée par les sarcoptes. Dans ces galeries réunies et habitées par un grand nombre de sarcoptes, les attaques réitérées de ceux-ci sur les villosités donnent lieu à du prurit et aussi à une exhalation abondante d'humeurs. Ces produits, mêlés aux cellules épidermiques et à des débris d'acares morts, forment une croûte plus ou moins épaisse à la surface de la peau.

Les dermatodectes se déplacent souvent pour aller attaquer çà et là la peau. Lorsqu'une région ne leur convient plus, ils abandonnent le lieu où ils étaient fixés pour s'établir ailleurs. De ces attaques ainsi disséminées et successives, naît une forme particulière de gale, caractérisée surtout par l'existence de surfaces plus ou moins croûteuses, de forme arrondie, découpées ou festonnées à leur circonférence, surfaces disséminées, puis réunies et confondues, mais n'offrant jamais de sillons.

Les auteurs, après avoir écrasé des centaines de sarcoptes du chien, séparé avec soin les parties solides des parties liquides, reconnu que ces dernières ne contenaient ni acares, ni larves, ni œufs, ont inoculé le suc à l'homme et au chien, en pratiquant avec la lancette une piqûre sous-épidermique. Cette inoculation a été suivie d'une éruption avec prurit et offrant les principaux caractères de l'éruption papulo-prurigineuse accompagnant la vraie gale.

Pour s'assurer de la durée de la vie des acares, les auteurs ont recueilli des larves, des mâles et des femelles fécondées. Ces parasites ont été placés dans une petite capsule creusée dans une lame de verre, laquelle a été recouverte d'une autre lame de verre maintenue avec un lien. D'autres ont été conservés dans de petites boîtes en papier, au milieu de croûtes, de brins de laine ou de poils, ou bien sur des portions de peau fraîche ou demi-desséchée. Tous ces objets ont été soumis à la température ordinaire du corps des animaux ou bien à une température variée de 10, 15, 20 et 25 degrés. Voici les résultats :

Pour les larves	de 4 à 5 jours.
Pour les sarcoptes mâles	de 5 à 6 —
Pour les sarcoptes femelles adultes	de 7 à 8 —

La durée de la vie des dermatodectes a été :

Pour les larves	de 5 à 6 jours.
Pour les mâles	de 5 à 8 —
Pour les femelles adultes	de 8 à 12 —

Ainsi donc, placés dans des conditions identiques, en dehors des animaux, les dermatodectes vivent plus longtemps que les sarcoptes.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 MARS 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

L'Académie reçoit plusieurs pièces manuscrites destinées au concours pour les prix de médecine et chirurgie. Ces pièces, les unes manuscrites, les autres imprimées, et accompagnées de l'analyse exigée des concurrents, sont adressées par les auteurs dont les noms suivent :

— M. TILLAUX présente un mémoire, accompagné d'un atlas, SUR LA STRUCTURE DE LA GLANDE SUBLINGUALE DE L'HOMME ET DE QUELQUES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

— M. BERAUD adresse trois mémoires sur la PATHOLOGIE DES OVAIRES ET DES TESTICULES.

— M. NICKLÈS, en adressant un opuscule intitulé : RECHERCHES SUR LA DIFFUSION DU FLUOR, y joint une analyse manuscrite dont nous extrayons la note suivante, qui fait comprendre pourquoi l'ouvrage est présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie : « La découverte de la présence du fluor dans l'eau minérale de Plombières, annoncée par moi à l'Académie dans sa séance du 6 avril 1857, a reçu depuis une éclatante confirmation par la mise à jour d'un filon de spath fluor dans ce bassin, à la base même des sources minérales. »

— M. BEHIER présente, avec ses RECHERCHES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

— M. SAUVÉ adresse une indication semblable pour son ouvrage SUR LA MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS.

— M. Hubert LUSCHKA envoie, de Tubingue, un ouvrage écrit en allemand SUR LES SEMI-DIARTHOSES DU CORPS HUMAIN, et y joint une analyse en français de ce travail.

Ces pièces sont réservées pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.

— M. DOYÈRE adresse ses remercîments à l'Académie, qui, dans sa séance du 14 mars dernier, lui a décerné le prix annuel du legs Bréant, pour ses études sur les gaz expirés par les cholériques, et sur l'élévation de température qui se montre chez eux aux approches de la mort.

— M. LAURENT, à qui a été décernée dans la même séance une des médailles de la fondation Lalande, pour la découverte de la planète *Nemausa*, remercie également l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Plusieurs échantillons de bas, chaussettes, ceintures, etc., contre les varices, les maladies hypogastriques, les cautères, les vésicatoires, de l'invention de MM. Vié et Ferté (Commissaires : MM. Poiseuille, Huguier, Robert) ;

2° Un nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie partielle, inventé par M. le docteur Grondonid (Comm. des remèdes secrets et nouveaux) ;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de la Loire-Inférieure, de la Dordogne, du Var, de la Loire et de Tarn-et-Garonne (Comm. des épid.).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. Martins (de Montpellier), qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant membre correspondant ;

2° Une lettre de M. le docteur Ruyer, qui sollicite le titre de membre correspondant ;

3° Une note de M. le docteur Aubrun, sur le traitement des affections diphthéritiques par l'administration interne du perchlorure de fer (Commissaires : MM. Grisolle, Trousseau) ;

4° L'observation suivante de M. Leroy-d'Étiolles :

Monsieur le Président,

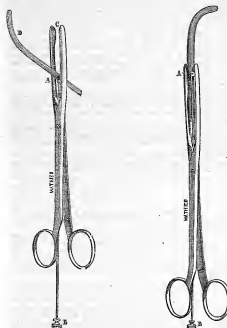
J'ai eu à plusieurs reprises l'honneur de présenter à l'Académie un certain nombre de corps de nature et de forme diverses que j'ai extraits de vessies d'hommes et de femmes au moyen d'instruments que j'ai imaginés dans le but de faire cette extraction par les voies naturelles sans incision.

Je viens mettre sous ses yeux un nouvel exemple remarquable. C'est un étui de bois rose qui a 12 millimètres de diamètre et 8 centimètres de long ;

bien qu'il n'eût séjourné que sept jours dans la vessie, il était déjà recouvert d'une incrustation lithique, circonstance fâcheuse et favorable tout à la fois : fâcheuse, en ce que cette incrustation augmentait le volume de l'étui et rendait sa surface rugueuse; favorable, en ce qu'elle avait sondé pour ainsi dire les deux portions de l'étui, qui était rempli d'aiguilles.

Cet étui, une double erreur l'avait fait tomber dans la vessie d'une fille de 19 ans qui avait conservé sa virginité. Les douleurs étaient vives, les besoins d'uriner incessants. La jeune maladroite alla consulter M. le docteur Saillart de Raveton, qui me l'adressa, et je procédai à l'extraction avec l'assistance de M. le docteur Bontin de Beauregard.

L'étui était placé presque en travers, obliquement incliné de droite à gauche; pour le faire sortir il fallait le faire tourner sur lui-même et amener l'une de ses extrémités au droit de l'orifice de l'urèthre; j'y suis parvenu en me servant de la pince que j'ai imaginée dans ce but, et que j'ai l'honneur de replacer sous les yeux de l'Académie. Elle est formée de deux branches articulées, comme celles des pinces de trousse, dont elle diffère par son volume, par le creusement en gouttière de ses branches, par un petit râteau A obéissant à l'impulsion d'une tige B qui glisse dans une rainure, par la disposition des bords des deux gouttières qui, écartées d'un côté, celui où se trouve le râ-



teau, se touchent de l'autre par des renflements C existant vers l'extrémité des branches. Voici comment agit cet instrument : Supposons le corps cylindrique saisi défavorablement, c'est-à-dire en travers, le râteau le pousse dans cette position vers l'extrémité des branches; il chemine ainsi jusqu'à ce qu'il rencontre le renflement; là, un des bouts s'arrête, tandis que l'autre, ne trouvant pas d'obstacles, obéit à l'impulsion du râteau, se redresse peu à peu, se place dans le tube formé par les deux gouttières, et sort avec la pince. C'est ce qui est arrivé dans la circonstance actuelle : l'étui a été saisi par la pince vers le quart de sa longueur, le râteau poussant sa longue portion pour le faire basculer et engager dans la gouttière sa courte portion arrêtée par le renflement.

L'opération entière, y compris l'exploration et l'étude de la position du corps étranger, a duré dix minutes environ; la douleur a été légère, car la patiente n'a pas voulu être endormie, et elle n'a été suivie d'aucun accident ni même de réaction fébrile.

Je demanderai bientôt à l'Académie la permission de lui présenter d'autres faits récents et des considérations sur l'extraction des corps étrangers de la vessie.

J'ai l'honneur d'être, monsieur le président, votre très-humble serviteur, etc.

5° Une notice sur les eaux minérales du mont Dore, par M. le docteur Goupil (d'Espallières) (Comm. des eaux minérales) ;

6° Une note descriptive d'une béquille, d'un pessaire et d'un appareil herniaire nouveau, inventés par M. Rouault (de Madrid) (Comm. : MM. Laugier et Malgaigne) ;

7° L'observation d'un cas de prolapsus complet de l'utérus, avec hypertrophie légère de la partie sous-vaginale du col, guéri par l'episiorraphie et les cautérisations combinées, par M. le docteur Devilliers (Comm. : MM. Danyau et Laugier) ;

8° La relation d'une excision du col utérin atteint d'allongement hypertrophique, par le docteur Cazenave (de Bordeaux) (Même comm.) ;

9° Un pli cacheté déposé par le même médecin, et contenant la description d'un procédé nouveau pour l'abaissement de la cataracte (Accepté) ;

10° Un paquet cacheté déposé par M. le docteur Corbett (Accepté).

— M. Michel Lévy propose à l'Académie d'adresser des témoignages de sympathie à M. Bégin, que le mauvais état de sa santé tient depuis deux mois éloigné de Paris.

Cette proposition est adoptée avec empressement.

— M. le Président annonce à l'Académie que M. Lagneau demande à ne plus faire partie de la commission du prix Civrieux. Le bureau propose de nommer M. Gibert à sa place.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à cette nomination.

DES ULCÉRATIONS DE LA TRACHÉE-ARTÈRE PRODUITES PAR LE SÉJOUR DE LA CANULE APRÈS LA TRACHÉOTOMIE.

M. le docteur Henri Roger donne lecture à l'Académie d'un mémoire ainsi intitulé.

« Ce travail, dit M. Roger, repose sur 21 observations, 2 que j'ai recueillies en 1852, à l'hospice des Enfants-Trouvés, 6 empruntées à différents auteurs, notamment à M. Barthez, et 13 qui m'appartiennent et que, postérieurement à une communication de cet honorable confrère, il m'a été possible de réunir, dans le premier trimestre de 1859, grâce à l'obligeance de mes excellents collègues de l'hôpital des Enfants, MM. Blache, Bouvier et Gillette. »

Le mémoire de M. Roger se termine par le résumé général et les conclusions qui suivent :

« Parmi les accidents consécutifs à la trachéotomie pratiquée pour le croup, il en est un, signalé déjà, mais qui n'a pas été étudié, *l'ulcération de la trachée-artère par la canule.*

» L'ulcère trachéal est une lésion assez fréquente, surtout dans certaines épidémies de croup, puisque nous avons pu, à l'hôpital des Enfants, en recueillir 13 observations en moins de trois mois, sur un nombre de 63 jeunes sujets trachéotomisés dans ce premier trimestre de 1859.

» Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, il faut distinguer : 1° l'érosion de la membrane muqueuse ; 2° l'ulcération ; 3° la perforation complète de la trachée-artère.

» L'ulcération trachéale siége presque toujours à la *paroi antérieure* du conduit aérifère, au niveau du bord inférieur de la portion verticale de la canule, et elle est produite par le frottement qu'exerce ce bord un peu recourbé et tranchant, qui peut basculer et porter contre la paroi antérieure de la trachée, dans les mouvements de la respiration et de la déglutition.

» 2 fois sur 21, l'ulcère siégeait à la *paroi postérieure*, et 4 fois il occupait simultanément les parois antérieure et postérieure de la trachée-artère.

» Presque toujours il n'y a qu'une seule ulcération; dans des cas où l'influence épidémique a fortement agi, il peut y en avoir plusieurs.

» Le plus souvent, l'ulcère est de forme ovalaire, borné juste au champ du frottement exercé par la canule; plus ou moins étendu chez quelques sujets, on l'a vu occuper presque toute la circonférence de la trachée-artère.

» La forme la plus rare de l'altération pathologique est l'érosion (2 fois sur 21); la plus commune est l'ulcération (15 fois); la perforation complète du conduit aérifère est encore assez fréquente (4 fois sur 21).

» Les altérations anatomiques coïncidentes sont, par ordre de fréquence : l'ulcération ou la diphthérite de la plaie du cou, la broncho-pneumonie double, la trachéite et la bronchite, la suppuration du tissu cellulaire ambiant, les ulcérations spontanées multiples du conduit aérien.

» Le premier symptôme qui peut faire supposer l'existence d'une ulcération trachéale est le mauvais état de la plaie extérieure, les fausses membranes, les ulcérations et la gangrène qui s'y développent.

» Une coloration noire de la canule, surtout à sa partie inférieure, la fétidité de l'haleine et des crachats rendus par la canule, parfois une expectoration sanguinolente, et, chez quelques enfants, de la douleur au devant du cou, avec dysphagie, tel est l'ensemble des symptômes qui permet d'établir le *diagnostic* de l'ulcère trachéal.

» Les ulcérations de la trachée-artère proviennent de plusieurs *causes* : la principale est l'action vulnérante de la canule, la pression, les frottements qu'elle exerce en certains points du conduit aérifère; c'est un véritable traumatisme dont la puissance est démontrée par les expériences de tubage du larynx que MM. Trousseau et Bouley ont pratiquées sur des animaux. Dans ces expériences, les ulcérations plus ou moins profondes, déterminées sur la

membrane muqueuse du larynx à l'état sain, par le contact plus ou moins prolongé d'un tube métallique, sont tout à fait analogues à celles que nous avons observées chez les enfants trachéotomisés. Chez les animaux, comme chez nos malades, il y a eu, par le fait d'une action mécanique semblable, une lésion matérielle identique. Ces mêmes expériences font également comprendre la rapidité parfois très-grande avec laquelle se développent les ulcères trachéaux à la suite de la bronchotomie (en quarante, trente-huit et même trente-six heures; et, dans ce dernier cas, il y avait perforation complète de la trachée).

» Les *causes accessoires* sont l'état de congestion aiguë, de phlegmasie de la membrane muqueuse des voies respiratoires, les ulcérations de la trachée étant aussi fréquentes à la suite de la trachéotomie pratiquée pour le croup, qu'elles sont rares consécutivement à cette opération dans les affections chroniques du larynx;

» Un mauvais état général, produit le plus souvent par l'intoxication diphthéritique;

» La nature particulière de l'épidémie de diphthérite, qui nous a mis à même de voir, dans les trois premiers mois seulement de 1859, trois fois plus d'ulcérations trachéales qu'on n'en avait observé pendant l'année 1858 tout entière;

» L'*âge* peu avancé des malades, qui, peu dociles, font, dans leurs mouvements irréfléchis, que la canule frotte continuellement contre la membrane muqueuse de la trachée-artère.

» Le *pronostic* des ulcérations trachéales présente une certaine gravité; s'il est probable que, dans un petit nombre de cas, les ulcérations de la trachée-artère se cicatrisent, il est certain qu'elles aggravent le plus souvent la position de l'opéré par la fièvre qu'elles entretiennent, la suppuration qu'elles excitent et les accidents de voisinage qu'elles déterminent. Le pronostic varie d'ailleurs suivant qu'il existe une érosion, une ulcération ou une perforation du conduit aérien; mais la gravité n'en est jamais telle que, dans un cas de croup, le médecin, trop préoccupé d'une ulcération possible de la trachée-artère, hésite à pratiquer la trachéotomie, en présence d'une mort imminente et quand cette opération est la suprême ressource.

» De plus, la gravité de ces ulcères, qui n'entraînent pas la mort par eux-mêmes, est bien moindre que celle de l'ulcération et de la gangrène de la plaie presque toujours concomitantes, et surtout que celle de la diphthérite secondaire des autres parties des voies aériennes.

» Le *traitement*, essentiellement préventif, devra consister à éviter, par l'emploi d'une canule peu volumineuse et légèrement oblique en arrière, la compression de la membrane muqueuse trachéale, et à s'opposer, par l'adoption d'une *canule mobile* dont le corps se meut comme la trachée-artère elle-même, aux frottements exercés contre la paroi interne du conduit. La canule mobile de M. Luër est celle qui nous a paru jusqu'ici remplir le mieux cette indication. Des 4 malades chez lesquels on l'a employée à l'hôpital des Enfants, 1 a guéri et 2 autres sont en voie de guérison. »

Ici M. Roger, qui avait déjà mis sous les yeux de l'Académie quatre larynx où se voient des lésions diverses, depuis l'érosion jusqu'à la perforation, montre la canule de M. Luër, qui a la forme de la canule ordinaire, mais dont le corps s'articule très-lâchement avec les ailes et jouit par conséquent d'une grande mobilité. Puis il termine en ces termes :

« En outre, et dès les premiers jours qui suivent la trachéotomie, on essayera d'enlever momentanément la canule, afin de soustraire, au moins pendant quelques instants, la trachée-artère à cette cause de traumatisme, tout en se guidant, pour la durée du temps pendant lequel on laissera le conduit aérifère sans instrument, sur la manière dont s'accomplit la respiration.

» Nous venons d'étudier et de décrire avec détails les ulcérations que détermine, dans la trachée-artère, le séjour de la canule métallique après la trachéotomie; nous avons le premier exposé les causes de cet accident consécutif à l'opération, indiqué par quel mécanisme et sous quelles influences il se produit, par quels symptômes il s'annonce et quelles conséquences il peut entraîner; nous avons montré pareillement quel était le meilleur moyen de le prévenir, de sorte qu'à la fin de ce travail il nous est permis de dire qu'en signalant le mal, nous avons été assez heureux pour pouvoir indiquer en même temps le remède. »

Le mémoire de M. Roger est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Blache et Barth.

— L'Académie reprend, après cette lecture, la discussion sur l'allongement hypertrophique du col utérin.

M. Depaul a la parole pour terminer son discours, interrompu dans la dernière séance.

DISCUSSION SUR L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN.

M. Depaul : Il me reste à présenter aujourd'hui quelques considérations d'anatomie pathologique relatives à l'affection dont M. Huguier nous a entretenus; cette question est extrêmement importante au point de vue du traitement dont j'aurai à m'occuper finalement.

M. Huguier a parfaitement dit que le volume de la tumeur formée par le col utérin de l'utérus est extrêmement variable; l'état du vagin avait été indiqué très-bien, avant lui, par la plupart des auteurs; ce que M. Huguier a ajouté à leurs descriptions, est surtout relatif à l'état du rectum. Celui-ci peut être entraîné par la paroi postérieure du vagin, et il se forme alors dans l'intérieur du vagin une saillie de cul-de-sac. M. Huguier a décrit fort exactement cette disposition. Je dois ajouter, toutefois, que les cas dans lesquels on la rencontre sont rares. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît facilement la hernie du rectum; il suffit, pour cela, de porter l'index, recourbé en crochet, en avant.

Ce qu'il importe surtout de noter, au point de vue de l'opération, c'est que le renversement de la paroi postérieure du vagin est beaucoup plus rarement complet que celui de sa paroi antérieure.

Le col est souvent le siége d'ulcération et d'un certain boursouflement; son orifice est le plus souvent béant.

Je présente ici à l'Académie l'utérus d'une femme de 50 ans, morte, ces jours derniers, à Cochin, d'une pneumonie. Je dois cette pièce à l'obligeance de M. Saint-Laurent et de son interne. Vous voyez que l'utérus forme une saillie considérable hors de la vulve; le vagin est déplissé en entier en avant, tandis qu'en arrière une grande partie de la tumeur repose encore sur la conrhure du périnée. Vous remarquerez également que l'altération de la muqueuse vaginale, l'épaississement, le durcissement qui la font ressembler à la peau, sont beaucoup plus prononcés en avant qu'en arrière. La tumeur est recouverte en avant par une bonne partie de la vessie, qui arrive, jusqu'auprès de l'orifice du col de l'utérus. C'est évidemment un cas d'abaissement de la matrice, je ne dirai pas d'abaissement complet. La seconde utérine pénètre à la profondeur de 8 centimètres 3/4 environ, ce qui aurait suffi à M. Huguier pour admettre qu'il s'agit d'un allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col.

Or, pour ruiner cette opinion, il suffit de remarquer que le fond de l'utérus, qui, à l'état normal, se trouve à 1 centimètre 1/2 au-dessous de la symphyse pubienne ne se voyait pas d'abord quand on ouvrit le ventre. Il était situé très-profondément, au fond d'une espèce d'entonnoir. Et puis vous voyez que le corps, loin d'être hypertrophié, est au contraire atrophié, et qu'il est impossible de constater un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.

En mesurant la tumeur et l'utérus, on voit que la première dépasse en avant de 10 centimètres 1/2 l'anneau vulvaire, tandis que la matrice elle-même ne mesure que 9 centimètres 1/2 en longueur. La tumeur, en conséquence, est plus longue en avant que l'utérus lui-même, tandis qu'en arrière elle l'est un peu moins.

La raison de cette différence est tout entière dans les rapports anatomiques du vagin et de l'utérus. On sait, en effet, et je représente cette disposition sur ce bassin, que la matrice, à l'état normal, est dirigée de haut en bas et d'avant en arrière.

Dans les abaissements peu prononcés, sa direction ne change pas sensiblement; mais il suffit que l'abaissement soit un peu plus avancé pour que le fond de l'utérus se porte en arrière et le col en avant.

Je dois avouer, d'ailleurs, que sur cette pièce, la matrice est un peu allongée, mais elle l'est en totalité et cet allongement ne porte nullement sur la partie sus-vaginale du col; seulement, on pourrait objecter, aux conclusions que je crois pouvoir déduire de ce fait qu'il s'agit d'une femme de 50 ans, et que l'absence d'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col périnéal tient à une atrophie commençante de l'organe. A cette objection, je me contenterai de répondre que parmi les malades de M. Huguier, beaucoup avaient dépassé l'âge de 50 ans.

Mais j'ai hâte d'arriver à la question du traitement. A en croire M. Huguier, tous les médecins agissent généralement, dans les cas dont il s'agit, contre le déplacement de l'utérus, et contre le déplacement seul. Je m'inscris en faux, pour ma part, contre cette assertion. Nous connaissons tous de longue date l'hypertrophie, l'engorgement inflammatoire de l'utérus, comme lésion concomitante de son abaissement, et nous attachons tous une grande importance à combattre cette lésion.

Quant au traitement proposé par M. Huguier, je dois dire, comme à l'occasion de l'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col, que les préceptes théoriques de M. Huguier me paraissent fort acceptables, mais qu'il les a lui-même violés en maintes occasion. Il y a d'ailleurs, ici encore, quelques portions sur lesquelles je ne puis être d'accord avec M. Huguier. Mon honorable collègue croit que les moyens médicaux sont presque toujours inutiles; je serais parfaitement de son avis s'il ne s'agissait que de la cure radicale; mais je soutiens que ces moyens sont presque toujours utiles et qu'ils sont souvent suffisants comme moyens palliatifs. Je crois d'ailleurs, comme M. Huguier, que, dans les cas où il est possible de réduire la matrice et de la maintenir réduite, toute opération chirurgicale doit être proscrite; mais pourquoi donc M. Huguier a-t-il opéré dans un cas de ce genre?

Les indications que M. Huguier se propose de remplir à l'aide de son opération sont, comme il le dit :

1° D'alléger la matrice de son poids anormal. Il suffit de jeter un regard sur les pièces que je viens de présenter à l'Académie pour se convaincre que ce n'est nullement là une indication absolue. Je conviens pourtant que la matrice est parfois trop lourde, et que dès lors le précepte de M. Huguier paraîtrait rationnel; mais je ferai remarquer que souvent, dans ce cas, l'hypertrophie de la matrice est consécutive à son abaissement.

2° De diminuer les diamètres prédominants de la matrice. Remarquez que, sur cette pièce, l'allongement est de 1 à 2 centimètres au plus.

3° De rétrécir le vagin circulairement. Vous conviendrez que ce précepte-là est fort ancien.

4° Il en est de même de l'indication qui consiste à diminuer la traction exercée sur le vagin par la vessie et le rectum déplacés.

Quant à l'opération qui seule, à en croire M. Huguier, remplirait ces indications, elle n'est pas nouvelle non plus, et Lisfranc l'a faite plus d'une fois. Regardez d'ailleurs encore une fois la pièce que je viens de présenter, et vous conviendrez qu'il est des cas où cette opération est absolument impossible à exécuter. Bien plus, l'affection dont il s'agit n'a souvent par elle-même aucune gravité; elle n'altère nullement la santé dans beaucoup de cas, et un grand nombre de femmes qui en sont atteintes peuvent se livrer sans inconvénient aux plus rudes travaux. Ces raisons sont plus que suffisantes pour qu'on n'expose pas les malades aux risques d'une opération fort grave.

M. Huguier a voulu atténuer les dangers de l'opération, et dans ses observations on voit qu'elle n'a jamais été mortelle, ce qu'il attribue aux précautions auxquelles les malades sont soumises par lui avant et après l'opération. Je soutiens pourtant que l'opération telle que la pratique M. Huguier est encore beaucoup plus grave que l'amputation simple du col.

M. Huguier, en décrivant son opération, dit qu'il décolle le vagin de l'utérus; je ne crains pas de dire que c'est une erreur. Le vagin, qui n'est, anatomiquement, qu'un prolongement de l'utérus, lui adhère avec beaucoup de force, et il est impossible de l'en décoller. Quand M. Huguier a cru opérer ce décollement, il taillait dans le tissu utérin, et c'est fort heureux, car autrement il aurait certainement ouvert le péritoine, en arrière surtout, où le cul-de-sac péritonéal est beaucoup plus profond qu'en avant. Du reste, *il paraît* que M. Huguier n'a pas ouvert le péritoine une seule fois.

Quant aux autres accidents, je crois que M. Huguier se fait quelque illusion, et qu'ils sont plus graves qu'il ne le dit; c'est ce qui résulte pour moi de l'analyse des observations de M. Huguier, et je regrette que le temps me manque d'en donner la démonstration à l'Académie. Je ne puis plus que présenter quelques remarques très-écourtées. Je ferai seulement observer en passant que M. Huguier n'opère pas seulement les malades jeunes, puisque sept de ses opérées avaient 40 ans et davantage. M. Huguier affirme qu'aucune de ses malades n'a succombé à l'opération; je crois au contraire que cela est arrivé deux fois. L'une de ces opérées est morte avec des abcès rénaux; je crois que cet accident était la conséquence directe d'une cystite consécutive à l'opération. Dans un autre cas, M. Huguier trouva à l'autopsie de petits tubercules dans le cerveau, et il s'empressa de rapporter la mort de la malade à cette cause; mais l'observation démontre qu'il n'en est rien, et que les accidents qui ont entraîné la mort étaient sous la dépendance directe de l'opération. M. Robert, qui n'a répété qu'une fois l'opération de M. Huguier, a d'ailleurs perdu sa malade de métro-péritonite.

Je voulais encore démontrer que M. Huguier a fait sept fois son amputation sans avoir employé d'abord les moyens plus doux qu'il conseille lui-même, et que l'emploi de la sonde utérine lui a fait commettre une fois une erreur de diagnostic que le toucher rectal lui a fait rectifier; mais le temps me manque, et je me bornerai à résumer ce que j'ai dit et ce qui me restait à dire dans les conclusions suivantes;

Si je ne m'abuse, messieurs, je crois qu'il résulte du long examen critique que j'ai fait du travail de M. Huguier,

Sur le premier point;

1° Que l'allongement hypertrophique de la portion *intravaginale* du col de l'utérus est une affection depuis longtemps bien connue et bien décrite;

2° Qu'on ne saurait confondre cet état ni avec un abaissement peu marqué, ni surtout avec un abaissement dans lequel une portion plus ou moins considérable de l'organe a franchi l'anneau vulvaire;

3° Que le palper abdominal, que l'introduction du doigt dans le vagin et le rectum, et que l'inspection directe suffisent dans tous les cas pour établir un diagnostic certain, sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme utérin, moyen qui peut avoir les conséquences les plus funestes et qu'il faut réserver pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels il peut servir à éclairer le diagnostic de certaines affections utérines;

4° Que les moyens médicaux convenablement employés et que les cautérisations surtout suffisent à peu près à tous les cas;

5° Que dès lors il ne convient pas de généraliser l'amputation de cette partie de l'utérus, même dans les conditions qui ont été posées par notre savant collègue;

6° Enfin que, malgré les observations rapportées par lui et tirées de sa pratique, cette opération doit être considérée comme une des plus graves de la chirurgie, et il ne faut pas oublier qu'elle a déjà coûté la vie à plusieurs malades.

Sur le second point:

1° Que l'allongement hypertrophique, limité à la portion sus-vaginale du col n'existe pas;

2° Que l'état décrit par M. Huguier sous cette dénomination n'est autre chose que l'hypertrophie de l'utérus dans sa totalité (hypertrophie qui est surtout apparente vers l'extrémité inférieure du col ou dans le corps de l'organe), ou un allongement de l'organe sans hypertrophie, et quelquefois même avec atrophie;

3° Que cet allongement de l'utérus avec ou sans hypertrophie était connu, ainsi qu'on peut le voir dans les ouvrages de M. Cloquet, de Dugès et Boivin, de M. Cruveilhier, etc.;

4° Que les auteurs, depuis qu'on a sérieusement étudié les affections utérines, n'ont pas confondu cette disposition anatomique avec la chute complète de l'utérus;

5° Qu'ils ont insisté, au contraire, sur cette hypertrophie partielle ou générale qu'ils ont considérée comme cause ou conséquence de l'abaissement;

6° Que la chute de l'utérus, dans laquelle *une portion de l'organe seulement* a franchi la vulve est déjà rare, mais que la *chute complète* est beaucoup plus rare encore;

7° Que, toutefois, il y a dans la science des exemples incontestables de cette chute complète, et qu'il n'est pas de chirurgien un peu répandu qui, dans le cours de sa carrière, n'en ait rencontré quelques cas;

8° Que le diagnostic de l'abaissement utérin à ses divers degrés s'établit *avec toute la précision nécessaire* à l'aide des modes d'exploration qui sont généralement employés (palper abdominal, touchers rectal et vaginal, palper de la tumeur vulvaire);

9° Que la sonde utérine, outre ses dangers, ne permet en aucune façon, d'apprécier l'épaisseur des parois de la matrice, et que pour cette raison et pour d'autres encore, elle peut laisser ignorer la véritable longueur de l'organe, et que d'ailleurs elle ne peut fournir le moindre renseignement sur les dimensions des autres diamètres de la matrice;

10° Que l'opération proposée par notre collègue pour quelques-uns de ces abaissements, comporte tous les dangers dont j'ai parlé à propos de la simple amputation du col, et qu'en outre elle est rendue beaucoup plus périlleuse par l'étendue plus considérable de la plaie utérine et par le voisinage du péritoine, qu'en arrière surtout on est très-exposé à blesser.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop louer les recherches persévérantes de notre savant collègue, et quoiqu'il ait à mon sens élevé des prétentions un peu trop grandes sur des questions qui n'étaient pas aussi ignorées qu'il a bien voulu dire, ces recherches ont le grand mérite d'avoir fixé l'attention sur des points qui n'étaient peut-être pas assez généralement connus, et d'avoir montré que pour des cas extrêmes qui sont heureusement fort rares, la chirurgie n'était pas désarmée entre des mains habiles.

En ce qui me concerne, je m'estimerai heureux si j'ai fait passer dans l'esprit de mes collègues la conviction profonde qui m'anime, à savoir qu'on est beaucoup plus utile aux malades en s'abstenant d'une opération aussi grave qu'en voulant, à tout prix, les guérir radicalement d'une simple infirmité, sérieuse sans doute, mais qui leur laisse, en général, toute leur liberté d'action, et qui, dans tous les cas, ne met jamais leur vie en danger, quand elles sont entourées de soins bien entendus.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES DE L'ALGÉRIE, recueillies et publiées avec une introduction; par le docteur A. BERTHERAND. — Paris et Alger, 1858.

L'Algérie renferme un nombre considérable de sources minérales qui permettront à notre colonie, lorsqu'elles seront généralement exploitées et installées, de trouver dans son propre sein la plupart des ressources thermales dont la métropole peut à bon droit s'enorgueillir.

Les Romains n'avaient eu garde, alors qu'ils avaient apporté dans l'Afrique du Nord la conquête et la civilisation, de négliger ces précieux accessoires hygiéniques et thérapeutiques de toute installation sociale. Les eaux minérales de l'Algérie présentent encore de nombreux vestiges de l'importance qu'ils y attachaient. A *Hamman-Berda*, entre Bône et Constantine, près d'un bois de vieux oliviers, qu'une antique tradition appelle encore du nom de *bois sacré*, de vastes constructions de forme circulaire, allongées d'une demi-lune excentrique, enserrent, dans un bassin qui n'a pas moins de 12 mètres de longueur sur 36 de largeur, les eaux de sources thermales fort nombreuses et abondantes, issues dans son aire ainsi qu'à son pourtour. Les ruines éparses et la piscine bien conservée d'*Aquæ-Calidæ*, au sud des restes de *Julia Cæsarea*, aujourd'hui Cherchell, ont pu être employées à la moderne réédification d'*Hamman-Rir'a*, sur la route d'Alger à Milianah, et non loin de cette dernière ville.

La plupart de ces bains ou *hammam* (les Arabes appellent ainsi toutes les eaux minérales indistinctement) sont encore en grand crédit parmi les douars, et principalement chez les habitants des villes. Les Juifs et les Maures d'Alger se rendent journellement, durant la belle saison, aux sources d'*Hammam-Mélouane*, au milieu des gorges de l'Atlas, dans le lit torrentueux de l'*Harrach*; les populations des cercles de Bône et de Guelma vont à *Hammam-Meskoutine*; les indigènes de Constantine au *Hamma* et à *Sala-Bey*; les nomades des environs de Sétif au *Hammam-Bou-Sellam*, près du Bou-Taleb. Ils y dressent leurs tentes, s'y installent à leur convenance, et malgré la

brièveté d'un séjour généralement insuffisant, perpétuent néanmoins l'ancienne renommée de ces stations salutaires.

Voici quelle serait, suivant les Arabes, l'origine commune des eaux minérales.

Le sage sultan Soliman, *soulthan Sliman* (on croit qu'il s'agit du roi Salomon) se baignait très-fréquemment. Dans cette habitude, longtemps pratiquée, il lui sembla qu'en ajoutant aux bains que l'on chauffait pour lui certaines substances minérales, du fer, du soufre,etc., ces bains acquerraient de précieuses propriétés curatives. Jaloux de faire partager aux hommes les bienfaits de cette observation, le sultan, doué d'autant de volonté que de sagesse, se mit à l'œuvre incontinent: sous ses mains puissantes, les divers éléments dont l'efficacité lui avait été révélée, triturés, mélangés, combinés, composèrent une grande variété d'eaux pour la guérison de toutes les maladies. Il eut soin, par une heureuse prévoyance, de les disséminer sur une infinité de points de la terre, et éleva auprès d'elles des zaouïa, des *goubba* (chapelles). Comme il se défiait souverainement de Satan, il préposa à la garde de chaque source des génies (djennounes), qu'il rendit sourds, aveugles et muets, afin qu'ils ne pussent entendre, voir ni répéter ce qui se ferait et se dirait dans le bain. Ces mêmes esprits devaient, par son ordre, chauffer incessamment les eaux pour les tenir à toute heure et à température également chaude, à la disposition de ceux qui en avaient besoin. Sidi Sliman mourut à un âge fort avancé couvert de gloire et chargé de bénédictions universelles. Depuis, ses ministres, gardiens des sources, auxquelles personne n'a pu faire comprendre la disparition de leur maître, continuent avec le même zèle et la même ponctualité la mission qu'il leur avait confiée. Voilà pourquoi les eaux conservent la température chaude préférée et prescrite par le sultan vénéré.

Bien que notre installation date de près de vingt ans, nous n'avons pas encore su faire grand'chose des sources minérales de l'Algérie. C'est que l'exploitation d'une source minérale est une affaire autant industrielle que scientifique, et nous atteignons à peine une époque où de semblables industries puissent vivre, sinon prospérer, dans la nouvelle colonie. Cependant la médecine, et surtout la pharmacie militaire, avaient depuis longtemps fait de ces eaux minérales l'objet d'études particulières, dont quelques-unes, fort remarquables, ont rendu de notables services à l'hydrologie générale. M. le docteur Bertherand a surtout le droit de revendiquer une grande part dans la notoriété qui commence à s'attacher aux principales sources de l'Algérie, et il lui en reviendra, nous l'espérons, une non moindre dans la prospérité que nous devons souhaiter à ces intéressants établissements. L'Algérie ne possède pas seulement des sources importantes par elles-mêmes, et qui n'ont peut-être pas exactement leurs analogues en Europe, mais elle possède encore un climat qui peut ajouter une valeur singulière aux traitements suivis auprès d'elles (Millon, NOTICE SUR LE FRAIS-VALLON). C'est là sans doute ce qui créera un jour la spécialité la plus formelle des eaux minérales de l'Algérie.

M. Bertherand a publié de nombreuses notices sur quelques-unes de ces sources. La feuille qu'il dirige avec talent, la GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE, attire toutes les études qui se font sur l'hydrologie minérale et thérapeutique de la colonie. La publication dont nous rendons compte aujourd'hui renferme neuf notices ou monographies sur les sources suivantes:

Hammam-Melouane, près Rovigo (*Alger*), chlorurée sodique forte, environ 40°; environ 34,000 litres de débit par vingt-quatre heures;

Oïoun-Sekhakhna, dans la Bou-zarria, au *Frais-Vallon* (*Alger*), chlorurée sodique faible, 17°; environ 2,520 litres de débit;

Hamman-Rir'a, près Milianah (*Alger*), sulfatée calcique, de 40 à 46°, environ 140,000 litres de débit;

Mouzaïa-les-Mines, près Médéah (*Alger*), bicarbonatée et sulfatée sodique; observations variables, donnant de 15 à 21°; moins de 4,000 litres par vingt-quatre heures;

Ben-Haroun, près Drâ-el-Mizan (*Kabylie*), bicarbonatée mixte et chlorurée sodique, 18°; 4,000 litres de débit;

Les *Bains de la Reine*, à 3 kilomètres d'*Oran*, chlorurée sodique, 35°; sources d'une extrême abondance;

Hammam-Meskoutine, à 20 kilomètres de Guelma (*Constantine*), sulfatée et chlorurée sodique, 95°; abondance excessive;

Salah-Bey et la *Hamma*, près *Constantine*, bicarbonatée calcique, 27°; très-abondantes;

La *source des Cèdres*, près Teniet-el-Hâd (*Alger*), ferrugineuse bicarbonatée, froide, 1,800 litres.

Certaines de ces sources minérales présentent quelques commencements d'installation, quelquefois grossière et imparfaite, et due à la piété de quelque riche Arabe; d'autres fois, bien incomplète encore, mais annonçant la prise de possession de la civilisation intelligente, et laissant prévoir la création d'une station thermale faite pour rivaliser avec les plus importantes stations de la métropole.

A Hammam-Melouane, on ne trouve qu'un marabout renfermant une sorte de piscine où l'on vient prendre des bains fort courts, conseillés plus souvent encore par une pensée superstitieuse que par des raisons de santé.

La source d'Oïoun Sekhakhna est simplement protégée par un petit marabout.

Hamman-Rir'a est devenue, grâce à l'administration de la guerre, un établissement déjà en état de rendre de véritables services. Construit sur l'emplacement de piscines romaines, il se compose de bâtiments d'administration, d'un bâtiment pouvant contenir une quarantaine de lits, où l'on reçoit les malades civils, bien qu'il soit spécialement consacré aux militaires, et de piscines à eau courante avec appareils de douches.

La source de Mouzaïa-les-Mines a été, il y a quelques années, entourée d'un bassin en pierre. Celle de Ben-Harnun a été plus récemment l'objet d'un travail analogue.

On a installé aux *Bains de la Reine* quelques baignoires, une piscine et un appareil à douches; mais l'aménagement en paraît encore fort imparfait.

Hammam-Meskoutine a été, comme Hammam-Melouane, installé pour le service de l'armée. On y trouve près de cent cinquante lits destinés aux malades, et de belles piscines romaines restaurées, depuis quinze ans déjà, et servant pour les bains. On n'y admet qu'un très-petit nombre de malades civils; les autres doivent se loger sous la tente. M. le docteur Moreau a publié un projet fort intéressant pour l'installation d'un établissement civil.

On trouve à Salah-Bey, à 6 kilomètres environ de Constantine, des restes de thermes romains, aujourd'hui encore utilisés par les indigènes. Entre autres souvenirs du passage du grand peuple, Salah-Bey possède un grand bassin carré et couvert, construit en assises de pierres surmontées de belles briques d'un rouge foncé, bordé de cinq loges voûtées. Le sol de ces cellules est creusé d'un nombre égal d'auges ou de baignoires monolithes, en calcaire très-dur, qui reçoivent l'eau du bassin central, par l'intermédiaire de conduits s'ouvrant à volonté.

On voit, par la nature des renseignements que nous reproduisons ici, le genre d'intérêt qui s'attache à la publication due à M. Bertherand, et à laquelle ont contribué MM. Pagès, Lelorrain, Lasnier et Hamel. C'est le premier travail d'ensemble publié sur les eaux minérales de l'Algérie, et cette circonstance suffirait à elle seule pour lui donner une grande importance.

DURAND-FARDEL.

VARIÉTÉS.

—M. le directeur de l'assistance publique a présenté, dans l'ordre suivant, trois candidats pour la place de directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux: 1° M. Regnault; 2° M. Ducom; 3° M. Lutz.

On nous informe que le premier candidat porté sur la liste vient d'être nommé.

— Par décret du 20 mars, M. Rozan, médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment de voltigeurs de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le 10 mars est mort, dans sa 86e année. Alex. Monro, professeur émérite d'Anatomie à l'Université d'Edimbourg.

— MM. les professeurs de l'enseignement particulier, autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans les amphithéâtres de l'École pratique, sont prévenus que la désignation de ces amphithéâtres pour les cours du semestre d'été se fera le mercredi 13 avril, à midi, à la Faculté de médecine.

—L'association formée à Londres pour faire respecter les droits garantis à la profession par l'acte récent du Parlement, a fait valoir avec succès la cause d'une femme qui refusait de solder 100 fr. à un nommé Fresco, convaincu d'avoir, sans titre, pris la qualité et exercé le métier de dentiste. Elle a été renvoyée d'instance.

— Il va être fondé, à l'hôpital Saint-Jean, à Turin, un musée anatomique, avec une salle y annexée pour les dissections. Les fonds destinés à couvrir les frais de cet établissement sont dus en partie à la libéralité du professeur Riberi, en partie à la direction de l'hôpital. — Bel exemple qu'on ne saurait trop recommander à toutes les administrations hospitalières.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 17 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE : DE L'HÉRÉDITÉ INDIRECTE, OU INFLUENCE D'UNE PREMIÈRE PATERNITÉ SUR LES PRODUITS D'UNE SECONDE FÉCONDATION.

Quand on recherche les causes des maladies qui pèsent sur les espèces animales, sur l'homme en particulier, quand on étudie les circonstances diverses qui influent ou paraissent influer le plus directement sur le développement ou l'intégrité de ces espèces, un ordre de considérations tout physiologique, mais encore très-imparfaitement exploré, frappe promptement soit le médecin, soit le biologue. Nous voulons parler de ce qu'on nomme hérédité en pathologie, et influence des croisements dans la création des races et variétés d'espèces.

Or, il faut l'avouer, ici encore, le médecin se voit grandement devancé par l'éleveur, comme dans toutes les questions où l'anatomie et l'observation des maladies ne prennent pas le premier rôle, il se voit obligé, d'ailleurs, de se mettre à la remorque des sciences accessoires.

L'élève des bestiaux dans les pays de grande agriculture, l'observation des effets du croisement pour les espèces dont les qualités sont une des grandes richesses de l'homme, doivent donc fournir au médecin philosophe et au physiologiste une moisson plus ou moins abondante de données et de renseignements propres à jeter quelque jour sur cette grande question de l'hérédité ou de la transmission des qualités et des vices des parents aux enfants. Cette étude ne saurait être stérile ; elle touche de trop près aux principes mêmes de la vie. Nul médecin, un peu observateur, ne saurait lui refuser une place aux premiers rangs du chapitre général de l'étiologie, et celui qui en fixerait les premières lois aurait jeté les bases d'un monument pour le moins comparable à celui légué à nos pères par l'illustre Morgagni.

Mais quelque finesse, quelque précision qu'ait l'esprit de l'observateur, introduit, comme nous, dans les familles, ses observations, ses aperçus, ne peuvent guère dépasser et n'ont pas franchi jusqu'ici, sauf un assez petit nombre d'espèces morbides, le degré des simples conjectures. Les éléments de l'observation y sont trop multiples et mêlés, leur confusion dépasse trop les forces analytiques. Comme nous le disions, c'est seulement à l'analyse des produits des croisements dans les espèces animales que le médecin peut demander les éléments de principes doués de quelque fixité, de quelque certitude. Or c'est en Angleterre que cette étude a été jusqu'à présent conduite le plus loin ; car c'est dans ce riche pays que les progrès de l'agriculture et de l'élève du bétail ont le plus vaste théâtre. Nous croyons donc faire ici chose utile en mettant sous les yeux de nos lecteurs le résumé d'un très-intéressant travail de feu le docteur Harvey, et que nous apporte le JOURNAL MÉDICAL DE GLASCOW ; le titre seul en indique l'objet et la portée : *De l'action de présence du fœtus dans l'utérus, comme cause d'inoculation dans l'organisme de la mère, des qualités de celui du père ; et en particulier de la transmission de la syphilis constitutionnelle ou secondaire du père à la mère.*

Deux lignes de recherches viennent, en effet, se rencontrer, se coupe ici, et amener le médecin à une même conclusion, se corroborant, se soutenant ainsi l'une l'autre, s'élucidant réciproquement :

Occupons-nous de la première.

L'observation des croisements dans les races, poursuivie sur une grande échelle, paraît établir d'une façon incontestable que chez les *mammifères*, le mâle qui a eu une fois avec une femelle un coït *fécondant* imprime un cachet plus ou moins reconnaissable sur les produits des fécondations ultérieures de la même femelle dus à *d'autres* mâles. Ce fait, quoique en apparence nouveau pour notre génération, n'aurait pas échappé à Haller. M. Harvey dit qu'il était connu même à Becker, qui écrivait en 1703. L'un et l'autre auraient observé qu'une jument fécondée une première fois par un âne, et saillie plus tard par un cheval, donne un poulain portant la marque de l'âne.

Ce fait n'avait pourtant pas été relevé, et la physiologie l'avait perdu de vue jusqu'à l'époque (1821) où les transactions philosophiques appelèrent l'attention sur deux observations curieuses connues aujourd'hui sous les noms de cas de la jument de lord Morton et de la truie de M. Giles. Voici ces faits : Une jeune jument baie, 7/8e arabe, fut couverte en 1815 par un quagga, espèce d'âne sauvage d'Afrique, et marquée à la façon du zèbre. La jument ne fut couverte qu'une seule fois par le quagga, et après un intervalle de onze mois et quatre jours, donne naissance à un hybride tenant fortement du quagga. Ultérieurement, en 1817, 1818, 1821, la même jument fut servie par un bel étalon arabe noir qui lui donna trois poulains, portant *tous les trois* des marques irrécusables du quagga, le premier, cependant, à un plus haut degré que le troisième.

A la même époque, une truie de la race blanche et noire, connue sous le nom de race de M. Western, fut couverte par un verrat de race sauvage et de couleur foncée : les produits furent de nuances mêlées parmi lesquelles dominait la couleur du père. Plus tard, la même mère reçut un mâle de sa propre race, et parmi les produits furent dûment observés des petits portant encore la couleur foncée de la première portée. Le même phénomène s'observe encore, mais à un moindre degré, dans une troisième portée due à ce second père ; et ce qui ajoute à la valeur de ce fait, c'est que dans les années suivantes, les accouplements de ces mêmes sujets de même race, n'offrirent plus trace de la nuance châtain de la race sauvage.

Ces deux faits furent longtemps considérés comme des phénomènes tout à fait exceptionnels : l'observation de Haller était oubliée. Les uns y virent un jeu de la nature ; les plus hardis pensèrent que sans doute quelques ovules des mères (jument et truie) avaient pu être impressionnés par le quagga et le sanglier, mais que cette impression n'avait été que locale, exceptionnelle et temporaire. En un mot, ces observations furent peu remarquées ; elles étaient même presque perdues de vue, lorsqu'en 1849, M. M'Gillivray publia une série de cas analogues, assez nombreux pour montrer que ceux de lord Morton et de M. Giles n'étaient pas le moins du monde des faits ni uniques, ni même rares, et aujourd'hui le nombre des observations est devenu assez respectable, dans cette ligne d'investigations, pour que son uniformité permette d'y reconnaître un principe général, une loi de la nature. Il a cette proportion aux yeux d'un nombre considérable d'éleveurs de bétail, de chiens de combats, de chevaux de race, de moutons, etc., etc., et est pris en grande considération par eux dans le

FEUILLETON.

MÉLANGES DE ZOOLOGIE ET D'ANTHROPOLOGIE (1).

I. — SUR L'ATTITUDE DE L'HOMME, ATTRIBUÉE A DIVERS SINGES.

Aux auteurs qui ont attribué aux premiers singes une attitude verticale et des formes humaines, nous en ajouterons deux, Bontius et Foucher d'Opsonville, dont les figures doivent être citées : l'une parce qu'elle a donné lieu à une erreur grave, l'autre à cause de la date de sa publication.

Celle de Bontius se trouve dans l'HISTORIA NATURALIS ET MEDICA INDIÆ (2). L'orang-outang femelle qui y est représenté a été presque complétement transformé en femme, ce qui a conduit quelques auteurs à prendre la figure de Bontius pour celle d'un métis de femme et de singe. Mais rien n'autorise cette explication ; Bontius dit positivement que la figure représente un orang-outang. Il ajoute, il est vrai, mais à la suite d'autres contes populaires, que les Javanais croient les orangs nés *e libidine mulierum indarum quæ se simiis miscent*.

Le sujet de la figure est donc un orang faussement représenté selon les croyances de cette époque, et non un de ces hideux produits de femme et de singe, encore admis par quelques auteurs du dix-huitième siècle et même du nôtre.

La figure, non moins *anthropomorphe*, de Foucher d'Opsonville est postérieure de plus d'un siècle à celle de Bontius, et c'est en raison de sa date qu'elle m'a paru devoir être rappelée. Elle fait partie du frontispice des ESSAIS PHILOSOPHIQUES publiés à Paris en 1783 (1), et atteste quelles idées régnaient encore dans la science vers la fin du dix-huitième siècle. L'auteur qui donnait, en 1783, au « Sylvain ou Orank-outak » une attitude droite et une tête, une poitrine et des pieds humains, était un voyageur instruit, et il le faisait, dit-il, d'après des notions recueillies par lui-même dans la patrie des orangs.

II. — SUR LE GROS ORTEIL DE L'HOMME.

Mon savant confrère et ami, M. Richard (du Cantal), n'avait pas retrouvé, chez les résiniers des Landes, la mobilité et l'*opposabilité* du gros orteil que Bory Saint-Vincent disait avoir constatées chez ces mêmes hommes. M. le docteur Oscar Reveil, qui a bien voulu se charger aussi, à ma demande, de véri-

(1) M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire veut bien nous communiquer les notes qu'on va lire et qui doivent servir de complément au premier volume de son HISTOIRE GÉNÉRALE NATURELLE DES RÈGNES ORGANIQUES.

(2) Publiée par Pison. Amsterdam, in-fol., 1658, *lib.* V, *cap.* 32.

(1) ESSAIS PHILOSOPHIQUES SUR LES MŒURS DE DIVERS ANIMAUX ÉTRANGERS. Paris, in-8° (Anonyme).

choix des étalons et des mères ; et il est *établi* universellement à leurs yeux, en pratique, que, quand une femelle a été imprégnée *une fois* par un mâle d'une autre race qu'elle-même, et a porté un hybride, elle est, par ce seul fait *détruite*, altérée, au moins pour un temps, si ce n'est pour toujours.

Ces faits ont une valeur, une gravité qu'on ne saurait méconnaître. Tant que l'observation n'a reposé que sur les ressemblances remarquées dans les familles humaines, il n'y avait guère de base assurée pour la science, et il n'était pas fait grand fonds sur cette croyance populaire que les enfants d'un second mariage ressemblent souvent aux parents du premier mari ou à lui-même. Mais une fois l'attention éveillée par l'étude des races animales, l'observation de ce qui se passe dans les familles humaines peut être circonscrite, circonstanciée, l'influence des races peut y devenir un sujet sérieux d'étude. L'espèce humaine a ses variétés et ses races, et les croisements avec la race nègre, en particulier, peuvent offrir un vaste champ aux explorations. On peut, par exemple, aujourd'hui, établir bien positivement si une mère européenne ayant eu une fois un enfant d'un nègre, et devenant ensuite grosse des œuvres d'un Européen, les produits dus assurément à ce dernier portent quelques traces de la race africaine. Disons pourtant que l'observation est plus sujette à caution que dans le cas des espèces animales, la femme étant de plus difficile surveillance que les femelles qu'on peut cloîtrer étroitement. Cependant quelques faits bien observés semblent trancher cette question. On en doit un au professeur Simpson (d'Édimbourg) : « Une jeune femme, née de parents blancs, avait, du côté de sa mère, un frère mulâtre né avant le mariage de cette dernière. Or elle portait des marques incontestables de sang noir. » Des faits de cette nature sont couramment acceptés dans les colonies.

Au point de vue physiologique, l'influence de l'auteur d'une première fécondation sur les produits de fécondations ultérieures dues à d'autres pères est donc, dans l'ordre des faits, sinon certaine, du moins essentiellement probable. Voyons ce que nous dit sur la même question l'observation pathologique.

Ici la difficulté devient sérieuse, non insurmontable pourtant. Mais les observations doivent être minutieusement discutées. Ainsi, il n'est pas du tout rare que de jeunes femmes, parfaitement saines et nées de parents sains, offrent des symptômes d'affections constitutionnelles, nouvelles pour elles, immédiatement après être devenues mères. La chose semble incontestable en ce qui concerne le poison syphilitique constitutionnel : on suit manifestement sa trace du mari à la femme, *à travers l'enfant*. Sur ce point, accoucheurs et syphiliographes semblent d'accord et reconnaissent qu'une femme peut recevoir de son mari la syphilis constitutionnelle d'emblée, en devenant enceinte, mais seulement eu égard à cette circonstance de la grossesse, c'est-à-dire par l'intermédiaire de son enfant ; et ce qu'il y a de particulier, c'est que de nombreuses observations montrent cette syphilis constitutionnelle bornée, comme manifestation, à la durée de la grossesse.

Pour entrer davantage dans les conditions mêmes de la question posée, l'auteur anglais se demande ensuite si une nouvelle grossesse témoignerait encore de la teinte syphilitique ainsi reçue et déposée chez elle, ou s'il est nécessaire qu'une nouvelle infection soit apportée par le mari, par une seconde fécondation. Les mêmes causes devant produire les mêmes effets, il est clair que l'on doit s'attendre à voir se reproduire des accidents observés déjà dans des conditions qui sont demeurées les mêmes ; mais on n'est pas encore nettement fixé sur le point de savoir si le mari ayant été blanchi, la mère peut voir reparaître encore, pendant une autre grossesse, la même teinte syphilitique en elle ou dans le fœtus qu'elle porte dans son sein. Les probabilités semblent pourtant contraires.

Il serait désirable que cette lacune fût comblée, et la vérité sur ce point connue. C'est une recherche délicate, mais qui n'excède évidemment pas les limites du possible. Ce que l'on peut dire aujourd'hui avec quelque apparence de certitude, ou au moins de grande probabilité, c'est que si l'inoculation est possible, indépendamment de la conception, au moins est-elle fort rare et peut-être douteuse, mais qu'elle n'est point contestable (vérité nouvelle et non suspectée jusqu'en ces derniers temps) quand il existe un fœtus dans le sein maternel pour lui servir de porte d'entrée. Et si l'on veut, pour ce dernier cas, se donner une explication plus ou moins plausible du fait, on peut voir, dans la modification qu'imprime à l'organisme maternel la présence en lui d'un organisme de nouvelle formation, une disposition favorable à la transmission du virus *à l'état naissant*, en transportant ici une expression caractéristique de tout un ordre de faits analogues de la chimie moderne.

Nous pouvons maintenant rapprocher les deux ordres de considérations étudiées avec sagacité par l'auteur anglais, et reconnaître que, mis en regard l'un de l'autre, ces aperçus ne laissent pas que de se donner un mutuel et énergique appui.

En présence de ces faits bien et dûment observés, il n'est guère possible d'abord de révoquer en doute l'influence exercée par un premier coït fécondant sur les fécondations ultérieures. C'est un fait qui peut prendre rang de principe en physiologie.

Si l'on se demande maintenant le comment de cette influence, si elle est exercée exclusivement sur un certain nombre d'ovules ou plutôt sur l'organisme même de la mère, sur son sang, nous ne croyons pas une réponse absolue bien facile. Cependant, ce qui se passe pour la syphilis constitutionnelle doit conduire à penser que tout l'organisme féminin est imprégné comme celui du fœtus, et par la communion qu'ils ont l'un avec l'autre. Grand sujet de réflexion pour le physiologiste, non moins que pour le médecin. Ce qui est démontré quant aux qualités physiologiques, couleur de la peau, des cheveux, ressemblances dans le squelette et les formes extérieures, ne s'étend-il pas aux qualités morales? Ce qui se vérifie pour la syphilis n'est-il pas possible, probable même pour la scrofule (1), la goutte, les dartres, l'intégrité de l'intelligence? Voilà bien des sujets d'étude et de doute. Voilà bien des raisons pour dire à celui qui va épouser une veuve : Prenez garde! Informez-vous non-seulement de la santé de votre future et de celle de sa famille, mais encore de celle du premier mari, si du moins elle en a eu des enfants!

(1) La question de la transmissibilité de la phthisie pulmonaire du mari à la femme, sur laquelle l'opinion est encore en suspens, ne peut-elle, par exemple, recevoir une grande lumière de l'analyse entreprise à ce point de vue nouveau de l'influence exercée par l'intermédiaire du fœtus?

---

fier les assertions de Bory sur d'autres points du département des Landes, ne les a pas non plus trouvées exactes ; mais il a du moins reconnu, « par » suite de l'habitude de marcher pieds nus, un écartement considérable du » gros orteil qui peut aller à 2 centimètres et plus. J'ai vu souvent, ajoute » M. Reveil (1), les enfants jouer aux billes avec le gros orteil. »

Je saisirai cette occasion pour ajouter quelques exemples à ceux que j'ai donnés d'une semblable conformation chez divers peuples de l'Asie, de l'Afrique et de l'Amérique.

On lit dans une note présentée par Geoffroy-Saint-Hilaire à l'Académie des sciences en 1836, à l'occasion d'un orang bicolore, alors possédé par la ménagerie du Muséum (2) :

« Le pouce des pieds de derrière qui paraît droit, rapproché et sans action » propre à l'égard des autres doigts, n'est ainsi que maîtrisé par la chaus» sure. Les sculpteurs grecs le montrent détaché et distinct. Les Arabes li» vrés à l'œuvre des tourneurs qui travaillent assis, emploient très-utilement » ce pouce, assez mobile et suffisamment écarté pour maintenir le bloc de » bois à façonner. Enfin, les Charruas, dont nous avons vu tout récemment » des individus, ont le pouce spécialement actif et s'écartant presque comme » le pouce de la main ; c'est avec ce pouce, lequel entre dans les anneaux de » courroie, que le cavalier Charrua s'enlève sur son cheval : ce pouce pèse » seul sur cet anneau qui revient pour l'usage à un étrier. »

Après ces exemples, qui auraient dû être cités dans notre travail, en voici d'autres nouvellement recueillis en Afrique par M. Georges Pouchet :

« Nous avons vu, dit-il, dans un ouvrage récent (1), les Nubiens Barabras » monter à la grande vergue des *dahabiehs* du Nil, en saisissant au-dessous » d'elle, avec le gros orteil, la corde qui soutient la voile.... Un Barabra, un » nègre à cheval prend de préférence la courroie de l'étrier entre les pouces » et les autres doigts : ainsi monte toute la cavalerie abyssinienne. »

Il est intéressant de voir se multiplier ainsi les exemples d'une disposition à laquelle on n'avait donné pendant longtemps aucune attention.

III — SUR LE RÈGNE HUMAIN.

Les auteurs qui ont séparé l'homme des animaux, qui ont vu en lui un *degré*, un *ordre*, une *classe*, un *règne* de la nature, sont en trop grand nombre pour que nous ayons pu les mentionner tous.

Ces auteurs ne sont d'ailleurs, à la renaissance scientifique et jusqu'à la fin du seizième siècle, que des copistes d'Aristote ou de ses premiers copistes, et, de nos jours, des disciples de Nees d'Esenbeck, de M. Serres et des autres naturalistes et physiologistes que nous avons cités.

Aux indications qui ont été données, nous croyons cependant utile d'en

(1) Dans une note qu'il a bien voulu me remettre tout récemment.

(2) COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. II, p. 583 et 584.

(1) DE LA PLURALITÉ DES RACES HUMAINES. Paris, in-8°, 1858. Voy. p. 58.

Et l'intéressé lui-même négligeât-il une telle inquisition comme reposant sur des données chimériques, le médecin dorénavant ne saurait s'en affranchir. Comme nous le disions en commençant, il y a là une mine inépuisable de renseignements afférents au chapitre si obscur de l'étiologie générale. Certes il est beau, utile et important d'avoir su préciser dans l'anatomie pathologique le siége matériel des causes prochaines de la maladie; mais est-il indifférent de pénétrer plus profondément dans l'analyse des causes elles-mêmes de ces causes prochaines? Est-il sans à-propos de le prévoir et de les prévenir? Si l'habileté dans le pronostic tout seul et la détermination d'un bon nombre de ses lois ont suffi pour la gloire de la plus grande école médicale du monde, l'école hippocratique, quels suffrages ne devraient pas acclamer le code des lois prophylactiques qu'un pronostic anticipé permettrait d'édicter, celui qui reposerait sur la législation physiologique de l'hérédité directe et de l'hérédité par influence! Voilà une question que l'histoire naturelle appliquée pose devant le médecin : il y a dans ce programme quelque chose de tentant pour les futurs auteurs de traités de pathologie générale et un beau chapitre à composer, non avec la plume, mais avec l'observation.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE; par le docteur E. Q. LE GENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite. — Voir les n°s 9, 10, 11 et 13.)

Pour être complet, je dois mentionner ici quelques faits dans lesquels les observateurs ont donné certains caractères anatomiques qui pouvaient faire admettre qu'ils avaient rencontré aussi des cas de hernies du ligament de Gimbernat; mais comme leurs descriptions ne sont pas complètes, comme l'interprétation des rapports anatomiques des parties que traverse la hernie pourrait être contestée, je ne fais pas rentrer ces cas dans le tableau général des faits que je viens de décrire avec détails.

M. John Gay, dans son travail sur la hernie crurale, après avoir décrit la disposition anatomique du septum crurale, principalement au niveau des angles du canal crural, rapporte le fait suivant pour montrer que cette aponévrose peut être une cause d'étranglement pour une hernie.

En examinant une hernie crurale à l'amphithéâtre du Royal Free Hospital, je trouvai par hasard la preuve que le sac herniaire peut être étranglé comme nous venons de le dire plus haut, c'est-à-dire par le septum crurale. Ce sac n'avait pas de fascia propria, et était serré étroitement à son collet par les bords de l'ouverture qui existait dans le septum crurale, à travers lequel la hernie était descendue dans le canal crural. Si une anse d'intestin avait été forcée de pénétrer dans ce sac, elle aurait été certainement étranglée. (John Gay, ON FEMORAL RUPTURE. London, 1848, note p. 33.)

Dans son mémoire sur la hernie crurale, M. Luke rapporte un cas dans lequel le siége de l'étranglement était produit au-dessus du ligament de Fallope par une bande transversale de fibres qui croisait l'entrée du canal crural dans lequel descend la hernie après sa sortie de l'abdomen. (Luke, ON CRURAL HERNIA, MEDICAL GAZETTE, vol. XXVIII, p. 864.)

Nous admettons complétement l'opinion de M. Deville, qui a fait une si juste critique de l'ouvrage de M. Gay. Ces deux faits ne sont pas assez détaillés pour pouvoir les juger d'une manière absolue; néanmoins il y a tout lieu de supposer que ce sont tout simplement des exemples de hernies à travers les fibres du ligament de Gimbernat, analogues à celles signalées par MM. Laugier, Cruveilhier et Demeaux. (Deville, COUP D'ŒIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE, *Des hernies crurales*, 1853, p. 78.)

RÉSUMÉ DES FAITS.

Je n'ai pu réunir, comme on vient de le voir, que six observations complètes de hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat, et cependant j'ai parcouru toutes les publications les plus récentes qui traitent des hernies.

Cette hernie a été observée plus souvent chez la femme que chez l'homme, cependant il est assez remarquable que, sur six cas, on ait rencontré cette variété deux fois chez l'homme.

L'âge des sujets a peu varié, entre 40 et 55 ans, une seule fois chez une vieille femme.

Dans presque tous les cas, la tumeur renfermait de l'intestin seul ou accolé avec de l'épiploon; une seule fois la hernie était épiploïque; dans un autre cas, il ne restait qu'un ancien sac herniaire.

Le rapport de la hernie avec l'artère ombilicale oblitérée, qui, dans la classification de M. Velpeau, pourrait servir à déterminer si l'on a affaire à une hernie crurale interne, a été noté quatre fois. Dans deux cas, l'artère ombilicale était située en dehors du collet herniaire; dans deux autres cas, le vaisseau avait conservé sa position normale, il était situé en dedans de ce collet.

Dans toutes les observations, on indique que le collet de la hernie du côté de l'abdomen est situé en dehors de l'anneau crural et dans celles qui sont décrites plus récemment, on note avec soin que ce collet est séparé de l'anneau crural par une bandelette fibreuse.

Enfin, tous les auteurs insistent sur ce caractère qui différencie cette hernie de toutes les autres variétés de la hernie crurale, c'est-à-dire qu'elle traverse le ligament de Gimbernat dont une partie des fibres aponévrotiques sous forme de bandelette tendineuse, sépare le collet de la tumeur des vaisseaux iliaques externes. Cette bandelette fibreuse, dont le bord externe et concave embrasse ces vaisseaux, répond parfaitement à la description que donnent les auteurs du bord externe du ligament de Gimbernat.

Du côté de la cuisse, la distance qui sépare la hernie des vaisseaux fémoraux est un caractère de la plus grande importance au point de

---

ajouter quelques-unes. Il est trois passages, deux du milieu du seizième siècle, un du dix-huitième, que nous aurions sans nul doute cités s'ils nous avaient été plus tôt connus, à la suite des vers sur les « quatre degrez, » et des principaux ouvrages scientifiques et philosophiques où l'homme a été nettement séparé des animaux.

Ces passages, très remarquables en raison de leurs dates et des noms des auteurs, sont, les deux premiers, d'Ignace de Loyola et de Cardan, l'autre d'un auteur qu'on s'étonnera de voir ici en communauté de vues avec le fondateur de l'institut des Jésuites, de Voltaire (1).

Nous citerons, selon l'ordre de leurs dates, ces trois passages, et un quatrième, emprunté à un exposé du système religieux des Kalmouks, qu'on doit au voyageur Bergmann.

1° Ignace de Loyola, *Exercitia spiritualia* (2).

En disant, comme résumé des notions acquises à la science sur les règnes organiques : « La plante *vit*; l'animal *vit* et *sent*; l'homme *vit*, *sent* et *pense*, » nous avons fait remarquer que ce même résumé avait été donné, dès 1553, en des termes dont nous ne saurions, après plus de trois siècles, surpasser la netteté et la précision philosophique : *Vegetatio; vegetatio et sensio; vegetatio, et sensio, et intellectio*, avait dit Hermolaüs Barbarus.

Voici un autre résumé, non moins net, de ces mêmes vues sur les règnes de la nature et sur l'homme. Et celui-ci est en même temps le premier en date, car il se trouve dans les *Exercitia spiritualia* d'Ignace de Loyola, publiés à Rome dès l'année 1548 (1).

Sa brièveté nous permet de le reproduire tout entier :

« *Secundum (punctum) erit speculari* DEUM *in singulis existentem creaturis suis, et :*

» *Elementis quidem dantem, ut* sint :

» *Plantis vero, ut per vegetationem quoque* vivant;

» *Animalibus insuper, ut* sentiant;

» *Hominibus postremo, ut simul etiam* intelligant.

» *Inter quos accepi et ipse universa hæc beneficia,* esse, vivere, sentire *ac* intelligere, *neque templum quoddam suum efficere voluit, imaginem suam et similitudinem creatum.* »

(1) Voltaire avait été élève des Jésuites, au collége Louis-le-Grand.

(2) *Quarta hebdom.* — Le passage qui va être cité se trouve à la page 188 de l'édit. in-fol. de Paris, imprimerie royale, 1644.

(1) Je dois la communication de ce remarquable passage à M. l'abbé Moigno. La même communication ayant été faite par lui à M. Babinet, mon savant confrère a déjà cité et commenté Ignace de Loyola, dans un article de la REVUE DES DEUX-MONDES (n° du 1er février 1858), qui a pour épigraphe :

« *Esse, vivere, sentire, intelligere.* »

« La matière, la vie, l'instinct, l'âme. »

M. Babinet s'était déjà occupé de l'homme dans un discours.

vue de la distinction de cette hernie avec la forme ordinaire de la hernie crurale. Dans les observations où il est rapporté, on peut, d'après ce signe, diagnostiquer l'existence de la hernie à travers le ligament de Gimbernat.

Cette variété de la hernie crurale est acceptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens; sa description n'a pas encore été tracée, nous allons essayer de faire ressortir les principaux caractères des observations que nous venons de rapporter.

DESCRIPTION DE LA HERNIE CRURALE A TRAVERS LE LIGAMENT DE GIMBERNAT OU HERNIE DE LAUGIER.

Cette hernie semble assez fréquente chez l'homme, et il n'y a pas le même rapport pour cette variété que pour la forme la plus ordinaire de la hernie crurale qui s'observe bien plus souvent chez la femme.

En général peu volumineuse, elle est située tout à fait à la partie la plus interne de la cuisse, tout près de la grande lèvre chez la femme, de la racine des bourses chez l'homme; aussi pourrait-on la confondre avec la hernie inguinale directe, si l'on méconnaissait son rapport avec le bord inférieur du ligament de Fallope.

Elle se dirige directement en bas, sans aucune obliquité, disposition tout à fait contraire à ce qu'on observe ordinairement dans la hernie crurale.

Dans la région abdominale, elle est située à une certaine distance de la veine iliaque externe, le plus souvent l'artère ombilicale est à son côté externe. Elle traverse cette portion fibreuse triangulaire que l'on désigne sous le nom de ligament de Gimbernat; les fibres aponévrotiques de ce ligament entourent entièrement le collet herniaire. De cette disposition résulte un véritable étranglement au niveau de cette partie de la hernie qui est très-rétrécie, et, de plus, elle donne à cette variété un aspect tout particulier qui la différencie des autres hernies crurales.

Dans la région crurale, la hernie est située sur un plan très-superficiel : elle traverse la partie la plus élevée de cette région, immédiatement au-dessous du bord inférieur du ligament de Fallope, à une très-grande distance de l'ouverture de la veine saphène interne. Son collet, car il ne faut pas prendre comme mesure la tumeur herniaire elle-même, qui est sujette à se porter en dedans ou en dehors, est séparé des vaisseaux fémoraux et principalement de l'artère fémorale, dont on peut apprécier les battements par une distance au moins double de celle qui sépare ordinairement la hernie crurale qui, quelquefois, vient se placer au devant d'eux.

Nous ne trouvons comme enveloppes, au devant de cette hernie, que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; enfin, les deux lames du fascia superficialis. Dans quelques cas même, lorsque la hernie traverse au niveau du bord inférieur du ligament de Fallope, dans le point où se fait l'adhérence des deux feuillets profonds de ce fascia superficialis de la cuisse et de l'abdomen, la tumeur est tout à fait sous-cutanée, n'étant recouverte que par le feuillet superficiel de cette dernière aponévrose.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LA DYSSENTERIE ÉPIDÉMIQUE ET SUR SON TRAITEMENT; par le docteur PIENVACHE, médecin de l'hôpital de Dinan, médecin des épidémies, lauréat de l'Académie de médecine, etc. (Mémoire lu à l'Académie de médecine le 16 février 1858, et honoré d'une médaille d'argent.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE ÉPIDÉMIQUE.

Je me hâte d'arriver au sujet principal de cette note, au traitement de la dyssenterie épidémique. Notre art est impuissant pour prévenir des épidémies dont la cause nous est tout à fait inconnue; il ne peut donc que s'appliquer à diminuer leurs ravages. La médecine n'est pas une observation stérile des phénomènes de la maladie, elle est avant tout l'art de guérir.

La thérapeutique de la dyssenterie est, comme celle de la plupart des maladies, encombrée d'une foule de moyens divers. Il y a un bon nombre de remèdes prétendus antidyssentériques vantés comme des spécifiques infaillibles. Leur énumération seule serait fort longue. C'est une plante du pays, souvent inerte, que l'on a vue réussir constamment, ou bien c'est un remède exotique qui, dans les climats chauds, guérit tous ceux qui y ont recours. Les personnes étrangères à l'exactitude de l'observation clinique s'étonnent de l'incrédulité des médecins. C'est qu'il ne suffit pas qu'une maladie guérisse après l'emploi d'un remède pour qu'on puisse lui attribuer la guérison, sans quoi les pratiques les plus absurdes et les plus téméraires trouveraient leur justification. Les écarts de régime, par exemple, l'usage immodéré des boissons fermentées sont, de l'aveu de tout le monde, une des causes qui augmentent le plus la mortalité des épidémies de dyssenterie, et cependant, dans toutes, on ne manque pas de citer des individus qui ont pu s'y livrer impunément. Il faut surtout, pour accorder à un remède quelconque une vertu spécifique, qu'il manifeste de la constance dans son action curative. Aucune des substances qualifiées antidyssentériques n'a fait ni même commencé ses preuves. Il est donc inutile de s'y arrêter.

L'histoire de la science nous apprend que trois médications ont été préconisées dans la dyssenterie épidémique. Ce sont : les évacuants, les opiacés et les émissions sanguines.

Les évacuants du tube digestif : vomitifs et purgatifs, sont les remèdes qui ont compté le plus de partisans; ils ont fait la base du traitement conseillé par la plupart des médecins des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles. Sydenham lui-même, dont le nom rappelle une autre méthode, insiste beaucoup, et dans plusieurs passages, sur la nécessité de leur emploi. Oubliés un moment lorsque les progrès de l'anatomie pathologique ont fait définitivement classer la dyssenterie parmi les inflammations, ils ont été remis en honneur par M. Bretonneau et son école d'abord, puis par les médecins militaires, qui l'ont étudiée en Algérie, et ensuite par beaucoup d'autres. Les théories qui servirent à expliquer leur action ont cessé d'avoir cours.

2° **Cardan**, *De subtilitate* (1).

Ce passage, postérieur de deux années au précédent, antérieur de trois à celui d'Hermolaus Barbarus, est moins remarquable que l'un et l'autre, mais très-digne encore d'être cité. En voici les premières lignes, dont les autres ne sont que le développement :

« *Hominem non esse animal.*

» *Homo non plus est animal quam animal planta. Si enim animal quamvis nutriatur et vivat, plantæ nomen non meretur, nec omnino planta est, quia animam qua sentit, habet præter plantam : homo cum præter animal mentem habeat, desinit esse animal.* »

« *Ut testatur Aristoteles,* » dit Cardan, quelques lignes plus bas. Nous n'avions pas besoin de cette citation pour reconnaître ici, aussi bien que tout à l'heure dans le passage d'Ignace de Loyola, et bientôt dans celui de Voltaire, autant de formes ou de dérivés des vues d'Aristote et de son école.

(1) *Lib.* IX. — Edit. in-12 de Bâle, p. 797.

Cette édition est sans date. Le traité *De subtilitate* a paru pour la première fois à Nuremberg, en 1550. Il a été traduit en français en 1556.

Le passage qui va être cité m'avait échappé lors de mes recherches historiques et bibliographiques sur les règnes de la nature. Il m'a été indiqué par M. le docteur Cuigneau (de Bordeaux).

3° **Voltaire**, *Dialogues, Sophronyme et Adelos* (1).

Un passage de Voltaire, que nous avons récemment rencontré, va donner lieu, non plus à une simple addition, mais à une correction. Le premier auteur qui ait appliqué à l'homme le nom de *règne*, n'est ni Nees d'Esenbeck, auquel on avait attribué le *règne humain* (*Menschenreich*), ni même Barbançois, chez lequel nous avons retrouvé ce même règne quatre ans plus tôt, sous le nom de règne *moral*; tous deux ont un devancier, et ce devancier est Voltaire. Si bien qu'une conception qu'on avait fait dater de 1820, et que nous avions fait remonter en 1816 par une première rectification, va se trouver reportée, par une seconde, au milieu du dix-huitième siècle, à 1766 (2).

Voltaire met, en effet, dans la bouche d'un philosophe qu'il nomme Sophronyme, les paroles suivantes :

« J'ai toujours, avec Platon et Cicéron, reconnu dans la nature un pouvoir » suprême, aussi intelligent que puissant, qui a disposé l'univers tel que » nous le voyons.... »

(1) ŒUVRES DE VOLTAIRE, édition de Palissot, t. XXXVI, p. 420; édition de Beuchot, t. XLII, p. 300.

Maxime (de Madaure), auquel Voltaire attribue ce dialogue, est un contemporain de saint Augustin, auquel il avait adressé une lettre.

(2) Ce dialogue a été publié en 1777; mais il avait été composé dès 1766, d'après une note de Decroix. Voy. Beuchot, *loc. cit.*

On ne croit plus qu'une maladie que guérissent les évacuants est nécessairement produite par une accumulation de bile ou par des humeurs âcres adhérant aux intestins; mais il est impossible que des moyens adoptés par de si hautes et si nombreuses autorités n'exercent pas une action curative, au moins dans certaines circonstances.

L'opium et ses diverses préparations ont eu aussi de nombreux partisans; mais ils ont excité de grandes défiances, inspiré de nombreuses répulsions fondées évidemment sur les théories régnantes aussi souvent que sur l'observation. Mais enfin, la plupart des observateurs, même en les conseillant, ont apporté à leur emploi de nombreuses restrictions.

Les émissions sanguines n'ont été, pour la plupart des médecins, qu'un moyen accessoire utile pour modérer quelque symptôme. Quelques-uns, cependant, les ont conseillés comme moyen principal de traitement. Broussais, avec la foi ardente qu'il avait dans sa doctrine, avait annoncé hardiment qu'en combattant la colite par des sangsues à l'anus, on anéantirait les épidémies de dyssenterie (EXAMEN DES DOCTRINES, prop. 276e). Ce devait être un des grands bienfaits de la médecine physiologique. Plût à Dieu qu'elle eût tenu ses promesses!

Ces trois médications on traversé toutes les doctrines médicales. Ce fait seul suffit pour prouver qu'elles ne sont pas sans utilité. Mais dans quelles circonstances faut-il recourir à chacune d'elles? Ici, ce n'est plus dans les livres qu'on peut puiser une conviction; on n'y trouverait qu'incertitude. C'est au lit des malades seulement qu'il faut en étudier l'action. J'ai essayé de le faire dans les diverses épidémies que j'ai observées. Mais l'appréciation de l'efficacité d'une méthode thérapeutique dans une maladie, dans une épidémie surtout, est une des opérations intellectuelles les plus difficiles. On voit des malades guérir en suivant les traitements les plus divers, quelques-uns en n'en faisant aucun, d'autres en prenant des boissons, des aliments évidemment nuisibles, en négligeant toutes les règles de l'hygiène. Beaucoup en même temps succombent, quoi qu'on fasse. Comment reconnaîtra-t-on, dans les cas heureux, l'influence du traitement? Suffira-t-il de compter les guérisons? Mais l'expérience apprend que tout le monde trouve, par cette méthode, la confirmation de ce qu'il a pensé, de ce qu'il a vu ou cru voir. Et l'on ne peut en être surpris quand on réfléchit que, avec le même traitement, comme aussi sans traitement, la mortalité varie beaucoup d'un lieu à un autre, du commencement au milieu ou à la fin d'une épidémie. Le même praticien voit une série de revers succéder à une série de succès, et réciproquement. Il faudrait, pour commander la conviction, ou bien opérer sur un nombre très-considérable de faits, ou bien obtenir un de ces résultats tellement évidents qu'ils ne laissent aucune prise au doute, et il est bien rare qu'on puisse en présenter qui remplissent cette condition. D'ailleurs on ne peut comparer, ou plutôt opposer les uns aux autres que des objets de même nature, et quoique portant le même nom, les maladies sont loin d'être identiques entre elles; elles varient beaucoup en intensité, en simplicité et en complications, etc., etc. Toutes celles qui ne peuvent être combattues par un spécifique, et c'est de beaucoup le plus grand nombre ne peuvent être envisagées dans leur généralité, et pour établir des indications précises, il faut former un certain nombre de groupes particuliers aussi semblables que possible.

La dyssenterie présente, indépendamment des degrés d'intensité, trois périodes bien distinctes que l'on ne peut confondre pour le traitement : une première lorsque l'inflammation, encore limitée au rectum, ne s'est pas étendue au delà de la membrane muqueuse, et n'a pas encore produit ces altérations si graves des gros intestins signalées par tous ceux qui en ont étudié les caractères anatomiques; une seconde lorsqu'elle a pris tout son développement; une troisième enfin, lorsque des matières de diverse nature venant se mêler aux évacuations propres à la dyssenterie montrent que l'inflammation s'est étendue dans le canal intestinal.

Le problème à résoudre pour la première période est celui-ci : Peut-on enrayer à son début une dyssenterie épidémique? Si la solution est affirmative, c'est une des actions les plus incontestables de l'art. En effet, on ne voit jamais la dyssenterie, quand elle débute avec une certaine force, s'arrêter au bout de quelques jours. Abandonnée à elle-même, elle ne guérira jamais qu'au bout de quelques semaines. C'est, disait avec raison Pringle, une des maladies où la nature fait le moins. La question ainsi posée est nette et précise, et ce sont les faits seuls qu'il faut invoquer pour la résoudre. Le but que je me propose dans ce mémoire est d'exposer ceux que j'ai observés.

Les émissions sanguines pratiquées le plus près possible du début n'ont jamais empêché le développement des phénomènes morbides propres à la dyssenterie. Elles ont été utiles pour combattre certains épiphénomènes, pour remplir quelques indications particulières, mais voilà tout. Tous les résultats que j'ai obtenus, tous ceux dont j'ai eu connaissance sont négatifs.

L'action si positive des opiacés administrés en lavements, ou bien ingérés dans l'estomac contre la dyssenterie sporadique doit conduire à leur emploi dans la même maladie, à l'état épidémique. Ce fut aussi ce mode de traitement que j'adoptai de préférence dans l'épidémie de 1836, la première que j'ai eu à traiter. J'y suis revenu plusieurs fois depuis, et je n'ai pas été plus heureux. Il a toujours eu fort peu d'action sur la marche de la maladie. Les opiacés calment ou plutôt engourdissent la douleur. C'est surtout dans les cas légers que cet effet est bien apparent. Sans changer la nature des évacuations, ils les rendent moins fréquentes, et le sentiment de bien-être relatif qui en résulte pour le malade peut contribuer indirectement à la guérison; mais, dans les cas graves, on ne peut obtenir même ce soulagement qu'en les portant à des doses fort élevées, et la maladie n'en persiste pas moins. Ils ne produisent qu'une sécurité trompeuse. Je suis convaincu cependant qu'il y a une exagération produite par des idées préconçues dans les critiques vives dont ils ont été l'objet. C'est une médication qu'il ne faut point dédaigner, car elle remplit une indication souvent fort utile; elle convient d'ailleurs comme méthode principale dans une autre période de la maladie; mais, pas plus que les antiphlogistiques, les opiacés n'arrêtent à son début une dyssenterie épidémique. Il serait inutile de citer des observations dont le résultat est tout négatif.

L'action des vomitifs et des purgatifs doux a été, au contraire, très-prononcée. En 1853, en 1854, j'en retirai de très-bons effets, et je me crus fondé à leur attribuer un bon nombre de guérisons; mais c'est

---

« 2° .... Celui qui a tout formé doit être le maître de tout. Les *astres* obéis-
» sent; le *minéral*, le *végétal*, l'*animal*, l'*homme* obéissent donc de même. »

Passage qui nous montre déjà tous les corps de la nature répartis entre cinq groupes principaux. Nous allons voir maintenant ces groupes désignés sous le nom de *règnes*.

Sophronyme continue ainsi :

« 3° Il (le fabricateur éternel) a donné aux hommes organisation, senti-
» ment et intelligence; aux animaux, organisation, sentiment, et ce que
» nous appelons instinct; aux végétaux, organisation seule. La puissance
» agit donc continuellement sur ces *trois règnes*.... »

« 5° Toutes les puissances de ces *trois règnes* périssent les unes après les
» autres. Il en est qui durent des siècles, d'autres qui vivent un jour.... »

Voici donc, un demi-siècle avant Barbançois, et cinquante-quatre ans avant Nees, les *trois règnes* organiques, tels que nous les admettons aujourd'hui; par conséquent, avec le règne animal et le règne végétal, le *règne humain*, et non plus seulement, comme chez tant d'auteurs depuis Aristote, le *degré*, l'*ordre*, la *classe de l'homme*.

4° **B. Bergmann**, *Der Weltspiegel, Eine mongolische Urkunde* (1).

Après l'idée du règne humain, encore innominé toutefois, voici, à une date déjà ancienne, le nom sous lequel ce règne a été si souvent désigné en Allemagne, *Menschenreich*; mais, à vrai dire, le nom sans l'idée, comme tout à l'heure, l'idée sans le nom.

Le mot *Menschenreich* se trouve en effet dans le voyage de Benjamin Bergmann, en 1804, ou plutôt dans le curieux document d'une date inconnue, que cet auteur a inséré, sous le titre de MIROIR DU MONDE, à la suite de son EXPOSÉ DU SYSTÈME THIBÉTAIN-MONGOL. *Menschenreich* (règne humain) est même, dans un passage, mis en opposition avec *Thierreich* (règne animal).

Mais le *Menschenreich*, ou plutôt les *Menschenreiche* sont ici, non des *règnes de la nature*, comme nous l'entendons en histoire naturelle, mais des divisions établies, avec des *milliers* d'autres, d'après des conceptions cosmogoniques et religieuses, trop étrangères à notre sujet pour que nous nous arrêtions à en donner même une idée. Tout au plus pourrait-on trouver l'ébauche d'une classification des corps naturels, dans la distinction faite, outre celle des *trois cercles* de l'univers et de ses trois mille règnes ou royaumes (*Weltreiche*), d'une part, des montagnes, mers et pays, et, de l'autre, des règnes ou royaumes des êtres séparés (*abgesonderter Wesen*).

Le MIROIR DU MONDE n'a guère pour nous, comme on le voit, qu'un intérêt de curiosité. Mais l'histoire de la science resterait ici incomplète, si nous laissions dans l'oubli le livre où a paru, pour la première fois, ce mot si usité aujourd'hui : *Menschenreich*.

IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

(1) LE MIROIR DU MONDE, document mongol. — Dans les NOMADISCHE STREIFEREIEN UNTER DEN KALMUKEN. Riga, in 12, part. III, p. 185.

en 1856, et surtout dans l'épidémie de 1857, que j'ai étudié spécialement leur action au début de la maladie. J'ai vu des dyssenteries, et assez intenses, arrêtées promptement dans leur marche après cette médication.

Quand un purgatif ou un vomitif administré dans une diarrhée qui paraît prodromique guérit le malade, on peut toujours soutenir avec plus ou moins d'apparence de raison que le traitement n'a pas prévenu une dyssenterie, puisqu'on voit un grand nombre de sujets qui n'éprouvent rien de plus et qui n'ont cependant fait usage d'aucun médicament; mais quand depuis quelques heures, depuis un jour, deux jours même, les selles ont pris le caractère dyssentérique, qu'il est survenu du ténesme, que le malade offre, en un mot, tous les symptômes ordinaires de la dyssenterie, je ne puis me refuser à reconnaître l'action évidente du remède, si je la vois disparaître après l'emploi de un, deux ou trois purgatifs, et n'avoir ainsi qu'une durée de trois à cinq ou six jours; car, je le répète, on ne voit jamais une durée aussi courte quand la maladie est abandonnée à elle-même. J'ai le plus souvent débuté par un vomitif, ipéca ou émétique; mais comme beaucoup d'autres, c'est toujours en raison de leur effet purgatif que je les ai rencontrés efficaces. Les sels neutres, l'huile de ricin, la manne, dans quelques cas le calomel associé à la rhubarbe, sont les purgatifs que j'ai prescrits. Je les ai répétés tous les jours, d'autres fois tous les deux jours. Jamais, et il ne s'agit ici que de leur emploi dans les premiers jours de la maladie, je ne les ai vus produire aucun résultat fâcheux. Toujours l'apparition de matières stercorales dans les selles a produit du soulagement dans les souffrances, de l'amélioration des symptômes, et cette amélioration est souvent devenue de la convalescence après le deuxième ou le troisième purgatif.

Les observations suivantes, recueillies dans les épidémies de 1856 et de 1857, fournissent des exemples de guérison par les purgatifs.

Obs. I. — Madame de Lyncl..., âgée de 58 ans, habitant la commune d'Evran, après avoir eu de la diarrhée pendant deux jours, fut prise, dans la nuit du 3 au 4 novembre 1856, de coliques vives, de ténesme. Les selles ont lieu toutes les demi-heures; elles sont formées de mucosités colorées par du sang en assez grande quantité.

Le matin, 4 novembre, lorsque je la vois, la fréquence des selles est la même; le tenesme, les coliques persistent; le ventre n'est point sensible à la pression; le pouls est à 95; il y a peu de soif; la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais.

La malade a eu pendant longtemps un flux hémorrhoïdal qui a disparu depuis deux ans. (20 sangsues à l'anus, et, immédiatement après, sel d'Epsom, 45 grammes.)

Le soir, les sangsues ont coulé abondamment, et le purgatif a produit six selles stercorales. Les coliques sont beaucoup moindres.

Le 5, il n'y a eu que cinq selles pendant la nuit. Elles contiennent toujours des mucosités mêlées de sang; point de matières fécales. (Sel d'Epsom, 45 grammes.)

Le 6, les coliques ont disparu. Point de selles dans la nuit. Encore un peu de ténesme. L'état général est bon. (Lavements amylacés; continuer la diète, l'eau de gomme et l'eau de riz pour boisson.)

Le 7, convalescence. La malade se lève et passe quelques heures dans un fauteuil. (Potages.)

Il y avait alors dans le voisinage de l'habitation de madame de L..., plusieurs dyssenteries graves.

Obs. II. — Mademoiselle de L..., sa fille, avait, le 6 novembre, de la diarrhée depuis trois jours. Les selles devenaient muqueuses et sanguinolentes. Elles revenaient toutes les heures: 45 grammes de sel d'Epsom, la diète pendant vingt-quatre heures, du régime pendant les deux jours suivants, amenèrent une guérison complète.

Obs. III. — Merdrignac, âgé de 50 ans, habitant un hameau de la commune de Quevert, ravagée par l'épidémie, a perdu sa femme et deux enfants de la dyssenterie. Une fille est encore atteinte, mais en convalescence.

Le 19 octobre 1857, après quelques jours de malaise et de diarrhée légère, il éprouve des coliques; sentiment de courbature, faiblesse, selles dyssentériques fréquentes toutes les demi-heures, ténesme; pouls plein, fréquent. Peu de soif; inappétence. (Saignée de bras de 400 grammes; sel d'Epsom, 30 grammes, avec émétique, 10 centigrammes.)

Le 20, les coliques ont disparu; les sels sont beaucoup moins fréquentes, mais ont encore le caractère dyssentérique. (Huile de ricin, 45 grammes.)

Le 21, diarrhée légère. Point de sang dans les selles. L'appétit se fait sentir.

Le 22, convalescence complète. Il ne reste plus qu'un sentiment de faiblesse qui persiste pendant plus de quinze jours, et une susceptibilité anormale des organes digestifs. Retour fréquent de diarrhée.

Obs. IV. — Rehuffel, jeune homme de 26 ans, bien constitué, habitant une maison isolée des landes d'Aucalène, n'est malade que depuis la veille (3 octobre). Sa mère est, depuis dix jours, atteinte de la dyssenterie la plus grave et n'a reçu aucun soin. Elle est mourante. Une sœur en est aussi atteinte, mais légèrement.

Il se plaint de faiblesse. Les selles sont fréquentes toutes les heures; elles sont formées de matières analogues à de la raclure de boyaux et mêlées de sang; ténesme; le pouls a la force normale, peu de fréquence; céphalalgie; courbature. (Saignée de 350 grammes; sel d'Epsom, 45 grammes, et émétique, 10 centigrammes.)

Le 5 octobre, amélioration de tous les symptômes; diminution de la fréquence des selles; elles contiennent encore du sang. (Huile de ricin, 45 grammes.)

Le 6, convalescence, retour de l'appétit. Il ne reste qu'une légère diarrhée qui disparaît au bout de quelques jours.

J'ai cité ces deux dernières observations, parce que les sujets qui les ont fournies étaient au milieu du foyer de l'épidémie, dans des maisons où existaient des cas fort graves. La rapidité de la guérison, dans ces circonstances, prouve mieux la valeur du traitement.

Dans tous ces cas, c'est le premier ou le second jour de l'invasion de la maladie que le traitement a été commencé, et cette condition est de rigueur, si l'on veut réellement enrayer la dyssenterie. Employés plus tard, les purgatifs peuvent faire du bien; mais ils ne peuvent plus procurer le même résultat. Je n'ai jamais pu l'obtenir après le troisième jour.

Les succès des purgatifs au début de la dyssenterie ne sont pas d'ailleurs un fait nouveau dans la science. Il a été vu et indiqué par plusieurs de ces grands observateurs que l'on aime à reconnaître pour ses maîtres.

Sydenham dit: « Laudata methodus omnibus qui mihi hactenùs » innotuère in hoc morbo vincendo facili palmam præripuit qui per- » rarò ultra tertiam purgationem duravit. »

Pringle, commençant en général le traitement par une saignée, comme Sydenham, mais n'associant pas comme lui l'opium aux évacuants, prescrivait le premier jour un vomitif, un ou deux purgatifs les jours suivants. « La plupart des symptômes dyssentériques, dit-il, » disparaissaient alors (le troisième ou le quatrième jour), et même » plus tôt. »

Zimmermann assure avoir guéri en deux ou trois jours plusieurs sujets qui présentaient tous les signes d'une dyssenterie actuelle. Les évacuations réitérées dès le premier moment les ont tirés d'affaire.

Je ne pouvais mettre mes observations sous un meilleur patronage. Je ne chercherai point à expliquer l'action des purgatifs; je me borne à constater un fait pratique d'une grande importance.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

ÉTUDES SUR LA COLIQUE DE PLOMB; par le docteur BRIQUET.

Ce travail, des plus intéressants, met encore une fois de plus en relief la sagacité bien connue de l'observateur clinicien, qui, appliquant un moyen thérapeutique éprouvé au diagnostic de la nature et du siége d'une affection litigieuse, établit du même coup, d'une manière incontestable, le lieu et le mode de la lésion, aussi bien que le remède qui lui est propre. Ici les deux termes de cette proposition: *naturam morborum ostendit curatio*, se vérifient l'un par l'autre.

Le siége des douleurs de la colique de plomb était loin d'être avéré; cependant on s'accordait en général à le placer dans l'intestin. C'était une névropathie du tube digestif: opinion probable non suffisamment démontrée pour les esprits exacts, tels que Andral, Grisolle, Giacomini. Le professeur de Padoue dit expressément que les douleurs de la colique de plomb n'ont pas leur siége dans les intestins, comme on le croit, mais bien dans les muscles abdominaux et le diaphragme. C'est cette témérité que M. Briquet soutient aujourd'hui, et il prouve la vérité de cette opinion par les raisons suivantes:

1° La douleur est vivement surexcitée par une pression légère qui ne peut émouvoir que les muscles des parois de l'abdomen, et ne saurait affecter les intestins eux-mêmes. Les points douloureux à la palpation correspondent toujours aux lieux où les malades éprouvent ce qu'ils appellent leur colique. Chez certains malades les parois abdominales sont tellement douloureuses qu'il en résulte la rétraction du ventre.

2° Le mouvement, soit actif, soit passif des fibres musculaires des points endoloris exaspère notablement la douleur, et cette douleur, à son tour, gêne notablement la locomotion. Les malades courbés en avant ou sur le côté ne peuvent se redresser. La pression pour soulager doit être énergique, soutenue, comprimer fortement le muscle, mais elle ne produit qu'une amélioration passagère.

3° Le repos soulage, calme, et peut à lui seul faire disparaître ces douleurs.

4° Elles sont quelquefois accompagnées d'un état soit d'hypéresthésie, soit d'anesthésie de la peau qui couvre les membres endoloris. Or la même chose se rencontre chez les hystériques, dont les muscles superficiels sont fréquemment le siége de douleurs très-vives.

5° La constipation n'a absolument aucune influence spéciale sur les douleurs abdominales de la colique de plomb.

6° Si l'on fait brusquement cesser la douleur que la palpation provoque dans le muscle endolori, le malade ne sent plus aucune souffrance générale ou locale, et toutes les fonctions se rétablissent promptement.

7° Le rhumatisme des parois abdominales ne trouble d'ailleurs en aucune façon les fonctions digestives.

Sur 43 malades étudiés à ce point de vue, les douleurs siégeaient d'une manière presque exclusive dans les muscles des parois abdominales. Elles n'ont occupé que rarement une seule partie d'un muscle, le plus souvent elles siégeaient dans plusieurs muscles à la fois; constamment l'étendue de la douleur des muscles déterminait l'intensité des troubles qui constituaient la maladie.

Sur ces 43 cas, il n'y en a eu que 2 chez lesquels l'agacement des muscles superficiels n'ait pas provoqué la douleur spéciale. On peut donc en tirer un signe caractéristique de la colique de plomb.

La colique de plomb est une myosalgie, une hyperesthésie musculaire, et on sait que ces douleurs, lorsqu'elles siégent dans les muscles superficiels, sont très-notablement modifiées et le plus souvent enlevées à l'instant même par la faradisation localisée de la peau qui recouvre ces muscles.

Il faut se servir d'appareils qui produisent une série de courants interrompus.

On fait traverser par ces courants la peau qui recouvre les muscles endoloris : pour cela, l'un des bouts du fil inducteur terminé par une petite éponge mouillée étant appliqué sur la peau aussi près que possible du lieu où siége la douleur, l'autre bout terminé par un pinceau métallique disposé en une sorte d'aigrette est promené sur cette peau dans toute l'étendue qu'occupe la douleur. On commence d'abord par promener rapidement le pinceau sur cette surface en l'inclinant, de manière à habituer le malade à la sensation qui se produit; puis, au bout de quelques secondes, ce pinceau est présenté perpendiculairement à la peau, sur laquelle se multiplient graduellement les contacts interrompus, en rendant à la fin les coups de pinceau très-rapides, et en mettant l'appareil à son maximum de tension. On revient à plusieurs reprises sur les points déjà touchés, jusqu'à ce que la peau soit devenue rouge et que la douleur de l'hyperesthésie ait disparu, c'est-à-dire pendant un laps de temps qui va d'une à quatre minutes au plus. Il se fait, à l'entrée du courant dans la peau, des séries d'étincelles qui, partant de chacun des fils métalliques du pinceau, produisent une sensation rapide de déchirement très-pénible à supporter; bientôt la peau rougit et la souffrance devient telle qu'il faut un certain courage ou beaucoup de patience pour l'endurer.

42 malades ont été faradisés soit le jour, soit le lendemain de leur entrée à la Charité lors de la première visite et avant qu'ils eussent fait aucun traitement.

Constamment, et sans aucune exception, la douleur du ventre a complétement disparu, et à l'instant même où l'on cessait la faradisation, quelles que fussent son intensité et son étendue. Les malades pouvaient exécuter facilement toute espèce de mouvement sans éprouver la moindre douleur, sans autre malaise que l'espèce de stupeur qui suit la galvanisation quand elle est forte. En même temps les douleurs sympathiques cessaient aussi, quoique plusieurs fois elles eussent été très-vives.

Sur 24 malades, les douleurs ont été enlevées complétement aussitôt la faradisation, et n'ont pas reparu depuis, quoique parmi eux plusieurs eussent une très-forte colique.

Sur 10 malades, les douleurs ont reparu et n'ont cessé qu'à une seconde faradisation, faite, soit dans la soirée même, soit le lendemain, et chez un malade au bout de huit jours. Ces malades, pour la plupart, n'avaient pas été convenablement opérés. La colique peut être enlevée à la première faradisation chez la très-grande majorité des malades.

Une fois la douleur enlevée, les divers troubles morbides ont, dans les cas simples, graduellement disparu. Chez plus de la moitié des malades, les selles n'ont commencé à venir que quatre jours après la cessation des douleurs. Pas un seul malade n'a pris de purgatif. Ainsi :

1° Ce n'est pas la rétention des matières fécales qui cause les douleurs de la colique de plomb;

2° Ce n'est pas la douleur de ventre qui paralyse le tube digestif;

3° Les purgatifs ne sont pas des moyens qui guérissent la maladie.

En moyenne, les malades sont restés sept jours à l'hôpital après la première faradisation; ce chiffre pourrait être de beaucoup diminué.

La faradisation de la peau agit évidemment à la manière des révulsifs, elle provoque une douleur plus vive que celle que fait naître le fer rouge, elle peut être prolongée bien plus longtemps, on peut la limiter dans l'espace le plus étroit ou l'étendre sur la plus large surface. Après, la peau reste complétement intacte. L'influence sur la douleur qu'on veut enlever est d'autant plus grande que la faradisation s'exerce à la plus petite distance possible du lieu où siége la douleur. Plus les parties sur lesquelles la faradisation est exercée sont sensibles, plus on a de prise sur la douleur. La faradisation ne peut enlever la douleur qu'à condition d'en produire une autre plus vive que la première. Si les malades la redoutent par trop, on peut les chloroformer; la chloroformisation a même l'avantage de permettre à la faradisation de développer son maximum d'énergie et d'avoir son maximum de durée. Il faudra chloroformer quand on supposera qu'une faradisation longue et énergique sera nécessaire.

Il est indispensable d'ajouter que la douleur, pour être un des symptômes les plus considérables de la colique de plomb, n'est pas toute la maladie; qu'il ne faut pas perdre de vue que l'organisme doit spontanément ou par l'action des moyens thérapeutiques se débarrasser des molécules de plomb qui produisent l'intoxication dont la colique de plomb n'est qu'un des effets; qu'il faut donc recourir à un traitement général éliminateur ou neutralisant, lorsque l'intoxication saturnine est intense. Rappelons encore que M. Aran a vanté, dans la colique de plomb elle-même, un anesthésique moins redoutable dans son application topique que la faradisation, c'est le chloroforme *intra et extra*.

DE L'HÉMORRHAGIE CÉREBELLEUSE ; par le docteur J.-B. HILLAIRET.

Dans ce remarquable travail, le docteur Hillairet, par l'étude approfondie de faits cliniques observés par lui-même, et par l'examen scrupuleux, la patiente analyse et la judicieuse critique des meilleures observations que posséde la science, s'est efforcé d'établir les caractères propres de l'hémorrhagie du cervelet, et de la différentier de celle du cerveau. Bien qu'il n'ait pas, sans doute, résolu d'une manière définitive toutes les difficultés de cette question si complexe, il peut, croyons-nous, se flatter d'avoir avancé considérablement la solution du problème dans ce mémoire, qu'il faut méditer, mais dont nous ne pouvons ici que reproduire les conclusions; elles en sont d'ailleurs un excellent résumé.

« Il ressort des faits contenus dans ce mémoire que si l'apoplexie cérébrale et l'apoplexie cérébelleuse ont des symptômes communs, tels que la *céphalalgie* générale, les vertiges, les éblouissements, les bourdonnements d'oreille, l'hémiplégie, etc., etc., l'apoplexie cérébelleuse se traduit par un ensemble de phénomènes particuliers que je vais résumer dans les propositions suivantes :

» 1° L'apoplexie cérébelleuse grave se présente sous deux formes : l'une, lente, à marche régulièrement progressive depuis l'attaque jusqu'à la mort; l'autre, brusque, à marche rapide. Celle-ci peut être foudroyante et tuer instantanément, ce que n'occasionne pas l'apoplexie cérébrale dite foudroyante. La première forme est encore plus rare que la seconde.

» 2° Dans la première forme il n'y a pas de perte de connaissance au moment de l'attaque; la seconde forme, si l'attaque est violente, peut déterminer, dans des cas rares et pour un temps très-court, la perte de connaissance, mais les sujets reviennent bien vite à eux.

» 3° Dans les deux formes l'attaque est suivie de vomissements spontanés, qui reviennent plusieurs fois dans le cours de la maladie jusqu'à la mort; dans ce cas ils sont presque incoercibles. Ces vomissements sont plus fréquents dans la première forme que dans la seconde.

» Le vomissement ne me paraît pas être un symptôme de l'apoplexie cérébrale, comme des auteurs l'ont écrit; il appartient plus spéciale-

ment à l'apoplexie cérébelleuse ou à toute autre lésion capable d'amener une augmentation de volume du cervelet.

» L'examen des faits me porte à penser que l'existence de ces symptômes est liée à la compression légère ou à une simple excitation des pneumogastriques par la masse cérébelleuse distendue par l'hémorrhagie. Dans quelques cas j'ai bien vu la déchirure de la substance grise périphérique coïncider avec les vomissements, mais je ne puis pas, quant à présent, les rattacher à autre chose qu'à la lésion concomitante des pneumogastriques, car on les observe bien plus souvent encore dans les autres affections du cervelet qui entraînent l'augmentation de son volume, telle que les abcès, les tubercules, les kystes, etc., etc.; tandis qu'on ne les rencontre que très-exceptionnellement dans le ramollissement, où le volume de l'organe n'est pas sensiblement accru.

» En somme, les vomissements spontanés sont très-rares dans l'apoplexie cérébrale, exempte de complications du côté du cervelet, malgré ce qu'en ont dit les auteurs; car, après avoir relevé les observations contenues dans divers traités spéciaux, je trouve que la proportion est comme 1 est à 30, à peu près. Dans l'apoplexie cérébelleuse la proportion est comme 1 est à 2 1/2.

» 4° La somnolence et le coma, suivis bientôt du carus le plus profond, auquel succède la mort, sont habituels dans l'apoplexie cérébelleuse grave, mais l'intelligence n'est pas pour cela abolie, si ce n'est peu d'heures avant la mort; bien plus, elle n'est pas altérée chez les sujets atteints d'apoplexie cérébelleuse foudroyante, car ils peuvent, au moment de l'attaque, témoigner par le langage, par un cri, par des gestes, de leur souffrance: ils meurent immédiatement après. Dans l'apoplexie cérébrale dite foudroyante, les malades tombent, privés de connaissance, sans rien dire ni rien manifester, font entendre une respiration stertoreuse, et meurent peu d'heures après.

» 5° La résolution des membres est également un symptôme habituel de l'apoplexie cérébelleuse; les sujets, en effet, ne se soutiennent pas en équilibre sur les membres inférieurs, mais ils peuvent, étant couchés, les mouvoir lorsqu'ils y sont provoqués, et les maintenir élevés au-dessus de leur lit dans la position qu'on leur donne.

» L'hémiplégie n'est pas aussi fréquente que les auteurs l'ont dit; elle ne se rencontre que dans le tiers des cas. Il n'y en a pas eu dans les faits que j'ai observés. La paralysie est toujours croisée; cependant on peut admettre la possibilité de la paralysie directe par défaut d'entre-croisement des faisceaux médullaires, ainsi que l'a démontré M. Longet. Les faits de paraplégie et de paralysie générale occasionnés par apoplexie cérébelleuse ne sont pas assez concluants pour être pris en sérieuse considération.

» 6° La tendance au recul et au mouvement de rotation n'a pas été observée dans les faits que j'ai analysés, si ce n'est chez un malade qui se plaignait, quelque temps avant l'attaque, d'être poussé par une force irrésistible du côté gauche.

» 7° La paralysie faciale croisée, habituelle dans l'hémorrhagie cérébrale, ne se rencontre qu'exceptionnellement dans l'hémorrhagie cérébelleuse, car je n'ai noté qu'une seule fois, sur 26 cas, la déviation d'une des commissures des lèvres. La déviation de la langue est également exceptionnelle; la parole est néanmoins, en général, lourde, pâteuse, lente. Cependant le facies a une expression toute particulière d'hébétude et d'étonnement, accompagnée de fixité des yeux, qui mérite quelque attention; habituellement, peu de temps après l'attaque, cette particularité n'est plus observée.

» 8° La sensibilité reste intacte dans l'apoplexie cérébelleuse grave; une fois j'ai observé de l'hypéresthésie momentanée vers le milieu du cours de la maladie. Ce n'est qu'à l'approche de l'agonie que la sensibilité s'émousse, s'affaiblit et semble disparaître à mesure que le coma devient plus profond; une seule fois elle a été indiquée perdue dès le début.

» Le contraire a lieu dans l'apoplexie cérébrale grave, où l'on voit habituellement la sensibilité paralysée dès l'attaque.

» 9° Les sens restent intacts comme la sensibilité générale. L'ouïe, l'odorat et le goût ne s'altèrent qu'exceptionnellement; quelquefois la vue peut être affaiblie et même abolie lorsque les *processus cerebelli ad testes* sont lésés ou détruits. Le resserrement et l'immobilité des pupilles sont de règle; la dilatation est l'exception.

» 10° Il n'y a point de convulsions dans l'apoplexie cérébelleuse, à moins que la lésion du cervelet ne soit compliquée d'autres lésions siégeant sur différentes parties du système nerveux central, ou que le sang épanché n'entraîne l'inflammation de la substance cérébelleuse environnante.

11° A part les vomissements dont j'ai parlé précédemment, les organes de la digestion ne subissent que peu ou point de modifications; le plus fréquemment les garde-robes sont rares, quelquefois involontaires. La miction, volontaire dans les cas de la première forme, au début de l'attaque, devient involontaire à la fin, ainsi que dans tout le cours de la seconde forme.

12° La durée moyenne de cette affection, non compris les cas foudroyants, est d'un jour et demi.

La lenteur de la respiration, qui devient bientôt bruyante, stertoreuse, me semble être le résultat autant de la résolution qui frappe les muscles intercostaux, comme tout le système locomoteur, que de la compression exercée sur les pneumogastriques. Ces particularités me semblent être pour beaucoup dans la rapidité de la marche et la terminaison funeste de la maladie.

La mort est la solution la plus habituelle de l'apoplexie cérébelleuse, qui cependant est susceptible de guérison.

D'une variété de pellagre propre aux aliénés; par M. E. Billod.

Cette affection endémique, à l'asile de Maine-et-Loire, ne semblerait pouvoir être rattachée qu'à l'état d'humidité habituelle de l'atmosphère. Mais cette influence est elle-même très-problématique, et la part la plus grande doit être faite à l'action prédisposante de l'aliénation mentale dans la production de ces accidents. Cette maladie constitue le type d'une variété de *pellagre* qui paraît être propre aux aliénés, et que pour cette raison on peut appeler *pellagre des aliénés*. Elle a des caractères moins tranchés que le pellagre de Lombardie, dont il est permis de la considérer comme un diminutif. Sa fréquence varie d'ailleurs dans les établissements d'aliénés, suivant les conditions météorologiques, topographiques, et de régimes propres à chaque asile.

Le fait de cette endémie paraît être de nature à jeter quelque jour sur l'étiologie de la pellagre en général, et à faire considérer les impressions morales de tristesse, les préoccupations inséparables de la misère, jointes à l'effet direct sur l'organisme des privations qu'elle entraîne, comme pouvant, aidées du concours de causes extérieures qui resteront probablement encore longtemps inconnues, prédisposer à la pellagre de la même manière que les préoccupations tristes des aliénés mélancoliques les y prédisposent dans les établissements spéciaux.

De l'acné atrophique; par M. Chaussit.

La maladie débute par un point rouge assez bien circonscrit qui se couvre de croûtes minces, blanchâtres, se détachant difficilement. Au bout d'un temps variable, la rougeur devient plus vive, le point affecté se recouvre de croûtes épaisses plus foncées, entourées d'une zone érythémateuse.

Cette croûte est formée d'une multitude de petits points de matière sébacée concrète, dont chacun correspond et adhère à l'orifice dilaté d'un pellicule. Lorsqu'on enlève cette croûte, on met à découvert une surface rouge offrant cela de particulier, qu'elle est parsemée de petites parties infundibuliformes, qui ne sont autre chose que les orifices extérieurs des glandes sébacées.

Peu à peu ces croûtes deviennent plus minces; à ce moment commence la période de diminution de sécrétion; les glandes s'atrophient et les cloisons qui séparent leurs conduits excréteurs s'affaissent. La surface malade offre alors un aspect particulier. Les glandes étant à moitié détruites, mais les cloisons intermédiaires existant encore en partie, la plaque est comme gaufrée, on y observe une foule de petits points brunâtres, qui ne sont autre chose que les culs-de-sac occupés par les glandes disparues offrant un aspect d'écumoire.

Dans l'acné atrophique, la destruction et la résorption interstitielle des organes cutanés s'opérant peu à peu, il se fait une sorte de cicatrice qui succède aux croûtes de plus en plus minces de la surface malade.

A la joue, la cicatrice est profonde, sa surface est plane, mais souvent inégale. Au nez, la cicatrice est lisse, unie, tendue, comme transparente. Tout autour on observe un disque érythémateux formé par les follicules hypertrophiés. Cette période a une durée de un à deux ans, et même plus.

Cette cicatrice devient souvent le siége d'un travail d'hypertrophie. On voit se développer des vaisseaux linéaires d'une teinte bleuâtre, rampant sous l'épiderme. Le calibre et le nombre de ces vaisseaux augmentent; ils deviennent plus apparents, et la plaque prend une teinte rosée uniforme.

L'acné atrophique a pour siége de prédilection le visage, où on l'observe surtout au nez, aux pommettes et au front. On le voit aussi aux oreilles et au cuir chevelu.

Le tempérament lymphatique est une cause au moins prédisposante. On a aussi attribué la maladie aux excès alcooliques. L'intensité de la maladie parait dépendre de toutes les causes excitantes, telles que les affections morales vives, les excès de tons genres. Les cochers, les blanchisseuses, tous les gens exposés au froid ou au rayoonement d'un foyer ardent, y sont plus particulièrement sujets.

L'acné atrophique a une marche pour ainsi dire fatale. La cautérisation l'aggrave ; elle guérit spontanément, mais après un temps très-long.

Cette maladie n'est autre que le *lupus érythémateux* de M. Cazenave, dont le siége anatomique est ainsi mieux précisé.

Au début, les moyens qui conviennent le mieux sont les lotions ammoniacales; des applications de solution éthérée de biiodure de mercure ou de chlorure d'ammonium.

Quand la maladie est ancienne, l'emploi des topiques un peu irritants a une influence fâcheuse sur la marche de l'éruption.

Le traitement général par les amers, les sudorifiques, les préparatioos arsénicales, est constamment resté sans effet.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

DE LA MATIÈRE GLYCOGÈNE CONSIDÉRÉE COMME CONDITION DE DÉVELOPPEMENT DE CERTAINS TISSUS, CHEZ LE FOETUS, AVANT L'APPARITION DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE ; par M. CLAUDE BERNARD.

Dans une précédente communication j'ai établi que la matière glycogène animale apparait dès les premiers temps de la vie embryonnaire, et qu'elle est localisée, avant le développement du foie, dans le placenta ou dans d'autres organes annexes et temporaires du fœtus. J'ai ajouté ensuite qu'à cette époque de l'organisation la matière glycogène se trouve encore répandue dans d'autres parties du fœtus, et que, quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on se fasse de sa diffusion, on la rencontre constamment dans les tissus embryonnaires pendant un certain temps de leur développement. Ce fait intéressant m'avait conduit à rapprocher sous ce rapport les animaux des végétaux ; car, chez les uns ainsi que chez les autres, les matières glycogène et amylacée semblent se présenter comme un principe constituant du protoplasma, au sein duquel s'accomplit l'évolution organique.

Toutefois il est digne de remarque que tous les tissus de l'organisme embryonnaire animal ne soient pas dans le même cas ; et les expériences dont je vais aujourd'hui communiquer les résultats ont eu pour objet de déterminer quels sont les éléments histologiques dont le développement est spécialement accompagné par la matière glycogène.

Les organes que j'ai examinés peuvent être divisés en deux grands groupes : 1° les organes extérieurs ou limitants, qui sont constitués par les tissus cutanés et muqueux ; 2° les organes intérieurs ou contenus, qui comprennent les tissus osseux, musculaires, nerveux, glandulaires, etc. Or nous verrons que c'est particulièrement dans l'évolution des tissus limitants que la matière glycogène parait appelée à jouer un rôle.

1° *Tissus limitants; surfaces cutanées et muqueuses; épithéliums.* — Toutes les membranes épithéliales extérieures qui constituent soit les surfaces cutanées, soit les surfaces muqueuses, peuvent contenir, pendant un certain temps de la vie fœtale, de la matière glycogène sous diverses formes.

Surface cutanée. — La matière se trouve à l'état d'infiltration dans le tissu même de la peau et aussi dans les cellules de l'épithélium qui la recouvre. Certains animaux présentent ce dernier cas d'une manière beaucoup plus marquée que d'autres. Ainsi, chez le porc, cette disposition est très-tranchée, tandis qu'elle est plus difficile à voir chez le lapin, le chat et même chez le veau. Pour constater la présence de la matière glycogène dans la peau, il suffit de racler la surface avec la lame d'un instrument tranchant chez un jeune fœtus, et de porter sous le microscope les parties détachées. On reconnait alors des cellules et des produits histologiques de forme variée offrant au dedans ou en dehors d'eux une matière quelquefois granuleuse, qui, par la teinture d'iode acidulée, se colore en rouge vineux. On pourra, à l'aide de ce caractère de coloration, étudier très-bien la disposition de la matière glycogénique dans la peau, à toutes les périodes de son développement. Je dois me hâter d'ajouter cependant qu'il ne faut jamais s'en tenir à cette seule réaction, car on arriverait, avec ce caractère unique, à croire à la matière glycogène là où elle n'existe pas et à la nier là où elle est réellement. J'ai constamment réuni toutes les réactions, c'est-à-dire que, joint à l'examen microscopique, j'ai toujours fait en même temps une décoction du tissu de la peau. Quand il contient de la matière glycogène, on obtient une solution opaline colorable en violet ou en rouge vineux par l'eau iodée, précipitable par l'alcool ou par l'acide acétique cristallisable en excès. La matière offre, en outre, comme caractère essentiel, la propriété de se changer très-facilement en sucre par l'action des acides énergiques et sous l'influence des ferments diastasiques animaux et végétaux. En un mot, cette matière glycogène, retirée de la peau dans ces circonstances, m'a donné tous les caractères que j'ai indiqués ailleurs pour la matière glycogène du foie et du placenta.

Comme dépendance des parties épithéliales de la peau, nous avons encore les productions cornées diverses : cornes, sabots, griffes, etc. Ces organes contiennent en effet des cellules glycogènes, et on voit peu à peu cette matière disparaître à mesure que l'organisation des tissus s'achève. Chez les fœtus de veaux, de moutons, de porcs, etc., la corne des pieds est molle, jaunâtre, comme macérée dans le liquide amniotique. Quand on fait des coupes très-minces, on constate que la partie molle renferme de la matière glycogène, tandis que les portions les plus organisées n'en renferment plus. C'est dans ces cas où il semble évident que la matière glycogène entre dans l'organisation des tissus. Visible au réactif iodé et susceptible d'être extraite par décoction, cette matière cesse de se montrer dans les points des organes cornés qui sont complétement organisés.

Pour constater la présence de la matière glycogène dans la peau et ses dépendances, on peut encore dissoudre les tissus dans une solution alcoolique de potasse fraîche ; le matière glycogène reste indissoute tantôt dans des cellules, tantôt sous l'aspect de granulations moléculaires sans formes déterminées.

La matière glycogène disparait assez rapidement de la surface épithéliale temporaire de la peau. Dès que l'épithélium définitif se manifeste, et vers le troisième ou quatrième mois de la vie intra-utérine, sur des veaux de 25 à 30 centimètres, on ne la trouve généralement plus. Il n'y a que les parties cornées des extrémités et l'épiderme des orifices qui séparent la peau des membranes muqueuses où la matière glycogène persiste plus longtemps. Mais lorsque la matière glycogène a disparu de l'épiderme, on la constate encore pendant longtemps dans le tissu cutané, à l'état d'infiltration.

Si actuellement nous passons de la peau aux membranes muqueuses, nous trouverons que ces dernières montrent également dans leur évolution des cellules glycogènes pendant un certain temps de la vie embryonnaire.

Surface de la muqueuse intestinale. — Chez de jeunes embryons de veau, de mouton ou de porc, longs de 3 à 6 centimètres, on constate des cellules glycogènes à la surface de la membrane de la bouche, de la langue, du pharynx, de l'estomac, de l'intestin grêle et des diverses portions du gros intestin. Il suffit pour cela de verser sur la muqueuse de la teinture d'iode acidulée ou de racler avec la lame d'un bistouri un peu de la surface de la membrane muqueuse, et d'examiner la portion détachée au microscope à l'aide des réactions déjà indiquées. Les cellules glycogéniques présentent ici toujours les mêmes caractères, seulement dans l'intestin elles se présentent sous la forme de papilles, c'est-à-dire qu'elles sont dans l'épithélium qui entoure les villosités.

La matière glycogène ne se rencontre jamais, ainsi que nous le verrons bientôt, dans les glandes qui sont annexées au canal intestinal. Mais on a observé ce fait remarquable que l'épithélium des conduits glandulaires en est cependant pourvu, ce qui prouverait que l'épithélium de ces conduits glandulaires est réellement une continuation de l'épithélium de la membrane muqueuse. Quand on enlève, chez un embryon très-jeune, une parotide, et qu'on la place sous le microscope en y ajoutant de la teinture iodée acidulée, on voit les conduits en forme d'arborisation se colorer en rouge vineux, et on peut observer très-bien comment se terminent ces canaux glandulaires. Les conduits pancréatiques biliaires et la vésicule sont sans doute dans le même cas. Mais à aucune époque du développement je n'ai trouvé de matière glycogène dans le tissu même des glandes salivaires, du pancréas, des glandes intestinales de Lieberkühn, etc. Les réactions microscopiques, la décoction du tissu glandulaire et sa macération dans l'alcool potassique m'ont également toujours donné des résultats négatifs.

Les cellules glycogènes n'existent à la surface de la membrane muqueuse du canal intestinal que pendant un certain temps de la vie embryonnaire, et elles disparaissent en procédant de l'extérieur à l'intérieur, c'est-à-dire qu'elles cessent de se montrer d'abord dans la bouche et dans les conduits salivaires ; elles ne disparaissent que plus tard dans l'estomac et dans l'intestin.

Voies respiratoires. — La membrane muqueuse des voies aériennes nous offre encore la présence de cellules glycogènes. Lorsque, sur un très-jeune embryon de mouton (long de 1 à 2 centimètres), on place sous le microscope le poumon entier et qu'on ajoute de la teinture d'iode acidulée, on voit les bronches en forme arborisée se colorer en rouge vineux et être entièrement obstruées par de la matière glycogène. Le reste de l'organe pulmonaire a l'aspect d'une sorte de substance gélatineuse qui reste incolore. A cette époque, des cellules glycogènes se rencontrent aussi sur la membrane muqueuse des fosses nasales. Peu à peu, par les progrès de l'évolution, elles disparaissent, ainsi que celles des bronches, qui ne durent également que pendant une période assez limitée de la vie embryonnaire. Toutefois, la matière glycogène reste infiltrée dans d'autres parties des organes respiratoires ; car, par la coction, on trouve que cette matière glycogène persiste dans le tissu du poumon jusqu'à la naissance, pour disparaître bientôt après.

Voies génito-urinaires. — Elles offrent également chez l'embryon des cellules glycogènes pendant leur évolution ; j'en ai constaté sur la muqueuse de l'utérus, des trompes, de la vessie, de l'uretère et même dans les canalicules

des reins. Là comme ailleurs ces cellules glycogènes ne sont que temporaires et disparaissent lorsque les épithéliums définitifs sont formés.

Comme conséquence des observations précédentes, on voit que dans le fœtus toutes les surfaces limitantes extérieures possèdent ce caractère commun de présenter une évolution glycogénique pendant les premiers temps de l'organisation, au moment où l'épithélium définitif n'existe pas encore. Les épithéliums intérieurs ne paraissent pas être dans le même cas ; je n'ai pas constaté de cellules glycogènes dans les membranes séreuses, telles que la plèvre, le péritoine et l'arachnoïde.

2° *Tissus intérieurs. Systèmes osseux, nerveux, musculaires et glandulaires.* — Si actuellement nous examinons les tissus intérieurs ou contenus, nous verrons tout de suite qu'ils forment un groupe tout à fait à part, en ce sens que, sauf les exceptions que je signalerai, ils ne sont pas accompagnés dans leur développement par la matière glycogène.

Systèmes osseux et nerveux. — A aucune époque de l'évolution organique, je n'ai pu constater la matière glycogène dans les tissus nerveux et osseux. J'ai traité, soit par la coction, soit par divers autres moyens précédemment indiqués, le cerveau, la moelle épinière et les os dépourvus de leur périoste, les cartilages chez des fœtus d'homme, de veau, de mouton, de lapin, et à aucun âge je n'ai pu y constater la moindre trace de matière glycogène.

Le tissu musculaire paraît former une exception, en ce qu'il contient de la matière glycogène, mais dans une disposition généralement différente de celle que nous avons précédemment indiquée pour les tissus limitants.

Système musculaire. — Chez les très-jeunes embryons de veaux et de moutons, longs de 2 à 4 centimètres, par exemple, lorsque le tissu musculaire n'a pas encore apparu, on ne trouve dans les muscles que des cellules embryonnaires, et j'ai constaté que ces cellules embryonnaires ne se colorent pas par la teinture d'iode acidulée. Mais un peu plus tard, chez des embryons longs de 15 à 20 centimètres, quand les éléments histologiques du muscle se dessinent, la fibre musculaire apparaît sous la forme d'un tube contenant des noyaux et une substance grenue intercalée, qui n'est autre chose que de la matière glycogène. En effet, si l'on examine au microscope des fibres musculaires embryonnaires à cette période de développement, et qu'on y ajoute de la teinture d'iode acidulée, on voit aussitôt la matière granuleuse se colorer en rouge vineux, tandis que la gaîne du tube devient légèrement jaune et que les noyaux restent incolores.

Avec M. le docteur Kühne, dont j'ai eu l'assistance dans toutes ces recherches d'histologie chimique, nous avons examiné un très-grand nombre de fœtus, et nous avons trouvé la disposition la plus nette dans les fibres musculaires de fœtus de chat. Le tube musculaire contenait des noyaux très-régulièrement espacés, et chaque intervalle était exactement rempli par de la matière glycogène. A une époque plus avancée du développement, la paroi du tube, qui était d'abord lisse, présentait peu à peu des stries sur quelques points de son étendue ; puis on voyait les noyaux devenir plus rares, la matière glycogène perdait peu à peu son apparence granuleuse, puis enfin la fibre musculaire arrivait successivement à revêtir tous les caractères d'une fibre musculaire striée complétement développée. Alors la matière glycogène n'avait pas disparu ; mais elle semblait être à l'état d'infiltration dans la substance de la fibre. Néanmoins, dans aucun cas la matière glycogène contenue dans la fibre musculaire ne paraît être organisée ou renfermée dans des cellules. Quand on traite les muscles à divers états de leur développement par la solution alcoolique de potasse, on voit la substance musculaire se dissoudre ou se dissocier, et la matière glycogène se précipiter sous forme de granulations amorphes ou arrondies qui n'indiquent aucune organisation spéciale.

La matière glycogène existe pendant l'évolution des muscles lisses du cœur et des intestins aussi bien que dans les muscles striés des membres du tronc et du diaphragme. Toutefois, dans les muscles lisses, il est fort difficile de constater les caractères de la substance glycogène au microscope ; les fibres excessivement fines s'isolent mal, les réactifs agissent difficilement et ne montrent généralement la matière glycogène qu'à l'état d'imbibition et non à l'état de substance granuleuse contenue dans des tubes musculaires. Si les réactions microscopiques de la matière glycogène sont difficiles à obtenir dans les muscles lisses, il n'en est plus de même quand on opère par la coction. Elle fournit un liquide opalin dans lequel on peut constater avec la plus grande évidence tous les caractères de la matière glycogène qui est très-abondante dans ces muscles, aussi bien que dans ceux de la vie animale.

Quant à la quantité de matière glycogène renfermée dans les muscles aux diverses périodes de leur développement, je ne pourrais donner aucune évaluation exacte. Je puis dire seulement que cette matière persiste dans le tissu musculaire pendant toute la durée de la vie intra-utérine, puis qu'elle disparaît très-rapidement après la naissance sous l'influence de mouvements respiratoires et musculaires. J'ai pu constater ces faits sur une portée de jeunes chats. Au moment même de la naissance, sur un chat qui n'avait pas encore eu le temps de teter et qui était né seulement depuis quelques minutes, j'ai constaté que les muscles renfermaient de la matière glycogène comme pendant la vie intra-utérine. Mais le lendemain je sacrifiai un autre petit chat qui était né au même moment, et je m'assurai que ses muscles ne renfermaient plus de matière glycogène, et que leurs fibres, au lieu de se colorer en rouge vineux par la teinture d'iode acidulée, se coloraient simplement en jaune.

Système glandulaire. — Le tissu glandulaire, ainsi que les tissus osseux et nerveux, ne renferme pas de matière glycogène. Sauf l'épithélium des conduits glandulaires, je n'ai trouvé de matière glycogène dans le tissu même des reins et des glandes annexées au canal intestinal à aucune époque du développement fœtal. J'ai examiné à ce sujet les glandes salivaires, le pancréas, les glandes de Lieberkühn, la rate et les ganglions lymphatiques.

Foie. — Un seul organe classé parmi les organes glandulaires fait exception, et cette exception mérite d'être spécialement signalée, car il s'agit de la glande qui, par une prédestination particulière, va devenir le réceptacle de la matière glycogène chez l'adulte lorsque tous les organes glycogéniques temporaires auront disparu. Cette glande, nous savons déjà que c'est le foie. Or il est remarquable que le foie, comme tous les organes glanduleux, ne soit pas primitivement accompagné par la matière glycogène dans son évolution. Ce n'est que vers le milieu de la vie intra-utérine environ, lorsque son développement histologique est achevé, que le foie commence à fonctionner comme organe biliaire et comme organe glycogénique. Je ne pourrais pas dire exactement si les deux fonctions débutent en même temps ; toutefois il m'a semblé que la formation biliaire commençait avant la formation glycogénique. Mais à mesure que la fonction glycogénique hépatique se développe, on la voit disparaître dans tous les organes temporaires du fœtus, successivement dans les enveloppes placentaires et dans les organes limitants de son corps ; et parmi ces derniers tissus, c'est dans l'épithélium de l'estomac et de l'intestin grêle que la matière glycogène disparaît en dernier lieu ; elle dure quelquefois encore lorsque le foie fonctionne déjà. Enfin, à la naissance, toutes les dispositions fonctionnelles passagères de la vie intra-utérine disparaissent, et le foie, comme plusieurs autres organes nutritifs, remplira désormais sa fonction déterminée pendant toute la vie. Mais ici il ne faut pas oublier que le foie paraît différer d'autres organes glandulaires en ce que la fonction glycogénique qu'il accomplit chez l'adulte ne s'est pas montrée seulement au moment où elle lui a été dévolue. Cette fonction glycogénique existait déjà avant dans d'autres organes temporaires, et elle lui a été en quelque sorte transmise pour qu'il en devienne l'agent chez l'adulte. Il résulte de là que le foie semble être destiné à continuer dans l'adulte une fonction fœtale qui était primitivement localisée d'une manière plus ou moins diffuse, suivant les animaux, soit dans le placenta et d'autres organes temporaires qui précèdent la formation des organes définitifs.

En résumé, d'après ce qui a été dit dans ce travail, il est permis de penser que chez le fœtus cette matière glycogène a un rôle important à remplir dans le développement organique. D'autre part, chez l'adulte, la fonction glycogénique est liée directement à l'accomplissement physiologique des phénomènes de la nutrition. Nous savons en effet que la matière glycogène cesse de se produire aussitôt qu'une influence morbide vient arrêter les phénomènes de la nutrition. La substance qui accompagne l'évolution des organes chez le fœtus continue donc à se manifester dans leur nutrition chez l'adulte. Ce fait établit une liaison évidente entre le développement organique et les phénomènes nutritifs qui, sous divers rapports, n'en seraient que la continuation. Il serait inutile, dans un sujet encore si obscur, de nous livrer à des considérations théoriques qui seraient prématurées. Il faut attendre patiemment que de nouvelles expériences viennent éclairer ces questions que nous ne pouvons encore qu'à peine entrevoir. Pour aujourd'hui, je n'ai voulu constater que des résultats d'expériences et indiquer que les phénomènes de la nutrition chez l'adulte me paraissent susceptibles d'être élucidés par l'étude des phénomènes de l'évolution fœtale.

LITHOTRIPSIE SUR L'HOMME ET SUR LE CHEVAL.

M. le docteur GUILLON adresse une lettre dans laquelle il rappelle que l'Académie lui a décerné, en 1847 et 1850, des récompenses pour l'invention et le perfectionnement de ses brise-pierre à levier et à évacuateur, « les commissions ayant reconnu qu'il avait donné à ces instruments une plus grande » rapidité d'action en rendant leur emploi plus facile, et en leur assurant un » plus haut degré de sûreté et d'utilité. »

Dans cette lettre, M. Guillon présente, pour le concours du prix de chirurgie fondé par M. de Montyon, ses procédés opératoires, c'est-à-dire sa manière de pratiquer la lithotripsie, appuyée de faits pratiques nombreux, qui démontrent les avantages de ces procédés sur ceux qu'on emploie ordinairement. Il fait remarquer qu'à l'aide de ses brise-pierre on pulvérise dans la vessie, en une séance de quelques minutes, des calculs dont l'écrasement nécessiterait au moins dix séances d'égale durée avec les autres brise-pierre, et que cette pulvérisation s'effectue alors même que les calculs sont enchatonnés ou enkystés, ainsi que le prouve le MONITEUR DES HÔPITAUX du 24 mai 1856.

Si l'approbation que j'ambitionne, dit-il en terminant sa lettre, m'était accordée, mes perfectionnements en lithotripsie ne tarderaient pas à être généralement adoptés par les chirurgiens, et les malades n'auraient plus à subir vingt ou trente opérations de lithotripsie, puisqu'une ou deux et quelquefois trois suffisent ordinairement pour détruire dans la vessie des calculs volumineux, très-durs, dont le détritus est entraîné ensuite au dehors par ma sonde évacuatrice, ou naturellement par l'urine. Enfin, par la destruction rapide de la pierre, on éviterait les accidents qu'entraînent ces opérations trop multipliées.

Il rappelle également dans cette lettre qu'il a pratiqué la lithotripsie avec succès à un cheval, avec le concours de M. le professeur Bouley (d'Alfort), et que l'emploi du sulfate de quinine a empêché l'animal de succomber à une fièvre pernicieuse dont il a été pris le lendemain de l'opération. La pierre, qui avait le volume d'un gros œuf de dinde, a été broyée et entraînée au dehors en une seule séance de douze à quinze minutes, et l'opéré a quitté l'hôpital de l'École d'Alfort en parfaite santé, le 22 février 1858.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements des Basses-Alpes, de l'Ain et de l'Oise.

2° Un rapport de M. Lamotte, chirurgien de marine, sur une épidémie de scarlatine qui a régné en 1858 à l'Isle-Molène.

3° Treize rapports de M. le docteur Daovin sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Pol en 1858. (Commission des épidémies.)

4° Le rapport de M. le docteur Privat sur le service médical des eaux minérales de La Malon en 1857.

5° Un rapport de M. le docteur Barrié sur le service médical de l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

6° Un mémoire intitulé : QUELQUES MOTS SUR L'IOPOMPE ET SUR LE VIRUS-VACCIN DE REVACCINÉ ; par M. le docteur Lallagade. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Des lettres de MM. les docteurs Macario (de Lyon) et Lereboullet (de Strasbourg), qui sollicitent le titre de membre correspondant.

2° Un mémoire ayant pour titre : INFLUENCE QUE PEUT AVOIR SUR LA SANTÉ PUBLIQUE L'USAGE DES AGGLOMÉRÉS DE HOUILLE PRÉPARÉS AU MOYEN DU GOUDRON, OBTENU PENDANT LA FABRICATION DU GAZ DE L'ÉCLAIRAGE ; par M. le docteur Lespiau, médecin de l'hôpital militaire de Marseille. (Commissaires, MM. Danyau, Bouchardat, Wurtz.)

3° Un rapport sur les eaux mères de Salins, par M. le docteur Léger, médecin de l'hôpital de Bicêtre, ex-inspecteur de ces eaux. (Commission des eaux minérales.)

4° La description d'un nouvel appareil propre à faciliter l'ingurgitation et aussi à surexciter la gorge et les organes de la respiration chez les malades (*ingurgitateur à bombille*), par M. Lhuillier (de l'Étang).

ÉLECTION.

L'Académie procède à la nomination, par voie de scrutin, d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Chomel, décédé.

La liste des candidats proposés par la section portait :

En première ligne.	M. Denonvilliers.
En deuxième ligne, *ex æquo*. . . .	M. Barthez. M. Menière.
En troisième ligne.	M. Roger.
En quatrième ligne, *ex æquo*. . . .	M. Guéneau de Mussy. M. Hardy.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 75, les suffrages sont ainsi répartis :

M. Denonvilliers.	43 voix.
M. Menière.	16 —
M. Roger.	11 —
M. Barthez.	3 —
Billets blancs.	2

En conséquence, M. le président proclame M. Denonvilliers élu, sauf ratification de S. M. l'empereur.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Huguier.

La parole est à M. Huguier pour répondre à M. Depaul.

DISCUSSION SUR L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN.

M. HUGUIER, après avoir démontré que la pièce anatomique présentée par M. Depaul, dans la dernière séance, rentre dans les lésions qu'il a étudiées dans son mémoire, puisque la portion sus-vaginale du col utérin est ramollie, étirée, amincie, à la manière d'un tube de verre à la lampe de l'émailleur, reproche à son contradicteur d'avoir dressé contre son travail une sorte de réquisitoire plutôt que de l'avoir réfuté par une argumentation vraiment scientifique.

M. DEPAUL proteste contre cette accusation.

M. HUGUIER déclare qu'il ne saurait mieux comparer la conduite de M. Depaul qu'à celle d'un architecte qui, chargé de l'inspection d'un édifice construit par les soins d'un autre, n'y trouverait que des imperfections et des défauts, et conclurait à sa démolition.

M. Huguier se propose de suivre M. Depaul pas à pas. Il divisera sa réplique en deux parties : dans la première, il répondra aux objections relatives à l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col utérin ; dans la seconde, aux objections adressées à l'hypertrophie de la portion sus-vaginale.

Relativement à la première partie de mon mémoire, dit M. Huguier, les attaques de M. Depaul peuvent se résumer dans les trois chefs suivants : 1° dans l'historique de l'hypertrophie du col de la matrice, je n'ai pas fait une part assez grande aux auteurs qui m'ont précédé ; 2° je n'ai pas été toujours conséquent avec moi-même, et j'ai souvent mis mes actes en opposition avec mes principes ; 3° j'ai proposé et pratiqué une opération souvent inutile et toujours grave.

Le premier de ces reproches n'est aucunement fondé. Il suffit de jeter un coup d'œil sur mon mémoire pour se convaincre que je n'ai omis le nom d'aucun des auteurs qui ont parlé de l'hypertrophie du col utérin. M. Depaul m'a surtout tenu rigueur d'avoir traité avec une sorte d'indifférence coupable l'ouvrage de Dugès et de madame Boivin. Mais j'ai cité textuellement, et tout au long, les passages de ce livre relatifs à la question, et j'ai fait reproduire sur mes planches une figure extraite de leur atlas. Il me semble, à mon tour, que M. Depaul a donné beaucoup trop d'importance aux faits relatés par Dugès et madame Boivin. Ce ne sont que des observations tronquées ou des indications vagues et sommaires, que les auteurs n'ont même pas empruntées à leur propre pratique, mais qu'ils tiennent de celle des autres. Quelle portée, quelle valeur scientifique peuvent avoir de tels documents ?

M. Herpin, dont notre collègue a beaucoup parlé, ne s'est nullement occupé de l'allongement hypertrophique de l'utérus, tel que je l'entends. Il n'est question, dans le travail de cet auteur, que d'un engorgement dont la nature lui paraît douteuse. Il se demande si cet engorgement, qui cède à la pression du doigt, est œdémateux ou variqueux. S'agit-il là de la lésion que j'ai décrite ?

C'est à tort encore que M. Depaul m'a reproché d'avoir avancé que l'allongement du col de 6 à 7 centim. n'était pas rare ; que toutes les variétés d'allongement hypertrophique du col utérin constituaient, dans tous les cas, et quel que fût leur degré, une altération pathologique, une maladie. Ce sont là des accusations toutes gratuites, des griefs purement hypothétiques, imaginés par notre collègue pour le simple plaisir de les combattre. M. Depaul a été bien au delà de ma pensée ; il a exagéré, amplifié la portée de mes assertions. On peut s'en convaincre en comparant ce que j'ai dit avec ce qu'il m'a fait dire.

J'en dirai autant à propos du diagnostic. Je n'ai pas déclaré, comme le prétend M. Depaul, que le diagnostic de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus fût toujours très-difficile et nécessitât constamment l'emploi du spéculum et de l'hystéromètre. J'ai dit, au contraire, que, le plus souvent, le toucher et l'examen direct, convenablement pratiqués, étaient très-suffisants. J'ai ajouté que, dans certains cas obscurs, difficiles, comme dans certaines anomalies anatomiques, il fallait recourir au spéculum et à l'hystéromètre. Mais notre collègue n'était pas fâché de trouver l'occasion de jeter l'anathème sur cet instrument. Cependant l'hystéromètre, quoi que fasse M. Depaul, fera le tour du monde, et je sais que beaucoup de praticiens, qui en médisent, en portent toujours un dans leur trousse. Je crois même avoir ouï-dire que M. Depaul s'en servait assez souvent.

M. DEPAUL : Je ne m'en sers presque jamais.

M. HUGUIER : J'ai avancé que l'hypertrophie en longueur de la portion sous-vaginale et de la portion sus-vaginale du col de la matrice s'excluaient en quelque sorte. Je l'ai dit, parce que je n'ai jamais rencontré simultanément les deux lésions. M. Depaul en est très-surpris, c'est un fait qu'il ne comprend pas, et il le rejette sans merci. Mais quelle valeur peuvent avoir ses dénégations théoriques et ses répugnances contre les données de l'expérience et de l'observation clinique ? M. Depaul refuserait-il de se rendre à l'évidence ?

Arrivons au traitement. Notre collègue me reproche de faire trop bon marché des moyens ordinaires pour trop préconiser l'amputation des parties hypertrophiées. Mais n'ai-je pas posé des indications très-formelles ? N'ai-je pas dit qu'il fallait s'en tenir aux médications ordinaires lorsque l'allongement ne dépassait pas 5 ou 6 centimètres, lorsqu'il ne causait aucune incommodité, ou lorsque, dépassant 6 centimètres, il était compliqué d'un état inflammatoire de la matrice ou de ses annexes, qui pouvait rendre l'opération fort dangereuse ; tandis qu'il y avait lieu d'opérer dans les conditions opposées ?

M. Depaul semble avoir une grande prédilection pour la cautérisation actuelle, et il me blâme de ne pas en avoir fait assez de cas. Je crois que le fer rouge, qui ne détruit à la fois que quelques millimètres de tissu, est insuffisant dans les cas d'allongement hypertrophique, dont je parle dans mon mémoire. Il faudrait, pour obtenir un résultat satisfaisant, y recourir trop de fois ; encore ne serait-on pas sûr d'arriver à la guérison. Et puis, cette opération n'est pas aussi inoffensive que le prétend notre collègue ; elle expose fort bien les malades, au moment où se développe l'inflammation éliminatrice, à la métro-péritonite, à la péritonite partielle, au phlegmon péri-utérin, etc., etc. ; et, lors de la chute de l'escarre, à des hémorrhagies secondaires.

L'amputation du col utérin hypertrophié a sur la cautérisation les avantages suivants :

C'est une opération peu ou point douloureuse, très-expéditive, débarrassant, vite et en une seule fois, les malades de leur lésion : pratiquée opportunément et avec les précautions que j'ai recommandées, elle est dépourvue de dangers et n'est suivie d'aucun accident grave. De mes dix opérées, deux seulement ont été prises d'hémorrhagies, qui ont été promptement arrêtées par le tamponnement. Aujourd'hui que nous sommes en possession du perchlorure de fer, un accident de ce genre n'a plus rien de redoutable ; on en viendrait facilement à bout.

Je ne suis pas le seul qui pratique maintenant l'amputation du col utérin, dans le cas d'allongement hypertrophique. Cette opération a été faite aussi deux fois par Philippe Boyer, dont les deux malades ont guéri, et une fois par M. Broca et par M. Follin. M. Scanzoni déclare, dans son ouvrage, qu'il y a souvent eu recours avec succès, et il la préfère de beaucoup à la cautérisation par le fer rouge.

M. Depaul m'a sévèrement reproché de n'avoir pas toujours conformé ma conduite à mes préceptes. Dans deux circonstances, en effet, j'ai enlevé des cols utérins qui ne dépassaient pas 5 centimètres; mais M. Depaul a oublié d'ajouter que, dans l'un et l'autre cas, le col, bien que modérément allongé, était placé dans une direction telle qu'il occasionnait des troubles sérieux du côté du rectum et de la vessie. Ce sont là deux indications formelles pour agir chirurgicalement.

Notre honorable collègue s'est montré d'une rigueur extrême dans la critique qu'il a faite de mes observations: il n'en a trouvé aucune à son goût. Vraiment M. Depaul est bien difficile.

Il s'étonne que, dans certains cas où l'allongement du col avait 5, 6 ou 7 centimètres, la tumeur proéminât moins hors de la vulve que dans des cas où l'allongement n'avait que 4 centimètres. S'il avait mieux lu ces observations, il aurait trouvé l'explication de ce phénomène qui lui paraît si extraordinaire. C'est que dans les premiers cas, il y avait allongement pur et simple, sans déplacement de la matrice; tandis que dans les autres cas, à l'allongement hypertrophique du col se joignait un certain degré d'abaissement de l'organe.

M. Depaul me reproche d'avoir opéré une malade atteinte d'un corps fibreux du col de la matrice et une autre d'un kyste folliculaire. Sans doute, mais outre le corps fibreux, qui était d'un très-petit volume, et le kyste folliculaire, il y avait, dans les deux cas, un allongement très-prononcé de l'organe, qui légitimait très-bien l'amputation.

Chez une autre malade qui portait une hernie crurale, c'est à cette lésion que M. Depaul attribue les accidents observés, et il me blâme d'avoir pratiqué l'ablation du col utérin, qui, d'après lui, n'était pour rien dans les troubles de la santé. Je demande pardon à M. Depaul; mais je ne me suis décidé à l'opération qu'après avoir bien constaté, avec notre confrère M. Dulaurier, que la hernie était parfaitement réductible et qu'elle ne causait aucune gêne à la malade. Ce qui prouve bien que j'avais raison, c'est que la femme, depuis qu'elle a été opérée, se porte à merveille, bien que sa hernie persiste encore.

Dans un autre cas, suivant notre collègue, j'aurais opéré une malade qui n'avait qu'un engorgement simple du col utérin, sans allongement hypertrophique. C'est là une supposition toute gratuite. J'avais bien diagnostiqué une élongation anormale du col avant de l'amputer; et les suites de l'opération m'ont prouvé que je ne m'étais pas trompé.

Enfin, M. Depaul prétend que j'ai pratiqué, une autre fois, l'ablation du col pour une hypertrophie de la lèvre antérieure seulement.

M. Depaul: C'est une erreur, je n'ai rien dit de semblable.

M. Huguier: J'en ai pris note; et cette accusation est reproduite même par les journaux dévoués à M. Depaul. La femme dont il est question présentait un allongement du col utérin de 6 centimètres. Notre collègue s'étonne qu'elle soit sortie guérie au bout de onze jours; il croit difficilement à une semblable merveille. Si M. Depaul eût mieux calculé, il aurait vu que la malade avait quitté l'hôpital, non pas onze jours, mais dix-sept jours après l'opération.

Mais le reproche le plus sérieux, je dirai même l'accusation la plus grave que notre collègue formule contre moi, c'est d'avoir deux poids et deux mesures, les uns pour les femmes riches, les autres pour les femmes pauvres. Je proteste de toutes mes forces contre une pareille allégation. J'ai dit et je répète que l'allongement hypertrophique du col utérin, pouvant devenir plus grave et entraîner plus d'inconvénients chez les femmes pauvres et laborieuses que chez les femmes riches et oisives, il me paraissait plus urgent d'opérer les premières que les secondes. Il y a loin de là à la théorie peu charitable que m'a prêtée notre collègue.

M. Huguier n'étant pas prêt pour répondre aux autres discours de M. Depaul, la parole lui sera donnée dans la prochaine séance, pour reprendre son argumentation.

ÉTAT MENTAL DANS LA CHORÉE.

M. Marcé donne lecture d'un mémoire sur ce sujet, et le termine par les conclusions suivantes:

§ I. — Les troubles des facultés morales et intellectuelles sont très-communs chez les choréiques. Sur un nombre donné de malades, les deux tiers au moins en présentent des traces plus ou moins profondes; quant à l'immunité dont jouit l'autre tiers, elle ne peut s'expliquer ni par l'âge ni le sexe des sujets, ni par l'acuité ou la chronicité de la maladie, ni par l'étendue ou l'intensité des mouvements convulsifs.

§ II. — Quatre éléments morbides, quelquefois isolés, le plus souvent associés les uns aux autres, doivent être étudiés dans l'état mental des choréiques:

1° Des troubles de la sensibilité morale consistant en un changement notable du caractère, lequel devient bizarre et irritable, en une tendance inaccoutumée à la gaieté et surtout à la tristesse.

2° Des troubles de l'intelligence caractérisés par la diminution de la mémoire, une grande mobilité dans les idées et l'impossibilité de fixer l'attention.

3° Des hallucinations, phénomène qui jusqu'ici n'avait jamais été signalé dans la chorée. Ces hallucinations surviennent le soir, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, plus rarement le matin au réveil, quelquefois pendant le rêve. Souvent limitées au sens de la vue, elles s'étendent, dans des cas plus rares, à la sensibilité générale et même au sens de l'ouïe; on peut les rencontrer dans la chorée pure, dégagée de toute complication, mais leur existence est infiniment plus fréquente toutes les fois que la chorée est associée à des symptômes hystériques. Si, dans la grande majorité des cas, ces hallucinations constituent un symptôme sans gravité, elles peuvent, dans certains faits exceptionnels, amener de l'excitation, du délire.

4° Enfin la chorée peut, dès son début ou pendant son cours, se compliquer de délire maniaque. Il en résulte alors un état fort grave qui, dans plus de la moitié des cas, amène la mort au milieu de formidables accidents ataxiques, et même dans les cas heureux laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable. Les inhalations de chloroforme, les bains prolongés et d'une manière générale, les antispasmodiques, sont les moyens thérapeutiques qui jusqu'ici ont rendu les plus grands services dans le traitement de ce délire, que tout porte à faire considérer, au moins dans la grande majorité des cas, comme un délire purement nerveux.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI ANALYTIQUE ET CRITIQUE DE STATISTIQUE MORTUAIRE COMPARÉE; par le docteur Marc d'Espine (1).

La vérification officielle des décès par un homme de l'art satisfait à des exigences variées, mais qui sont toutes importantes quand elles ne sont pas impérieusement nécessaires.

Dans un intérêt d'ordre civil, on constate ainsi qu'il y a eu réellement un décès et on établit l'identité du décédé.

Pour sauvegarder des vies et préserver de la plus horrible des agonies, on s'assure que la mort est réelle et non pas seulement apparente.

Dans un intérêt de sécurité publique, on distingue les décès par maladie des morts par cause violente.

Enfin, les documents sur les causes des décès, surtout s'ils sont fournis concurremment par les vérificateurs et les médecins traitants, soumis à une judicieuse analyse, rendront à l'hygiène publique et à la médecine des services qu'elles demandent le plus souvent en vain à d'autres sources d'instruction.

En présence de tous ces avantages, on comprend difficilement comment plusieurs grands pays, la France en particulier, n'ont pas encore généralisé une telle institution. Comment! ce n'est que dans les villes, et les grandes villes, qu'on obéit, non pas à la lettre (qui n'est pas pratiquement applicable), mais à l'intention de l'article 77 du Code civil, qui exige positivement la constatation des décès par l'officier de l'état civil; ce n'est que là, c'est-à-dire dans la plus petite partie de la France, qu'on peut être à l'abri de la terreur, si générale et si naturelle, d'être inhumé vivant. Des documents authentiques nous montreront bientôt dans quelle effrayante proportion les homicides échappent aux investigations de la justice. Quant aux avantages que l'hygiène publique et la médecine peuvent tirer de la vérification des décès, cette institution, en tant qu'étendue à tout un pays, est en général de date trop récente pour qu'on ait pu jusqu'à présent en recueillir les bienfaits à ce point de vue. M. le docteur Marc d'Espine, dans l'excellent travail dont nous rendons compte, a eu l'insigne honneur d'ouvrir cette lice, et son Essai de statistique mortuaire comparée montre déjà tout le parti que l'art médical et les administrations publiques pourront tirer de cette nature de documents; et cependant ceux qui ont servi de base à l'œuvre de M. d'Espine n'ont été recueillis que dans l'un des plus petits États de l'Europe. Malgré cet inconvénient, leur comparaison avec les mêmes résultats fournis dans quelques grands pays par la même institution, démontre toute leur valeur, comme nous en donnerons la preuve plus loin au moyen de quelques exemples.

On ne sera, du reste, point surpris que la patrie du docteur d'Espine ait fourni les matériaux du premier ouvrage de statistique mortuaire comparée, quand on saura que les registres de naissances, mariages et décès, ainsi que l'obligation de visiter les corps des décédés avant de les inhumer, datent, à Genève, de 1549. Des tables régulières, construites par Cramer et par Joly pour les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, par Odier et par Mallet pour le dix-neuvième, ont permis de mesurer avec certitude, dans cette petite république, la marche de la vie probable et de la vie moyenne progressant, depuis

(1) Paris et Genève, 1858, chez Cherbuliez, libraire.

plus de trois siècles, d'une manière régulière avec l'aisance et la civilisation. Un court énoncé de ces résultats intéressera sans doute nos lecteurs.

La vie probable à la naissance, qui était à Genève de moins de 5 ans dans le seizième siècle, de 11 ans dans le dix-septième, de 27 ans au commencement du dix-huitième, de 32 ans à la fin du même siècle, y est aujourd'hui de 44 ans, c'est-à-dire neuf fois plus longue que dans le seizième siècle.

L'âge moyen des décédés, qui était de 21 ans à la fin du seizième siècle, s'est successivement élevé à 26 au dix-septième, à 34 au dix-huitième, à 40 de 1800 à 1840; il a dépassé dès lors 41 ans, chiffre supérieur à celui de tous les autres États européens.

Mais ces lois de population pouvaient être simplement extraites des registres de l'état civil et ne concernaient pas la vérification des décès. Quant à cette dernière institution (bornée toutefois à la ville de Genève, à sa banlieue et à quelques villages), elle était déjà l'objet d'un contrôle médical actif à une époque bien antérieure à celle où plusieurs États de l'Europe sont entrés dans cette voie. La Société de médecine de Genève, qui subsiste encore et qui compte, si je ne me trompe, plus d'un siècle d'existence, s'était donné le mandat important de vérifier tous les quinze jours le *registre des morts;* on en donnait la lecture, et le médecin traitant contrôlait le diagnostic du médecin visiteur. Cette sorte de revue fournissait l'occasion de disserter sur les maladies régnantes et de raconter d'intéressantes histoires qui, par leur date récente, étaient restées tout entières dans la mémoire du praticien. En 1828, sur la proposition de l'auteur de cet article, on étendit la vérification des décès à tout le territoire de Genève, doublé d'étendue depuis 1815, et on la réglementa avec soin. Le gouvernement n'admit point comme obligatoire l'intervention du médecin traitant, si nécessaire pour un bon diagnostic; mais le zèle intelligent de M. d'Espine, chargé plus tard par le conseil de santé de la direction générale de la visite mortuaire, et l'intérêt que, par ses publications annuelles, il sut attirer sur ce sujet, eurent plus d'influence peut-être sur tous ses confrères que n'en auraient eu des dispositions administratives. Non-seulement vérificateurs et médecins traitants se sont tous prêtés à assurer le diagnostic de chaque cas, mais des circonstances additionnelles fournies par eux ont procuré à l'habile statisticien des documents d'un vif intérêt et qui lui ont permis de traiter dans son livre un assez grand nombre de questions que n'auraient pas élucidées les résultats d'une simple nomenclature.

Pendant dix-huit années, de 1838 à 1855, M. d'Espine a dirigé, colligé et contrôlé les rapports des vérificateurs des décès dans le canton de Genève; malheureusement le temps lui a manqué pour dépouiller et analyser les cinq années 1848 à 1852, mais les 17,000 décès que comprennent les treize années restantes, passées à la filière d'une critique aussi éclairée que consciencieuse, ont formé une base assez large pour y asseoir de solides conclusions.

Énumérer seulement les principales de ces conclusions serait une œuvre qui dépasserait beaucoup les limites qui nous sont assignées; nous nous bornerons à en donner un petit nombre comme exemples, après avoir fait connaître à grands traits le cadre de l'auteur et donné quelque idée du travail analytique et critique auquel ont été soumis les résultats fournis par chaque cause de mort.

L'ouvrage est divisé en trois parties. Dans la première les décès sont étudiés, *sans distinction d'espèces étiologiques*, dans leurs rapports avec les naissances, la population, les âges, les mois, les saisons, les sexes, l'habitation, l'aisance ou la misère. La seconde partie est consacrée aux décès envisagés au point de vue de leurs *causes non morbides:* morts-nés, décès par vice originel de conformation ou par débilité congéniale, par vieillesse ou marasme sénile, enfin par accidents extérieurs (morts violentes). La troisième partie renferme les décès considérés au point de vue de leurs *causes morbides:* accidents morbides, maladies aiguës, maladies chroniques, et en dernier lieu cause restée indéterminée. Dans ce dernier livre, comme dans le second, chaque espèce morbide, comme chaque espèce de mort violente, est étudiée à part et envisagée dans ses rapports avec les âges, les saisons, les sexes, l'habitation, l'aisance. On voit par là combien une analyse un peu complète de l'œuvre serait étendue. Nous devons ajouter encore, et c'est le phare qui éclaire surtout M. d'Espine dans sa judicieuse critique de ses documents, que notre auteur a pris constamment, comme termes de comparaison, les résultats fournis par la statistique mortuaire de tous les pays qui ont rendu compte des résultats de la vérification de leurs décès; il a puisé dans les rapports de quelques cantons suisses, de l'Angleterre, de la Prusse, de la Bavière, de la Hollande, de la Belgique, de la France et des États sardes, et dans ces comparaisons il a toujours tenu compte de l'organisation plus ou moins bonne de la visite des morts dans chaque pays. Il n'en existe malheureusement qu'un seul, le canton de Genève, où visiteurs et médecins traitants concourent à assurer la constatation exacte de la cause de la mort.

Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'ouvrage pour le rendre juge de la sagacité, de l'impartialité, de l'amour sincère du vrai qu'a déployés M. d'Espine dans la poursuite ardente et patiente à la fois du but qu'il a réussi à atteindre; mais ce que nous pouvons faire, c'est donner, par quelques exemples pris à peu près au hasard, le désir d'explorer en détail cette mine si riche en enseignements. Nous prendrons d'abord le chapitre des morts violentes, et, autant que possible, nous y laisserons parler l'auteur, avec le regret d'être obligé de l'abréger.

« Des décès par accidents extérieurs ou morts violentes. — Comme nous le verrons bientôt, les statistiques mortuaires officielles peuvent pécher par omission en donnant leurs chiffres annuels de morts violentes, c'est-à-dire que, dans les pays où l'enregistrement des décès se fait avec négligence, un plus ou moins grand nombre de morts violentes peut avoir échappé à l'investigation; mais on peut être assuré qu'un décès attribué à une submersion, une brûlure, à un coup de fusil, un coup de sabre, etc., a bien réellement été le résultat des causes de cette évidence..... Je considère la division des morts par accidents extérieurs » (suicide, homicide, guerre civile, exécution juridique, accident impersonnel ou involontaire) « comme étant la plus exacte des collections de décès du canton de Genève. Je puis dire que tous les cas indiqués sont, sans exception, attribuables à des accidents, et très-peu de décès, à peine quelques unités, ont pu échapper à l'investigation pour demeurer dans les décès indéterminés ou passer sous la rubrique de quelque maladie succédant à un accident inconnu. »

« *Degré de fréquence des morts violentes.* — Sur nos treize années, les morts violentes forment annuellement en moyenne le 4,1 pour 100 du total des décès..... 1841 a donné le 3 pour 100 (minimum); 1846, le 6 pour 100 (maximum), dont presque 2 pour 100 par guerre civile. L'Angleterre, le seul, parmi les pays que je compare au nôtre, qui ait adopté un système régulier d'enregistrement des causes de la mort, accuse, pour 100 décès, une moyenne annuelle, sur douze ans, de 3,4 morts par cause externe. » (Le nombre un peu moindre de décès par cause violente en Angleterre qu'à Genève, tient en grande partie, comme le démontre M. d'Espine, à ce que, dans le premier des deux pays, le suicide étant particulièrement flétri par l'opinion publique et la *législation*, les familles font les plus grands efforts pour soustraire leurs suicidés à la constatation de la cause de leurs décès.) « Ainsi, en comparant les deux seuls pays qui suivent un système assez régulier et général d'enregistrement, on trouve des résultats presque identiques.....

» A Paris, où la vérification des décès se fait d'une manière régulière (quoique l'enquête sur le diagnostic soit insuffisante par le défaut de concours du médecin traitant), la proportion des morts violentes au total des décès est de 4 pour 100, d'après un tableau sur 1843 (imprimé dans le septième rapport anglais) qui est moins incomplet que ceux des morts par accidents fournis par les comptes rendus de la justice criminelle. »

Tout concourt donc à établir que la proportion de 4 pour 100 est, avec quelques légères variations, le chiffre normal du rapport entre le nombre des morts violentes et celui du total des décès. Or pour toute la France « d'après le dépouillement donné chaque année dans le compte rendu de la justice criminelle, » cette proportion serait à peine de 1 pour 100. Les trois quarts environ des cas de morts violentes échappent donc aux investigations de la justice. Or ces cas qui se dérobent aux enquêtes officielles n'appartiennent ni aux accidents involontaires ni à aucune des dernières catégories que nous avons énumérées plus haut; c'est donc une proportion plus forte encore que celle des trois quarts, en suicides et surtout en homicides, qui reste ignorée dans toute la France, Paris excepté. N'est-ce pas là un puissant argument en faveur de la généralisation de la visite officielle des morts dans ce pays, si avancé sous tant de rapports, si reculé sous celui dont nous nous occupons?

Passons à un autre exemple. Parmi les institutions que la charité a créées pour le soulagement des misères humaines, il n'en est aucune qui, au premier aspect, semble plus admirable que celle des asiles connus sous le nom de *Maternités*, de ces maisons ouvertes dans les villes à tant de pauvres femmes dans ces phases douloureuses de leur vie, où elles inspirent, à juste titre, tant de sympathie. Substituer à l'insalubrité et au dénûment du logis domestique les conditions opposées d'un abri convenablement aéré et chauffé, d'un coucher, de linge, d'aliments, de soins domestiques bien appropriés à la situation de ces malheureuses, les abriter sous une vigilance incessante, les con-

fier pour les services médicaux à des femmes instruites et expérimentées, et à des médecins choisis parmi les plus habiles, n'est-ce pas une œuvre éminemment utile, et destinée non-seulement à procurer un bien-être temporaire dans une situation digne de tout intérêt, mais à sauver bien des vies données au sacrifice, à l'accroissement de la famille? Malheureusement, les résultats sont loin d'être d'accord avec la théorie. Naguère une discussion solennelle sur la fièvre puerpérale, à l'Académie de médecine, rappelait l'attention sur la mortalité des maisons d'accouchement. Les avis étant partagés sur la profondeur de cette plaie, l'ouvrage de M. le docteur d'Espine nous permettra de la sonder.

Examinons d'abord quelle est la mortalité générale par suite de grossesses ou de couches. A Genève, M. d'Espine a pu distinguer les décès des femmes enceintes de ceux des femmes récemment accouchées; ils sont dans le rapport de 1 à 8; mais les documents des autres pays ne donnant pas ce rapport, l'auteur a réuni les deux ordres de décès pour rendre les documents comparables.

Les morts par cette double cause dans le canton de Genève, pendant les treize années, ont donné le rapport de 8 morts pour 1000 couches. En Angleterre, de 1834 à 1841, on a compté en moyenne 5 décès pour 1000 couches, mais en Belgique on trouve aussi, de 1851 à 1855, environ 5 décès sur 1000. En Prusse, de 1850 à 1852, 6 sur 1000 couches.

Ainsi la mortalité par grossesse ou couches est de 5 à 6 décès pour 1,000 en général. Genève seule est moins favorisée. Elle le doit, très-probablement, d'après ce que nous verrons plus loin, à la condensation tout exceptionnelle de sa population *intra* et *extra muros*. Sous ce rapport, ce canton est aux autres pays ce qu'est le département de la Seine à la France entière.

Avant d'aborder la question des maternités, examinons encore quelle est l'influence de la richesse sur le nombre des décès par la cause que nous étudions. M. d'Espine, à mesure qu'il a dépouillé chacune des 13 années mortuaires de Genève, a eu soin de distinguer les décès des habitants les plus riches au nombre de 706 formant le 4,20 pour 100 de la totalité des décès pour la période indiquée. Puis, soit dans l'examen de la mortalité générale, soit dans celui de chaque espèce léthifère, il a étudié l'influence de la richesse en comparant les décès de cette catégorie avec la totalité des morts. Cette comparaison a fourni des résultats curieux, et qui nous paraissent mériter une courte digression. L'âge moyen des 706 décédés riches a été de 56 ans, tandis que celui de l'ensemble des morts n'a été que de 41,28 ans. Ainsi, la classe aisée a, sur l'ensemble de la population, le privilége de vivre en moyenne quinze ans de plus que l'ensemble des classes de la société. C'est surtout dans les cinq premières années de la vie, le premier jour excepté, que la population est épargnée; puis de 15 à 20 ans, et de 30 à 35, et cela dans le rapport de 2 à 4,5. Le premier jour de la vie est plus fatal aux nouveau-nés dans l'opulence que dans l'ensemble des situations sociales, dans le rapport de 4,9 à 4,5.

Arrivons maintenant à l'action de cette même richesse sur la mortalité des femmes enceintes ou en couches. Ici, plus que dans beaucoup d'autres circonstances de la vie, un avantage prépondérant doit incomber à la fortune. Cet avantage existe, en effet; mais il est bien plus restreint qu'on ne pourrait le présumer: la mortalité des femmes riches est de 7,7 au lieu d'être de 8.

Autre résultat très-remarquable encore. En tout pays, plus ou moins, on se plaint avec raison de l'absence ou de l'éloignement des secours médicaux dans les campagnes, de la rareté des sages-femmes, de l'ignorance des matrones. Quelle est, dans ces circonstances, le chiffre mortuaire des femmes grosses ou en couches dans les villes et dans les populations rurales? En Angleterre, ce chiffre est, sur 1000 couches, de 4,9 pour les populations rurales, de 6,7 pour les populations urbaines. A Genève, sur le même nombre de couches, il y a à la campagne 6 décès, au chef-lieu 10.

Ainsi, en Angleterre la mortalité par la cause que nous étudions est au moins d'un tiers en sus plus forte dans les villes que dans les campagnes; dans le canton de Genève, le chef-lieu est encore plus maltraité; la mortalité y est presque double.

Si maintenant nous examinons cette léthalité dans les maisons d'accouchement, nous trouverons des résultats qui fournissent un enseignement d'une haute valeur. L'indication des sources où l'auteur a puisé les documents que nous allons exposer nous entraînerait trop loin; le lecteur les trouvera dans l'ouvrage; nous nous bornerons donc à transcrire les résultats.

Les maternités anglaises, parmi celles citées par le docteur d'Espine, sont celles qui fournissent, au point de vue qui nous occupe, les résultats les plus avantageux.

A l'hôpital de *Rotundo*, à Dublin, la mortalité est, sur 1000 couches, de. 12,5
Dans le British Lying in hospital, de. . . . 16
Dans le City Lying in hospital, de. 16
Dans le Queen Charlotte Lying in hospital, de 18

Il est à remarquer que les hôpitaux anglais réunissent beaucoup moins de malades dans une même salle que ceux des autres pays.

A la Maternité de Paris, qui reçoit de 3 à 4000 femmes en couches par an, il en est mort :

Entre 1818 et 1829, de 18 à 80 pour 1000.
1829 et 1839, de 14 à 77 —
1839 et 1849, de 23 à 48 —
1849 et 1850, de 36 à 43 —

A la Maternité de Vienne, le plus vaste hospice en ce genre de l'Europe, il y a eu en moyenne, depuis 1784 à 1849, 38 décès pour 1000 couches. Mais si on distingue, dans ce même hôpital, les chiffres par périodes correspondant à une population très-différente en nombre, on trouve que, pour les six premières années où le nombre des couches a varié de 284 à 1546, la mortalité a été seulement de 3 à 21 sur 1000, tandis qu'elle a été de 21 à 115 de 1831 à 1849, où la population a varié entre 3500 et 7800.

Il ressort, avec la plus grande évidence, de toutes les données qui précèdent :

1° Que la richesse, si favorable à la probabilité de vie et à la durée de la vie moyenne, ne donne presque aucun avantage, sous le point de vue morbide, aux femmes en couches;

2° Que la mortalité, par grossesse ou accouchement est, dans les villes, de *moitié plus forte* que dans les campagnes;

3° Que la léthalité moyenne par ces causes est triplée dans les hôpitaux les mieux tenus, qu'elle croît avec leur population, et que dans les Maternités qui reçoivent le plus grand nombre de femmes, elle peut arriver, en certaines années, à être jusqu'à *seize fois* (Paris) et même *vingt-trois fois* (Vienne) plus forte que la moyenne générale.

Les conséquences pratiques de ces trois ordres de faits coulent de source; nous n'insisterons que sur une seule : en présence des derniers résultats signalés, quelle responsabilité n'incombe pas aux hommes qui, ayant le pouvoir de modifier un semblable état de choses, s'endorment dans une funeste inertie! L'assistance à domicile sur une large échelle, et la dispersion chez les sages-femmes (dans les communes suburbaines surtout) des malheureuses qui ne peuvent pas accoucher chez elles, ne coûteraient pas plus cher, probablement, et sauveraient chaque année, en Europe, des milliers de vies précieuses. L'enseignement privé a longtemps suffi pour former de bons accoucheurs; il peut rendre encore le même service, qu'il s'agisse des médecins ou des sages-femmes.

Nous n'irons pas plus loin dans nos emprunts au bel ouvrage de notre confrère; les quelques exemples que nous avons donnés et les conséquences que nous avons fait ressortir engageront tous les médecins consciencieux à y rechercher des enseignements analogues. Nul désormais ne devra écrire sur une maladie pouvant entraîner la mort, sans en avoir étudié les lois étiologiques dans l'Essai de statistique mortuaire; c'est dire le succès durable de ce livre. Il servira d'ailleurs de modèle pour des travaux semblables dans d'autres pays, et le but de M. Marc d'Espine sera rempli. Il n'a pas borné, en effet, son ambition à perfectionner et à utiliser, au profit de la science médicale, la vérification des décès dans le canton de Genève; il n'a pas cessé, avec le plus entier désintéressement, d'exercer la plus active propagande pour naturaliser dans toute l'Europe cette importante institution et lui faire porter tous ses fruits : comptes rendus et mémoires partiels; active coopération, directe ou indirecte, aux travaux des congrès de statistique de Bruxelles, de Paris et de Vienne; correspondance étendue avec les administrations sanitaires des divers pays, etc.; il n'a reculé devant aucun sacrifice pour atteindre son but. Aussi son nom restera-t-il attaché à l'institution; ce ne sera pas sa seule récompense, il faut l'espérer ; mais ce sera la plus belle pour un homme de sens et de cœur comme lui.

Th. Herpin.

—M. le docteur Ch. Baron, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés, vient de succomber à une courte maladie à l'âge de 46 ans. Fils de l'ancien médecin des Enfants de France, qui s'était acquis une grande position dans les trente premières années de ce siècle, M. Ch. Baron s'était placé lui-même de bonne heure parmi les jeunes médecins les plus distingués des hôpitaux. La Gazette Médicale a publié de cet auteur une série de mémoires sur un grand nombre de sujets divers de médecine et d'anatomie pathologique.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'INTRODUCTION DES ALIMENTS DANS LE LAIT PAR ASSIMILATION DIGESTIVE.

L'Académie, dans sa dernière séance, a entendu deux orateurs : l'un, M. Huguier, venant répondre à la seconde phase de l'argumentation de M. Depaul, et défendre contre lui, moins les conclusions que la teneur de son travail. Il n'eût dû, en effet, au lieu de discussions bibliographiques et de rédaction, s'agir, entre les deux adversaires (ils se sont ainsi qualifiés malheureusement), que de savoir si le prolapsus utérin est *rarement*, *souvent* ou *toujours* la simple expression d'une hypertrophie considérable de la partie sus-vaginale du col de la matrice. Ce point sur lequel, comme nous l'avons fait observer, il importait essentiellement d'apporter la lumière, a été en partie perdu de vue jusqu'ici par les deux antagonistes, pour faire place à des discussions et à des dissections non moins personnelles qu'anatomiques. Nous attendrons donc que la question soit replacée sur un terrain plus fertile pour nous en occuper de nouveau.

— Le fait scientifique le plus intéressant de la séance a été un rapport fait par M. Henri Bouley, au nom de MM. Chatin et Longet, sur un mémoire de M. le docteur La Bourdette, intitulé : De l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive.

Nous n'avons pas sous les yeux le texte même du travail du savant rapporteur; mais, d'après ce que nous en avons pu saisir dans le cours d'une lecture un peu rapide, la commission a eu, en cette circonstance, sous les yeux, un travail digne de toute l'attention et des physiologistes et des pathologistes. Il semble, d'après les idées généralement répandues et l'apparente banalité du sujet, que rien ne doit être plus physiologiquement établi déjà que l'influence des médicaments ingérés par une nourrice sur les qualités de son lait. Il n'en est rien, et cette question, vieille en apparence, est au contraire très-neuve encore, et offre un champ très-vaste à l'expérimentation et à l'observation.

Elle présente, en effet, deux aspects, tous deux d'une importance considérable : le premier a pour objet l'étude du passage dans le lait, de l'excrétion physiologique, par les glandes mammaires, d'une portion plus ou moins notable des substances médicamenteuses introduites dans l'estomac d'une nourrice.

Le second point de vue de la même question consisterait à préciser les avantages pour l'effet thérapeutique d'un remède, ou plutôt pour son absorption, de son administration par l'intermédiaire d'un aliment naturel comme est le lait. Sans nous arrêter à la considération exclusive de l'enfant à la mamelle, pour lequel la question peut être vitale, n'y aurait-il pas lieu d'étudier l'influence sur l'absorption gastrique et intestinale d'un mélange médicamenteux (d'une combinaison peut-être) opérés préalablement dans le laboratoire naturel qu'offrent les systèmes digestif et excréteur d'une femelle qui allaite ? C'est une question que nous soumettons aux physiologistes.

On ne s'est, en effet, préoccupé encore que de la première, et, à vrai dire, c'est bien par elle qu'il y avait obligation de commencer. Déjà, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, quelques observateurs avaient dirigé dans cette voie leurs recherches : on doit à Petit-Radel, à Deyeux et Parmentier, à Berthollet, de bons mémoires sur ce point de physiologie. Mais leurs expérimentations n'avaient porté que sur l'action de certaines plantes douées de propriétés plus ou moins marquées, et dont ils étudiaient l'influence sur le lait des nourrices. Aussi les résultats obtenus, quoique démonstratifs du fait de cette influence, avaient-ils, en définitive, eu peu de poids sur le mouvement de la science. Les substances végétales traversent si difficilement l'économie sans y subir de profondes altérations chimiques, qu'il devient souvent impossible de reconnaître la voie exacte de l'excrétion de leurs éléments. Ces éléments, toujours dissociés, deviennent même peu reconnaissables, et les données de l'expérience disparaissent presque toujours dans le cours des transformations chimiques moléculaires qui constituent la digestion.

Ce n'est pas seulement pour le lait que ces inconvénients se présentent : ils sont les mêmes pour les autres voies d'excrétion de l'économie. Que saurait-on des propriétés des reins si l'on ne connaissait, en fait d'excrétion par les voies urinaires de matières ingérées, que l'action des asperges, ou de la térébenthine, sur les qualités physiques, l'odeur de l'urine ?

Pour arriver à quelque chose de sérieux et de positif, il a fallu choisir pour objet expérimental des substances que l'on pût reconnaître en nature dans les liquides excrémentitiels; des corps inorganiques inattaquables dans l'économie, ou au moins aisés à reconnaître dans les principaux de leurs éléments; en un mot, des sels métalliques, seuls corps auxquels il fût possible d'ouvrir un compte docimasique d'entrée et de sortie. C'est ce que fit Wœhler dans son remarquable travail sur le passage des substances dans l'urine, publié en 1827 et couronné par l'université de Heidelberg. La lumière répandue par ces belles expériences dépassa même accidentellement le champ des recherches de l'auteur, et on lui doit la première démonstration du rôle excrétoire que peuvent aussi remplir les glandes mammaires. Dans un de ses essais sur l'iode, ce physiologiste a démontré à la fois le passage de l'iode dans le lait et dans l'urine; car ayant administré de l'iode à une chienne qui allaitait, il reconnut chimiquement et indubitablement ce métalloïde non-seulement dans l'urine de la mère, mais même dans l'urine d'un des petits.

Cette première découverte a été le point de départ d'autres recherches dans le même sens citées par M. le rapporteur et dues à MM. Peligot, O. Henry et Chevallier. On doit à ces savants la démonstration du passage dans le lait du bicarbonate de soude, du sulfate de soude, des sels de fer.

Ces points bien établis, et la science ne pouvant plus mettre en doute le rôle physiologique des glandes mammaires comme voie d'excrétion, il s'agissait de passer de la théorie à l'art, et de faire bénéficier la thérapeutique des données nouvellement acquises à la physiologie ; mais la nécessité de se servir du corps d'une nourrice comme d'un laboratoire pharmaceutique devait, hors quelques cas déterminés, rencontrer de grandes difficultés, si ce n'est même des impossibilités. C'est sans doute cette circonstance qui arrêta les praticiens; c'est elle qui a forcé le docteur Labourdette à s'adresser, pour remplir le but proposé, au corps des femelles des animaux. D'ailleurs, comme le fait observer

FEUILLETON.

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES (1).

Je ne sais s'il est bien opportun de venir soulever une question qui se rattache à l'organisation médicale en France, à une époque où la fameuse maxime du « chacun chez soi, chacun pour soi » obtient une faveur aussi générale dans le sein comme en dehors de la docte Faculté. Néanmoins, puisqu'à côté de la question professionnelle il y en a ici une autre d'intérêt social que l'on pourrait bien résoudre sans nous, et sur laquelle il nous importe cependant de n'être pas pris au dépourvu, j'ai cru pouvoir — les publications récentes de deux honorables confrères m'en fournissant l'occasion — occuper un instant les lecteurs d'un journal ouvert comme la Gazette à toutes les discussions d'un intérêt élevé, de cet important problème de l'assistance médicale dans les campagnes, sur lequel l'administration paraît avoir une opinion beaucoup plus arrêtée que les médecins eux-mêmes. C'est du moins ce que l'on doit inférer d'une circulaire de M. le ministre de l'intérieur datant déjà de quelques années, et dont le peu de résultat pourrait bien décider un jour ou l'autre le gouvernement à demander à la sanction législative ce qu'il aura vainement attendu de l'initiative des administrations locales.

I.

Quand on récapitule tout ce qui a été accompli dans ces derniers temps par la charité légale ou privée en faveur des classes ouvrières des villes, il est impossible de n'être pas frappé de l'oubli où on a laissé sous ce rapport les populations agricoles, filles de la même patrie, et parmi lesquelles sont en immense majorité les mains qui l'enrichissent, les bras qui la défendent. Est-ce que la détresse des premières est plus grande que celle des secondes? Nul ne songerait à le soutenir. Serait-ce que la jacquerie des faubourgs paraît de nos jours plus menaçante que l'autre pour l'ordre social, ou qu'enfin les maux que l'on endure dans les campagnes nous touchent moins parce que nous n'en avons pas sous les yeux le navrant spectacle? *Segnius irritant animos demissa per aures*..... Nous aimons mieux penser qu'on a reculé devant des difficultés financières plus ou moins considérables, ou que même l'anarchie des opinions du corps médical à cet endroit a pu ébranler les convictions d'une administration bien intentionnée.

On sait, en effet, que la médecine cantonale, admise en principe par la loi de 1847 sur la médecine, dut partager le sort de cette loi, tombée devant les mécontentements qu'elle avait suscités, et qu'à la même époque le congrès

(1) Les Médecins cantonaux, lettres adressées au préfet de la Haute-Loire par le docteur Andrieux (de Brioude). Brochure in-8° de 92 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1858.

Rapport sur le service médical des circonscriptions rurales dans le département de la Meurthe pendant l'exercice de 1857, par M. le docteur Edmond Simonin, inspecteur de service. Brochure in-8° de 101 pages. Nancy, 1858.

avec raison M. Bouley, il n'y a pas que les enfants à la mamelle dont il soit nécessaire de ménager les organes digestifs. Pour rendre réellement service à la thérapeutique, il fallait mettre le bienfait nouveau à la portée de tous les estomacs malades.

Les expérimentations de M. Labourdette semblent avoir résolu la question : elles ont principalement porté sur l'iode et les sels, et sur les sels mercuriels et arsenicaux. Cet ingénieux médecin a réussi à faire ingérer aux animaux des bols nutritifs contenant une forte proportion des sels que nous venons de dire, et s'il ne l'a pas fait absolument sans inconvénient pour eux, du moins les accidents ne semblent pas avoir été de nature à s'opposer à l'emploi de la méthode.

Dans la pratique, il serait contr'indiqué d'ailleurs de pousser les quantités des médicaments administrés jusqu'au point de renouveler ces accidents ou même d'en approcher. N'importe-t-il pas que le lait ainsi chargé de produits étrangers à l'économie, soit du lait plus ou moins physiologique, et non un liquide excrémentitiel correspondant à un état profondément troublé de l'économie, un lait qu'on pourrait alors nommer toxique? N'est-ce pas ce qui arrive dans le cas où l'on porte jusqu'à 5 et 10 grammes la quantité ingérée par l'animal, de liqueur arsenicale de Fowler, par exemple, ou de 3 grammes de protochlorure de mercure associés, comme le fait l'auteur au sel marin, condition propre, comme l'a démontré M. Mialbe, à sa transformation rapide en bichlorure?

S'il est bon que les expériences aient atteint les limites du champ de l'expérimentation sans danger pour l'animal, il n'est pourtant pas moins nécessaire que dans la pratique on se tienne en deçà, fort en deçà, de ces limites. Il faut ne pas oublier que le principal avantage qu'on se puisse proposer dans cette nouvelle direction imprimée à la méthode thérapeutique, c'est de présenter le remède sous forme d'aliment, c'est-à-dire aussi voisin que possible des conditions de la physiologie elle-même. Ce n'est que dans de telles conditions qu'il peut être permis d'espérer la réalisation de certains avantages dans l'absorption du médicament, dans son assimilation confondue avec celle des substances alimentaires.

Cette étude physiologique terminée, il restera à approfondir la valeur de la méthode au point de vue pathologique : on aura à comparer les effets de ce genre d'administration avec ceux des procédés ordinaires, doses et durée d'administration demeurant les mêmes de part et d'autre. Par là pourra finalement se voir tranchée la seconde proposition du problème à l'étude en ce moment : l'influence sur l'assimilation d'un produit non alimentaire, de sa combinaison intime et naturelle avec un aliment de tous le plus naturel. Il est des substances, le fer, sans nul doute, l'iode dans bien des cas, pour lesquels la convenance de ce mode d'administration est déjà chose jugée. Ce qui a été fait pour ces deux importants éléments de la matière médicale peut donc être aujourd'hui entrepris sur une échelle plus grande, et prendre bientôt, grâce aux travaux de M. Labourdette, et au lumineux rapport de son savant juge, le rang de méthode nouvelle.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE; par le docteur E. Q. LE GENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite. — Voir les nos 9, 10, 11, 13 et 16.)

DISCUSSION DES FAITS.

Déjà, en 1833, M. le professeur Laugier s'était demandé si cette espèce de hernie à travers le ligament de Gimbernat pouvait être rangée parmi les hernies crurales. Si quelques anatomistes semblent la rapprocher de la hernie inguinale, parce qu'elle traverse l'expansion aponévrotique qui fixe à la crête du pubis le pilier externe de l'anneau, elle en diffère complétement parce qu'elle passe sous le ligament de Fallope, et ce caractère suffit pour tous les chirurgiens pour différencier la hernie crurale.

Cette hernie ne descend pas à travers l'anneau crural pour s'engager dans le canal du même nom; elle traverse la partie moyenne du ligament de Gimbernat. M. Laugier propose donc, pour la différencier de la hernie crurale ordinaire, de l'appeler hernie du ligament de Gimbernat, comme on dit hernie de la ligne blanche. Cette dénomination donne en effet une idée plus précise de la position du collet du sac par rapport aux vaisseaux et aux parties environnantes.

D'un autre côté, s'il y a quelque différence dans le trajet de cette hernie, dans sa situation, dans ses rapports, soit dans la région abdominale, soit dans la région fémorale, avec la hernie crurale ordinaire, on ne peut cependant refuser d'admettre que la hernie du ligament de Gimbernat ne puisse être considérée comme une variété de la hernie crurale : nous avons admis cette dernière opinion.

Précisons maintenant par où se font ces hernies dites du ligament de Gimbernat.

Un certain nombre d'auteurs semblent rejeter l'existence de cette variété de hernie, à cause de la structure de ce ligament. Ainsi A. Thomson pensait qu'une hernie crurale ne saurait avoir lieu dans cette région, et il rejette les faits de M. Laugier et de M. Cruveilhier, qui étaient les seuls connus en 1837, comme résultant d'un examen incomplet des parties qui constituent le canal crural. D'après cet auteur, pour qu'on pût établir cette espèce de hernie, il faudrait :

1° Limiter nettement par un bord libre et externe le ligament de Gimbernat; mais cette masse ligamenteuse se trouve continue avec la lame criblée du fascia lata superficiel, et avec la paroi interne de l'entonnoir fémoro-vasculaire;

2° Démontrer qu'une partie des fibres de la portion gimbernatique de la bandelette iléo-pelvienne se trouve en dehors de la hernie;

3° Faire voir que cette hernie ne se trouve recouverte ni par la lame

---

médical rendait un arrêt en forme contre cette institution, qu'il regardait comme *inutile* et comme portant *une atteinte grave* aux droits de notre corporation. Il est vrai que, par une inconséquence dont l'histoire de nos assemblées délibérantes offre par malheur maints exemples, cette réunion se déjugeait jusqu'à un certain point en reconnaissant, quelques articles plus loin, « qu'il *était nécessaire* d'établir dans chaque commune un dispensaire pour les soins à donner aux indigents malades; » mais on pensait avoir échappé par là à l'intervention de l'administration dans la nomination des médecins cantonaux, et c'était le grand point, car ta docte assemblée, qui n'avait pu se soustraire aux préoccupations du moment, avait été surtout dominée, de même que l'opposition à la chambre des pairs, par la crainte de créer une armée de fonctionnaires à la dévotion du pouvoir. Plusieurs membres du congrès démontrèrent sans peine l'impossibilité d'accorder à *tous* les praticiens, sans exception, le droit d'intervenir dans la dispensation des secours fournis par les bureaux de charité; mais on se tira de cette difficulté en adoptant une rédaction ambiguë qui ne préjugeait rien. Restait d'ailleurs l'élection des médecins ruraux par leurs pairs, laquelle sauvait le principe de l'incorruptibilité professionnelle.

Les vœux du congrès eurent le sort de la loi Salvandy : ils retombèrent bientôt dans l'oubli où devaient rester pour longtemps encore les questions d'organisation médicale. L'Assemblée législative qui s'était donné pour mission, en 1849, de résoudre le grave problème de l'assistance, ne se préoccupa guère que de son côté économique. Ainsi sa commission (qui par parenthèse ne comptait pas un seul médecin) laissait en dehors tout ce qui concerne les indigents malades. La nécessité d'améliorer le régime des hospices destinés aux vieillards infirmes fut l'unique point de vue sous lequel elle envisagea l'assistance médicale, sans que ta connexité de cette question avec celle des secours à donner aux indigents valides, dans les hôpitaux ou à domicile, lui ait apparu.

Voilà, si l'on en excepte le petit nombre de départements dans lesquels la médecine cantonale a pu prendre racine, où en est encore aujourd'hui l'assistance médicale dans les campagnes. Et cependant, on ne saurait le nier, l'ajournement indéfiniment prolongé d'une institution qui fonctionne depuis longtemps en Europe dans des pays que nous regardons comme fort arriérés par rapport à nous, serait un anachronisme pour notre époque, une tache pour notre civilisation : tranchons le mot, un déni de justice, car le droit à l'assistance est dans l'ordre matériel ce qu'est dans l'ordre moral le droit à l'instruction primaire et religieuse.

II.

Dans une suite de *Lettres sur les médecins cantonaux* écrites avec une logique pressante et une connaissance approfondie de la matière, M. le docteur Andrieux, après avoir démontré sans peine la nécessité d'accorder des secours médicaux aux ouvriers des campagnes, et avoir traité la question au double point de vue administratif et professionnel, entre dans de longs développements au sujet des *objections* de toute nature qu'on a faites contre la médecine cantonale. Ces objections s'appliquent en partie aux divers modes d'assistance, je m'y arrêterai un instant avant de parler de ceux-ci.

criblée du fascia lata superficiel, ni par la lame criblée de la portion fémorale de la lame profonde du fascia superficiel du ventre;

4° Montrer que le sac n'a qu'un collet linéaire formé par la pression des parties résistantes du ligament. (Thomson, DISCUSSION, *in* BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, 1837, p. 293.)

On peut réfuter ces différentes objections et prouver par conséquent la possibilité de l'existence de la variété de la hernie que nous étudions.

Il n'est pas nécessaire de décrire ici le ligament de Gimbernat. Tous les anatomistes et les chirurgiens admettent l'arrangement particulier des fibres terminales du muscle grand oblique qui vont se jeter sur la partie moyenne du pubis et qui présentent, en se réfléchissant en arrière, une courbure assez prononcée : c'est à cette partie que Gimbernat a donné le nom de ligament.

Du côté de l'abdomen, ce ligament est recouvert par le fascia transversalis; on peut cependant séparer ces deux feuillets aponévrotiques; on voit alors ce dernier s'enfoncer un peu dans le canal crural pour se mettre en rapport avec les vaisseaux fémoraux.

On n'a jamais prétendu que le ligament de Gimbernat fût un ligament isolé, tout à fait distinct. Tout le monde reconnaît qu'il a des connexions avec les aponévroses voisines, qui contribuent à le former.

Au niveau du pli de l'aine, les nombreux feuillets aponévrotiques des régions abdominale, iliaque, pelvienne et fémorale, viennent s'unir les uns aux autres et s'entre-croiser. A la partie la plus interne de cette région, vers le pubis, cette intersection aponévrotique affecte une forme assez régulière, qui est celle d'un triangle. Son épaisseur, puisque Thomson la regarde, avec une certaine exagération, il est vrai, comme formée de seize feuillets superposés, sa résistance, l'ont fait comparer à un véritable ligament. Enfin, le rôle que lui ont fait jouer les chirurgiens comme cause de l'étranglement dans les hernies crurales; l'opération dans laquelle on sectionne une partie de ses fibres, lui ont donné une importance assez grande pour que les anatomistes, depuis Gimbernat, aient cru devoir donner sa description avec les détails les plus minutieux.

C'est principalement la base de ce ligament, le bord falciforme des auteurs, qui nous intéresse au point de vue de son rapport avec le collet de la hernie qui le traverse.

Si on examine la région du pli de l'aine vue du côté de l'abdomen, après avoir enlevé le péritoine qui tapisse l'orifice supérieur du canal crural, comme cela a été représenté dans la figure 2 de la planche VI, on remarque que ce bord externe et concave du ligament de Gimbernat est parfaitement limité, que sa forme est très-nettement indiquée. Je crois qu'il est utile d'insister sur les causes multiples de cette disposition pour bien faire comprendre les caractères anatomiques de la hernie qui se fait à travers les fibres de ce ligament.

Ce triangle aponévrotique est situé sur un plan qui est parallèle à celui de la face postérieure du pubis, et il se continue insensiblement avec la paroi abdominale antérieure; au contraire, la partie aponévrotique qui constitue l'orifice supérieur de l'entonnoir fémoral, vient se jeter presque à angle droit sur le bord externe du ligament de Gimbernat : du côté de l'abdomen, cette ouverture supérieure n'est formée que par le fascia transversalis.

L'accolement de ces deux feuillets aponévrotiques, fascia transversalis et aponévrose du muscle oblique externe cesse au niveau de ce bord falciforme dont la courbure, la direction, la résistance, sont produites par cette insertion du muscle grand oblique, tout à fait en arrière sur la crête pectinéale, ou mieux, sur l'insertion aponévrotique du muscle pectiné, où ils se confondent dans le ligament de Cooper. M. Robin a bien insisté, dans son travail sur la région du pli de l'aine, sur cette disposition du bord externe du ligament de Gimbernat qui vient s'insérer sur la terminaison de l'aponévrose au pubis. (Robin, ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE L'AINE, thèse, 1846, p. 22.)

On peut facilement démontrer cette disposition anatomique dans la préparation très-simple du ligament de Gimbernat. Il suffit pour cela de séparer le fascia transversalis de l'aponévrose du muscle grand oblique, au-dessous du canal inguinal. On voit alors, à mesure qu'on arrive vers le ligament de Gimbernat, les fibres les plus inférieures et les plus profondes de l'oblique externe se réfléchir en arrière pour former ce ligament. On démontre ainsi, de la manière la plus nette, que la courbure externe qui constitue le bord falciforme est due à la disposition de ces fibres réfléchies qui vont se terminer sur l'insertion de l'aponévrose du pectiné, au niveau du ligament de Cooper où ces deux aponévroses se confondent.

Enfin, on peut isoler complétement le fascia transversalis au niveau de l'ouverture supérieure du canal crural, et on voit qu'il vient se réfléchir sur le bord tranchant et concave de cette disposition aponévrotique des fibres du muscle grand oblique que nous venons de décrire comme formant le ligament de Gimbernat, pour s'en isoler ensuite complétement, et venir se mettre en rapport avec les vaisseaux fémoraux.

Toute hernie qui se fera à travers cette portion aponévrotique triangulaire traversera nécessairement les différents feuillets du ligament de Gimbernat, et on trouvera en dehors du collet de la hernie une partie des fibres réfléchies du grand oblique ou du pilier postérieur que Thomson décrit sous le nom de portion gimbernatique de la bandelette iléo-pelvienne. Cette disposition a été observée dans tous les faits de hernie à travers le ligament de Gimbernat, que nous avons rapportés, et on peut la constater facilement sur les figures où j'ai représenté seulement l'ouverture herniaire à travers ce ligament. Voy. fig. 1 de la planche III, et fig. 1 de la planche IV.

Il en résulte que, si l'on considère ce triangle aponévrotique comme situé à la jonction des deux bandelettes terminales du ligament iléopubien qui s'attachent, l'une à l'épine du pubis, l'autre sur l'aponévrose pectinéale, au milieu du ligament de Cooper, bandelettes dont la direction est oblique et qui vont en s'écartant l'une de l'autre en dehors, la hernie s'est faite dans cette intersection et a séparé les deux insertions terminales de ces trousseaux ligamenteux.

Comme le fait remarquer M. Malgaigne, cette hernie ne passe ni par le canal ni même par l'anneau, mais directement à travers les éraillures du ligament. (Malgaigne, ANATOMIE CHIRURGICALE, 2e édition, p. 294.)

Enfin, nous avons montré avec assez de détails, dans les différentes observations, les autres signes qui caractérisent cette hernie, à savoir, qu'elle ne traverse pas la lame criblée du fascia lata superficiel, et que son sac a toujours présenté cette disposition remarquable que

---

La médecine cantonale est *inutile*, elle est *contradictoire à son but*, elle est *attentatoire aux droits des médecins*, voilà à quoi se réduisent les griefs articulés par les adversaires de cette institution; c'est à ceux-là seulement que je répondrai, les autres ne faisant que reproduire les mêmes idées sous d'autres formes.

1° Je ne pense pas qu'il y ait lieu de discuter sérieusement si, dans l'état actuel des choses, la médecine cantonale est *inutile*, ou si, en d'autres termes, les indigents malades dans les campagnes reçoivent des hommes de l'art les secours qui leur seraient nécessaires. Certes, j'apprécie autant que personne l'abnégation dont le corps médical donne tous les jours des preuves; je crois même qu'on est loin d'estimer à toute sa valeur le concours désintéressé qu'il apporte à la société. S'il se trouvait un praticien dans chaque commune, et qu'il ne s'agît que d'avis à donner, de visites même à faire sur place, l'humanité de nos confrères pourrait y suffire; malheureusement il n'en est pas ainsi. Les médecins des campagnes sont, pour la plupart, appelés dans un grand nombre de communes, par conséquent dans un rayon d'ordinaire fort étendu. Or il faudrait se faire d'incroyables illusions pour admettre que l'humble praticien auquel le *res angusta domi* fait une impérieuse obligation de trouver dans le produit de son industrie les ressources nécessaires pour élever sa famille et pour assurer le pain de ses vieux jours pourra, n'obéissant qu'aux seules inspirations de sa charité, négliger journellement le côté positif de sa position et le client qui le paye, pour se rendre à 10 ou 15 kilomètres et plus de sa résidence, au premier appel d'un inconnu, à la détresse duquel la commune, après tout, doit la première, à défaut de l'État, aide et protection. Ce ne serait pas seulement placer l'homme entre son devoir et son intérêt, mais entre son devoir et les plus inexorables nécessités de la vie.

2° On a argué avec plus d'apparence de raison, qu'un médecin chargé par l'administration des fonctions de la médecine charitable, et tirant de sa position un avantage relatif sur ses confrères, empêcherait ceux-ci de s'établir à portée des mêmes localités, ou même les obligerait à s'en éloigner, et qu'ainsi les ressources médicales d'une contrée s'en trouveraient diminuées. Cette crainte est plus spécieuse que réelle. On ne voit pas, en effet, que les choses se soient passées de la sorte dans les départements où l'on a organisé un service gratuit pour les indigents. Ainsi, dans la Meurthe, où la médecine cantonale fonctionne depuis 1855, il n'en est résulté aucune modification sensible dans la répartition des médecins sur les divers points du territoire; chacun est resté là où il avait pris racine; on a même nommé des officiers de santé dans les localités où les docteurs faisaient défaut. La faible rémunération attachée jusqu'ici aux fonctions de médecin cantonal n'eût pas suffi, en effet, pour déterminer un praticien à aller se fixer dans un canton déjà pourvu de médecins, ou qui n'aurait pas offert à un nouveau venu des ressources suffisantes. Aussi l'administration a-t-elle dû prendre en considération, dans la formation des circonscriptions médicales, la résidence habituelle des hommes de l'art; résidence qui donne une mesure assez exacte du besoin que l'on en a, si l'on fait abstraction des inégalités de répartition résultant de circonstances plus générales, comme l'immigration vers les grands centres de population, phénomène économique qui reconnaît lui-même, entre autres causes, le dé-

le collet était extrêmement rétréci à cause de la pression exercée par les parties résistantes du ligament de Gimbernat.

Nous venons de réfuter les différentes objections que l'on avait faites contre l'existence de la hernie crurale à travers les fibres du ligament de Gimbernat; dans tous les faits que nous venons de rapporter, nous avons cherché à prouver la possibilité de cette hernie en montrant la tumeur herniaire traversant ce triangle apnévrotique : nous allons maintenant faire voir, d'après un certain nombre d'exemples, que ce ligament présente des variétés dans sa structure, c'est-à-dire dans l'arrangement plus ou moins serré de ses fibres, dans son épaisseur, dans son étendue, différences qui expliquent parfaitement comment, dans certains cas, il peut céder sous la pression des viscères.

Relativement à l'étendue de ce ligament, M. le professeur Laugier avait remarqué plusieurs fois, dans l'examen de cadavres, dont on avait fait l'autopsie, le peu de développement du ligament de Gimbernat, en prenant la mesure de l'épine du pubis jusqu'à son bord concave. Dans tous ces cas, le fait suivant avait frappé cet excellent observateur, à savoir, l'existence d'un développement considérable de l'os du pubis mesuré de l'épine pubienne à la symphyse.

Il existe donc un véritable antagonisme entre le développement de ces deux parties, et, pour M. Laugier, toutes les fois que l'on rencontre un os pubis très-développé, on doit s'attendre à trouver un ligament de Gimbernat d'une petite étendue, et, partant, le sujet est moins prédisposé à cette variété de hernie à travers les fibres de ce ligament. (Laugier, communication orale.)

J'ai cherché à vérifier cette loi que l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait posée. Dans ce but, j'ai examiné la longueur du ligament de Gimbernat, et la largeur du pubis, sur 15 sujets, depuis l'âge de 20 ans jusqu'à celui de 60, 9 appartenant au sexe féminin et 6 au sexe masculin. Dans cet examen, j'ai pris comme mesure les deux distances qui s'étendent, l'une du bord concave du ligament à l'épine du pubis, l'autre de la symphyse de cet os à l'épine pubienne.

Voici ce tableau comparatif chez la femme et chez l'homme, d'après l'âge approximatif des sujets :

CHEZ LA FEMME.

Age.	Distance du bord concave du ligament de Gimbernat à l'épine du pubis.	Distance de l'épine du pubis à la symphyse.
20 ans.	28 millimètres.	30 millimètres.
25	31 —	25 —
30	28 —	27 —
35	27 —	26 —
40	28 —	27 —
40	19 —	33 —
40	27 —	28 —
60	25 —	34 —
60	26 —	24 —

CHEZ L'HOMME.

Age.	Distance du bord concave du ligament de Gimbernat à l'épine du pubis.	Distance de l'épine du pubis à la symphyse.
25 ans.	23 millimètres.	25 millimètres.
30	10 —	30 —
40	25 —	25 —
40	30 —	27 —
50	13 —	32 —
50	25 —	24 —

En jetant un coup d'œil sur ces deux tableaux, on reconnaît de suite l'exactitude de ce fait admis par la plupart des auteurs, à savoir, la plus grande longueur du ligament de Gimbernat chez la femme.

Au point de vue de l'âge, il semble aussi résulter que ce ligament est plus développé dans l'âge adulte que dans la vieillesse.

Comparons maintenant le rapport qui existe entre le développement du pubis et celui du ligament de Gimbernat.

Les deux chiffres les plus élevés, dans ce tableau, comme mesure du diamètre du pubis chez l'homme, sont de 32 et 30 millimètres, ils correspondent précisément aux deux chiffres les moins élevés comme mesure de ligament de Gimbernat, qui est de 13 millimètres dans un cas, et de 10 seulement dans l'autre cas.

Chez la femme, la relation est la même : les deux chiffres les plus élevés, de 34 et 33, qui nous donnent la mesure du diamètre du pubis dans deux cas, correspondent aux deux chiffres les moins élevés, de 25 et 19 millimètres, qui représentent la mesure du ligament de Gimbernat. De plus, le ligament qui offre la plus grande longueur dans cette série tout à fait prise au hasard, et qui mesure 31 millimètres, répond à un des pubis dont le diamètre est des plus petits, puisqu'il n'offre que 25 millimètres.

D'après l'examen rigoureux de ces faits, je crois que l'on peut maintenant admettre, chez l'homme et la femme, l'exactitude de la proposition de M. le professeur Laugier.

Au point de vue de l'épaisseur du ligament de Gimbernat, de l'arrangement plus ou moins serré de ses fibres, de sa résistance, nous trouvons, dans le premier fait de hernie crurale à travers ce ligament observé par M. Laugier, et que nous avons rapporté, que cet auteur, pour établir que cette hernie pouvait être considérée comme une espèce distincte, s'appuie sur ce fait que le ligament du côté opposé offrait, au point correspondant à la hernie un affaiblissement et un enfoncement manifestes. D'où il suit que cette malade avait réellement une disposition particulière à l'espèce de hernie qui s'est formée chez elle. (Laugier, NOTE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE HERNIE DE L'ABDOMEN, *in* ARCH. GEN. DE MED., 1833, 2e série, t. II, p. 33.)

Dans une observation très-détaillée de hernie inguinale décrite par M. le professeur Velpeau, je trouve dans la dissection très-complète de cette pièce que le ligament de Gimbernat présentait à sa partie moyenne une fossette dans laquelle on pouvait introduire la pulpe du doigt, et qui était remplie par un peloton graisseux. (Velpeau, MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE HERNIE INGUINALE, *in* ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE, 1841, tome I, page 264.)

---

nûment dans lequel on laisse les indigents des campagnes, sûrs au moins d'être secourus dans les villes quand ils y seront malades.

En résumé, de deux choses l'une : ou les médecins sont, sur un point donné du territoire, en nombre suffisant pour assurer le service des malades payants et non payants; et dans ce cas, il suffira de déléguer à l'un d'entre eux ou à chacun d'eux à tour de rôle les fonctions de médecin des pauvres; ou les populations auront à souffrir de la pénurie des hommes de l'art, et alors le concours d'un nouveau confrère ne saurait avoir pour effet d'éloigner des praticiens déjà établis, et qui ne suffisent pas à leur tâche.

Maintenant, faut-il admettre que les médecins laissent à leurs confrères attitrés par l'administration le monopole de la charité, sous prétexte que le devoir en incombe tout entier et sans partage à celui qui y trouve un avantage matériel? J'en appelle a ceux de nos confrères qui exercent dans les départements où fonctionne la médecine cantonale : est-ce ainsi qu'ils comprennent les devoirs de la bienfaisance? Les médecins fonctionnaires sont-ils les seuls à l'exercer dans nos villes, si abondamment pourvues cependant d'établissements charitables? Que l'on cesse donc d'imaginer pour les besoins de la cause un antagonisme qui ne saurait exister. Sur le terrain de la charité, il n'y a que des émules ou des auxiliaires, il n'y a pas de concurrents.

3° J'avoue ne pas mieux comprendre en quoi la médecine cantonale est *attentatoire aux droits des médecins*. De quoi veut-on parler? Ce ne peut être évidemment du droit d'être utile aux indigents. A-t-on voulu dire qu'en organisant officiellement la médecine charitable, on créait, au détriment d'autres praticiens, une classe de privilégiés que le choix de l'autorité semble désigner à la confiance publique? Ce serait bien mal connaître l'opinion. Il est bien notoire que les emplois administratifs ne donnent pas la vogue, en province du moins, à celui qui les accepte. Tout campagnard un peu aisé a *son* médecin, auquel il tient comme à *son* journal; et il craindrait, en recourant au médecin cantonal, d'être assimilé aux indigents qui en ont besoin. Je ne crois pas que la médecine cantonale ait suscité des plaintes de ce genre là où elle est établie. D'abord des praticiens très-répandus n'y trouveraient pas longtemps leur compte; et quant à ceux qui seraient tentés de se faire de leurs fonctions un marche-pied pour une concurrence déloyale, tous les moyens leur sont bons, et à défaut de celui-là, notre législation, si pleine de tolérance pour le charlatanisme, leur en offrirait mille autres. Loin de voir dans l'organisation de la médecine rurale une atteinte aux intérêts du corps médical, la Société de médecine de Strasbourg, la mieux placée de toutes pour en parler par expérience, y trouvait un moyen de rendre plus honorable et moins précaire la position des praticiens qui bornent leur ambition à exercer dans les campagnes. On irait, d'ailleurs, au-devant de cette objection (si tant est qu'elle mérite d'être prise en sérieuse considération) par le renouvellement quinquennal des médecins, à supposer qu'on n'y trouve pas plus d'inconvénients que d'avantages. Et puis enfin, comme la médecine est instituée pour les populations, et non les populations pour la médecine, il nous faut bien prendre notre parti à l'endroit de choses d'un intérêt aussi général et aussi élevé, et ne pas trop insister sur une objection dont l'application rigoureuse ne tendrait rien moins qu'à la suppression de toute fonction médicale dans la société.

Dr SAUCEROTTE.

(La fin au prochain numéro.)

A. Burns a rapporté qu'il avait vu deux fois le ligament de Gimbernat perforé par des ouvertures anormales. (A. Burns, Obs. on the structure of the parts concerned in crural hernia, Edinburgh, Med. and surg. Journal, 1806, vol. II, p. 265.)

Un sujet destiné aux dissections présentait une tumeur à la partie interne de la région inguinale ; cette tumeur n'avait point de péritoine à l'extérieur : elle ne passait pas par le canal crural. M. Demarquay disséqua avec beaucoup de soin le ligament de Gimbernat, et il vit que c'était à travers une petite éraillure de ce ligament qu'une hernie graisseuse s'était produite ; le grand épiploon n'y participait pas ; la tumeur se continuait par un petit pédicule avec le tissu cellulo-graisseux qui se continuait en dehors du péritoine. Il n'y avait pas eu le moindre sac herniaire produit. (Demarquay, Bulletin de la Société anatomique, 1849, p. 368.)

Dans ces différents faits, on peut voir une certaine gradation s'établir entre les cas où le ligament de Gimbernat présente un simple amincissement qui est une prédisposition à la formation d'une hernie et ceux où des ouvertures accidentelles donnent lieu à la formation de hernies complètes qui renfermeront alors soit du tissu cellulaire chargé de graisse, soit une portion d'épiploon ou d'intestin.

Considérations pratiques.

Dans toutes les observations sur lesquelles je me suis appuyé pour faire la description de cette variété de hernie, la disposition particulière qui la caractérise a été reconnue seulement à l'autopsie. Elle n'a donc nullement modifié le traitement, et toutes les fois que l'on a fait une opération, on a employé le même procédé opératoire que dans la variété la plus ordinaire de la hernie crurale.

Nous ne reviendrons pas sur la distinction de cette hernie avec la hernie inguinale directe, nous en avons indiqué les caractères différentiels; mais il y a certains signes qui ont été indiqués par M. le professeur Laugier, qui peuvent guider le chirurgien dans le diagnostic de cette variété particulière, et qui la différencient des autres formes de la hernie crurale.

Nous avons insisté sur ces signes tels que la position de la hernie à la région la plus interne de la cuisse, et surtout la distance considérable qui sépare son collet de l'artère fémorale dont on peut apprécier les battements ; ce dernier signe est surtout évident lorsqu'on vient à comparer une hernie crurale ordinaire avec la variété que nous venons de décrire.

En constatant chez plusieurs malades ce caractère dont il avait découvert l'importance, M. le professeur Laugier a pu diagnostiquer sur le vivant l'existence de la hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat. Dans deux cas où l'opération a été faite, on a trouvé les autres signes particuliers à cette variété, et dans l'un de ces faits l'autopsie est venue vérifier le diagnostic porté par l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Cherchant à généraliser ces faits, M. le professeur Laugier a établi la valeur de ce signe sous forme de proposition.

Toutes les fois qu'une hernie crurale est située à la partie la plus interne de la cuisse, le chirurgien doit penser à l'existence d'une hernie du ligament de Gimbernat ; les autres signes tirés de son éloignement des vaisseaux fémoraux, de son rapport immédiat avec le ligament de Fallope, de la forme étroite de son collet, viennent ensuite confirmer son diagnostic.

Toutes les fois qu'il existe une hernie du ligament de Gimbernat, on ne peut méconnaître ce caractère tiré de la situation de la tumeur, il lui appartient en propre et ne se présente dans aucune autre variété de la hernie crurale. (Laugier, Communication orale.)

Au point de vue de l'opération que le chirurgien aurait à pratiquer dans un cas d'étranglement, nous avons indiqué avec soin que cette hernie était tout à fait superficielle : on devra donc agir avec la plus grande prudence après avoir reconnu cette variété.

En général, les couches que l'on est obligé d'inciser avant d'arriver au sac, sont : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les deux lames du fascia superficialis ; dans quelques cas, la tumeur est tout à fait sous-cutanée, elle est recouverte seulement par le feuillet le plus externe de ce même fascia superficialis.

Le sac étant ouvert, dans quelle direction doit-on faire le débridement? Sans entrer dans aucune discussion sur la cause de l'étranglement dans les hernies, on ne peut refuser au ligament de Gimbernat son rôle d'agent constricteur dans cette variété, puisqu'il entoure le collet herniaire de tous côtés. C'est donc sur ce ligament qu'il faudrait agir directement, c'est-à-dire débrider en dedans, comme on le pratique dans le plus grand nombre des hernies crurales.

Dans les deux observations que nous avons rapportées, dans lesquelles cette opération a été pratiquée (Obs. I et V), nous voyons que la section du tissu fibreux de ce ligament a été faite dans une assez grande étendue ; dans le premier fait, cette incision vers le pubis n'ayant pas suffi, le chirurgien a été obligé pour faire rentrer l'intestin de pratiquer un léger débridement en avant sur le ligament de Fallope.

On pourrait donc admettre cette méthode des incisions multiples et d'une petite étendue sur les différents points du ligament de Gimbernat qui entoure l'ouverture herniaire, elles ont donné un très bon résultat dans les différents cas où elles ont été mises en pratique par M. le professeur Laugier.

(La suite au prochain numéro.)

DIAGNOSTIC CHIRURGICAL.

Note sur les abcès profonds de la jambe ; par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

L'attention nous paraît surtout devoir être appelée sur ceux de ces abcès qui siégent à la partie postérieure de la jambe, particulièrement quand leur origine se rapproche de la région poplitée.

Ces abcès sont excessivement dangereux. Nous ne les avons guère observés que comme conséquence d'altérations osseuses de la face postérieure du tibia. Leur marche est très-insidieuse. La maladie peut s'annoncer par des douleurs profondes d'une intensité excessive, portant un trouble grave dans l'état de la constitution. Ces douleurs, exemptes de tout empâtement et qui persistent pendant des mois entiers à la manière d'une névralgie profonde, peuvent mettre en défaut l'attention la plus soutenue.

Elles constituent à la vérité un grand obstacle dans les recherches diagnostiques, parce qu'elles rendent insupportables l'exploration et même le moindre contact.

Plusieurs fois, dans des cas semblables, j'ai eu recours à l'emploi du chloroforme. Mais il y a un fait certain, c'est que l'altération osseuse et la suppuration commençante peuvent rester pendant longtemps tellement circonscrites, tellement exemptes de toute manifestation extérieure, sauf la douleur, que vous avez beau plonger le malade dans l'anesthésie la plus complète, manier et comprimer en tous sens la région qui est le siége de cette douleur, vous pouvez ne rencontrer aucune trace de la présence de l'abcès, alors même que depuis longtemps déjà existent les indices d'un travail profond.

On pourrait bien, quand on rencontre un de ces cas de douleur profonde, pertérébrante, à la face postérieure des os de la jambe, proposer la ponction explorative, mais ce n'est pas une chose très-exécutable que de ponctionner profondément, même avec un instrument très-fin, la partie postérieure et supérieure de la jambe.

L'idée de blesser la terminaison de la poplitée, la bifurcation des artères tibiale, postérieure et péronière, arrête la main du chirurgien.

Et cependant la temporisation est funeste. D'une part, elle laisse persister les douleurs, et nous avons dit quelle est leur dangereuse influence sur la constitution ; d'autre part, elle permet une propagation sourde qui peut conduire le mal jusqu'à l'articulation du genou. Nous en avons vu un exemple chez un malade sur lequel nous avions porté le diagnostic, et fait l'ouverture de la collection d'aussi bonne heure que possible.

La marche de ces collections profondes, qui se rattachent de toute évidence aux abcès sous-périostiques, est la suivante. Dans certains cas, l'abcès abandonné à lui-même envahit le creux du jarret, atteint l'articulation du genou, et donne lieu à des accidents tellement graves que le malade succombe, et que la seule chance de salut qui lui reste est l'amputation. Nous ferons même remarquer à cet égard que l'indication d'amputer donne lieu quelquefois à de très-grandes difficultés pratiques. Voici de quelle manière.

Aussitôt que l'envahissement purulent arrive à déterminer un état fébrile continu, la sollicitude du chirurgien s'éveille. Il sent bien que des accidents d'une haute gravité se préparent. Pour conjurer le danger, il a recours à des moyens plus ou moins énergiques, et notamment à des incisions : les accidents s'amendent un peu ; on n'ose point encore formuler d'une manière absolue la nécessité immédiate de l'amputation, et c'est sur ces entrefaites que se déclarent quelques-uns de ces troubles généraux, l'infection purulente, par exemple, qui viennent enlever au chirurgien cette dernière ressource. Il résulte

de là que le mal passe, pour ainsi dire sans transition, d'une période où les indications d'amputer n'étaient pas assez flagrantes à une période dans laquelle l'amputation cesse d'être possible avec chances de réussite à raison de l'état général du sujet.

Je crois que si, dans des cas analogues, on se décidait toujours à l'amputation, on s'exposerait à sacrifier quelque membre pour lequel cette opération aurait pu être évitée, mais l'on sauverait un plus grand nombre de malades.

Il y a, il faut le reconnaître, de ces envahissements articulaires purulents qui sont susceptibles de guérison, et, depuis que nous mettons largement en usage la pratique du drainage chirurgical, nous avons vu plusieurs fois des exemples de ce genre.

Toutefois, notre opinion est bien arrêtée sur ce point que l'on devrait, aussitôt que, dans une lésion semblable, il y a envahissement articulaire, recourir à l'amputation. Il faut savoir aussi, et c'est un point sur lequel nous avons déjà insisté dans notre MÉMOIRE SUR L'OSTÉOMYELITE, que les frissons auxquels donne lieu l'invasion articulaire, ressemblent à ceux de l'infection purulente.

Dans d'autres cas, l'abcès ouvert par la nature ou par l'art donne lieu à des fistules périarticulaires, sur le caractère desquelles nous devons nous arrêter un instant.

Ces fistules, chez certains sujets, sont compatibles avec le rétablissement de la santé générale. Le malade les garde pendant dix, quinze, vingt années et plus, n'éprouvant que de loin en loin des accidents douloureux et inflammatoires; mais chez les sujets dont la constitution est moins forte ou plus irritable, elles sont une source fréquente d'accidents. Il y a plus; elles peuvent devenir la cause de l'invasion articulaire et de ses désastreuses conséquences, de telle sorte que, ce que la maladie n'avait pas fait dans son état aigu, elle le fait dans son état chronique.

Comme nous avons déjà indiqué les moyens de combattre cette espèce d'accidents, nous n'y reviendrons point ici.

Quelle que soit la bénignité actuelle de ces fistules, un chirurgien prudent doit toujours s'en défier, et pour peu que son intervention soit réclamée par le malade, il doit s'attacher à les guérir aussitôt que possible, sachant bien qu'elles font courir des dangers réels, sinon dans le présent, du moins dans l'avenir.

L'observation suivante nous offre un cas d'abcès profond de la partie postérieure de la jambe, très-intéressant en ce sens :

1° Qu'il s'agit ici d'une suppuration intermusculaire et non plus osseuse ;

2° Que la question du diagnostic, restée longtemps indécise, n'a pu être définitivement tranchée qu'à l'aide d'une exploration longue et minutieuse ;

3° Que les accidents n'ont pu être vaincus que par l'action du drainage ;

4° Que le malade ayant été traité dans les salles de médecine pour une pneumonie, il se pourrait que son abcès appartînt à la classe des abcès critiques.

ABCÈS PROFOND INTERMUSCULAIRE DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA JAMBE, CONSÉCUTIF A UNE PNEUMONIE ; DRAINAGE ; GUÉRISON.

OBS. — Bertrand (Jérôme), 53 ans, rue de Lappe, 2, entre le 3 juin 1851, à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade vient des salles de médecine, où il a été traité pour une pneumonie. On l'envoie en chirurgie comme portant un abcès profond à la partie postérieure de la jambe.

Après une exploration minutieuse, M. Chassaignac déclare qu'il n'est pas fixé sur le diagnostic. (Cataplasmes ; onguent napolitain.)

19 juin. Nouvelle exploration extrêmement douloureuse pour le malade. On constate, par le procédé du pincement, qu'il y a une fluctuation très-profonde. Saisissant à pleines mains le mollet du malade, on exerce, avec chaque main, des pressions alternatives et bilatérales, de manière à refouler le liquide de l'une des mains vers l'autre. Un bistouri est plongé très-profondément dans la partie externe et moyenne de la jambe. Une quantité considérable de pus sort par l'ouverture, une canule en Y est installée dans la plaie.

23. Douches ; canule.

4 juillet. On continue chaque jour l'emploi des douches. On pratique une nouvelle ouverture, qui donne issue à une grande quantité de pus. (Douches.)

9. Douches répétées tous les jours. Elles ont une action très-efficace, grâce à la communication qui existe entre les deux ouvertures.

11. Douches. Il faut décoller les parois de l'abcès pour permettre au liquide de passer par les deux ouvertures.

Depuis quelques jours le malade a de la fièvre. (Douches.)

21. Encore de la fièvre. Suppuration toujours aussi abondante; agglutination des bords de la plaie. (Continuation des douches.)

29. Même état. (Lavage ; canule.)

1er août. Le pus commence à se mélanger de lymphe ; l'état général s'améliore ; la langue est belle. (Douches ; canule.)

4. Le malade ne souffre plus. On supprime les douches et les canules.

6. L'amélioration générale et locale continue. Ouverture de plusieurs abcès à l'aisselle gauche.

11. La suppuration est presque tarie. Le malade va bien.

15. Sort guéri.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES EFFETS DE LA FARADISATION GÉNÉRALE (1) PRATIQUÉE SUR LES ANIMAUX; par M. VULPIAN. (Lue à la Société de Biologie.)

Dans une des séances du dernier trimestre de l'année 1856, j'ai tenté inutilement de montrer à la Société les effets que produit sur les grenouilles une faradisation de quelques minutes, un des pôles étant placé dans la bouche et l'autre étant enfoncé dans le rectum : l'expérience ne réussit pas comme je l'espérais, tandis que les premières expériences m'avaient toujours donné le même résultat.

La faradisation était faite à l'aide d'un appareil à induction de M. Duchenne (de Boulogne). Au moment où on établissait le courant intermittent, l'animal jetait un cri, étendait ses membres brusquement et courbait la tête en fermant les yeux avec force, puis on voyait une série de secousses convulsives se produire dans les divers muscles des parties tétanisées; la respiration était suspendue. Lorsqu'on interrompait le courant au bout de cinq à six minutes, la grenouille était complétement paralysée, dans une résolution générale; peu à peu reparaissaient les mouvements de l'appareil hyoïdien, d'abord faibles et irréguliers, puis la motilité volontaire se rétablissait très-lentement dans les membres. Lorsque la paralysie avait ainsi disparu, il suffisait de pincer un des membres de l'animal, ou mieux, d'irriter la peau de la région supérieure de la tête, pour provoquer un accès tétanique accompagné d'emprosthotonos et précédé parfois d'un cri.

J'ai vu, depuis cette époque, que la faradisation n'est pas toujours suivie des mêmes phénomènes, ce qui tient surtout à l'état des grenouilles, qui diffère beaucoup suivant diverses circonstances, la température, l'inanition, etc.; ce n'est que chez les grenouilles qui ont, avant l'expérience, une excitabilité déjà très-développée, qu'on voit les effets consécutifs qui viennent d'être mentionnés. Quel que soit l'état de l'animal, la faradisation produit d'ailleurs des résultats constants; ainsi il y a toujours, pendant toute la durée de la galvanisation, un état tétanique violent. On voit en même temps suinter au travers de la peau un liquide transparent assez abondant sur toutes les parties du corps; ce liquide colore en rouge le papier imbibé de perchlorure de fer acide, et précipite, par l'action de l'acide azotique, à la façon des liquides albumineux. La respiration est suspendue. Quand on cesse la galvanisation, le tétanisme cesse quelquefois, et il y a paralysie complète avec résolution. La respiration est le premier mouvement extérieur qui reparaisse. Les battements du cœur sanguin sont très-lents. Dans un cas, il y avait, avant la galvanisation, 56 battements du cœur; après qu'on l'eut interrompue, il n'y avait plus que 22 mouvements. Les effets sont les mêmes quand les deux pôles sont appliqués sur la région dorsale de l'animal, l'un près de la tête, et l'autre près des membres postérieurs.

Pendant la torpeur hibernale, les grenouilles ont encore une excitabilité très-grande, plus développée même sous certains rapports que pendant l'été; aussi, pendant l'hiver, voit-on la faradisation amener assez souvent cet état consécutif particulier dans lequel la grenouille a une grande tendance à avoir des phénomènes convulsifs tétaniques, sous l'influence d'une excitation de la tête ou d'excitations répétées des membres (2). Pendant cette saison, les propriétés du système nerveux semblent plus difficiles à épuiser. En effet, la faradisation prolongée pendant plus de quinze minutes n'amène pas la résolution des membres; si l'on interrompt alors le courant, la grenouille demeure

(1) J'emploie ce mot de faradisation générale pour éviter une longue explication; j'entends ici par cette expression la faradisation pratiquée un des pôles étant dans la bouche et l'autre dans le rectum.

(2) Quelquefois la convulsion tétanique est bornée au membre postérieur excité.

tétanisée pendant plusieurs minutes, et la respiration est déjà rétablie que le tétanisme n'a pas encore disparu (1).

Les mouvements de la face se montrent de nouveau après ceux de la respiration, mais avant ceux des membres, et ce sont les membres antérieurs qui paraissent reprendre leur motilité avant les postérieurs; toujours on voit les mouvements réflexes se manifester dans les membres avant qu'il y ait encore trace de mouvement volontaire. Cette marche du retour des fonctions nerveuses est digne d'intérêt. La moelle a repris ses fonctions propres avant de pouvoir servir de conducteur aux manifestations cérébrales. Nous allons d'ailleurs revoir le même fait se présenter dans les expériences instituées sur les lapins.

Dans le mois de septembre 1856, j'ai essayé sur plusieurs lapins les effets des courants intermittents, un des électrodes étant introduit dans la bouche et l'autre dans le rectum; dès qu'on fait agir l'appareil, le lapin est pris de convulsions générales, l'animal pousse un cri, les membres s'étendent, la tête se renverse, des secousses musculaires agitent le corps et les membres. La respiration, un moment suspendue, se rétablit; elle est régulière, mais plus lente et plus difficile. Il n'y a aucun effet particulier produit sur les yeux; on entend un bruit rotatoire des plus forts dans les muscles, surtout à la région dorsale et sacro-lombaire. Bientôt les mouvements respiratoires se ralentissent encore et deviennent plus faibles; ils ne semblent plus s'exécuter qu'au moyen du diaphragme. Celui-ci cesse à son tour d'agir, et si l'on continue encore quelques instants l'électrisation, l'animal meurt; mais si on l'interrompt dès que les mouvements respiratoires sont abolis, ils se rétablissent presque aussitôt, deviennent très-fréquents: il y a de l'anhélation. Les mouvements du cœur sont peu influencés.

On recommence plusieurs fois de suite l'électrisation dès que la respiration s'est rétablie, pour produire des effets consécutifs plus prononcés; les secousses musculaires des membres s'affaiblissent, et bientôt elles sont à peine apparentes. Lorsque l'électrisation ainsi interrompue a duré pendant 15 minutes, les membres sont paralysés, surtout les membres postérieurs, dans lesquels la paralysie est complète; les paupières ont conservé leur mouvement réflexe. Après un temps variable, mais court, la motilité réflexe se réveille dans les membres, et elle augmente bientôt; quand on frappe l'extrémité d'un membre postérieur, on détermine un léger mouvement réflexe, non-seulement dans ce membre, mais aussi dans celui du côté opposé. Plus tard, l'excitation d'un membre antérieur est suivie de mouvements dans les quatre membres, sans que l'animal paraisse en avoir conscience; le pincement de la peau de la face détermine aussi le même effet dans les membres.

L'excitabilité s'accroît quelquefois au delà du type normal. Si l'on irrite alors un membre, ou la peau de la face, ou si même on s'approche brusquement de l'animal, des secousses convulsives, au nombre de trois, quatre ou cinq, se déclarent dans les membres postérieurs, les membres antérieurs et tous les muscles de la région cervicale, de telle sorte que la tête se relève dans une extension plus ou moins prononcée. Ces secousses constituent une sorte d'accès qui se renouvelle quelquefois spontanément au bout de deux ou trois minutes.

Ces phénomènes n'ont pas été constants; je ne les ai vus que chez deux lapins sur un nombre de dix environ. Il est, du reste, à peu près impossible, comme on le conçoit bien, de se mettre toujours dans les mêmes conditions; l'intensité du courant d'induction, la force et l'état de santé des animaux, sont des circonstances variables qui s'opposent à ce qu'on obtienne toujours les mêmes effets. Peut-être y a-t-il aussi une prédisposition chez certains individus.

Nous avons vu que la respiration continue encore pendant quelque temps; les muscles respiratoires échappent donc en partie à cette action convulsive si énergique qu'exerce la faradisation générale sur les autres muscles du tronc et sur ceux des membres. Mais cette résistance n'est que temporaire, et les muscles de la respiration sont atteints à leur tour, le diaphragme cessant le dernier ses mouvements rhythmiques. Généralement l'inspiration devient embarrassée et un peu bruyante dès qu'on a commencé l'expérience; il y a probablement un resserrement convulsif et incomplet de la glotte.

Les mouvements du cœur ne changent pas notablement leur rhythme, et ils ne paraissent point affaiblis; la main étant appliquée sur la région precordiale pendant la faradisation, on reconnaît cependant une légère modification dans les mouvements du cœur, mais elle est si peu marquée qu'il est difficile de s'en rendre compte.

La faradisaton a été pratiquée aussi, un des pôles étant dans le rectum et l'autre étant appliqué sur une plaie très-superficielle de la peau, à la partie postérieure de la région dorsale. Les effets n'ont pas été très-différents. Les convulsions ont été un peu moins violentes dans les membres antérieurs et la tête que dans les membres postérieurs, mais il y a eu de même une influence des plus marquées sur les mouvements respiratoires. Ces mouvements deviennent immédiatement beaucoup plus lents, l'inspiration est embarrassée, puis la respiration s'arrête; elle reparaît aussitôt, fréquente, baletante, dès qu'on interrompt l'électrisation. Comme résultat de l'expérience, on observe la paralysie des membres (sensibilité et mouvement) et les autres phénomènes dont j'ai parlé plus haut. On voit ici l'électrisation, appliquée sur une partie de l'animal, étendre son influence, par l'intermédiaire de la moelle épinière, à toutes les autres parties et y abolir aussi le mouvement et la sensibilité. J'ai vu d'ailleurs, dans des expériences faites sur la moelle épinière, chez des chiens, des excitations mécaniques répétées de la portion lombaire de la moelle, déterminer une paralysie à peu près complète de la sensibilité du train antérieur et de la face.

Lorsque, dans la faradisation générale, un des pôles étant dans la bouche, on place l'autre dans une des narines ou sur la cloison qui les sépare, la respiration cesse dès l'instant que le courant est établi, et les côtes sont abaissées convulsivement; c'est donc dans l'état d'expiration que le jeu de l'appareil respiratoire s'arrête. Les narines sont les vrais orifices extérieurs des voies respiratoires; tons les agents du mécanisme de la respiration sont évidemment bien mieux compris dans le courant lorsque le pôle antérieur est placé dans les narines que lorsqu'il est dans la bouche, et c'est là probablement la cause de ces différences d'action. Du reste, quand le courant est très-fort et que l'animal est affaibli, on suspend la respiration aussi bien dans un cas que dans l'autre.

J'ai voulu voir si les pneumogastriques étaient intéressés dans ces phénomènes, et si leur section apporterait quelque modification dans les résultats de l'expérience; or, j'ai vu les mêmes effets se manifester après cette section, que le pôle antérieur fût placé dans la bouche ou dans une narine. Dans ce dernier cas il y avait arrêt brusque et immédiat de la respiration, et, dans le premier, les mouvements respiratoires persistaient pendant un certain temps en devenant plus lents et plus difficiles, puis se suspendaient.

Pendant la faradisation, les vaisseaux de l'oreille sont généralement vides, mais, lorsqu'elle est terminée, les vaisseaux s'injectent, et les mouvements spontanés et rhythmiques des artères deviennent plus apparents que dans l'état normal (1); alors on peut bien voir que le sang, au moment de la diastole artérielle, tend à prendre une teinte rouge dans les veines; mais, pendant la systole, les veines marginales, qui restent en grande partie gonflées de sang, passent peu à peu au rouge sombre et au brun. Et comme cette dernière modification se fait dans les veines alors que la circulation capillaire est en grande partie suspendue, on est conduit à admettre que la production de l'acide carbonique, qui change ainsi la teinte du sang, se fait sur place dans toute l'étendue des veines marginales.

On a pu voir, dans la description qui a été donnée plus haut des phénomènes produits par la faradisation générale chez les lapins, que les mouvements réflexes se réveillent avant la motilité volontaire et avant la sensibilité; ce résultat est tout à fait conforme à celui qu'ont donné les expériences sur les grenouilles. Les parties, quelles qu'elles soient, qui servent à conduire les impressions jusqu'à la région du système nerveux où elles sont perçues, et celles qui transmettent les ordres de la volonté, sont donc incapables de remplir leurs fonctions, tandis que les agents du pouvoir réflexe ont déjà repris leurs attributs.

Quand les mouvements réflexes viennent de reparaître, on peut, en excitant fortement les membres postérieurs, en les frappant plusieurs fois sur la table d'expérience, par exemple, les paralyser de nouveau complétement.

Enfin, pendant la faradisation, l'urine éprouve des changements notables; l'acide azotique, qui n'y déterminait aucun précipité, y produit un trouble blanchâtre qui, examiné au microscope, se montre avec tous les caractères de l'albumine coagulée. Dans un des derniers

(1) Une grenouille ainsi électrisée pendant quinze minutes resta assez longtemps tétanisée, puis le tétanisme fit place à une résolution générale, avec diminution extrême de la sensibilité. Les mouvements des membres ne reparurent qu'au bout de trois quarts d'heure: ils étaient faibles; cependant, en excitant la tête, on déterminait un accès tétanique avec extension convulsive des membres postérieurs. Le lendemain, la grenouille était morte; le système nerveux épuisé n'avait pas pu probablement reprendre définitivement ses fonctions.

(1) J'ai dit, dans une note communiquée à la Société de biologie (année 1856, p. 183 et suiv.), que l'artère communique directement avec les veines par des rameaux de dimensions moyennes; c'est là une erreur.

cas que j'ai observés cette année (1858), quelques gouttes de l'urine ont été mises dans des verres de montre; l'urine prise avant l'expérience s'est complétement desséchée, et il y avait un dépôt considérable de cristaux de phosphate de magnésie et de carbonate de chaux; l'urine recueillie après l'expérience ne s'est pas desséchée complétement, il est resté un dépôt déliquescent, et, dans ce dépôt, il y avait moins de cristaux. L'urine traitée par l'acide azotique, de la même façon, a pris une teinte rougeâtre; l'urine recueillie après l'expérience a conservé à peu près sa teinte.

Tels sont les principaux faits que j'ai observés pendant ces expériences; je les avais entreprises dans le but de provoquer chez des animaux un état convulsif par suite d'excitations prolongées et d'épuisement des propriétés de la moelle. J'espérais produire ainsi artificiellement des phénomènes analogues à ceux qu'amènent chez l'homme les dépenses considérables et répétées d'influx nerveux; les effets de la faradisation n'ont pas répondu d'une façon complète à mon attente. Dans quelques cas, cependant, j'ai déterminé, soit chez des grenouilles, soit chez des lapins, des accidents convulsifs indiquant une exagération de l'excitabilité de la moelle épinière, et c'est là surtout ce qui m'a engagé à publier les résultats de ces expériences.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

DES LARVES DE DIPTÈRES DÉVELOPPÉES DANS LES SINUS FRONTAUX ET LES FOSSES NASALES DE L'HOMME A CAYENNE; par M. CH. COQUEREL, chirurgien de la marine impériale.

Privés pour la plupart de notions suffisantes en entomologie, les auteurs qui ont observé des cas de ce genre, ne donnent que des détails incomplets sur les *vers* qu'ils ont rencontrés, les ayant abandonnés avant d'avoir suivi leurs métamorphoses.

M. Coquerel a été plus heureux; il a pu non-seulement rassembler un assez grand nombre d'observations pour tracer un tableau complet de la maladie, mais encore se procurer un insecte parfait, produit des métamorphoses de la larve, de manière à pouvoir le décrire et lui assigner sa place en histoire naturelle.

L'auteur rapporte cinq observations empruntées à des médecins de la marine employés à Cayenne. Toutefois, ces faits ne sont pas les seuls qui aient été observés. Tous ont un caractère de gravité extraordinaire, puisque dans six cas traités par un seul médecin, M. Saint-Pair, trois malades ont succombé après avoir présenté des symptômes de méningite; trois ont survécu, mais chez deux de ces derniers le nez a complétement disparu; l'autre en a été quitte pour une déformation notable de l'organe olfactif.

La marche de la maladie a présenté, d'ailleurs, une grande uniformité, et l'on peut en résumer de la manière suivante les symptômes principaux.

Au début, fourmillement dans les fosses nasales, céphalalgie susorbitaire intense, bientôt gonflement œdémateux de la région nasale se prolongeant plus ou moins sur la face; épistaxis abondantes; douleur sus-orbitaire toujours plus vive; issue d'un certain nombre de larves soit par l'orifice des fosses nasales, soit par des ulcérations qui se produisent sur le nez. Symptômes généraux indiquant une inflammation des plus vives; propagation de la phlegmasie aux enveloppes cérébrales ou au cuir chevelu, et mort du sujet. Dans les cas les plus favorables, guérison avec perte de substance plus ou moins étendue, et cicatrisation plus ou moins difforme de la région nasale.

Quoi qu'il en soit, dès qu'on soupçonne la présence de larves dans les sinus, il faudra recourir immédiatement aux injections pratiquées à l'aide d'une sonde introduite à la partie supérieure des fosses nasales et avec une seringue d'une capacité telle que l'on puisse introduire chaque fois au moins un litre de liquide. Ces injections seront renouvelées cinq ou six fois par jour. Les médecins de Cayenne recommandent l'eau chlorurée ou alumineuse, la décoction de tabac, une solution de sublimé, à la dose de 5 centigrammes pour 30 grammes.

Dans quelques cas, on pourra peut-être employer avec avantage des fumigations excitantes. Des cigarettes d'arsénite de soude ont été utiles. Même en supposant qu'on parvienne à faire périr les vers, il est probable que plusieurs d'entre eux resteront dans les plis de la muqueuse boursouflée; la présence de ces vers morts se putréfiant au milieu des tissus phlogosés, deviendrait sans doute la cause de nouveaux accidents, aussi pourrait-on recourir quelquefois avec avantage à la trépanation.

C'est M. Chapuis qui, après plusieurs essais infructueux, vit une larve se changer en insecte parfait. M. Coquerel donne de cet insecte la description suivante :

Lucilia homini vorax. Longueur : 9 millimètres; palpes fauves; faces et joues d'un fauve clair, couvertes d'un duvet jaune doré. Tête très-grande, plus large à sa base que la partie voisine du thorax, celui-ci bleu foncé, très-brillant, à reflets puurprés; de chaque côté du corselet et dans son milieu une bande transversale de noir bleu, la médiane plus étroite, séparé des latérales par une ligne d'un jaune doré peu brillant et présentant quelques effets pourprés. Abdomen de la couleur du thorax, reflets pourprés suivant le bord de chaque segment. Pattes noires, ailes transparentes, un peu enfumées, surtout à la base, nervures noires.

Sous le climat brûlant de Cayenne, les œufs éclosent très-rapidement; il est très-probable que la mouche les dépose à l'entrée des fosses nasales chez des individus peu soucieux des soins de propreté. Les larves, d'abord très-petites, ne révèlent leur présence que par un fourmillement plus ou moins incommode, mais bientôt elles augmentent de volume (sept à huit jours), et c'est alors que les accidents graves se manifestent.

DES LÉSIONS ET DES PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DÉTERMINÉS PAR LA PRÉSENCE DES VERS ASCARIDES LOMBRICOÏDES DANS LES CANAUX BILIAIRES; par le docteur E. A. BONFILS.

La première question à résoudre est celle de la pénétration de ces animaux dans les conduits biliaires pendant la vie. Niée par M. le professeur Cruveilhier, elle est admise par des praticiens éminents et prouvée par des faits irrécusables de même nature que ceux qui démontrent que des lombrics ont pu perforer pendant la vie les tuniques intestinales peu ulcérées et non ramollies.

Les lombrics introduits dans les voies biliaires peuvent n'y produire aucun accident, mais ils déterminent le plus souvent les altérations suivantes : obstruction, dilatation, épaississement, inflammation, ramollissement, perforation des conduits, formation d'abcès dans le parenchyme du foie, bref, toutes les conséquences d'une hépatite.

Il va sans dire que ces altérations déterminent alors diverses séries de symptômes qui peuvent être groupés sous trois formes : 1° l'hépatite vermineuse; 2° la colique hépatique vermineuse; 3° les convulsions vermineuses. On pourrait, d'après les observations, arriver pour l'hépatite à la description générale suivante :

« Fièvre plus ou moins intense, accompagnée de soif vive, avec langue tantôt chargée, tantôt rouge et sèche; ballonnement du ventre avec tension surtout marquée au niveau de l'hypocondre droit, douleur très-vive dans la région du foie, augmentée beaucoup par la pression et s'irradiant quelquefois dans toute l'étendue de l'épigastre; ictère, nausées, vomissements soit glaireux, soit bilieux; tantôt diarrhée, tantôt constipation, avec coloration blanche des matières fécales. Quelquefois les tranchées ont été très-violentes; il y a eu des cardialgies, de l'agitation, des douleurs atroces, auxquelles ont succédé des mouvements convulsifs et même des convulsions mortelles. »

S'il y a là une hépatite évidente, il sera toujours presque impossible d'en déterminer la cause avant l'autopsie. Pourrait-on le soupçonner d'après quelques conditions étiologiques? On a rencontré des lombrics dans le foie à toutes les périodes de la vie, et dans les deux sexes, mais leur présence est surtout fréquente pendant l'enfance et la jeunesse. Cette affection est beaucoup plus commune chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles.

L'auteur de ce travail intéressant a reproduit les observations que possède la science sur ce point curieux; il présente ainsi un précieux inventaire de nos connaissances et épargne les recherches sur ce sujet.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros du deuxième semestre de 1857, et du premier semestre de 1858, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Opération de rhino-blépharoplastie*; par M. Bonnafond. 2° *De la glycosurie*; par M. Bouchardat. 3° *Des inhalations respiratoires dans le traitement des maladies de poitrine*; par M. Sales-Girons. 4° *De la fièvre typhoïde*; par M. Renouard. 5° *Ablation de la mâchoire*; par M. Maisonneuve. 6° *Leçons sur la scrofule*; par M. Bazin. 7° *De la vertu antidyssenté-*

rique de la chair de mouton, de bœuf et de génisse, demi-crue; par M. Pensa. 8° *De la syphilisation en Norwége*; par M. Guérault. 9° *Thérapeutique des diathèses bilieuse, muqueuse et putride*; par M. Antoine. 10° *Traitement de la fièvre typhoïde*; par M. Lecler. 11° *De l'hémorrhagie des méninges chez les aliénés*; par M. Joire. 12° *Pompe à double effet destinée à vider les abcès*; par M. Bougarel. 13° *De la pustule maligne*; par M. Vivier. 14° *Du traitement de la phthisie par le déplacement des malades*; par M. Carrière. 15° *Cas de dystocie*; par M. Seguy. 16° *De la péliose rhumatismale*; par MM. Duriau et Legrand. 17° *Opération césarienne*; par M. Guillaume. 18° *Observation de fièvre puerpérale*; par M. Pécholier. 19° *Rétrécissement traumatique de l'urètre*; par M. Nélaton. 20° *Étude sur les maladies du larynx*; par M. Hatin. 21° *Du gaz carbonique comme agent anesthésique*; par M. Herpin. 22° *Des dyspepsies*; par M. Patissier. 23° *Cathétérisme des bronches*; par M. Sales-Girons. 24° *Traitement de l'œsophagisme par la teinture d'iode*; par M. Ancelon. 25° *De certaines conditions des sens de l'ouïe et de la vue*; par M. Bonnafond.

DE LA MÉTHODE DES INHALATIONS RESPIRATOIRES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE POITRINE; par le docteur SALES-GIRONS.

Le docteur Sales-Girons s'efforce de prouver que cette méthode *doit* être bonne, et voilà sa théorie.

Une bronchite, une laryngite chronique, par exemple, quels qu'en soient le principe et le début, qu'elles soient primitives ou consécutives, se présentent en pathologie avec ces deux considérations bien distinctes :

1° La cause morbide qui préside nécessairement à la maladie depuis le commencement jusqu'à la fin;

2° La cause secondaire qui, agissant accidentellement sur les lésions, active, irrite ou exaspère la maladie.

Dans le grand nombre des substances que la médecine traditionnelle a expérimentées contre les maladies de poitrine, il doit y en avoir certainement qui auraient eu prise sur la cause première; mais la cause secondaire était là, et rien ne faisant obstacle à son action subversive sur la lésion, le malade n'éprouvait pas du médicament spécifique l'effet réparateur qui eût eu lieu sans elle.

L'air atmosphérique, par son oxygène *probablement*, est la cause qui active la maladie.

Selon cette théorie, *rien n'est plus facile* que d'établir le traitement d'une bronchite et d'une laryngite chronique. Il suffit, en effet, d'instituer une médication qui contienne un médicament contre la cause pathogénique, en même temps qu'un moyen qui s'oppose plus ou moins à l'action nuisible de l'oxygène sur les lésions existantes.

Un agent médicamenteux général et un agent préservatif local. Il ne s'agit plus que du mode d'administration le mieux approprié de ces deux agents.

Comme médicament les eaux sulfureuses sont inscrites dans les livres de matière médicale, pour leurs propriétés curatives dans les maladies de poitrine. Celles de Bonnes et de Pierrefonds, par exemple, ont fait preuve d'efficacité spéciale contre ces affections.

Comme moyen modificateur de l'oxygène de l'air, eu égard aux effets d'excitation que ce gaz produit sur les lésions chroniques des voies respiratoires, une atmosphère imprégnée d'eau sulfureuse poudroyée paraît, de prime abord, devoir remplir cet objet. L'expérience médicale, notre guide, n'a pas d'autres raisonnement. Si le poitrinaire se trouve mieux dans un air où l'oxygène soit atténué dans sa quantité ou dans sa qualité, c'est que l'oxygène est nuisible, et par contre que son atténuation serait utile.

Soit par le fait de déplacement ou d'enveloppement de l'oxygène, soit par le fait de la fomentation des organes, il est certain que l'eau poudroyée, dans les salles de respiration, doit atténuer l'action de ce gaz, sous le rapport de sa quantité et sous celui de ses qualités irritantes.

Tout cela est bel et bon, mais après avoir *prouvé* qu'il *doit* en être ainsi, il faut prouver qu'il en *est* véritablement ainsi, que les malades sont guéris plus rapidement et en plus grand nombre par cette méthode, en un mot qu'elle est réellement supérieure, dans des conditions bien déterminées, aux nombreux moyens préconisés avec non moins d'habileté contre les affections de poitrine.

QUELQUES REMARQUES THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur A. RENOUARD.

Sous ce titre modeste, M. A. Renouard propose une médication *héroïque* contre la fièvre typhoïde. Voici la conclusion de son travail.

Sur 16 individus atteints de fièvre typhoïde, que j'ai soignés dans l'espace de deux ans, 14 ont guéri, 2 ont succombé. Chez ces derniers le traitement par le sel émétique avait commencé un peu tard.

Dans cinq ou six cas, la maladie a duré de un à deux septénaires, et la médication stibiée a paru en avoir arrêté le cours. Dans tous les autres cas, elle a produit une amélioration plus ou moins appréciable.

Son efficacité n'a pas été proportionnelle à la quantité des évacuations, mais plutôt en raison inverse. Elle a été plus sensible dans les premiers jours qu'à une époque plus avancée de la maladie.

Des 20 sujets qui faisaient la base de mon premier mémoire, aucun n'ayant péri, il s'ensuit, en définitive, que j'ai eu 2 revers sur 36 malades; mais ce résultat n'approche pas encore de celui que Rasori annonce dans sa relation de la fièvre pétéchiale de Gênes. En effet, ce célèbre médecin assure n'avoir pas perdu un seul des malades qu'il a traités selon sa méthode. Or on sait qu'il administrait le sel antimonial à plus haute dose et avec plus d'insistance que je n'ai osé le faire.

Serait-ce donc à cette circonstance qu'il faudrait attribuer la supériorité du succès? L'expérience ultérieure pourra seule éclairer la question.

En attendant, il me semble démontré dès aujourd'hui que l'introduction de la médication stibiée dans le traitement de la fièvre typhoïde réalise un véritable progrès.

Comment! *il vous semble*, mais vous êtes par trop timide! Une médication qui dans des mains hardies guérit à coup sûr, qui réussit dans les vôtres toutes les fois qu'elle est appliquée à temps, mais c'est tout bonnement un *spécifique*, un véritable progrès! Mais il s'agit bien encore de progrès, le but est atteint, on est arrivé, on tient le moyen infaillible de la guérison de la fièvre typhoïde. Que voulez-vous de plus? que voulez-vous de mieux!

Et vous doutez cependant, vous ne croyez qu'à demi à votre succès, parce que vous savez que depuis vingt ans chaque année nous apporte aussi sa médication qui guérit tous ses malades ou presque tous, et que certes, à user de la moindre, il ne devrait plus mourir personne de la fièvre typhoïde. C'est que vous n'êtes pas le seul médecin qui n'en perde jamais ou presque jamais, et cependant ils emploient des méthodes différentes de traitement. Aussi voulez-vous qu'on vous dise les deux objections que vous vous faites à vous-même, et qui enchaînent votre enthousiasme en présence de si beaux succès.

1° Si les maladies que nous appelons fièvres typhoïdes, n'étaient pas de vraies entérites folliculeuses, dothinentéries avec ulcération des plaques de Payer, engorgement des ganglions mésentériques et de la rate, et accidents nerveux, mais d'autres affections beaucoup plus simples, d'une *autre essence*, et qui n'auraient avec la *vraie spécificité typhoïde* que des ressemblances plus ou moins trompeuses?

2° Si ces affections, comme la plupart des maladies légères pouvaient guérir à peu près par tous les moyens et même sans aucune médication particulière?

Il s'ensuivrait que nous pourrions bien avoir guéri des fièvres typhoïdes où il n'y en avait pas, et que toute autre médication que la nôtre pourrait, à bon droit, se vanter des mêmes succès. Cette hypothèse rend assez bien compte des merveilleux résultats obtenus par autant de méthodes différentes.

OPÉRATION CÉSARIENNE; par M. V. GUILLAUME (de Sarreguemines).

OBS. — Elisabeth Wirietz, âgée de 39 ans, née de parents phthisiques, d'une constitution frêle et de petite stature, a perdu plusieurs frères et sœurs en bas âge. Réglée à 17 ans, elle se maria à 27. Sa première couche nécessita l'emploi du forceps. Elle donna le jour à un second enfant, trois ans après, sans difficulté.

Il y a deux ans, cette femme vit qu'elle portait dans l'abdomen, deux tumeurs qui ne la gênaient pas.

Au mois d'août, ces tumeurs l'incommodèrent, et elle consulta un médecin, M. Fischer. Celui-ci reconnut que deux tumeurs fibreuses, nullement douloureuses, existaient, l'une de la grosseur du poing, située dans l'hypocondre droit, au-dessous du foie, auquel elle n'adhérait pas; l'autre, plus volumineuse, située dans l'hypocondre gauche, descendant jusque vers la fosse iliaque. Enfin, en explorant le vagin, ce médecin rencontra une troisième tumeur de même nature que les autres envahissant déjà la presque totalité de l'excavation du petit bassin. Cette femme se plaignait de maux de reins et de suppression des règles; elle avait de la fièvre; elle reçut quelques soins, mais on reconnut bientôt qu'elle était enceinte, et l'on se borna aux palliatifs.

Le 20 janvier, dans la nuit, une sage-femme fut appelée; elle constata chez la malade quelque chose d'étrange et fit prévenir M. Fischer, qui lui-même s'adjoignit M. Guillaume. Il fut difficile d'arriver, à l'aide des deux doigts demi-fléchis jusqu'à l'orifice de l'utérus situé derrière le pubis. Cet orifice

était flasque, non dilaté; l'abdomen, dont les parois étaient fort minces, offrait un volume considérable. On pouvait reconnaître, à travers ses parois, les saillies que présentait le corps de l'enfant, notamment au-dessous et à droite de l'ombilic où se trouvaient les talons, selon toute vraisemblance. Il y avait de temps en temps des contractions utérines.

On se décida à faire l'opération césarienne.

Une première incision s'étendant de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à un travers de doigt au-dessus du pubis, intéressa la peau et le tissu cellulaire au devant de la ligne blanche. Une seconde incision permit d'arriver à la matrice, laquelle fut incisée à son tour.

Le corps de l'enfant se présente par le dos, un peu incliné à droite; les pieds étaient du côté de l'ombilic, la tête au-dessus du pubis.

Une fois l'enfant extrait, quelques tractions amenèrent le placenta.

Deux points de suture enchevillée furent placés à la partie supérieure de la plaie. On appliqua de larges bandelettes de diachylon, un linge fenêtré, de la charpie, etc.

On s'assura alors que la tumeur occupant le petit bassin n'avait subi aucune modification.

Tout alla bien jusqu'au 26, sixième jour de l'opération. Ce jour-là on apprit que, la nuit précédente avait été agitée; il y avait un peu de délire et de la fièvre.

Vers le soir, cette femme succomba.

L'autopsie fut refusée.

L'auteur pense que la cause de la mort devait résider dans le cerveau plutôt que dans l'abdomen, dont l'indolence et la souplesse n'avaient jamais cessé.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de la commission chargée de l'examen des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

D'après les résultats du scrutin, la commission est composée ainsi qu'il suit: MM. Serres, Velpeau, Rayer, Jobert (de Lamballe), Cl. Bernard, J. Cloquet, Andral, Duméril et Flourens.

— M. Leroy-d'Étiolles présente une nouvelle note concernant l'extraction par les voies naturelles, et sans incision, de corps étrangers tombés dans la vessie. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau et Civiale.)

M. Jules Cloquet présente à l'Académie, de la part de M. Bertulus, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille, un mémoire sur l'action réelle et positive de la chaleur, du froid et de l'humidité sur l'organisme, en tenant compte de la résistance vitale.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

DE L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE ET DE LA GRAVELLE ET DES CALCULS D'OXALATE DE CHAUX; par M. Gallois.

Les faits consignés dans le cours de ce travail me permettent, dit l'auteur, d'en formuler les conclusions dans les propositions suivantes:

1° L'oxalate de chaux est un corps que l'on peut rencontrer passagèrement dans l'urine de l'homme sain, à tous les âges, et à toutes les périodes de la vie.

2° Il y apparaît surtout en proportion plus ou moins considérable, sous l'influence de certains aliments et probablement de certains médicaments.

3° On rencontre assez fréquemment l'oxalate de chaux dans l'urine de l'homme malade, mais l'excrétion de ce corps ne constitue point à elle seule une maladie. L'oxalurie n'est donc point une entité morbide, mais seulement un symptôme commun à des affections très-diverses. Néanmoins il est vrai de dire que l'oxalurie a été observée plus souvent dans la spermatorrhée et dans certaines maladies du système nerveux, notamment dans la dyspepsie.

4° Il y a un corps qui accompagne très-fréquemment l'oxalate de chaux dans les sédiments urinaires, aussi bien que dans la gravelle et les calculs; ce corps, c'est l'acide urique cristallisé.

5° La coexistence très-commune dans l'urine et les concrétions urinaires de l'acide urique et de l'oxalate de chaux me paraît éclairer la formation de l'oxalate calcaire au sein de l'organisme.

6° Le rapport qu'on avait voulu établir entre l'oxalurie et le diabète ne saurait être admis.

7° L'acide oxalique (et par suite l'oxalate de chaux) semble dériver de l'acide urique, et doit être considéré comme un degré d'oxydation plus avancé de ce dernier corps, ou des éléments qui devaient servir à le constituer; de telle sorte que, toutes les fois qu'il y a dans l'économie de l'acide urique ou des éléments propres à le former, il peut se produire de l'acide oxalique, sous l'influence d'une oxydation plus avancée, qui s'opère dans le sang.

8° L'oxalurie ne réclame pas, le plus ordinairement, d'autre traitement que celui de la condition physiologique ou morbide à laquelle elle est liée. Aussi a-t-on conseillé les médications les plus variées pour la combattre: 1° s'abstenir des aliments et des médicaments qui contiennent de l'acide oxalique; 2° faire usage de petites doses d'acide nitro-muriatique dans une infusion amère et tonique, ou bien de nitrate d'argent (dans la variété d'oxalate de sablier), ou, dans certains cas, du colchique, ou bien encore du phosphate de chaux, etc.

9° Pour moi, j'ai constaté que les eaux minérales alcalines constituaient le moyen le plus efficace à opposer à l'excrétion de l'oxalate de chaux, surtout quand il y a coïncidence de dépôt d'acide urique, condition qui me paraît la plus fréquente de toutes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet:

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Loire-Inférieure et d'Indre-et-Loire.

2° Les rapports finals de M. le docteur Desfossés, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boussac, sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans la commune de Saint-Loup (Creuse), et de M. le docteur Storck, médecin des épidémies du canton de Saint-Avold, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Avold (Moselle) en 1858 et 1859. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Rebory, médecin cantonal à Digne, sur la vaccine. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes:

1° Un mémoire de M. le docteur Brouillet (d'Ostwald), intitulé: Essai sur l'intoxication paludéenne des bords du Rhin, dans le canton de Geispolsheim. (Commission des épidémies).

2° Un mémoire de M. le docteur Lebert (de Nogent-le-Rotrou), sur un nouveau mode de traitement de l'entorse. (Comm. MM. Langier et Malgaigne.)

3° Un travail de M. le docteur Pé de la Borde, sur le cathétérisme utérin. — Voici comment s'exprime l'auteur:

Il résulte de la discussion à laquelle vient de donner lieu, au sein de l'Académie, le mémoire de M. Huguier sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, que le cathétérisme utérin serait diversement apprécié. Utile selon M. Huguier, il serait toujours dangereux d'après M. Depaul. Une manière de voir si différente de la part de deux praticiens aussi compétents ne peut manquer de porter dans l'esprit des médecins des doutes qu'il serait, au contraire, utile de dissiper.

Personne n'a oublié la mémorable discussion qui intervint à l'occasion de la communication de M. Broca sur le traitement des déviations utérines; et l'on se souvient de la divergence d'opinions qui se manifesta alors chez les médecins les plus autorisés, au sujet des opérations que l'on proposait pour le redressement de l'utérus dévié.

A cette époque, déjà, je trouvais, d'après mon expérience propre, que la réprobation dont ces opérations, et entre autres le cathétérisme de l'utérus, furent l'objet, était exagérée, je n'ose dire mal fondée.

Comme alors, je pense, aujourd'hui que j'ai plus d'expérience sur ce sujet, que, pour juger, sans parti pris, ce point de thérapeutique assez rarement usité, il convient, avant tout, de recueillir une somme assez imposante de faits pour qu'il soit possible d'en déduire des conséquences précises, rigoureuses et capables d'édifier les esprits sur la valeur réelle de ce cathétérisme.

C'est dans cette vue que je prends la liberté de présenter le fruit de mon expérience personnelle.

Obs. I. — Madame de L.... (de Monein), âgée de 36 ans, mariée depuis dix-huit ans, n'ayant jamais eu d'enfants, ayant une menstruation difficile, souffrant, depuis longues années, le type de l'affection hystérique; portant une *antéversion* complète de l'utérus, au point que le doigt ne pouvait atteindre le col, qui était très-enfoncé en arrière; point d'altération, d'ailleurs, du côté de cet organe, autre que cette déviation exagérée.

Pendant deux mois, je redressai, avec l'hystéromètre de M. Huguier, l'utérus que je portais fortement en arrière. Au bout de ce temps, j'appliquai le redresseur utérin Simson, modifié par Valleix. De temps en temps, quelques symptômes d'irritation se présentant du côté de l'utérus (symptômes bien décrits par Valleix), je retirais aussitôt l'appareil; je soumettais la malade au repos, aux émollients, etc., etc., et dans peu de jours, tout rentrait dans l'ordre. Pendant quatre mois je maintins ce redresseur en place, sauf aux époques des règles et pendant les interruptions que je viens de mentionner. Au bout de ce temps, je suspendis le traitement. Les rapports conjugaux furent autorisés, et, deux mois après, madame de L.... devint grosse pour la première fois, après dix-huit ans de mariage.

A cette première grossesse en succéda une seconde; et madame de L....

était encore, grosse pour la troisième fois, lorsque le choléra, qui sévissait à Monein en 1856, l'emporta.

Chez cette malade, le cathétérisme, répété huit fois, à huit jours d'intervalle, et le redresseur utérin, maintenu quatre mois en place, n'ont déterminé aucun accident sérieux.

Cette observation, extrêmement intéressante sous plusieurs rapports, fera plus tard l'objet d'une publication spéciale.

Obs. II. — Mademoiselle M... (de Monein), âgée de 28 ans environ; n'ayant jamais en de grossesse ni d'accidents auxquels elle pût rattacher une *antéflexion* très-prononcée qu'elle portait; ayant une menstruation laborieuse, avec cette série de phénomènes nerveux auxquels sont sujettes les malades de cette sorte, fut redressée plus de vingt fois, à huit jours d'intervalle, avec l'hystéromètre de M. Huguier, et toujours sans le moindre inconvénient. Désespérant d'arriver au redressement de l'organe, je renonçai à poursuivre plus longtemps ces opérations qui soulageaient néanmoins, pour un certain temps, la malade, chaque fois que j'y avais recours.

Il résulte bien évidemment encore de cette observation que le cathétérisme a été exempt de danger, et même du moindre inconvénient.

Obs. III. — Madame S... (de Pardier), âgée de 30 ans environ, ayant eu plusieurs enfants, avec des couches qui n'ont rien offert de particulier, et portant une *rétroversion* utérine qui la rendait impropre à toute occupation, et a été redressée plus de douze fois, à huit jours d'intervalle. Le redressement de l'organe a été si bien obtenu que la malade a demandé elle-même à ne plus le continuer, le jugeant désormais inutile. Chez elle, non plus, cette opération n'a jamais donné lieu au moindre accident.

Obs. IV. — Madame L..., âgée de 32 ans environ, ayant eu deux enfants, avec des couches naturelles, éprouvait depuis longtemps des symptômes d'affection utérine, avec incurvation du rachis en avant.

A l'examen direct, le doigt reconnut une *antéversion*.

La sonde utérine fut introduite plus de seize fois sans le moindre inconvénient. Le résultat que je cherchais à obtenir se faisant trop attendre, et quelques symptômes de tuberculisation générale m'apparaissant, je fus d'avis de suspendre le redressement de l'utérus pour nous occuper plus particulièrement de l'affection générale, qui fit, malgré tout, des progrès, et qui, après un an de langueur, emporta la malade. Ici encore le cathétérisme a été absolument inoffensif.

Obs. V. — Madame M... (de Lucq), âgée de 26 ans, n'ayant jamais en d'enfants ni de grossesse, mal réglée, portant une antéversion prononcée avec subinflammation du col et ulcération de la forme d'une pièce de 20 centimes.

Quelques scarifications du col, des bains, etc., dissipèrent l'état congestif de l'organe, et le fer rougi à blanc cicatrisa l'ulcération, après cinq applications. J'appliquai ensuite trois fois la sonde, et la malade ayant été obligée de se retirer, je dus suspendre ces opérations, qui furent, comme dans les cas précédents, exemptes de toute sorte d'inconvénients. J'ai appris, par son mari, qu'elle était réglée, elle qui ne l'était plus depuis longtemps, et qu'elle se trouvait bien.

Obs. VI. — Madame E... (de Lucq), âgée de 22 ans, n'ayant jamais en de grossesse, et désirant se débarrasser d'une série de phénomènes névropathiques que son médecin attribuait avec raison à une affection utérine, vint me trouver un jour. Ayant constaté une *antéversion*, je lui proposai, comme je l'avais toujours fait avec les autres malades, de prendre un logement qui la mît à ma portée pour que je pusse lui pratiquer le redressement avec les précautions dont je ne m'étais jamais départi. Ses affaires ne lui permettant pas de quitter son ménage, je la redressai, sur ses instances, avec la sonde utérine, et elle partit aussitôt, faisant deux heures de marche pour rentrer chez elle. Malgré cette imprudence, elle ne se ressentit de rien, et elle revint huit jours après se soumettre à une seconde opération, que je lui pratiquai avec la même répugnance que précédemment. Cette femme refit le même trajet (deux heures de marche à pied), qui la fatigua plus que la première fois. Néanmoins, cinq jours après, elle n'y pensait plus, quand elle fit encore une nouvelle marche de plusieurs heures pour aller à l'église du hameau et en revenir. Dans la nuit, elle fut prise de symptômes inflammatoires du côté du bassin.

Les soins les mieux dirigés (peut-être mal suivis par la malade) ne purent conjurer l'abcès périutérin (que je constatai dans une consultation à laquelle je fus appelé.

La suppuration fut longue, mais, en définitive, la malade guérit.

Conclusions. — Pour moi, il résulte de ces observations que le cathétérisme utérin, si souvent employé par moi, a été *toujours* exempt de danger, tant que les malades se sont soumises à un repos de quelques heures après l'opération, ainsi que je le recommande constamment. Je m'attache toujours, dans ces opérations, à ne pas violenter les obstacles, à les tourner avec la plus grande douceur. Rarement il s'écoule quelques gouttes de sang, et généralement les malades ne ressentent qu'une sensation particulière, qui leur porte au cœur, comme elles disent, sensation qui dure à peine quelques minutes.

La seule malade qui n'a pas pu se rendre à mes conseils a éprouvé les accidents qui se sont terminés par un abcès périutérin (observ. VI).

Ce qui prouve en définitive, ainsi que je le posais en commençant, que l'opération en elle-même, faite avec les précautions commandées pour une opération quelconque, est innocente, et qu'elle ne saurait être rendue responsable des accidents qui pourraient survenir par l'inobservance des précautions que la prudence et l'expérience commandent.

Ces observations, qui seront ultérieurement publiées avec tous les détails convenables, ont été résumées de manière à ne faire ressortir qu'un seul point, à savoir, l'innocuité du cathétérisme utérin pratiqué avec toute la prudence commandée par la situation et l'impressionnabilité de l'organe.

En présence de la question qui s'agite, je n'ai pas cru devoir les laisser ignorer, dans l'intérêt de la science.

— M. Michel Lévy annonce, dans les termes suivants, la mort de M. Bégin :

J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie que notre digne et éminent collègue, M. Bégin, a succombé, le 13 de ce mois, aux suites de l'hémorrhagie cérébrale dont il a été frappé il y a deux mois. La lettre que notre président lui a écrite au nom de l'Académie lui était parvenue la veille de sa mort, mais déjà il n'était plus en état de la lire.

La perte d'un tel homme est un deuil pour l'Académie, un deuil pour la médecine militaire et pour la profession tout entière. D'autres ont eu plus d'initiative dans la science et plus d'ardeur pour l'innovation; personne n'a possédé à un plus haut degré le bon sens et le jugement, l'amour du bien public, le sentiment exquis de l'honorabilité professionnelle, le désintéressement et l'abnégation. Il avait eu lui les trois conditions de la supériorité chirurgicale: la précision de diagnostic, le tact des indications et l'habileté opératoire; il avait aussi le talent de l'élocution et celui de l'écrivain scientifique. Dans nos discussions, il intervenait avec une telle opportunité, que dès qu'il demandait la parole on était assuré d'approcher de la solution du débat. Ce n'est pas le moment de rappeler les faits saillants de sa carrière militaire, qui commence à la bataille de la Moskowa et se termine par une inspection d'Afrique, jusque dans le Sahara. L'Académie a un devoir public à remplir envers cette grande et noble mémoire; une pareille tâche plaira, j'en suis sûr, à la verve éloquente et bonnête de notre secrétaire perpétuel. Éloigné de mon ancien maître pendant les derniers jours de sa vie, privé de la consolation des derniers adieux, j'ai voulu, messieurs, vous dire publiquement ma douleur et mes regrets, bien certain de servir en même temps d'interprète aux vôtres.

—M. le Président annonce qu'une vacance est ouverte dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, par suite du décès de M. de Kirandren; la section aura en conséquence à présenter prochainement une liste de candidats.

Lait médicamenteux.

M. Bouley lit en son nom et au nom de MM. Chatin et Longet, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Labordette, intitulé : De l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive.

Personne n'ignore, dans cette enceinte, dit M. le rapporteur, les modifications de saveur et de coloration qu'éprouve le lait des animaux sous l'influence d'alimentations diverses, et spécialement par l'ingestion de certaines plantes, telles que l'alliaire, la garance, la carotte même.

Guidés sans doute par cette donnée physiologique, plusieurs médecins qui s'occupaient spécialement des maladies de l'enfant, ont pensé qu'un lait pourrait devenir médicamenteux si l'on administrait des remèdes à la nourrice qui le fournit, et de là est venue l'idée du traitement indirect des enfants à la mamelle, c'est-à-dire d'un traitement consistant dans l'alimentation avec le lait d'une nourrice soumise elle-même à l'administration des substances qu'on veut faire prendre à l'enfant.

Les médecins qui ont eu cette idée pensaient que les médicaments ayant éprouvé, pendant leur passage à travers les fluides et les tissus de l'économie, l'action des forces des modificateurs organiques, se trouvaient incorporés au lait dans un état particulier, une sorte d'assimilation qui les rendait plus faciles à supporter par des organes digestifs aussi délicats que ceux des enfants du premier âge.

Cette méthode, fondée sur des présomptions physiologiques, ne tarda pas à recevoir la consécration de l'expérience clinique, et bientôt les médecins, à peu près sans exception, qui s'occupaient du traitement des maladies de la première enfance, attachèrent une grande importance au traitement indirect.

Mais il n'est pas toujours facile de trouver une nourrice qui veuille se soumettre à un traitement plus ou moins agréable et peut-être même, dans certaines limites, nuisible. En outre, cette méthode n'est applicable que pendant la lactation, et les enfants à la mamelle ne sont pas les seuls malades dont il soit nécessaire de ménager les organes digestifs.

MM. Biet et Lebreton eurent donc l'idée de substituer le lait des animaux au lait de la femme. MM. Peligot, O. Henry et Chevallier, à la suite d'analyses fort bien faites, trouvèrent dans le lait des animaux médicamentés plusieurs des substances ingérées (sel marin, bicarbonate de soude, sulfate de soude, iodure de potassium, iode, sels de fer).

Mais la question la plus importante était de faire supporter, sans dommage, cette alimentation aux animaux, et c'est le problème qu'a résolu M. le docteur Labourdette.

Les animaux étant placés dans de bonnes conditions de régime et de liberté, voici à l'aide de quel artifice on parvient à faire accepter les médicaments.

On forme un bol composé de racines fraîches, de son, de quelques blancs d'œufs, d'un peu de cassonnade et de 100 grammes de chlorure de sodium, dans lequel on incorpore de 50 centigrammes à 4 ou 5 grammes du médicament à expérimenter.

50 centigrammes sont le maximum quand il s'agit d'iodure de potassium

ou d'un sel mercuriel actif. Si l'animal ne prend pas ce bol volontiers, on diminue de moitié la dose du médicament et on l'augmente graduellement, d'abord tous les huit jours, puis tous les trois à quatre jours, enfin tous les jours, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à une vingtaine de grammes, s'il s'agit d'iodure de potassium; de 3 grammes, s'il s'agit du protochlorure de mercure; d'un gramme, s'il s'agit de bichlorure; enfin de 5 à 10 grammes, s'il s'agit de liqueur arsenicale de Fowler; rarement on arrive à cette dose sans que les animaux aient éprouvé, soit quelques accidents locaux, soit même un ensemble de phénomènes inquiétants. Parmi ces symptômes, les plus fréquents comme les plus sérieux sont la diarrhée avec fétidité des excréments, l'inappétence, la teinte ictérique des sclérotiques, le gonflement des veines abdominales, etc. Nous avons réservé, pour le dernier de ces symptômes, l'état albumineux des urines, symptôme constant qui apparaît le premier et disparaît le dernier, et qui nous semble de nature à attirer toute l'attention des physiologistes et des médecins.

Quand ces phénomènes sont d'une intensité modérée, ils ne troublent que peu la santé générale; mais lorsqu'ils prennent un certain développement, ils sont promptement suivis d'une soif ardente, d'un état fébrile prononcé, d'une perte absolue de l'apétit, et ils peuvent alors déterminer, dans un temps assez court, la mort de l'animal. Leur moindre conséquence fâcheuse, dans ce cas, est la suspension définitive de la sécrétion lactée.

Pour remédier à ces accidents, il faut d'abord suspendre l'administration du bol médicamenteux. Puis on fait prendre à l'animal des purgations répétées, du sous-nitrate de bismuth et de l'extrait thébaïque dans les cas de diarrhée intense. Enfin, si tous ces moyens ne suffisent pas, on administre de 10 à 12 blancs d'œuf.

Pendant le traitement, le régime de l'animal doit être exclusivement d'herbes et de racines fraîches; il doit sortir tous les jours à la prairie et l'on doit empêcher qu'il ne boive trop abondamment : 30 à 35 litres d'eau sont suffisants.

On ne reprend l'administration du médicament que lorsque les dernières traces d'albumine ont disparu des urines.

C'est à l'aide de cet ensemble de moyens médicaux que M. Labourdette parvient constamment aujourd'hui à triompher, soit de la répugnance des animaux pour les médicaments, soit des symptômes plus ou moins graves d'intoxication qui résultent de leur ingestion.

En résumé, dit en terminant M. Bouley, je propose à l'Académie d'adopter les conclusions suivantes :

1° Déposer très-honorablement le travail de M. le docteur Labourdette dans les archives;

2° Écrire à l'auteur une lettre de remercîment dans laquelle on l'informera :

Que l'Académie donne son entière approbation aux persévérants efforts qu'il a faits pour la science d'une méthode thérapeutique précieuse;

Qu'elle le félicite hautement du beau résultat qu'il a atteint, et qu'elle l'engage à lui communiquer les recherches et les observations ultérieures dont cette méthode pourrait être l'objet. (Adopté.)

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après quelques explications échangées entre MM. Fréd. Dubois, Bouvier, Cazeaux et Bouley.

La parole est ensuite donnée à M. Huguier pour achever sa réponse aux discours de M. Depaul.

SUITE ET CLÔTURE DE LA DISCUSSION SUR L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN.

M. HUGUIER : J'ai répondu suffisamment, je le pense, aux critiques que M. Depaul a prodiguées à la première partie de mon mémoire. Aujourd'hui il me reste à défendre mes opinions relatives à l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.

La maladie qu'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de prolapsus, de précipitation ou de chute complète de la matrice, avais-je dit, n'est très-généralement autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale du col. Cette proposition a été vivement attaquée par M. Depaul. Elle était cependant basée sur trois ordres de preuves : sur des recherches historiques, sur des faits anatomiques et sur des observations cliniques.

Pour ce qui est du premier point, je maintiens, contre M. Depaul, que j'ai cité tous les faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col qui avaient été publiés jusque-là. Je n'ai supprimé qu'un cas de Verdier, parce que Verduc a fait preuve de fort peu de bonne foi dans la discussion qu'il a eu à soutenir à ce sujet avec Saviard; c'est au moins ce qui me semble ressortir clairement de ce que Verdier dit à ce propos, et, s'il était de bonne foi, on peut affirmer hardiment qu'il était fort peu au courant des tumeurs qui peuvent se présenter à la vulve.

Quant aux quatre pièces qui se trouvent au musée Dupuytren, il en est trois qui ne sont que des chutes incomplètes de l'utérus; dans la quatrième, la chute est, à la vérité, complète, mais ici la vessie contient un grand nombre de calculs, qui expliquent très-simplement l'abaissement de l'utérus; cet organe est d'ailleurs très-atrophié sur cette pièce.

J'ai encore fait remarquer que MM. Cusco et Cazalis, depuis que leur attention est fixée sur cette question, n'ont pas pu trouver un seul cas de prolapsus complet de l'utérus. Dans un cas intéressant, enfin, qui m'a été communiqué par M. Natalis Guillot, il existe un allongement hypertrophique considérable de la portion sus-vaginale du col.

Les faits cliniques que j'ai rapportés étaient en assez grand nombre, parce que j'en citais 64; et enfin M. Chassaignac, sur 6 cas, n'en a vu qu'un où il y avait réellement une chute complète de l'utérus.

M. Depaul convient d'ailleurs que la chute complète est fort rare; mais il se trompe quand il avance que c'est aujourd'hui l'opinion de tout le monde. Je pourrais lui citer bon nombre de médecins fort distingués qui pensent le contraire.

M. Depaul est également dans l'erreur quand il attribue à Saviard une observation de chute complète; Saviard n'en a vu aucun exemple dans ses autopsies. Dans le cas auquel M. Depaul faisait allusion, l'autopsie n'a pas été faite, et Verdier dit d'ailleurs que chez les malades en question, une sonde pénétrait à 5 ou 6 pouces de profondeur dans l'utérus, ce qui prouve bien qu'il y avait hypertrophie longitudinale en même temps qu'abaissement.

Mon contradicteur m'accuse ensuite de ne pas avoir reproduit exactement ce que M. J. Cloquet et M. Cruveilhier ont dit sur cette question. Je me suis entretenu avec M. Cloquet au sujet de ce reproche, et il m'a donné l'assurance qu'il n'a aucun fondement. M. Depaul pourra également se convaincre que les opinions de M. Cruveilhier sont reproduites avec la plus scrupuleuse exactitude.

M. Depaul me reproche également d'avoir commis une inexactitude en parlant des faits du musée Dupuytren.

M. DEPAUL : Je n'ai jamais rien dit de semblable. M. Huguier aurait pu s'en convaincre en lisant l'épreuve corrigée du BULLETIN, que je lui ai adressée.

M. HUGUIER : Les journaux, sans exception, ont pourtant interprété votre pensée comme moi. Voici d'ailleurs une lettre de M. Houel qui démontre que votre assertion était tout à fait erronée. M. Houel déclare dans cette lettre qu'il a rédigé avec moi la description des pièces du musée Dupuytren, et que nous différons seulement sur l'interprétation qu'il faut en donner.

Ce que j'ai dit suffit déjà pour prouver que je ne nie pas d'une manière absolue la chute de l'utérus; j'en ai d'ailleurs consigné trois exemples dans mon mémoire. M. Depaul me reproche de ne pas avoir reproduit tous ceux qui existent dans les auteurs. Je répondrai à ceci que M. Depaul s'est étrangement mépris sur la signification du fait de Mauriceau, qui appelle corps de l'utérus la partie que nous nommons actuellement son col. Dans le cas de Levret, la sonde n'aurait pénétré qu'à peu de profondeur, ce qui prouverait qu'il n'y avait pas d'allongement longitudinal. M. Depaul oubliait que Levret s'est servi d'une sonde de femme, très-grosse et droite, de sorte qu'elle a pu s'arrêter fort bien au niveau de l'orifice interne du col. Levret dit, en effet, que la sonde pénétra avec beaucoup de peine dans la cavité de l'utérus.

Pour ce qui est des trois cas de chute complète qu'aurait observés madame Boivin, ils ne sont pas plus concluants. Le premier et le second sont indiqués sans aucune espèce de détails, et dans le dernier il est même impossible d'admettre que la chute ait été complète.

M. Depaul n'admet pas que la portion sus-vaginale puisse s'hypertrophier isolément, mais il pense que l'utérus entier peut être fort bien le siége d'une hypertrophie longitudinale. Je n'ai jamais contesté cette dernière variété, je l'ai décrite avec beaucoup de détails au commencement de mon mémoire, et j'ai ajouté qu'elle accompagne presque toujours l'allongement de la partie sus-vaginale du col. Répéter cette particularité d'un bout à l'autre de mon travail eût été aussi fastidieux qu'inutile.

M. Depaul objecte à mon opinion sur l'allongement de la portion sus-vaginale du col, que la structure du col ne diffère en rien de celle du corps de l'utérus, et que par conséquent on ne comprend pas qu'elle s'hypertrophie isolément. M. Depaul oublie non-seulement que la structure du col est essentiellement différente de celle du corps de l'utérus, mais encore que c'est le col qui est le plus exposé aux violences dans la vie ordinaire, et surtout pendant les accouchements soit naturels, soit aidés du secours de l'art, et que c'est la partie sus-vaginale du col qui éprouve principalement le contre-coup des affections de la vessie et du rectum. J'ajouterai encore, qu'à la suite des accouchements, le col est la partie la moins bien soutenue, grâce au relâchement de la vulve, du périnée et du vagin.

J'ai peine à comprendre comment M. Depaul a pu me reprocher de ne pas avoir démontré l'existence de l'allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col. La description détaillée que j'ai donnée des observations de Morgagni, Dance, de M. Cloquet et des miennes, n'est-elle donc pas suffisante? Et voyez ici les inconséquences auxquelles M. Depaul est entraîné par le désir de critiquer mes travaux! Tandis qu'il admet les faits de MM. Cloquet et Cruveilhier, il refuse de croire à ceux qui m'appartiennent. Si, enfin, M. Depaul me reproche de ne pas avoir rendu à mes prédécesseurs la justice qui leur est due, je n'aurai pas de peine à lui prouver, par des citations, que cette accusation est encore toute gratuite. Quant à l'expérience relative à l'abaissement artificiel de la matrice, M. Depaul ne pouvait apporter un argument plus puissant à l'appui de mes opinions.

M. Depaul trouve fort naturel d'expliquer l'hypertrophie du col qui accompagne souvent l'abaissement par la constriction qu'exercerait sur le col l'anneau vulvaire. Comme si la vulve et son sphincter n'avaient pas perdu tout ressort chez des femmes qui ont eu sept ou huit enfants; quand même cette constriction existerait, elle agirait fort peu sur le col, qui est protégé en avant par la vessie, et en arrière par le rectum et le repli péritonéal.

Personne plus que moi n'a insisté sur l'importance de la palpation abdominale combinée au toucher vaginal, du toucher rectal, et, parfois, de l'introduction d'une sonde dans la vessie. Où donc M. Depaul a-t-il vu que je néglige ces moyens d'exploration pour ne me servir que de la sonde utérine?

J'arrive enfin à la question beaucoup plus sérieuse du traitement.

C'est d'abord à tort que M. Depaul m'accuse de vouloir obtenir à tout prix

la guérison radicale de l'affection en question ; ce qui le prouve, c'est que, sur 64 cas qui se sont présentés à moi, je n'ai fait que 14 fois l'amputation. Chez les autres malades, je me suis contenté du traitement palliatif, et je discute longuement, dans mon mémoire, l'utilité relative des divers pessaires, de l'épisioraphie, etc. Ce n'est que fatigué par l'insuffisance de ces moyens que j'en suis venu à l'amputation. Les 14 malades que j'ai opérées étaient celles qui éprouvaient les accidents les plus graves, et, chez elles, les autres moyens avaient été épuisés soit par moi-même, soit par l'un ou l'autre de mes collègues. Dans un seul cas, on n'a pas eu recours à ces ressources, parce que la réduction, qui était très-difficile, donnait lieu à des douleurs intolérables, et courbait l'utérus en deux, de telle façon que son col venait appuyer en avant sur la vessie.

M. Depaul a bien tort d'attribuer à Lisfranc l'opération que j'ai proposée et pratiquée le premier. Lisfranc n'a fait que des amputations de la portion sous-vaginale du col pour des cancers ; il ne lui est jamais venu en idée de décoller la vessie, le vagin, etc. Seulement, lorsqu'il restait une partie malade, il creusait vers l'intérieur de l'utérus, de manière à produire une perte de substance en forme de cône.

Les dangers et les difficultés sur lesquels M. Depaul insiste tant n'auraient vraiment de l'importance que s'il fallait opérer pendant que la matrice occupe son siége normal dans le bassin. Je n'ai jamais ouvert le péritoine, et il n'est pas difficile d'éviter cet accident en tournant toujours le tranchant du couteau vers l'intérieur de l'utérus. D'ailleurs, quand on piquerait même le péritoine, ce ne serait pas là un grand malheur ; il faudrait seulement remettre le reste de l'opération à plus tard. N'est-il pas, d'ailleurs, une foule d'opérations (ligature des artères iliaques, taille sus-pubienne) où l'on opère sans crainte dans le voisinage le plus immédiat du péritoine? Quant à la vessie, il est toujours facile de la décoller du vagin auquel elle n'adhère que par un tissu cellulaire très-lâche. L'hémorrhagie, qui est exclusivement veineuse, n'a aucune gravité. Quant aux autres *accidents* sur lesquels M. Depaul a beaucoup insisté, la fièvre, des frissons, des vomissements, qu'y a-t-il là de périlleux? Encore, sur mes 14 opérées, 4 seulement ont eu de la fièvre le soir même de l'opération, et chez ces 4 malades, il n'y en avait plus le lendemain ; 2 fois seulement l'opération fut suivie, dans la soirée, de douleurs abdominales, et une seule fois de coliques utérines.

Une malade, dit M. Depaul, en a été quitte pour une oblitération du col de l'utérus. Il oublie de dire que cette femme avait 59 ans au moment de l'opération. Elle est morte à l'âge de 66 ans dans le service de M. Robert, d'une gangrène sénile, et sur la pièce que voici on voit que l'oblitération, qui est probablement antérieure à l'opération, est produite par une membrane très-mince.

Dans les cas où la malade fut prise de péritonite, la malade s'était fort bien portée pendant vingt jours, et la péritonite fut la conséquence d'une imprudence qu'elle commit alors ; cette inflammation n'eut d'ailleurs aucune suite fâcheuse.

Dans un cas, la mort fut la conséquence d'une méningo-encéphalite dont la cause première était dans des tubercules de cerveau, et que l'opération avait peut-être favorisés, comme l'aurait fait tout ébranlement violent. Le chloroforme, lui aussi, n'y a peut-être pas été étranger. Chez la malade enfin que M. Depaul a fait mourir d'une néphrite produite par l'opération et propagée jusqu'aux reins, il s'agit d'une cystite datant de huit ans, et d'une néphrite calculeuse.

Je regrette, messieurs, d'avoir eu à entrer dans tous ces détails ; mais j'ai été entraîné dans cette voie par mon savant collègue, et comme en analysant mon travail, il s'était efforcé de prouver qu'il ne renfermait qu'erreurs et inexactitudes, il m'a fallu le relire en quelque sorte devant vous pour vous montrer combien une pareille appréciation était mal fondée.

M. Moreau : Je voudrais que l'on ne prît pas l'habitude de venir faire à l'Académie des leçons qui seraient fort bien à leur place dans un concours d'agrégation ; j'approuve d'ailleurs les efforts persévérants et les recherches infatigables de M. Huguier, mais je ne puis assez protester contre l'usage de la sonde utérine qui peut produire les plus graves accidents, l'avortement, etc. Quant à l'opération de M. Huguier, je la crois très-dangereuse, et je ne pense pas qu'on puisse l'appliquer à une affection qui n'abrége pas la vie des malades.

M. Huguier. J'ai eu raison, vous le voyez, de regretter que M. Depaul se soit appesanti sur trop de détails; si j'ai fait une *leçon*, c'est bien malgré moi, et en suivant pas à pas mon adversaire.

Quant au cathétérisme utérin, mon expérience m'a démontré qu'entre des mains habiles il ne produit jamais d'accidents ; sans doute il ne faudrait pas y recourir quand la matrice est atteinte d'inflammation, mais dans les cas où elle est le siége d'une affection essentiellement chronique, la sonde utérine n'a aucun danger. L'urètre est-il donc moins sensible que l'utérus? Faudrait-il renoncer au cathétérisme de l'urètre parce qu'il entraîne parfois des accidents?

M. le Président : Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

— M. le docteur Parise présente un malade auquel il a enlevé le maxillaire supérieur droit, et une partie du maxillaire supérieur gauche pour une tumeur fibro-plastique de ces os. Ce malade a guéri sans une trop grande infirmité, il avale très-facilement et a conservé en partie l'articulation des sons.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des dermatoses, ou maladies de la peau, classées d'après la méthode naturelle; par M. Duchesne-Duparc. — Paris, J.-B. Baillière. 1859.

Après la publication du grand nombre des traités qui ont vu le jour dans ces vingt dernières années et qui s'adressent à la nosologie cutanée, ce n'est pas être sans courage que d'ajouter une nouvelle unité à l'ensemble respectable de ces productions. Nul cependant ne pouvait être plus autorisé à entreprendre cet essai que M. Duchesne-Duparc, dont vingt-cinq années d'observations spéciales et d'une pratique étendue sur cet important sujet ont fait aujourd'hui un des maîtres les plus considérables. Ce travail, ajouterons-nous, a en outre d'autres raisons d'être non moins dignes d'être accueillies. Depuis la mort d'Alibert, la pathologie cutanée a cessé d'être maintenue dans la ligne de l'école : l'influence des doctrines anglaises, d'une part, celle de la perfection des études anatomiques portée dans l'analyse des éléments de cet organe si curieux qui limite notre substance matérielle, la pression, puis la chute de l'École du Val-de-Grâce : toutes ces causes ont jeté successivement de grands éléments de désordre et de dissolution dans le mouvement de l'étude des dermatoses. Une grande confusion a succédé à l'unité fondée par Alibert, fortement ébranlée déjà par la position prise dans la question par la considération des éléments anatomiques. Localisation d'une part, humorisme de l'autre, se livraient sur ce terrain, que dis-je? se livrent encore de rudes combats : chaque ouvrage a encore le cachet d'une école, le drapeau d'un système, la couleur d'un parti.

Il appartenait à un des plus anciens élèves d'Alibert, à son interne, témoin judicieux de ces luttes, de nous dire ce qu'il croit survivre encore des doctrines de ce grand classificateur, et de nous faire connaître ce que son école admet aujourd'hui parmi les conquêtes ou les assertions nouvelles.

Procédant par ordre, M. Duchesne-Duparc, après quelques pages fidèlement consacrées à l'histoire de son ancien maître, et avant d'entrer dans le cœur de la question, expose un résumé net et bien fait de l'anatomie micrographique des éléments du système cutané; c'est nous dire l'importance qu'il accordera ultérieurement au rôle du tissu dans chaque groupe des dermatoses.

Passant alors au diagnostic, — or, ici ne l'oublions pas, le diagnostic c'est la classification, — M. Duchesne nous apprend qu'il ne croit pas justifié l'abandon fait par Biett des principes de la méthode naturelle en faveur des données fournies par l'école anglaise. Il revient donc à la classification du célèbre auteur du Traité des dermatoses, et divise comme lui les affections du système cutané en onze classes :

Dermites ou dermatoses eczémateuses; — exanthèmes; — gourmes ou teignes; — dartres; — dégénérescences; — scrofules; — scabies; hémorrhagies cutanées; — lésions pigmentaires; — hypertrophies; — syphilides.

Si cette méthode réalise effectivement une importante amélioration ou plutôt un retour réellement utile au point de vue du diagnostic, c'est ce que nous ne nous permettrons pas de décider. Une fois que la pratique a donné une certaine habitude qui permette de nommer ou de classer dans un système quelconque une maladie que l'on a sous les yeux, toutes les méthodes deviennent à peu près équivalentes; ce n'est qu'au début de ses études sur cette branche spéciale de la pathologie que l'on peut, dans les cas ordinaires, éprouver quelque difficulté, et alors il est certain que les méthodes dichotomiques, ou par exclusion successive, ont un avantage pratique incontestable. Quant aux cas délicats pour le diagnostic, nous devons penser qu'ils demeurent tels dans tous les systèmes.

Auquel de ces systèmes convient-il donc de donner la préférence? A celui, semblerait-il, qui nous rapprochera le plus de l'étiologie, de la nature de l'affection, de la diathèse, à laquelle elle répond. Les caractères extérieurs, soit de l'éruption primitive, soit des produits secondaires, qui emporteraient avec eux cette connaissance, seraient donc à nos yeux les préférables, et ceux sur lesquels devrait se baser une classification vraiment utile et dépassant les limites de la mémoire et du signalement pur et simple. On aurait cet avantage réalisé si chaque apparence correspondait nettement à une altération de telle ou telle couche du système cutané, soit qu'elle fût révélée par la forme de l'éruption pure et primitive, soit que ce fût par les qualités du produit secondaire.

Or, à part certaines considérations peu nombreuses, aucun des tissus du derme, aucune des couches membraneuses qui le constituent

ne manifestent leurs altérations propres par un ensemble de caractères primitifs ou secondaires, fixes et constants. Nous conviendrons bien que si *une* irritation (M. Duchesne dit *l'*irritation, et cela nous paraît un point de vue trop circonscrit), que si une irritation porte sur l'élément cellulo-adipeux, elle nous donnera le ou un phlegmon, et qu'elle fixera plus volontiers son siége sur le système fibreux du derme, si elle est de nature rhumatismale. De même accorderons-nous que l'irritation du système capillaire artériel produira la plaque rosée de l'érythème, que les névroses et surtout les névralgies cutanées, avec leur symptôme si clair : la démangeaison, devront être attribuées à une altération du système nerveux papillaire; de même encore l'exagération ou la diminution des sécrétions naturelles devra-t-elle faire soupçonner une altération dans les organes préposés à ces sécrétions.

Mais ne voit-on pas, par ce tableau si court, combien il est peu en rapport avec le nombre des classes d'affections, dans quelque système que ce soit. Ajoutons que, parmi les citations faites par M. Duchesne-Duparc, quelques-unes ne peuvent guère être admises; ainsi doit-on voir dans l'érysipèle une simple phlegmasie du système capillaire veineux, dans la scrofule ou l'éléphantiasis une phlegmasie des vaisseaux lymphatiques? Non, assurément, et ces affections si profondes correspondent à un état morbide plus élevé et plus complexe que celui de l'hypersthénie, que sous-entend simplement, sauf le degré, le terme phlegmasie.

D'après cela, nous dirons que si la méthode d'Alibert modifiée par M. Duchesne, semble plus ou moins naturelle, elle n'a peut-être pas tous les avantages que ce mot entraîne à sa suite, et en particulier celui de la communauté des caractères généraux par famille naturelle. Elle n'en a pas assurément, quant au diagnostic, si l'on s'attache aux caractères de l'éruption primitive. Elle n'en a pas si l'on s'arrête aux qualités des produits secondaires sur lesquels, en somme, elle repose plus essentiellement. D'autre part, est-elle bien naturelle? l'érysipèle est-il une dermite plutôt que ne sont la rougeole ou la scarlatine? Le pemphyx, l'ecthyma, sont-ils bien des dermites? la vésiculite, en quoi diffère-t-elle des dartres?

Prenons donc toutes ces classifications comme de simples procédés, comme des méthodes destinées à venir en aide aux commençants, et comme des jalons pour former la science. L'objet est indiqué, c'est d'arriver à un tableau synoptique dans lequel le signalement déterminera la nature de l'affection, le tissu attaqué, l'étiologie, s'il est possible, et ce sera là le couronnement, car par sa connaissance seule sera fixé le traitement. Jusqu'à ce qu'on soit arrivé là, toutes les études entreprises ne seront que des tentatives, des moyens de se tirer d'embarras, la création d'un langage conventionnel. La vérité sera acquise pour celui qui donnera leur valeur réelle aux différents termes de ce langage conventionnel.

C'est une œuvre, d'ailleurs, à laquelle chacun concourt, et qui nous semble aujourd'hui en bonne voie. Le temps des systèmes absolus est passé, et chacun vient naturellement aujourd'hui sur le terrain de la conciliation. Ainsi chez M. Duchesne on trouve, au chapitre de sa classification, une grande préoccupation de l'idée d'irritation inflammatoire. Mais dans le cours du texte et dans ses considérations relatives à la pathologie cutanée générale, il n'est pas aussi absolu. Ainsi l'auteur reconnaît-il sans hésitation « que les causes des maladies de la peau les plus graves et les plus rebelles résident dans le vice de nos humeurs. » Or quelque vague qu'ait cette expression et quelque tendance qu'aient certains esprits à s'en moquer, il n'en est pas moins vrai qu'elle répond pourtant à un ordre de faits ou de circonstances dont seule elle peut servir à formuler les allures et la manière de se comporter. Elle est le premier degré de toute diathèse, le trait d'union qui sépare cet état morbide profond et invétéré de la simple constitution. Félicitons donc M. Duchesne-Duparc d'avoir eu le courage d'employer cette expression et bonorons le jugement qui lui a fait reconnaître la condition qu'elle représente dans les différents états morbides qu'il passe en revue dans son ouvrage.

Disons enfin que ce nouveau traité porte avec lui le cachet de la longue expérience de son auteur; ce n'est pas une de ces productions bâtives faites pour créer du bruit autour d'un nom nouveau encore, et destinées à servir de réclame. Depuis longtemps son auteur est au-dessus de ces nécessités fâcheuses, comme son caractère est supérieur à ces tendances. Le nouveau manuel est bien ce qu'en dit son auteur, le résumé d'une expérience de vingt-cinq années, et qui a nécessairement la précieuse qualité de renfermer, au point de vue du traitement, des enseignements d'autant plus dignes d'attention qu'ils sont plus indépendants de toute espèce de système; l'auteur nous dit ce qu'il a vu, obtenu, observé, et ce n'est pas ce que nous trouvons d'ordinaire dans les nombreux ouvrages que nous apportent les jeunes plumes médicales.

F. X.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 23 mars, l'inspection des officines des pharmaciens et des magasins des droguistes, précédemment exercée par les juges médicaux, est attribuée, dit le JOURNAL DES DÉBATS, au conseil d'hygiène publique et de salubrité; la visite en sera faite au moins une fois par année, dans chaque arrondissement, par trois membres de ces conseils désignés spécialement par arrêté du préfet.

Les écoles supérieures de pharmacie de Paris, de Strasbourg et de Montpellier, continueront à remplir, en ce qui concerne la visite des officines des pharmaciens et des magasins des droguistes, les attributions qui leur ont été conférées par l'article 29 de la loi du 21 germinal an XI.

Il sera pourvu au payement des frais de ces inspections conformément aux lois et règlements en vigueur.

— Le concours pour trois places de médecin au bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Gallard, Potin et Mesnet.

— MM. les professeurs de l'École de médecine et de pharmacie de Lyon ont arrêté qu'un portrait du docteur Brachet serait placé dans une salle de l'École, à laquelle on sait que l'illustre professeur a légué tous ses livres de médecine. M. le docteur Lavirotte a été nommé bibliothécaire de l'École.

— M. le docteur Marchant (de Charenton), vient d'être nommé médecin titulaire de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

— M. le docteur de Crozant, médecin inspecteur des eaux de Pougues, vient de mourir à la suite d'accidents pernicieux d'une fièvre intermittente.

— M. le docteur Félix Roubaud vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux minérales de Pougues (Nièvre).

— La lettre suivante a été adressée à M. le procureur impérial près le tribunal de première instance de la Seine, par le conseil d'administration de l'Association médicale de Loir-et-Cher :

Le conseil d'administration de l'Association médicale de Loir-et-Cher,

Encouragé par l'arrêt récent de la cour de cassation, qui reconnaît le dol moral éprouvé par le corps médical, par suite de l'exercice illégal de la médecine,

A décidé, dans sa séance du 16 courant, qu'une plainte vous serait adressée contre le sieur Vriès, pour exercice illégal de la médecine, à Paris.

Les membres de l'Association médicale de Loir-et-Cher réservent leur droit de se porter partie civile, au cours du procès à faire au sieur Vriès.

Le but de cette démarche est d'épargner aux médecins de la Seine l'apparence d'un intérêt purement matériel dans une circonstance où la dignité professionnelle est principalement lésée.

Nous avons l'honneur d'être avec respect, monsieur le procureur impérial, vos dévoués serviteurs.

Docteurs Lunier, président; Satis père, vice-président; Dufay, secrétaire général; Yvonneau, secrétaire des séances; Chautard, Brochetou.

— Sur la plainte en exercice illégal de la médecine, portée par le bureau de l'Association de l'arrondissement de Meaux, le sieur Leclerc, se disant guérisseur du charbon, vient d'être condamné à 200 francs de dommages-intérêts envers l'association, à une amende et aux dépens.

C'est la deuxième condamnation de ce genre obtenue par l'Association de l'arrondissement de Meaux. La priorité des poursuites de ce genre lui appartient, car c'est elle qui a obtenu un premier jugement, le 9 mai 1856.

— La vingt-sixième session du congrès scientifique de France aura lieu cette année à Limoges du 12 au 22 septembre. Les sciences physiques, l'agriculture et le commerce, la médecine, l'histoire, l'archéologie, la littérature, tels seront les sujets d'étude et de discussion du congrès, qui formera autant de sections correspondantes. On s'y occupera tout spécialement des célèbres émaux de Limoges et des autres œuvres des vieux artistes limousins.

— Nous lisons ce qui suit dans le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES : « Enfin ce projet de loi tant demandé et si impatiemment attendu vient d'être présenté à la chambre des représentants. Répond-il aux vœux qui ont été si fréquemment exprimés par la corporation médicale, et est-il de nature à la satisfaire? Nous croyons fermement que non. Déjà le *comité permanent* du congrès médical s'est mis à l'œuvre et prépare une pétition destinée à porter ses protestations devant la représentation nationale. »

On le voit, ainsi que nous l'avions prévu, le nouveau projet de loi sur l'art de guérir, y compris les conseils de discipline, soulève une réprobation générale.

(PRESSE MÉDICALE BELGE.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'INTRODUCTION DES MÉDICAMENTS DANS LE LAIT PAR ASSIMILATION DIGESTIVE. — REMARQUES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE : M. SERRE (D'UZÈS).

Les deux points de science soulevés par le rapport de M. H. Bouley, dans la séance précédente, et sur lesquels la Gazette Médicale a appelé, dans le dernier numéro, l'attention des physiologistes, ont fait les frais de la séance de ce jour à l'Académie de médecine. La première question débattue l'a été dans un discours de M. Boudet; elle avait pour objet de mettre en doute la réalité des avantages de la méthode nouvelle, eu égard à la faible quantité des substances médicamenteuses qu'elle devait nécessairement introduire dans le lait des animaux soumis à l'expérimentation. Cette quantité, s'est demandé M. Boudet, n'est-elle pas généralement trop faible, quand on ne veut pas dépasser les limites marquées par la tolérance offerte par les animaux, pour produire dans l'économie des sujets auxquels est administré le lait modifié, des effets médicamenteux appréciables ou qu'on ne produirait pas avec une posologie modérée par les moyens ordinaires? Ce doute jeté sur la méthode, et qui répond, il faut le dire, aux opinions classiques, a été vigoureusement relevé par le représentant, à l'Académie, de la doctrine du dynamisme en thérapeutique. M. Trousseau, dans son argumentation, que ses amis eussent désirée plus claire et d'une forme plus convaincante, a opposé aux idées anciennes les faits qui, à ses yeux, démontrent, dans le mode d'action des médicaments, un genre d'influence sur l'économie que la balance ne saurait mesurer, que la chimie ne saurait expliquer et qu'aucune formule des sciences positives ne serait apte à ranger sous sa loi. Telle serait l'influence exercée par le fer sur les chloroses, par l'huile de foie de morue sur les constitutions débilitées. Réduite à ces exemples, qui, pour vrais qu'ils soient, n'ont pas encore rencontré une expression qui interdise les doutes, la doctrine du savant professeur de thérapeutique n'eût pas eu sur les esprits tout le poids que doivent posséder des observations que tout indique être exactes et que chacun a déjà pu faire.

M. Chatin, membre de la commission, est fort opportunément venu au secours de l'opinion de M. Trousseau; avec l'autorité que possède la méthode scientifique exacte, il a fait voir, par quelques citations très-simplement produites, qu'il existait bien réellement, en effet, un ordre de faits d'action médicatrice incontestable tout à fait étrangère, presque contraire même à la loi de proportionnalité avec les doses ingérées. Il a emprunté, comme les précédents orateurs, ses citations au fer et à l'iode, et nous ne doutons pas que les faits qu'il a rapportés n'aient été universellement acceptés. Ce sont ces faits dont le principe est appelé par les deux orateurs « action dynamique des médicaments, » par opposition avec le mode le plus étudié jusqu'ici, et qui prend ses termes de comparaison dans les lois tout à fait numériques de la chimie. Ajoutons toutefois que, par une précaution louable, et dont il eût appartenu au professeur de la Faculté de prendre l'initiative, pour éviter toute confusion ultérieure qui ne manquera pas d'être faite par les intéressés, M. Chatin a bien explicitement établi que, pour s'écarter de la loi de proportionnalité des doses ingérées, l'action qu'il nomme dynamique ne suppose pas du tout *nulles* ou hahnemanniennes les quantités de médicaments absorbés. Seulement elles pouvaient être petites, quoique toujours appréciables, quand les doses ingérées sont, d'autre part, énormes : l'action du dynamisme supposant toujours, d'après cela, une absorption préalable réelle.

Cela posé, il est permis de se demander si cette expression de dynamique est elle-même bien choisie, si sa définition ne laisse pas place à des disputes de mots? Ne serait-ce pas la même chose que désignerait confusément M. Trousseau sous ce terme vague et sans précision pour lui, et qu'aurait également en vue M. Chatin sous la forme plus nettement saisissable et perceptible d'une modification de nature inconnue, mais chimique pourtant, et du domaine de la future chimie organique, que subirait la substance minérale introduite de façon ou d'autre dans l'économie. Ainsi, quand M. Trousseau expose un ensemble de faits dans lesquels il lui paraît que la quantité du remède ingéré est démesurément disproportionnée à la quantité dont on peut apprécier l'effet sur la constitution; quand M. Chatin cite ces faits remarquables où des tumeurs goitreuses inattaquées par des proportions d'iode considérables, pendant longtemps vainement ingérées, et qui cèdent tout d'un coup à de minimes doses introduites sous le passeport d'une élaboration végétale naturelle, il est évident qu'ils ont en vue l'un et l'autre un même ordre de faits. Mais cet ordre de faits, où a pris naissance la conception d'une action médicamenteuse différente de l'action chimique proprement dite, c'est-à-dire d'une action proportionnelle et adéquate aux quantités du remède administré (critérium habituel des faits d'ordre chimique), est-il bien pourtant étranger à la chimie, et doit-il être considéré comme appartenant à des formes obscures et d'un ordre particulier inconnu jusqu'ici et renfermés dans l'expression générale « dynamiques? »

Nous ne nous permettrons pas de trancher une telle question. En présence de faits qui s'écartent des lois banales de la chimie, et qui ressortissent à des forces encore mal connues et dont l'analyse est à peine commencée, il y aurait témérité à se prononcer avec trop de facilité. Disons pourtant que, quoique s'écartant des lois de la chimie du laboratoire, ces faits ne nous semblent pourtant pas devoir être si carrément soustraits à l'empire des lois chimiques connues ou à découvrir.

Est-ce donc quelque chose d'évidemment antichimique, de contraire aux lois qui règlent pour nous ou peuvent régler un jour les rapports d'affinité moléculaire des corps de la nature, que cette force désignée déjà par les chimistes sous le nom d'*action de présence*? Prenons l'exemple même cité par M. Chatin, celui de ces plantes chlorotiques chez lesquelles n'existe point normalement le fer, et qu'une irrigation au moyen d'une solution ferrugineuse restaure cependant et rend promptement à la vie. Est-il philosophiquement si sage de voir, dans cette action de présence, un de ces arcanes que certaine école se plaît à soustraire à l'analyse, à cadenasser dans les ténébreuses retraites du principe vital? ou n'entre-t-on pas, au contraire, dans une voie plus profitable à la science en se demandant si, au fond de ces actions de présence, il n'y a pas quelque loi d'affinité chimique de nature obscure encore et inconnue, mais abordable pourtant aux sciences d'observation et à l'expérience. Ce que l'on sait déjà des modifications

FEUILLETON.

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III.

Outre la médecine cantonale, les *hospices cantonaux*, les *dispensaires* et les *abonnements par commune* ont chacun leurs partisans, et ont tour à tour été présentés comme exempts des inconvénients attribués à la première. Voyons ce qu'il faut en penser.

1° Les *hospices cantonaux* sont plus particulièrement destinés à recevoir les individus âgés, atteints d'affections chroniques ou d'infirmités incurables, et qui sont pour les familles pauvres une charge trop pesante. Or, avant d'abriter ces invalides du travail, ne faut-il pas avoir songé aux moyens de secourir l'homme valide, dont le labeur quotidien interrompu par la maladie met en question l'existence de la famille tout entière? Il est d'ailleurs beaucoup d'affections aiguës qui ne permettraient pas de transporter le malade à une distance un peu éloignée, surtout dans la mauvaise saison, à travers les chemins de traverse, avec les seuls moyens de transport dont on dispose dans les villages, et que ne possède même pas le pauvre. Enfin, le régime hospitalier (à part même les fâcheux résultats qu'il a sous d'autres rapports) a pour conséquence immédiate de détourner de leur destination, et cela sans utilité pour la grande majorité des indigents, la meilleure partie des fonds destinés à les secourir. Il est évident que là où les malades ne sont pas assez nombreux pour faire profiter de l'économie résultant de la communauté des soins, la meilleure partie des revenus afférents à l'établissement est absorbée par le capital qu'il représente, par les frais de personnel et de gestion, par l'entretien des constructions coûteuses, etc. Ainsi, M. Hubert-Valleroux prouve, dans son honnête et courageux livre de l'*assistance*, qu'il est une foule de ces hôpitaux bâtards recevant annuellement de 2 à 10 malades, et dont les prix de journées s'élèvent jusqu'à 6 et 8 fr. M. de Watteville, dans son rapport sur les hôpitaux, nous apprend que 41 malades ou infirmes traités dans vingt hôpitaux-hospices, ont coûté 1,137 fr. 20 c., non compris le loyer, toujours plus élevé dans les petits établissements. Il en cite trois qui, dans tout le cours d'une année, n'ont pas traité *un seul* malade; quatre qui n'en ont soigné *qu'un*; cinq qui n'en ont reçu que deux; quatre, trois seulement; trente-un, cinq (les frais généraux restant les mêmes). D'un autre côté, les quelques départements qui, comme celui du Loiret, ont essayé du placement domiciliaire des vieillards pauvres, n'ont eu jusqu'à présent, selon M. Moreau-Christophe, qu'à s'en applaudir. Je ne voudrais pas que l'on tirât de ces faits une conclusion trop absolue. Il est, par exemple, des soins compliqués, il en est de rebutants qu'on ne peut recevoir que dans des établisse-

éprouvées par le phosphore, le soufre, le brome, l'iode lui-même, dans la modalité de leurs réactions quand ils font partie intégrante de la molécule organique permet bien d'être réservée sur cette question.

Quand on a observé, à une certaine époque, et M. Trousseau a été l'un des patrons de ces observations, que le mode d'administration du calomel pouvait être conduit de telle sorte qu'avec de très-faibles doses fréquemment répétées (10 centigr. en vingt-quatre heures), on pouvait parfois amener la salivation, on était enclin à voir là une action surprenante qu'on eût nommée volontiers dynamique, comme celle du fer, dans les exemples cités plus haut, jusqu'au jour où les beaux travaux de M. Mialhe ont montré que cette action était encore de nature chimique, mais d'une nature nouvelle (scientifiquement); alors c'était l'action de présence des chlorures alcalins, comme dans le cas de M. Chatin, c'est l'action de présence du fer.

Concluons donc, comme chacun semblait enclin à le faire, que pour être nouveau et inexpliqué un fait n'est pas tout d'un coup d'une nature exceptionnelle, éloignée, et du domaine de ces forces vagues et mal définies dont l'empire est encore un tel obstacle au progrès. Concluons avec M. Chatin qu'il est démontré, par des faits, que sous certains états que le laboratoire ne saurait reproduire, une préparation préalable par la végétation, par exemple, les substances minérales, peuvent acquérir des qualités digestives que les méthodes classiques sont impuissantes à leur procurer. C'est là le secret de l'action de certaines eaux minérales, c'est là peut-être aussi ce que l'on est en droit d'attendre d'une préparation de même genre dans les canaux naturels de l'excrétion laiteuse. C'était cet ordre d'idées sur lequel nous appelions l'attention dans notre dernier numéro, en indiquant la nécessité d'étudier « l'influence sur l'absorption gastrique et intestinale d'un mélange médicamenteux opéré préalablement dans le laboratoire naturel offert par la femelle qui allaite. »

C'est ce qu'a fait M. Chatin dans ses intéressantes recherches sur l'absorption des sels minéraux par les plantes. Cet habile expérimentateur a ouvert là une voie nouvelle et qui peut avoir sur la thérapeutique d'énormes résultats. La méthode nouvelle qui a soulevé toute cette discussion, n'est elle-même qu'une autre forme exécutoire donnée à la même pensée qui se résume dans l'emprunt fait à la nature d'un de ses propres laboratoires pour préparer nos remèdes là où elle prépare elle-même nos aliments.

— L'Académie a entendu, sur la fin de sa séance, une communication d'un de ses correspondants sur une question qu'elle croyait avoir épuisée, cette année même à sa propre tribune. M. Serre (d'Uzès), est venu l'entretenir de certaines observations qu'il aurait été en situation de faire à propos de la fièvre puerpérale.

Dans un certain nombre de cas très-sérieux, mais hâtons-nous de le dire, observés en dehors de l'influence si funeste des maternités, M. Serre aurait été conduit à employer la digitaline. Frappé de l'aspect de désordre, de l'agitation extrême des deux grandes fonctions de circulation et de respiration, que présentent les malheureuses en proie à cette cruelle affection, il se serait demandé si l'action régulatrice d'une substance telle que la digitaline ne pourrait pas, par hasard, rendant aux grandes fonctions leur rhythme normal, permettre l'élimination régulière de l'élément toxique, point de départ et cause de tout cet appareil de réaction.

Les faits, paraîtrait-il, ou du moins le petit nombre de ceux observés par l'honorable M. Serre (d'Uzès) ont justifié cette vue de son esprit. Si nous avons bien entendu, sur 10 cas, il aurait obtenu, ou MM. Bouchacourt à Lyon, Duplay à Lariboisière, auraient obtenu, sur ses indications, 8 succès. Ce petit nombre n'est pas pour faire autorité auprès des praticiens. Les traitements les plus divers ont eu aussi leur apparence de triomphes. Mais quand on songe au peu de défense que l'on peut opposer à cette affreuse maladie, et à la responsabilité qui suivrait la négligence volontaire d'un essai justifié, on ne peut qu'encourager les médecins à prendre note des observations de M. Serre (d'Uzès), et à les vérifier à l'occasion. Quant à M. Serre, on ne saurait lui refuser non plus une juste reconnaissance pour avoir mis tout de suite le public médical dans la confidence de ses essais, au risque de se voir accuser d'un enthousiasme prématuré, et qu'un aussi petit nombre de cas ne justifierait pas. Si nous avons bien compris l'intelligent orateur, son seul objet est de provoquer les expériences, la question des maternités réservée. Or si la méthode de M. Serre devait généralement réussir en dehors des maternités, nous croirions voir là un grand pas accompli, et un argument de plus pour la fermeture de ces établissements trop souvent pestilentiels. Quand un ennemi tel que la fièvre puerpérale offre ce côté faible et attaquable d'avoir sa plus ferme base dans une institution humaine, un peu de bon sens de notre part, et cette défense lui serait rapidement enlevée.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR L'INFLAMMATION AIGUE DE LA MEMBRANE DU TYMPAN; par le docteur W. KRAMER.

Parmi 6,840 maladies de l'oreille dont j'ai l'observation détaillée, les inflammations de la membrane du tympan comptent pour 1,687, ou environ un quart. L'inflammation aiguë n'entre que pour 177 dans ce nombre, mais il ne faudrait pas croire qu'elle est aussi rare que ce chiffre semble l'indiquer; dans un grand nombre de cas, en effet, elle passe inaperçue des malades eux-mêmes, et elle est en outre souvent méconnue par les médecins.

Sur mes 177 observations d'inflammation aiguë de la membrane du tympan, j'en trouve 13 où elle existait des deux côtés à la fois, et 164 où elle n'affectait qu'une seule oreille. Jamais je ne l'ai vue disparaître d'un côté pour se montrer de l'autre, ou se montrer successivement des deux côtés. Elle s'accompagnait de douleurs plus ou moins vives dans 151 cas; ce symptôme ne fit complétement défaut que chez 16 malades. 38 fois seulement elle donna lieu à une réaction fébrile.

Le tympan était perforé 40 fois; cette lésion existait chez 34 des 151 malades qui se plaignaient de douleurs, et 6 fois dans les 16 cas où la douleur manquait. Il résulte de là que cet accident n'a aucun rapport direct avec l'intensité de l'inflammation.

---

ments *ad hoc*; mais il y a là, du moins, matière à réflexion pour ceux de nos confrères qui pensent que les hospices cantonaux seraient d'une plus grande utilité que la médecine cantonale. En tout cas, un hôpital-hospice par arrondissement me paraît bien suffisant.

2° Je ne vois pas de différence essentielle entre la médecine cantonale et les *dispensaires*, en ce qu'ils ont de praticable. Ceux-ci, comme celle-là, impliquent la distribution sur place des médicaments au moins les plus indispensables. On ne pourrait, quant à présent, aller plus loin dans cette voie sans augmenter les difficultés financières dont on se fait déjà une arme contre la généralisation de l'assistance. Il y aurait même un certain inconvénient, en ce qu'en l'absence du médecin, le remède fût trop à la portée du malade : il ne manquerait jamais d'officieux pour l'administrer. Avant de songer aux remèdes, il faut d'ailleurs avoir trouvé le médecin qui l'applique sans qu'il en coûte rien au pauvre. Dans la pensée d'un certain nombre de nos confrères, chaque dispensaire aurait le sien désigné par la commune, chaque malade pourrait même réclamer le médecin de son choix; de là d'inextricables embarras, d'abord, parce qu'à supposer même que le département ou l'État soit disposé à s'entendre avec le premier venu, et qu'il prenne à sa charge l'allocation qu'une foule de communes ne sauraient constituer faute de revenus, l'indemnité médicale à prélever sur cette faible somme serait si minime qu'elle ne pourrait déterminer un praticien à accepter les obligations qui en découleraient pour lui; ensuite, parce qu'outre un énorme accroissement de dépense, il en résulterait une complication des plus fâcheuses, non-seulement dans la comptabilité, mais aussi dans les rouages administratifs et dans les relevés nosologiques, sans lesquels on ne saurait ni se rendre compte des avantages de l'institution, ni en faire profiter la science.

3° Les mêmes objections peuvent s'adresser au système d'*abonnement par commune*, auquel M. Andrieux se montre assez favorable, système qui consiste à indemniser le médecin des visites gratuites qu'il fait aux pauvres d'une commune au moyen d'une cotisation librement consentie entre ceux qui peuvent payer, chacun au prorata de ses ressources; organisation incomplète et radicalement défectueuse en ce qu'elle laisse en dehors, non-seulement les non-adhérents, mais les communes où il y aurait précisément le plus de pauvres à secourir, et qui d'ailleurs, par son instabilité, par son caractère aléatoire, arbitraire même, ne peut en aucune manière servir de base à un système général d'assistance publique.

La médecine cantonale, incontestablement supérieure aux modes précédents d'assistance par la stabilité, par l'unité que lui imprime son caractère administratif, par son économie même, offre seule la possibilité d'établir, en les centralisant, une juste répartition des secours; de constater les résultats obtenus et les progrès à faire, de concentrer enfin entre les mains des praticiens qui en sont chargés, des attributions diverses qui ne peuvent être divisées sans que le service lui-même n'en souffre. Ainsi, comment confier à deux hommes différents le traitement des maladies sporadiques ou endémiques, et celui des épidémies auxquelles les premières passent si fréquemment par une transition insensible? Et comment le praticien qui traite les maladies endémiques et épidémiques n'aurait-il pas dans ses attributions la police sanitaire et l'hygiène publique? En quelles mains sera mieux placée

Les tintements d'oreilles, qui se rangent parmi les premiers symptômes de la maladie, ont été observés 113 fois. Les 54 malades qui restent n'en ont pas éprouvé.

SYMPTÔMES.

Il est rare que le début de la maladie soit précédé d'accidents prodromaux. Dans ces cas exceptionnels, on observe pendant quelques jours un peu de fièvre et de catarrhe. Le plus souvent les symptômes éclatent subitement, surtout la nuit, et peu de temps après l'action de causes locales, telles qu'un bain froid, un courant d'air, des instillations irritantes, un soufflet, etc. Ce sont d'abord des douleurs plus ou moins violentes, lancinantes ou térébrantes, dans une oreille ou dans les deux oreilles à la fois. Ces douleurs s'irradient souvent aux parties voisines, au sommet de la tête, à l'occiput, à la joue, au cou et même à l'épaule du côté malade, mais elles ne dépassent jamais la ligne médiane. Elles sont très-souvent exaspérées notablement par l'action de se moucher, par les éructations, par la déglutition, par les efforts, par les mouvements brusques, etc. Tantôt elles persistent sans rémission jour et nuit, tantôt elles cessent pendant le sommeil ou pendant le jour. Elles atteignent ordinairement leur plus grande acuité pendant la nuit; les malades sont alors privés de sommeil, et ils éprouvent de la courbature et une grande lassitude.

La douleur ne diminue, en général, d'une manière notable, qu'après l'apparition d'un écoulement sanguin, séro-sanguinolent ou séreux; le cérumen cesse alors de se produire, et il ne reparaît qu'après la guérison complète de l'inflammation.

Il est rare que les malades perçoivent, avant que cet écoulement se soit montré, un craquement dans l'oreille, un bruit analogue à celui que produirait une petite bulle en crevant; ce symptôme n'indique d'ailleurs pas toujours que le tympan soit perforé.

L'écoulement, d'abord séreux, devient bientôt crémeux, blanchâtre, floconneux; il peut contenir de petites paillettes blanches et brillantes, et même des fausses membranes résistantes, assez étendues et épaisses, qui adhèrent à la membrane du tympan. Le liquide qui s'écoule par le méat auditif ne devient jaune verdâtre, purulent et fétide que dans les cas très-anciens. Il n'est généralement pas très-abondant; ce n'est que dans un petit nombre de cas, peu graves d'ailleurs, que j'ai vu un liquide ténu, d'une couleur brun sale, dégoutter sans interruption de l'oreille malade, pendant plusieurs jours et plusieurs nuits de suite.

Les malades éprouvent très-souvent, et presque toujours dès le début de l'affection, des tintements d'oreilles. Le timbre, l'intensité et la durée de ces bruits anormaux ne sont, d'ailleurs, dans aucun rapport déterminé, avec les caractères particuliers de l'inflammation; celle-ci persiste toujours plus longtemps que les tintements.

L'ouïe est toujours sensiblement affaiblie de très-bonne heure; souvent le tictac d'une montre, qui s'entend à la distance de 30 pouces dans l'état normal, n'est perçu qu'au contact immédiat de la montre avec le pavillon de l'oreille ou avec l'apophyse mastoïde; dans ces cas, d'ailleurs, l'ouïe peut revenir à sa parfaite intégrité plus tard.

Outre ces symptômes subjectifs, on constate les lésions suivantes, en examinant l'oreille à l'aide du spéculum. Il faut procéder à cet examen après avoir débarrassé le conduit auditif des produits de sécrétions qu'il contient, et à un jour très-vif.

Dans tous les cas non compliqués, qui sont d'ailleurs les plus fréquents, le conduit auditif est sain. La membrane du tympan présente une couleur rouge dont la nuance varie beaucoup; quelquefois elle est seulement légèrement rosée, mais elle peut aussi devenir rouge écarlate, livide ou même bleu foncé. La rougeur se présente tantôt sous forme de taches plus ou moins étendues, tantôt sous celle d'un lacis vasculaire qui se détache sur un fond blanc jaunâtre; quelquefois elle n'occupe que la circonférence de la membrane, tandis que le centre est blanc grisâtre; dans d'autres cas, on ne la voit que sur la moitié supérieure ou inférieure. Dans le plus grand nombre des cas, néanmoins, elle est uniformément répandue sur toute l'étendue de la membrane du tympan. Celle-ci a le plus souvent perdu son brillant et sa transparence; au lieu d'être concave, elle représente une surface plane. Elle est quelquefois le siége d'une tuméfaction manifeste, et forme une saillie convexe dans le conduit auditif; le gonflement peut d'ailleurs être partiel, et on voit alors des fongosités rouges, du volume d'un pois environ. Le manche et la courte apophyse du marteau ne sont plus visibles; aussi n'est-il pas toujours facile de distinguer si la membrane tympanique est simplement gonflée, ou si elle est le siége d'excroissances polypeuses. La nuance de la rougeur inflammatoire ne m'a d'ailleurs jamais paru avoir un caractère spécial, en rapport avec quelque dyscrasie (scrofuleuse, arthritique ou syphilitique).

Il n'est pas rare que le tympan soit perforé dès les premières vingt-quatre heures de la maladie. Ces perforations ont généralement alors l'étendue d'une tête d'épingle; elles occupent presque toujours la moitié inférieure de la membrane; lorsqu'elles siégent au-dessus de la courte apophyse du manteau, ce qui est rare, elles revêtent ordinairement l'aspect d'une ulcération dont le fond est formé par le col du marteau. Les solutions de continuité plus étendues ne se rencontrent guère que dans les cas où la maladie a été produite par des causes chimiques ou mécaniques énergiques.

MARCHE.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation aiguë de la membrane du tympan ne marche vers une terminaison favorable que dans les cas très-légers, et il ne faudrait pas croire que la maladie est guérie quand les douleurs et l'écoulement ont cessé; souvent, dans ces cas, l'examen direct fait voir que la membrane tympanique est encore recouverte d'un pus plus ou moins épais ou desséché en croûtes; la dureté de l'ouïe persiste ou diminue très-peu, etc. La nature est encore plus impuissante quand l'inflammation est très-intense; il est vrai que, même dans ces conditions, les douleurs cessent souvent avec l'apparition de l'écoulement, mais les diverses lésions du tympan, et principalement les perforations, n'en continuent pas moins à s'aggraver. L'inflammation se propage à la muqueuse et même au périoste de la caisse du tympan; elle devient alors beaucoup plus grave. Le plus souvent, d'ailleurs, elle passe à l'état chronique.

Dans quelques cas exceptionnels, les couches profondes des téguments qui recouvrent l'apophyse mastoïde s'enflamment à leur tour;

---

l'inspection des enfants trouvés, le service de la vaccine? A qui s'adresse-t-on de préférence pour avoir les éléments d'une statistique médicale? Des rapports sur les faits de médecine légale qui n'exigent pas l'intervention d'une spécialité? Ce serait un premier pas fait dans l'organisation d'un *service médical public* qui nous fait si complétement défaut. Le premier anneau de cette chaîne qui, partant du modeste praticien des campagnes s'élèverait par les divers degrés de la hiérarchie scientifique, et en s'appuyant sur les *conseils d'hygiène*, cette institution féconde restée jusqu'à présent, bornés dans les grands centres, à l'état de lettre morte, jusqu'au représentant le plus élevé des intérêts hygiéniques et médicaux de la nation, LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE...

Mais sans espérer pour le temps où nous vivons, la réalisation complète d'un idéal qui ne peut passer dans le domaine des faits que par suite des progrès que le temps apporte aux institutions humaines, ou par la diffusion d'un ordre d'idées encore bien peu familières à nos hommes d'État, bornons nos vœux à ce qui est *immédiatement* praticable, de peur qu'on ne fasse, contre ce qui est possible, un argument de ce qui ne l'est pas.

IV.

Il me reste à traiter la question des *voies et moyens*. Ce n'est ni le lieu ni le moment d'entrer dans la discussion des faits de détail qui peuvent se rattacher à l'organisation de la médecine cantonale, et pour la réglementation desquels la législation qui devrait intervenir pourrait laisser toute latitude aux administrations départementales mises en demeure d'agir dans la mesure de leurs ressources et de leurs besoins. Les seules questions à résoudre pour le moment — la nécessité d'instituer l'assistance médicale dans les campagnes étant admise en principe — c'est en premier lieu, de savoir si l'on doit en faire l'objet d'une loi, ou si l'on peut continuer de s'en remettre à cet égard à l'initiative des administrations locales, en second lieu; s'il est des obstacles insurmontables à son établissement au point de vue financier.

1° Sept à huit départements seulement se sont occupés, jusqu'à présent, nonobstant les sollicitations du gouvernement, des moyens de secourir les indigents malades des campagnes. Cela n'a rien qui doive nous étonner. L'organisation de la médecine cantonale implique, en effet, dans les conditions actuelles, le concours du *préfet*, du *conseil général*, des *conseils municipaux*. Or, à supposer que le préfet ait toujours l'esprit ouvert aux innovations de ce genre, aura-t-il toujours une autorité morale suffisante pour les faire accepter? Trouvera-t-il constamment, dans le conseil général et dans les conseils municipaux, des auxiliaires dévoués à ses idées? On sait que les conseils municipaux se montrent ordinairement fort effrayés — et non sans raison — d'augmenter la charge déjà si lourde des contribuables. Ainsi, dans un de nos départements de l'Est où le médecin cantonal fonctionne depuis quatre ans, grâce à l'initiative du premier magistrat, mais où l'extrême modicité de l'allocation peut faire craindre qu'elle ne puisse se maintenir longtemps ou du moins se recruter toujours dans les conditions les plus désirables, le conseil général, tout en félicitant le préfet de ses bonnes intentions, déclinait la proposition qui lui était faite d'assurer le service en y consacrant

cette région est alors tuméfiée, elle présente une coloration livide, et le malade y ressent des douleurs fixes très-violentes.

Les cas les plus graves sont ceux où l'irritation se propage du périoste qui revêt la caisse du tympan aux méninges et au cerveau ; les malades éprouvent alors des douleurs lancinantes ou de la pesanteur dans l'occiput et vers les tempes, ils sont assoupis, leur regard est voilé, il leur est impossible de tenir la tête étendue ; on constate, en outre, des frissons, non suivis de chaleur, qui reviennent à des intervalles presque réguliers. Ces accidents ne surviennent d'ailleurs que dans les cas où l'irritation de la membrane du tympan ou du périoste du conduit auditif et de la caisse est la conséquence de causes mécaniques, de l'introduction de corps étrangers dans le conduit auditif externe, et surtout de tentatives brutales faites pour extraire ces corps étrangers à l'aide de crochets, de pinces ou d'autres instruments.

DIAGNOSTIC.

Il est impossible, à cause de la direction du conduit auditif, de reconnaître la maladie qui nous occupe, sans l'usage du spéculum. Cette exploration devra toujours être faite à un jour vif ; toute lumière artificielle est plus ou moins colorée et ne permet pas, en conséquence, d'apprécier exactement le changement de coloration de la membrane malade.

Nous avons vu que l'inflammation aiguë de la membrane du tympan est caractérisée par les symptômes suivants : la rougeur, la teinte mate, le manque de transparence et l'épaississement du tympan, la douleur à invasion brusque et la dureté de l'ouïe. Ces symptômes suffisent pour différencier l'inflammation en question :

1° De l'*otalgie nerveuse*, dans laquelle le tympan est brillant, transparent, incolore, concave, le manche du marteau restant également visible ;

2° De l'inflammation du derme du conduit auditif, qui est caractérisée par un boursouflement spongieux et par une rougeur occupant toute la longueur de ce conduit ;

3° De l'inflammation de la membrane celluleuse du conduit auditif ; dans cette affection, le conduit auditif est obstrué par une ou plusieurs saillies pâles ou peu injectées, mais très-douloureuses, qui siégent généralement près de son entrée, et occupent rarement sa partie profonde.

ÉTIOLOGIE.

La cause la plus fréquente, c'est le refroidissement du tympan, qu'il soit d'ailleurs produit par un courant d'air ou par de l'eau froide introduite dans le conduit auditif. Les affusions, les douches et les bains froids agissent de cette manière.

Il est également fréquent que l'inflammation aiguë du tympan accompagne les exanthèmes aigus, la variole, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle de la face, ou bien un coryza intense.

Parmi les causes occasionnelles moins fréquentes, il faut citer : les soufflets qui atteignent l'oreille en plein, les fortes explosions, les liquides irritants ou les corps étrangers qui arrivent jusqu'au tympan, les plaies de cette membrane produites par les cure-oreilles ou d'autres instruments.

PRONOSTIC.

Le pronostic est en général favorable ; l'organe affecté peut en effet être inspecté *de visu*, et on peut agir directement sur lui. Lorsqu'un traitement convenable est mis en usage, on peut même obtenir la guérison complète dans des cas négligés depuis plusieurs semaines, dans ceux où il existe une perforation assez étendue, etc. L'inflammation propagée au tissu cellulaire de l'apophyse mastoïde est facile à guérir, et on n'a pas de peine à prévenir la carie, les fistules, etc. Quand le cerveau et ses enveloppes se prennent, la vie du malade est toujours compromise ; mais, même dans ces cas, on peut compter sur la guérison, si un traitement énergique est mis en usage à temps et avec persévérance.

Le pronostic est en général beaucoup plus grave lorsque l'affection se développe pendant le cours d'un exanthème aigu. Dans ces circonstances, la maladie générale entretient et exaspère l'inflammation, souvent celle-ci passe inaperçue, et, en outre, comme elle est alors regardée par beaucoup de personnes comme une dérivation salutaire, elle reste souvent abandonnée à elle-même. Il arrive trop souvent que cette négligence a pour suite la destruction complète du tympan, la perte des osselets, des végétations sur la muqueuse de la caisse, la carie du rocher, la suppuration des méninges et du cerveau, et la mort. Alors même que ces complications ne surviennent pas, les deux oreilles étant presque toujours prises en même temps, la surdité est une terminaison fréquente, et lorsqu'il s'agit d'enfants en bas-âge, il en résulte souvent une surdi-mutité incurable.

Lorsque les malades sont sous le coup d'une dyscrasie très-prononcée, scrofuleuse et herpétique, syphilitique ou arthritique, la guérison est le plus souvent impossible. L'affection passe presque fatalement à l'état chronique, et alors elle persistera tant qu'on n'aura pas guéri ou amélioré l'état général qui l'entretient.

TRAITEMENT.

Il importe avant tout de garantir la membrane du tympan du froid et des ébranlements sonores intenses. On ne l'abstergera jamais avec de l'eau froide ; on introduira de la charpie fine dans le conduit auditif et on placera le malade dans un endroit tranquille. Lorsque l'affection s'accompagne de douleurs vives et de fièvre, on lui ordonnera de garder sa chambre et même le lit ; quand l'inflammation est modérée, il faudra au moins qu'il évite tout exercice actif, tout ce qui pourrait l'agiter ou l'échauffer. On insistera, dans tous les cas, sur un régime peu excitant et peu réparateur, on proscrira toutes les boissons excitantes et on entretiendra la liberté du ventre à l'aide de médicaments rafraichissants.

Ces précautions suffisent encore dans les cas qui s'accompagnent de catarrhe fébrile. Mais lorsque l'inflammation menace d'envahir le cerveau et ses enveloppes, et surtout quand cette complication est survenue, il est indispensable de produire une dérivation énergique sur le tube digestif (calomel à fortes doses). Je ne crois pas que la saignée générale puisse être indiquée même dans ces cas, et elle ne l'est jamais, à coup sûr, dans les cas non compliqués. L'emploi du calomel à dose refractée, jusqu'à légère salivation, recommandée par

---

le produit de l'impôt sur les chiens. On se montre plein de gratitude pour le zèle des médecins, mais on entend en profiter sans bourse délier. Que s'il s'agit des conseils municipaux, c'est bien autre chose encore ! Telle commune qui compte 400 individus à visiter gratuitement votera une allocation annuelle de 25 fr., frais de médicaments et de médecin compris (*sic*). On imaginerait difficilement jusqu'où va, sur ce chapitre, la sordide économie de ces rigides représentants des intérêts communaux : leur peu de souci des poignantes misères qui s'étalent sous leurs yeux et qui, par l'habitude qu'ils ont de vivre côte à côte avec elles, leur semble une situation quasi-normale, ou tout au moins passée à l'état de plaie incurable. Et cependant, parmi ces défenseurs à outrance des deniers municipaux, qui considèrent les dépenses de bienfaisance comme les dernières de leur budget, celles auxquelles peut le mieux s'appliquer leur goût pour l'économie, vous trouveriez de braves gens prêts à faire asseoir à leur foyer le malheureux qui viendra leur demander du pain ou un gîte pour la nuit. Mais la charité qui doit se traduire en espèces monnayées suscite en eux toutes les révoltes de l'esprit de cupidité. Faut-il être surpris, après tout, de ne pas trouver dans les populations des campagnes une appréciation plus éclairée des intérêts hygiéniques et sanitaires du pays, lorsqu'au sommet même de l'échelle sociale, on a si souvent l'occasion de rencontrer une complète ignorance des rapports qui rattachent la médecine publique à l'économie politique ?

On ne s'étonnera pas en tout cas que je prenne acte d'un tel état de choses, et que j'y trouve un argument péremptoire en faveur de l'intervention du législateur dans l'organisation de la médecine rurale.

2° Les difficultés pratiques et de détail que l'on pourrait opposer à la généralisation de la médecine cantonale ne sont pas aussi sérieuses — la question financière à part — pour en tirer une fin de non-recevoir contre laquelle viendrait protester l'existence même de cette institution, et son fonctionnement régulier dans plusieurs départements, notamment en Alsace, où elle compte un demi-siècle de durée. Je ne m'y arrêterai donc pas ; mais il n'en est pas de même de la question financière, qui est, il faut bien en convenir, le motif avoué ou non des atermoiments indéfinis qu'a subis cette création. Je vais donc droit à cette difficulté, véritable pierre d'achoppement de la discussion.

Et d'abord, à combien peut s'élever le budget de la médecine cantonale étendue à tout le territoire ?

Ici la question se complique d'un élément nouveau dont il est impossible de ne pas tenir compte. Deux intérêts sont en présence. Accorder une juste satisfaction aux besoins des classes indigentes, tout en sauvegardant la cause non moins respectable de notre profession, tel est le double problème à résoudre ; et il doit nous être permis de protester à l'avance contre un système de philanthropie qui ne profiterait aux uns qu'en frustrant les autres de ce qui leur est légitimement dû. Si l'on est parfaitement fondé, selon moi, à contester le droit absolu qu'aurait l'indigent de choisir son médecin, on doit reconnaître, par contre, que de l'abandon même de ce droit résulte pour l'administration le devoir d'écarter la concurrence au rabais, et d'exiger de sérieuses garanties des hommes qui lui offrent leur concours. Or sera-t-elle bien fondée à demander ces garanties à des praticiens auxquels elle allouera

MM. Wilde, Toynbee, et d'autres médecins anglais, est également un moyen trop énergique pour qu'on doive y recourir quand l'affection est simple.

Le *traitement local* consiste, avant tout, à débarrasser le conduit auditif de toutes les matières anormales qu'il peut contenir; quand ce sont des corps étrangers, on n'essayera jamais de les retirer à l'aide d'instruments; on peut toujours en délivrer les malades sans produire de douleurs, en faisant des injections avec une forte seringue en étain. (Voir mon TRAITÉ DES MALADIES DE L'OREILLE, 1849, p. 272.)

Lorsqu'on ne trouve dans le conduit auditif qu'une sécrétion purulente, je pratique de préférence des injections ménagées d'eau tiède avec une seringue en caoutchouc vulcanisé; ces injections n'exaspèrent pas la douleur qu'éprouve le malade. Lorsque l'écoulement est peu abondant, et lorsque les injections sont contre-indiquées par une des raisons dont je parlerai tout à l'heure, on nettoie le conduit à l'aide d'un pinceau très-mou, que l'on porte, sans le mouiller, jusque sur la membrane du tympan. On le retire après l'avoir fait tourner plusieurs fois sur son axe, et on recommence cette manœuvre tant que le tympan n'est pas complètement nettoyé. L'examen à l'aide du spéculum devra, en conséquence, être répété tous les jours.

L'emploi des autres moyens locaux devra varier suivant que le malade éprouve ou non des douleurs d'oreille.

Lorsque l'affection est douloureuse, on remplit le conduit auditif d'huile d'olive tiède, et on ferme le méat à l'aide d'un petit tampon de charpie fine; la membrane du tympan est ainsi maintenue sous un bain d'huile. Ces instillations devront être répétées d'autant plus souvent (3 ou 4 fois par jour) que les douleurs sont plus vives. Elles produisent souvent une amélioration surprenante; la douleur qui a persisté pendant plusieurs jours et plusieurs nuits de suite, diminue ou cesse même complétement au bout d'un petit nombre d'heures, et les malades retrouvent rapidement le sommeil dont ils étaient privés depuis longtemps.

Quand les malades ne sont pas soulagés par des instillations, on fait une ou deux applications de 4 à 10 sangsues au devant du tragus ou au-dessous de l'apophyse mastoïde, et on laisse les piqûres saigner pendant quelques heures; on applique sur l'oreille malade des cataplasmes émollients aussi chauds que possible, et ajoutés de feuilles de jusquiame. On provoque une perturbation énergique au-dessous de l'apophyse mastoïde, en faisant des frictions avec une pommade ainsi composée :

Émétique	4 grammes.
Cérat	8 —
Huile de croton	0,40 centigr.

Ces moyens réussissent mieux que les fomentations et les vésicatoires.

En agissant ainsi avec persévérance, j'ai toujours pu faire cesser les douleurs et l'insomnie, la rougeur et les sécrétions anormales de la membrane tympanique, ainsi que les tintements d'oreille, et modérer la dureté de l'ouïe. Quand on a obtenu ce résultat, on a recours aux moyens qui sont indiqués d'emblée dans les cas où la douleur manque.

On remplace alors les instillations huileuses par les solutions aqueuses de sulfate de zinc ou d'acétate de plomb (5 à 15 centigrammes sur 30 gram. d'eau). Il suffit, dans le plus grand nombre de cas, d'instiller une fois par jour ces solutions tièdes, à l'aide d'une cuiller à café, et de les laisser séjourner pendant cinq minutes. On laisse ensuite le liquide s'écouler, on sèche soigneusement le conduit auditif avec une petite compresse fine, et on le bouche à l'aide de charpie molle. Avant de procéder aux instillations, il faut d'ailleurs toujours nettoyer les parties comme je l'ai dit plus haut; ces deux opérations devraient être répétées deux ou trois fois par jour si la suppuration était très-abondante.

Il arrive souvent, pendant que l'on emploie ces moyens, que la membrane celluleuse du conduit auditif s'enflamme; l'entrée de ce conduit, et surtout le tragus, se gonflent alors, et les malades y éprouvent une douleur assez vive à la pression et pendant les mouvements de la mâchoire inférieure. Cet accident n'est pas sous la dépendance directe de l'affection principale; il se produit lorsque les parties sont souvent mouillées. Il faut alors suspendre les injections et les instillations sous peine d'aggraver considérablement l'inflammation douloureuse du conduit auditif, et se contenter des instillations huileuses et du nettoyage à l'aide du pinceau. La complication dont il s'agit cède d'ailleurs toujours en quelques jours à des cataplasmes émollients appliqués jour et nuit sans interruption. On reprend alors le traitement que j'ai détaillé plus haut. Toutefois, dans les cas où l'inflammation du conduit auditif tend à récidiver, on substituera avec avantage aux solutions de sulfate de zinc ou d'acétate de plomb une eau sulfureuse ou une solution de 0,10 à 0,30 grammes de sulfate de potasse dans 30 grammes d'eau.

Sous l'influence de ces moyens, la rougeur inflammatoire, l'écoulement, les tintements d'oreille et la surdité diminuent, la membrane du tympan reprend sa concavité, sa transparence et son éclat habituels, la perforation se cicatrise sans laisser de trace; enfin, signe certain d'une guérison complète, la sécrétion du cérumen normal se rétablit.

Dans les cas où l'inflammation se propage au tissu cellulaire de l'apophyse mastoïde, il est inutile de recourir aux sangsues; il suffit d'appliquer jour et nuit des cataplasmes émollients sur la région. L'abcès qui se forme sera ensuite ouvert avec le bistouri, et on continuera à appliquer des cataplasmes. La cicatrisation se fait en quelques jours, et l'affection primitive se trouve généralement modifiée avantageusement par cet épisode.

Il est beaucoup plus difficile de triompher de l'irritation inflammatoire des méninges et du cerveau, qui passe très-volontiers à la suppuration. Cette complication exige une ou plusieurs applications d'un grand nombre de sangsues derrière les oreilles et à l'occiput. Quand les piqûres ont assez saigné, on couvre l'occiput de glace, qui doit rester en place jour et nuit tant que le malade éprouvera une pression douloureuse et de la pesanteur dans la tête, de la somnolence, et tant que la percussion du crâne produira un ébranlement douloureux. Si l'écoulement avait notablement diminué, il est indispensable d'appliquer en même temps des cataplasmes émollients et tièdes sur l'oreille.

Les dyscrasies que nous avons citées plus haut comme pouvant s'opposer à la guérison de l'inflammation, seront traitées suivant les prescriptions de la thérapeutique spéciale; il suffit le plus souvent de les

---

à peine ce que l'on offre aux mercenaires, aux individus les plus bas placés dans la hiérarchie sociale (1)?

Il faut bien qu'on le sache : cette exploitation du médecin par la société, de quelque prétexte qu'on la colore, aggravée pour lui de l'immobilité du tarif des soins médicaux en province, doit avoir pour résultat final — et cela au détriment de tous — la décadence de notre profession. « Les hommes qui se sentent forts, dit un publiciste éminent, s'éloignent de services mal récompensés. Ceux qui y entrent n'y apportent que le découragement. » (Vivien, ÉTUDE ADMINISTR.)

Voyons donc si les difficultés financières sont aussi grandes qu'on le suppose.

M. Andrieux estime qu'il suffirait d'un médecin par canton ou par circonscription médicale équivalente. Je crois cette estimation un peu faible, et je pense que ce ne serait pas trop de deux en moyenne, bien qu'un seul médecin puisse suffire dans les cantons qui ont pour chef-lieu des villes populeuses où la médecine charitable est déjà organisée. Soit enfin en nombre rond, pour 2,400 cantons, 4,800,000 fr., si l'on porte le traitement fixe des médecins à 1,000 fr.; plus 200,000 fr. pour 86 inspecteurs à 2,500 fr.; en tout 5 millions, auxquels on devra ajouter 50 fr. en moyenne, par commune, pour fourniture de médicaments et de matériel : soit pour 30,000 communes (1), en nombre rond, 1,500,000 fr., allocation certainement suffisante, si l'on considère surtout qu'elle ne serait applicable qu'aux localités où les ressources des bureaux de charité ne suffiraient pas. Le département de la Meurthe n'alloue, pour cet objet, que 50 fr. par an, *par circonscription médicale* comprenant de 6 à 18 communes. M. Hubert-Valleroux porte à près du double la somme nécessaire à l'organisation générale de la médecine cantonale, sans compter l'achat des médicaments, qu'il estime devoir coûter peut-être autant. Mais d'abord il élève le traitement des médecins à 1,200 fr.; ensuite il leur adjoint des sages-femmes, au besoin garde-malades, payées à raison de 600 f. par an. Sans doute ce seraient là d'utiles auxiliaires pour le médecin et pour la classe indigente; mais, en l'état actuel des choses, il serait difficile de trouver dans les campagnes un personnel suffisant pour ces fonctions, et trop demander serait le moyen de ne rien obtenir. Quant au traitement du médecin, je ferai observer qu'un fixe de 1,000 fr. serait déjà une amélioration notable sur ce qui existe dans plusieurs départements, et que d'ailleurs il serait facile d'améliorer encore cette position en reversant sur les médecins cantonaux une partie des allocations afférentes aux diverses branches de la

(1) Ainsi tel médecin cantonal a reçu, dans un de nos départements, une somme annuelle de 300 fr. pour visiter dix à vingt communes, distantes de 5 à 20 kilomètres, et faire dans l'année deux à trois mille visites!! (*Historique.*)

(1) En réalité 36,819 communes; mais il faut déduire les communes urbaines, déjà pourvues d'établissements charitables ou de médecins stipendiés.

guérir pour faire cesser l'affection locale, même sans employer aucun topique. Quand il n'en est pas ainsi, on agira localement, comme dans les cas ordinaires, tout en continuant le traitement général.

L'inflammation aiguë de la membrane du tympan qui survient dans le cours d'un exanthème aigu, demande beaucoup d'attention; un traitement énergique ne convient pas à cette forme. On devra, à la première apparition des douleurs, faire plusieurs instillations huileuses par jour et nettoyer avec beaucoup de précaution le conduit auditif à l'aide du pinceau. On fera en outre des frictions répétées avec la pommade stibiée dès que l'état de la peau le permettra.

(Le mémoire de M. Kramer se termine par le résumé de treize observations relatives à l'affection décrite dans cet article. Nous ne reproduisons pas ces observations, qui n'ajoutent aucun élément nouveau à l'histoire de la maladie.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LA DYSSENTERIE ÉPIDÉMIQUE ET SUR SON TRAITEMENT; par le docteur PIEDVACHE, médecin de l'hôpital de Dinan, médecin des épidémies, lauréat de l'Académie de médecine, etc. (Mémoire lu à l'Académie de médecine le 16 février 1858, et honoré d'une médaille d'argent.)

(Suite et fin. — Voir les nos 13 et 16.)

TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE ÉPIDÉMIQUE.

L'observation apprend cependant que les purgatifs sont impuissants pour enrayer à leur début toutes les dyssenteries. Je les ai toujours vus produire une rémission dans les symptômes; mais cette rémission n'est souvent que passagère, et la maladie n'en poursuit pas moins sa marche accoutumée. Il serait donc à désirer que l'art possédât un autre moyen d'action.

La dyssenterie offre les plus grandes analogies avec un certain nombre d'autres inflammations des membranes muqueuses, qui, comme elle, ont quelque chose de spécial et dont le caractère commun est de régner épidémiquement, de se déclarer sans qu'on puisse en attribuer l'invasion à aucune cause extérieure appréciable à nos sens, de résister d'une manière remarquable au traitement ordinaire des inflammations, à la méthode qu'on appelle proprement antiphlogistique. Cela n'est pas nouveau. J.-B. Frank (DE CURANDIS HOMINUM MORBIS EPITOME, DE PROLUVIIS, p. 125 et 126) insiste fort longuement sur les caractères qui, malgré la différence de siége, rapprochent la dyssenterie de l'angine maligne sous le rapport des causes, des symptômes et des lésions anatomiques. Ce sont sans doute des considérations de ce genre qui ont suggéré l'idée de l'attaquer en mettant directement en contact avec les surfaces malades quelque puissant modificateur. Les lavements avec l'acétate de plomb, l'alun, le nitrate d'argent, l'iodure de potassium, ont été vantés; mais je ne connais aucune série d'observations ayant pour but de les présenter comme méthode réellement abortive de la dyssenterie épidémique. C'est ce travail que j'ai essayé de faire. J'ai employé l'acétate de plomb et l'alun, et j'ai pu reconnaître qu'ils ont une action réelle et bien puissante; mais l'application de cette méthode présente des difficultés que l'on peut surmonter, mais qu'il ne faut point dissimuler.

Et d'abord, les lavements sont difficilement supportés dans la dyssenterie. La distension de l'intestin enflammé, même par une petite quantité de liquide, sollicite promptement ses contractions, et le lavement est expulsé, souvent presque aussitôt. Il est rare qu'il puisse être conservé plus de cinq ou de dix minutes.

Dans beaucoup de cas graves, dans ceux où une action énergique serait le plus nécessaire, le malade perd promptement la faculté de conserver les lavements, le relâchement du sphincter rendant impossible tout séjour du liquide injecté. On rencontre encore certaines difficultés tenant à l'épidémie; j'aurai à revenir bientôt sur ce sujet. Mais elles ne sont pas plus grandes que celles que présente, dans les angines de mauvais caractère, le traitement local employé par tous les médecins.

J'ai plusieurs fois entendu émettre la crainte que des lavements avec 5, 10 ou 15 grammes d'acétate de plomb liquide, que j'ai souvent prescrits, ne produisissent, par leur absorption, un véritable empoisonnement. Les faits m'ont prouvé leur innocuité; la courte durée du séjour du lavement, le peu de puissance d'absorption d'une surface enflammée, en donnent facilement la raison; les cas analogues sont nombreux. Il n'en faut pas moins surveiller leur administration.

J'ai ordinairement prescrit 10 ou 15 grammes de sous-acétate de plomb liquide (extrait de Saturne) dans 150 grammes d'eau tiède. Les lavements ont été répétés quatre fois dans les vingt-quatre heures. J'ai, d'autres fois, fait dissoudre 5 ou 8 grammes d'alun dans la même quantité d'eau. L'alun a produit quelquefois à l'anus un sentiment de cuisson pénible. L'association de l'opium, que j'ai tentée dans le but de faire mieux supporter le lavement, ne m'a paru avoir aucun effet.

Les observations suivantes peuvent faire apprécier l'influence que ces lavements exercent sur la dyssenterie.

OBS. V. — Une domestique de 42 ans, bien réglée, ayant eu, quelques semaines auparavant, un embarras gastrique qui demanda l'emploi d'un purgatif, est allée, le 4 septembre 1857, à trois lieues de Dinan, dans une commune où sévissait la dyssenterie. Elle y coucha et revint le lendemain.

Le 6, elle est prise subitement de violentes douleurs de tête, de vomissements, de coliques. Selles nombreuses, sanguinolentes.

Le 7, dans l'après-midi, vingt-quatre heures après l'invasion, la face est colorée, le pouls plein, fréquent (100 pulsations). Les coliques sont toujours vives; les selles se renouvellent toutes les heures, précédées d'un redoublement de coliques. Les évacuations sont uniquement formées de mucosités, avec des stries de sang, sans matières stercorales. Le ventre est indolent à la pression, sans gonflement appréciable; la langue recouverte d'un enduit blanchâtre. Inappétence, soif modérée. (Huile de ricin, 45 grammes; lavement avec 15 grammes d'extrait de Saturne dans un verre d'eau tiède.)

Le 8, au matin, il y a eu, dans la nuit, huit selles contenant des matières stercorales mêlées de mucosités sanguinolentes. La céphalalgie persiste; les coliques sont moins fortes, le pouls moins fréquent, moins plein. (Limonade de pommes pour boisson; diète; quatre lavements avec 15 grammes d'extrait de Saturne.)

---

médecine publique, comme le service des épidémies, de la vaccine, les rapports de médecine légale, l'inspection des enfants trouvés assistés, etc. Quant aux frais de médicaments, ils sont de beaucoup moindres que ne le suppose notre honorable confrère, si l'on en élague surtout le luxe thérapeutique en usage dans les villes, mais qui ne profite qu'aux pharmaciens, et que l'on s'en tienne à ce petit nombre de remèdes éprouvés, simples et vraiment efficaces, que le praticien industrieux trouve si souvent sous sa main à la campagne. J'ai dit enfin par quels motifs une allocation de 1,500,000 fr. peut être regardée comme bien suffisante pour cet objet. Quant au vin, au bouillon et autres adjuvants de ce genre, si utiles dans la médecine des pauvres, ce qui ne pourrait être fourni sur le crédit alloué se trouverait généralement chez les habitants aisés de la commune, qui font volontiers exception, sous ce rapport, à leurs habitudes parcimonieuses.

Maintenant, si de cette somme de *six millions et demi*, qu'on peut regarder comme nécessaire pour combler ce gouffre béant de la misère abandonnée dans les campagnes, on distrait *une partie* des frais qu'absorbent déjà les épidémies, la vaccine, l'inspection des enfants trouvés, etc. (1) : si l'on réfléchit que les départements et les communes partageraient avec l'État le poids de cet impôt; si l'on calcule ce que la société gagnerait à prévenir ou à combattre dans leurs causes ces épidémies, ces endémies qui font tant d'infirmes, tant de veuves et d'orphelins auxquels elle doit assistance; si l'on considère, en un mot, qu'on diminue le budget de la misère de tout ce que l'on répand en secours intelligents, de tout ce que l'on organise en mesures préventives, on comprendra qu'il s'agit en réalité d'une dépense bien moindre que celle dont je viens de présenter l'évaluation brute. Or je déclare ne pas croire, pour mon compte, à l'impossibilité de demander cette somme à un budget de deux milliards. Le gouvernement impérial nous a prouvé qu'il ne marchande pas quand il s'agit de ces grandes institutions destinées à améliorer la position des classes malheureuses.

Bien que ne présentant qu'un tableau méthodique des travaux accomplis par les médecins cantonaux dans le département de la Meurthe, les *rapports* publiés annuellement par M. le docteur Edmond Simonin n'en ont pas moins un intérêt général : d'abord, parce qu'ils offrent le modèle d'une bonne classification de la matière, et d'une statistique nosologique qui, étendue à tout le territoire, fournirait une base sûre à la géographie médicale; ensuite, parce qu'ils prouvent ce que peut, même avec les plus faibles ressources, une administration animée de bonnes intentions et s'inspirant des conseils d'hommes éclairés, toutes les fois qu'elle fait appel au zèle du corps médical. Ici comme en beaucoup d'autres choses, agir vaut mieux que discuter, et marcher sera toujours le meilleur argument à opposer à ceux qui nient le mouvement. Toutefois, je me permettrai de demander à l'éminent confrère placé à la tête de ce service, s'il est bien certain que l'existence viagère de la médecine cantonale puisse, dans les conditions qui lui sont faites, résister, là comme ailleurs, à un changement de personnes, ou à la lassitude des méde-

(1) Je dis *une partie* en admettant que le reste aille grossir le traitement éventuel des médecins cantonaux.

Le soir, trois lavements ont été pris; le dernier n'a amené que quelques mucosités blanchâtres. Il n'y a plus de coliques.

Le 9, point de selles dans la nuit; pas de coliques. Pouls normal; inappétence. (Limonade; deux lavements *ut suprà;* une panade.)

Le 10, sommeil toute la nuit. Point de douleurs. La malade n'éprouve qu'un sentiment de faiblesse; elle se lève quelques heures. (Limonade; potages maigres.)

Le 11, convalescence. Elle commence à reprendre quelques occupations dans la maison.

Obs. VI. — Cunin, militaire, d'une forte constitution, âgé de 25 ans, a été pris, le 6 septembre 1857, de coliques qui, d'abord faibles, sont devenues graduellement plus vives. Il était alors à Avranches, et n'en a pas moins continué sa route.

Le 7, il eut quelques vomissements, alla à la selle sept ou huit fois et rendit des matières sanguinolentes non stercorales très-peu abondantes.

Son état paraît être resté stationnaire les jours suivants. Il marcha encore, mais très-péniblement.

Arrivé à Dinan le 10 au soir, il entra à l'hôpital.

Le 11, au matin, il se plaint de douleurs dans le ventre. Il est allé à la selle douze fois dans la nuit; il a en outre fait souvent des efforts sans résultat. Toutes ces évacuations équivalent à quelques cuillerées seulement; elles sont épaisses, peu sanguinolentes, formées de matières muqueuses, avec des grumeaux et des flocons blanchâtres. Point de céphalalgie, sentiment de malaise, faiblesse très-prononcée. Pouls normal. (Huile de ricin, 45 grammes; quatre lavements avec acétate de plomb liquide, 15 grammes, et eau, 150 grammes; limonade tartrique; diète.)

Le soir, amélioration; quatre selles formées de matières stercorales et de mucosités, sans mélange de sang.

Le 12, pas de selles dans la nuit; un peu d'appétit. (Deux lavements *ut suprà;* panade le matin, un œuf le soir.)

Le 13, l'amélioration persiste. Il y a une selle dans la nuit; elle est formée de deux cuillerées environ d'un liquide très-écumeux, tenant en suspension des mucosités avec quelques stries de sang. (Deux lavements; deux panades.)

Le 14, pas de selle; ni fièvre ni douleur quelconque; appétit. (Quart le matin, bouillie le soir. On ne reviendra aux lavements que s'il y a des selles dysentériques.)

Le 15, Cunin est en pleine convalescence. (Demi-portion matin et soir.)

La convalescence ne s'est pas démentie depuis, et ce militaire a quitté l'hôpital dans un état de santé parfaite.

Obs. VII. — La veuve Lehoux, âgée de 40 ans environ, habitant à Dinan la rue du Faubourg-Saint Malo, a commencé à ressentir des coliques le 8 septembre 1857. Selles fréquentes, diarrhéiques.

Cet état continue jusqu'au 12. Ce jour, les douleurs du ventre deviennent beaucoup plus fortes; la malade remarque qu'elle a du sang dans ses selles. (Huile de ricin, 40 grammes.)

Le 13, au matin, les coliques ont diminué, mais sont encore très-vives. Il y a eu sept selles dans la nuit; matières peu abondantes entièrement composées de fausses membranes caractéristiques, avec des mucosités et du sang noyant dans de la sérosité. Sentiment de faiblesse très-grande; céphalalgie vive. Pouls très-faible, peu fréquent; inappétence. (Quatre lavements avec 15 grammes d'extrait de Saturne; diète.)

Le soir, point de douleurs. Trois lavements ont été pris et ont amené un liquide blanchâtre avec des grumeaux, sans trace de sang. Pas d'autre selle.

Le 14, un vomissement dans la nuit; inappétence; pas de soif; pas de coliques. Deux selles formées de matières stercorales brunâtres, avec quelques grumeaux blanchâtres et des stries de sang. (Deux lavements avec l'acétate de plomb; tisane de riz; limonade de pommes.)

Le 15, deux selles diarrhéiques dans la nuit, une le matin. Ni fièvre, ni douleur; sentiment de faiblesse; un peu d'appétit. (Une panade; limonade de pommes.)

Le 16, convalescence. Je cesse mes visites.

Le 19, la veuve Lehoux vient me trouver dans mon cabinet. Elle se trouve bien; elle a de l'appétit. Elle se sent encore faible et éprouve, par intervalles, des douleurs vagues dans le ventre et dans la région lombaire. Les selles sont à l'état normal.

Chez ces trois malades, le succès a été prompt. Dès le premier jour de traitement, il y a eu une amélioration très-manifeste, et deux ou trois jours ont suffi pour la guérison. Cette promptitude démontre l'efficacité de la médication. On ne peut, à la vérité, l'espérer que dans les cas qui, comme ceux que j'ai cités, ne présentent pas une grande intensité. Dans ceux qui ont une plus grande gravité, le succès ne peut être obtenu avec la même rapidité: il faut insister plusieurs jours sur l'emploi des lavements, souvent leur associer d'autres moyens; mais leur effet n'en est pas moins évident. Je citerai comme exemple l'observation suivante.

Obs. VIII. — Mérienne, tisserand, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, habitant aussi, rue Saint-Malo, une maison humide, ressentit, le 20 septembre 1857, des douleurs de ventre fort légères accompagnées de selles diarrhéiques.

Le 21, l'état resta le même, et le travail ne fut pas interrompu.

Le 22, les douleurs devinrent plus violentes, les selles plus fréquentes et formées de matières liquides, très-sanguinolentes, sans excréments. Diminution de l'appétit. Il n'y a qu'un léger sentiment de faiblesse, et il travailla encore le matin.

Le soir, il prit 45 grammes d'huile de ricin.

Le 23, les coliques ne sont fortes que lorsque le besoin d'aller à la selle se fait sentir. Il y a eu dans la nuit vingt évacuations; elles sont formées de matières fécales avec de nombreux flocons blanchâtres et quelques stries de sang. Le malade est plus faible qu'hier; le pouls plus fréquent et plus plein, 95 pulsations. Inappétence. (Trois lavements avec 15 grammes d'acétate de plomb; tisane d'orge; limonade de pommes; diète.)

Le 24, au matin, coliques plus vives, selles plus fréquentes (cinq au moins par heure). Les matières évacuées sont très-liquides et en grande partie formées de mucosités sanguinolentes, sans mélange d'excréments. Douleur à l'estomac; quelques nausées; abattement. Pouls un peu plus fréquent que la veille, toujours plein. Peau chaude et sèche. (Saignée de 350 grammes; sel d'Epsum, 40 grammes.)

Le soir, les douleurs sont moindres. Les selles sont diarrhéiques, avec quelques mucosités sanguinolentes seulement, nullement sanguinolentes. La faiblesse est encore plus prononcée. (Deux lavements avec 8 grammes d'alun à prendre dans la nuit.)

Le 25, au matin, le premier lavement n'a pu être conservé. Deux heures après, on en a administré un autre, et comme le malade se plaignait d'être forcé de le rendre presque aussitôt, sa femme appliqua sur l'anus un tampon de linge et l'y maintint pendant quelques minutes. Un second lavement a été pris le matin avec les mêmes précautions.

Mérienne dit être mieux, surtout depuis le dernier lavement. Il n'y a plus de coliques qu'au moment des selles: il y en a eu dix dans la nuit. Le produit des évacuations est liquide, brunâtre, formé de mucosités colorées par un peu de sang et de matières fécales en peu de quantité, mêlées de quelques fausses membranes. Le pouls est normal, la peau humide et moite. (Trois

---

cins qui auront, dans un premier élan de zèle, accepté d'aussi onéreux devoirs? Pour qu'une telle institution ait quelque vitalité, il faut que chacun y trouve ce qu'il est en droit d'en attendre: du côté des populations rurales, des secours médicaux suffisants, et assez prompts pour être efficaces; du côté des médecins, une rémunération équitable de leur concours. Or si la première partie de ce programme laisse peu à désirer dans le département de la Meurthe, en est-il de même de la seconde? Qu'en semble à l'honorable inspecteur du service?

Dr C. Saucerotte.

CADRE DU CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE DE TERRE.

Art. 1. Le cadre du corps de santé de l'armée de terre est fixé ainsi qu'il suit:

Médecins. — Inspecteurs, 7; principaux de première classe, 40; principaux de deuxième classe, 40; majors de première classe, 260; majors de deuxième classe, 300; aides-majors de première classe, 400; aides-majors de deuxième classe, 100; total, 1,147.

Pharmaciens. — Inspecteur, 1; principaux de première classe, 5; principaux de deuxième classe, 5; majors de première classe, 36; majors de deuxième classe, 42; aides-majors de première classe, 55; aides-majors de deuxième classe, 15; total, 159.

Art. 2. Les médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe passeront à la première classe après deux années de services effectifs.

Art. 3. Il y aura à l'avenir dans chaque régiment à trois bataillons et dans les corps d'un effectif équivalent:

1 médecin major de première classe; un médecin major de deuxième classe; 1 médecin aide-major.

Art. 4. La solde des médecins et pharmaciens est fixée conformément au tarif ci-joint.

Art. 5. Les médecins et pharmaciens aides-majors de première classe aujourd'hui en possession d'une solde supérieure à celle du tarif ci-annexé, resteront en possession de cette solde, dans les diverses positions, jusqu'à leur promotion au grade supérieur.

Art. 6. Toutes dispositions antérieures qui ne sont pas modifiées par le présent décret sont et demeurent maintenues.

Art. 7. Le ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Tarif de la solde de présence et de l'indemnité de logement sur pied de paix.

Médecins et pharmaciens.	Solde.	Indemnité de logement.
Inspecteurs	10,000 fr.	1,200 fr.
Principaux de première classe.	6,250	960
Principaux de deuxième classe	5,300	849
Majors de première classe	4,500	720
Majors de deuxième classe.	2,950	360
Aides-majors de première classe . . .	2,000	360
Aides-majors de deuxième classe. . .	1,800	360

lavements aluminés dans la journée; potion avec 30 gouttes de laudanum de Sydenham à prendre par cuillerées.)

Le soir amélioration; selles peu nombreuses, composées de mucosités à peine colorées et de quelques matières fécales.

Le 26 au matin, il n'y a eu que quatre selles dans la nuit; pas de douleurs. (Trois lavements, même potion.)

Le soir, il n'y a eu de selles que pour rendre les lavements. Elles sont toujours dyssentériques.

Le 27, une selle seulement dans la nuit: mucosités à peine colorées, mêlées à quelques débris pseudo-membraneux; nulle douleur; appétit; état général bon. (Une panade.)

Le 28, l'amélioration persiste. Il n'y a eu qu'une selle depuis hier; sentiment de cuisson et de pesanteur à l'anus. (Suspendre les lavements; une panade, une soupe au lait.)

Le 29, il y a eu deux selles hier, une autre cette nuit; elles contiennent encore quelques fragments de fausses membranes. (Un lavement aluminé si le malade a d'autres évacuations du même genre.)

Le 1er octobre, on n'a pas eu recours au lavement aluminé. Le malade est levé. Il y a encore quelques coliques légères et quelques évacuations muqueuses. L'état général est très-satisfaisant. (Lavements d'eau de son; régime maigre.)

Le 2, convalescence. Mérienne sort et se promène.

Dans le cas suivant, les effets des lavements ne sont pas plus douteux. Je ferai observer que cette dyssenterie s'annonçait comme très-grave. Le premier jour du traitement, les lavements avec l'acétate de plomb sans purgation préalable n'amenèrent aucune amélioration; quelques symptômes même prirent plus d'intensité. Le deuxième jour après l'administration de l'ipéca, qui fit disparaître les nausées, les lavements avec l'alun produisirent, dès le lendemain, une diminution notable de la maladie, et au bout de quatre jours la convalescence commença. Je ne puis l'attribuer à la potion avec 30 gouttes de laudanum, que j'ai tant de fois prescrite sans résultat aucun. Toutes les dyssenteries de cette violence, que j'ai traitées par les opiacés, et qui ont guéri, ont une durée de quinze à vingt jours au moins.

Obs. IX. — La femme Nicolas, maigre, constitution nerveuse, âgée de 40 ans, se trouvait, le 27 septembre 1857, à Hédiliac, où régnait la dyssenterie. Elle fut prise de coliques avec selles fréquentes, diarrhéiques.

Le 25, son état s'aggrava, et le 26 elle eut environ trente selles dans la journée; les souffrances furent plus vives. Elle revint à Dinan (six lieues), et malgré d'épais vêtements, elle eut pendant le voyage des frissons continuels.

Le 27, au matin, coliques très-fortes, surtout avant les évacuations, qui sont très-pénibles: il y en a eu plus de trente dans le courant de la nuit. Les matières sont peu abondantes: ce sont des fausses membranes et des mucosités, nageant dans une sérosité claire avec quelques stries de sang. Langue couverte d'un léger enduit blanchâtre; quelques nausées avec douleurs épigastriques; point de tension du ventre; pouls faible, petit, fréquent (cent pulsations environ). (Prescription: diète, eau de riz, limonade de pommes, deux lavements avec 15 grammes d'acétate de plomb.)

Le soir, les douleurs sont toujours très-vives. Vingt selles dans l'après-midi, les unes peu sanguinolentes, les autres blanchâtres. Légère diminution de la fréquence du pouls. Pas de symptômes gastriques. (Un lavement ce soir, un demain matin.)

Le 28, au matin, coliques aussi vives. Vingt-quatre selles pendant la nuit. Ce sont des mucosités blanchâtres et des fausses membranes grisâtres nageant dans une sérosité citrine avec des stries de sang. Pouls faible, très-peu fréquent; chaleur normale de la peau; sentiment de grande faiblesse; nausées fréquentes qui, pendant toute la nuit, ont beaucoup fatigué la malade. Enduit blanchâtre de la langue plus épais. (Ipéca, 2 grammes en trois doses, à prendre immédiatement; puis, dans la journée, quatre lavements avec 8 grammes d'alun.)

Le soir, les vomissements ont été bilieux, nombreux et fort pénibles. Il n'y a eu, depuis, que quelques nausées très-légères. Il y a eu dans la journée un peu moins de deux selles par heure en moyenne, entre les deux derniers lavements, il n'y en a eu qu'une. Il y avait, dans quelques-unes, un peu de matières fécales. Le pouls a encore perdu de sa fréquence et l'abattement est moins prononcé.

Le 29, les lavements ne sont gardés que parce que la malade emploie toute son énergie pour en venir à bout. Elle a remarqué que les évacuations qui suivent leur administration ne sont pas sanguinolentes; ce n'est qu'au bout de quelque temps que le sang reparait. Vingt et une selles dans la nuit. Pouls sans fréquence, toujours très-faible. Grande dépression des forces. Pas de symptômes bilieux. (Trois lavements aluminés; potion avec 30 gouttes de laudanum, à prendre par cuillerées.)

Le 30, la malade n'a eu que quatre selles pendant la nuit; elles présentent les mêmes caractères, et, comme la veille, contiennent quelques matières fécales. L'état général est plus satisfaisant. Les lavements ne sont gardés qu'avec peine et moins longtemps. (Un lavement aluminé.)

Le soir, quatre selles dans le courant de la journée. Le lavement a été gardé avec plus de peine encore, et suivi de coliques et de douleurs très-vives dans le rectum.

1er octobre. Une selle dans la nuit, deux dans la matinée. Elles sont formées de matières fécales assez consistantes, verdâtres, nageant dans de la sérosité légèrement rougeâtre; au fond du vase, il y a des mucosités jaunâtres, floconneuses, et très-peu de débris pseudo-membraneux. Le pouls est à l'état normal; la prostration des forces est encore assez considérable. La bouche est un peu amère; un peu d'appétit. (Un potage aux herbes; suspendre les lavements; mêmes boissons.)

Le 4, les douleurs sont nulles. L'état général est bon. Il n'a que quatre ou cinq selles dans les vingt-quatre heures; elles contiennent encore des mucosités et quelques fausses membranes, avec des matières fécales; point de sang. (Aliments féculents.)

Le 6, deux selles stercorales en vingt-quatre heures; point de souffrance, peu d'appétit; sentiment de faiblesse.

La convalescence a continué sans accidents.

Il serait difficile de trouver une action thérapeutique plus évidente que l'a été, dans ces cinq observations, celle des lavements avec l'acétate de plomb ou l'alun. Je pourrais en citer plusieurs autres; mais elles suffisent pour montrer que, comme beaucoup de conjonctivites et d'angines, la dyssenterie peut être attaquée avec succès par les moyens que l'on appelle substitutifs, d'après l'idée que l'on se fait de leur mode d'action. Je n'ai point fait d'observations comparatives pour rechercher lequel mérite la préférence: l'extrait de Saturne ou l'alun. Le dernier produit certainement une irritation plus vive de l'intestin. Le nitrate d'argent remplirait sans doute la même indication, et peut-être même mieux. Je ne pouvais disposer d'instruments convenables pour son administration.

Les faits que j'ai rapportés se sont passés à Dinan, où il y avait très-peu de dyssenteries et où la plupart venaient du dehors. J'ai dû les citer de préférence, parce que, ailleurs, je ne pouvais recueillir des observations avec les mêmes détails. Elles ont été rédigées sous mes yeux au lit des malades, par mon fils, étudiant en médecine. Mais il me reste à prouver, qu'au milieu de l'épidémie, les effets thérapeutiques ont été les mêmes, car personne n'ignore qu'une maladie épidémique est en général moins rebelle en dehors du foyer où elle a pris naissance. En outre, au milieu de l'épidémie, il arrive très-souvent que l'éloignement du médecin, la dispersion des malades, l'incurie et l'incapacité de ceux qui les entourent rendent difficile l'emploi d'une médication qui ne peut avoir de succès que si elle est appliquée à l'époque la plus rapprochée qu'il est possible de l'invasion de la maladie, et si elle est suivie avec intelligence et persévérance. Ces conditions, qui m'avaient manqué dans plusieurs épidémies précédentes, j'ai pu heureusement les trouver réunies dans un des lieux même où commença la dyssenterie de 1857, et où elle attaqua le plus de personnes.

Lorsqu'elle se déclara à Saint-Mandez, la petite communauté des sœurs du Saint-Esprit de Lalaudec avait pour supérieure la sœur Saint-Martin, femme pleine de zèle et d'intelligence, habituée pendant longtemps à un service hospitalier à l'hôpital de Quimper, dont elle est depuis devenue supérieure. Elle se mit entièrement sous ma direction, et pendant toute la durée de l'épidémie, elle ne manqua jamais de visiter plusieurs fois chaque jour les malades de ces deux communes, de leur porter et d'administrer elle-même les remèdes, suivant en tout mes instructions et réclamant ma présence dès qu'il survenait quelque chose de grave ou d'insolite. Sur une population de 712 habitants, 176 furent atteints assez fortement pour s'aliter, et 298 ressentirent l'influence de l'épidémie et reçurent des soins. Il y eut 17 morts. 3 malades avaient succombé avant ma première visite, le 26 août; les autres furent presque exclusivement des enfants et des vieillards. En comptant tous les décès et en négligeant les 122 malades qui ne s'alitèrent pas et dont plusieurs cependant auraient sans aucun doute été pris plus gravement s'ils n'avaient pas subi un traitement convenable dès le début, la mortalité a donc été de 1 sur 10 environ.

A Corseul, commune voisine beaucoup plus riche, où les mêmes soins ne furent point donnés, le nombre des malades fut moindre relativement: 535 sur une population de 3,234; mais il y avait 110 morts le 1er novembre, et 20 succombèrent dans le cours de ce mois sans qu'il y eût de nouveaux cas.

Ainsi, en comparant ces deux localités, on trouve, dans la première, 1 malade sur 4 habitants, 1 décès sur 10 malades environ (0,096), 1 décès sur 44 habitants.

Et à Corseul, 1 malade sur 6 habitants, presque 1 décès sur 4 malades (0,242), et 1 décès sur 25 habitants.

La mortalité a légèrement dépassé 1/5 dans le canton de Jugon, contigu au canton de Plelan-le-Petit, où sont situées les deux communes de Saint-Mandez et de Lalaudec. Elle y a été de 0,209. Dans quelques lieux où il y a eu, à la vérité, peu de malades, elle a atteint des proportions bien plus fortes. A Caulnes, elle a été de 0,418, et à Notre-Dame-de-Guildo, à l'autre extrémité de l'arrondissement, de 0,427.

J'ai déjà dit que la proportion de 1/5 a été la proportion générale

dans l'épidémie. Une diminution de moitié, obtenue dans les points mêmes où le nombre des malades a été le plus considérable relativement à la population, ne peut être attribuée qu'au mode de traitement. Cela me paraît de toute évidence. Je termine en citant, comme exemples, deux observations prises au milieu même de l'épidémie.

Obs. X. — Le 15 septembre, je visitai, à Lalandec, Dutertre, cultivateur, âgé de 34 ans. Il est malade depuis trois jours. Il a été saigné le premier jour, purgé le lendemain avec le sulfate de soude. Des vomissements qui avaient signalé le début de la maladie ont cessé. Il a de la prostration; les selles se répètent toutes les demi-heures, précédées de coliques; elles sont muqueuses, fortement sanguinolentes, sans matières fécales. La langue est humide, couverte d'un enduit blanchâtre. Le pouls est très-faible, légèrement fréquent; la chaleur de la peau est un peu diminuée. L'administration des lavements avec l'acétate de plomb a été commencée dans la journée. Je prescris de la continuer sans autre traitement que l'eau de riz et une limonade pour boisson; diète.)

Le 20, je trouvai mon malade revenant de la grand'messe. Depuis deux jours il ne souffrait plus, et il se proposait de reprendre ses occupations le lendemain.

Obs. XI. — Le 20 septembre, je visitai, dans la même commune, Doli, fermier, âgé de 38 ans. Il est malade depuis quatre jours. C'est un homme d'une bonne constitution. Il a été saigné le premier jour; le second, on l'a purgé avec l'huile de ricin; avec le sel d'Epsom le troisième. Des vomissements sont survenus et ont donné de l'inquiétude. L'abattement est très-prononcé. Les selles sont très-fréquentes, dyssentériques. Inappétence complète; peu de soif. Coliques vives avant les évacuations. Pouls très-petit, peu fréquent. (Quatre lavements par jour, avec 15 grammes d'acétate de plomb.) Un fut donné en ma présence et gardé pendant dix minutes.

Deux jours plus tard, j'appris que Doli n'avait plus que de rares selles diarrhéiques, et qu'on avait pu lui permettre quelques aliments.

La convalescence a été prompte.

Je n'ajouterai rien de plus. Je n'ai eu à proposer aucun remède nouveau contre la dyssenterie; mais j'ai dû insister sur la possibilité de la guérir en quelques jours, pourvu qu'on l'attaque dès le début, et qu'après les purgatifs, s'ils sont insuffisants, on ait recours à un traitement local analogue à celui dont l'expérience a sanctionné l'utilité dans d'autres inflammations épidémiques des membranes muqueuses.

Mes observations personnelles ne m'ont bien appris qu'une seule chose relativement au traitement de la dyssenterie à ses autres périodes, c'est sa résistance à toutes les médications, la rareté des guérisons quand elle est grave, la difficulté des convalescences et la fréquence des rechutes. Tant qu'il n'y a point de matières fécales dans les selles, les laxatifs alternant avec les opiacés, suivant la méthode de Sydenham, m'ont paru le meilleur mode de traitement. J'ai obtenu, par ces moyens, quelques succès; mais ils ont été rares et ont toujours demandé beaucoup de temps. L'alimentation a toujours été fort difficile.

Dans les diarrhées subséquentes, l'opium, associé aux astringents, s'est montré le seul remède efficace, mais il doit être secondé par un régime sévère, condition indispensable de succès que l'on n'obtient souvent qu'avec beaucoup de peine. Aussi, dans la plupart des cas, une rechute après une amélioration passagère amène une terminaison funeste.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

HÉMORRHAGIES DES MÉNINGES CHEZ LES ALIÉNÉS; par le docteur GOIRE.

Nous reviendrons sur ce mémoire, dont la REVUE MÉDICALE n'a encore publié que les premières parties, lorsque nous l'aurons lu dans son entier; mais nous voulons dès aujourd'hui reproduire les idées de l'auteur sur un point d'anatomie pathologique encore en litige et qui nous semble singulièrement élucidé par la remarquable discussion à laquelle le docteur Goire le soumet.

Il s'agit du siége de l'hémorrhagie dite *extra-arachnoïdienne pariétale*, ou plutôt de son existence même; car si elle ne se produit pas entre la dure-mère et l'arachnoïde qui la tapisse, elle ne peut être qu'*intra-arachnoïdienne*, et elle rentre purement et simplement dans cette dernière catégorie.

Remarquons d'abord qu'il n'existe pas de dissidence sur le siége réel de ces petits épanchements sanguins, apparaissant sous forme de plaques ecchymotiques de petite dimension, parfois uniques, disséminés parfois en grand nombre à la surface interne de la dure-mère, qu'aucune trace d'inflammation récente ou ancienne n'accompagne, et qu'on ne peut enlever qu'en déchirant une lamelle mince et transparente qui n'est autre chose que le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Ces plaques sanguines peuvent varier d'étendue depuis quelques millimètres jusqu'à 4 ou 5 centimètres. Mais quand leur surface est plus considérable, quand elles recouvrent une portion un peu étendue de la convexité ou de la base d'une hémisphère, on leur attribue un autre siége, on les considère comme existant non plus au dehors, mais au dedans de la cavité séreuse.

On a argué de la difficulté de concevoir comment une membrane si mince et si fragile que l'arachnoïde peut, sans se rompre, être écartée de la dure-mère, et dans une étendue considérable, telle que la moitié ou la totalité de la voûte crânienne. C'est là, on ne peut le dissimuler, un fait difficile à comprendre. Le feuillet pariétal est assurément d'une ténuité extrême, et son adhérence à la dure-mère est tellement intime qu'on ne peut d'ordinaire l'en détacher que par petits lambeaux; mais qui ne sait aussi que ce que la main de l'homme ne peut faire, les lésions produites dans l'organisme le font bien souvent sous nos yeux étonnés? et dans l'espèce, si l'on reconnaît comme possible la formation sous l'arachnoïde pariétale d'une ecchymose de quelques centimètres d'étendue; si, par conséquent, le feuillet de la séreuse peut, sans se rompre, se décoller dans cette limite, pourquoi ne le pourrait-il pas dans une étendue double, triple, quadruple de celle-ci? Pourquoi plusieurs petites plaques ecchymotiques agglomérées ne pourraient-elles pas se confondre en se touchant et former de leur réunion une nappe sanguine d'une grande étendue? Nos appréciations théoriques sur les limites de résistance dont nos tissus sont capables, sont chaque jour déçues par l'évidence des faits, et la nature à tout instant en exhibant l'étendue de ses ressources, nous donne une leçon de modestie.

Mais voyons d'où peut venir le sang dans ces sortes d'hémorrhagies. La dure-mère et son feuillet séreux, dit M. Longet, ne sont pas assez riches en vaisseaux pour exhaler du sang. C'est poser justement ce qui est en question. Si les membranes séreuses n'ont à elles que très-peu de vaisseaux sanguins, ces vaisseaux sont très-nombreux autour d'elles, dit Bichat, ils rampent à leur surface externe. On n'est donc pas fondé à rejeter la réalité de l'exhalation séreuse du côté de la surface externe des séreuses. L'examen de la structure de ces membranes la démontre plus facile qu'à sa surface interne; personne ne mettant en doute la fréquence de cette dernière, l'autre ne peut avoir contre elle d'objection sérieuse.

L'opinion qui considère ces épanchements comme ayant leur siége à la face interne de l'arachnoïde pariétale, les croit circonscrits et fixés par une couche pseudomembraneuse de nouvelle formation qui d'ordinaire est prise pour la séreuse elle-même et donne lieu à l'erreur.

Il faut diviser en deux ordres les faits qui font l'objet de cette dissidence :

1° Ceux dont l'hémorrhagie est récente;

2° Ceux dans lesquels l'épanchement sanguin est de date ancienne.

L'auteur rapporte des faits observés par lui-même dans lesquels l'épanchement sanguin des méninges, signalés par des symptômes non équivoques, datait de vingt-cinq heures, neuf heures et quatre jours.

Comment donc, si le sang se fût trouvé répandu dans la cavité même de l'arachnoïde, eût-il pu se circonscrire et s'envelopper de pseudomembranes dans un aussi court espace de temps? Qu'après vingt-quatre heures, neuf heures même, il se soit trouvé circonscrit par de fausses membranes, et suspendu à la voûte du crâne ou aux régions supérieures de la base, tandis que les parties déclives n'en offraient aucune trace, cela peut bien surprendre un peu. Ensuite ce sang est arrivé là liquide sans doute, et le travail de la coagulation a dû en séparer une certaine quantité de sérosité que l'absorption a bien pu reprendre en partie, mais qui, dans l'hypothèse que je poursuis, aurait dû se trouver en certaine quantité accumulée aux parties déclives de la cavité séreuse.

Le sang exige, suppose-t-on, quelques jours pour se coaguler, cela est vraisemblable; mais la formation des pseudomembranes demande

bien davantage, et les recherches de M. Baillarger tendent à établir qu'elles ne se rencontrent pas avant le cinquième jour.

Le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde ne se trouve pas là inerte et immobile; les mouvements incessants du cerveau se communiquent aux liquides qui recouvrent cet organe, et doivent encore en retarder la coagulation: et puis, comment admettre que, sous l'empire de ce mouvement, le sang au lieu de descendre constamment aux parties les plus déclives, demeure comme suspendu aux parties supérieures, jusqu'à ce que le travail de la nature vienne l'y fixer en l'enveloppant d'une couche de fausses membranes? Et si le temps a manqué à la production de celles-ci, il faut bien reconnaître que ce fluide était aussi retenu d'une autre manière; qu'au lieu de se trouver dans la cavité séreuse, il avait son siége en dehors, et que ce qui passait pour une pseudomembrane d'enveloppe n'était autre chose que le feuillet arachnoïdien lui-même.

NOTE SUR LE GAZ CARBONIQUE COMME AGENT ANESTHÉSIQUE; par le docteur HERPIN (de Metz).

L'emploi du gaz carbonique comme agent anesthésique doit satisfaire à certaines conditions :

1° Le gaz carbonique pur ou même mélangé avec un volume égal d'air atmosphérique est irrespirable et détermine l'occlusion convulsive de la glotte et un commencement de suffocation.

2° En contact avec la muqueuse nasale, il l'irrite et la pique vivement, comme ferait l'ammoniaque.

3° Lorsqu'il est appliqué sur les yeux, il produit une sensation de brûlure si vive qu'on ne peut supporter l'action de ce gaz pendant cinq à six secondes.

Il en résulte qu'on ne peut pas inhaler le gaz carbonique pur, et qu'il faut le mélanger à une forte proportion d'air atmosphérique, que l'on doit éviter de le mettre en contact avec les yeux et les narines.

Les effets du gaz carbonique sur les animaux élevés se manifestent de deux manières très-différentes, selon que l'action se porte primitivement sur les organes respiratoires, ou bien sur le cerveau et les nerfs.

1° Lorsque le gaz carbonique est pur ou en proportion considérable dans un mélange d'air ou d'autres gaz, la suffocation a lieu très-promptement; elle est accompagnée de râle, de convulsions violentes; la bouche est écumeuse, la langue est souvent coupée par suite des mouvements convulsifs des mâchoires; les veines jugulaires sont gorgées de sang, le visage gonflé.

A l'autopsie, on trouve les poumons fortement distendus, de couleur violacée; les deux cavités du cœur, surtout la droite, sont remplies de sang.

2° Lorsque le gaz carbonique est mélangé avec une proportion considérable d'air atmosphérique (80 ou 90 p. 100), les effets anesthésiques ont lieu peu à peu, sans suffocation, sans douleur, sans perturbation apparente : ici l'action du gaz se porte plus spécialement et primitivement sur le cerveau et le système nerveux. Il y a une sorte d'apoplexie nerveuse et de paralysie. Le malade éprouve d'abord des étourdissements et des vertiges. Le pouls, qui d'abord était accéléré, diminue peu à peu de force et de fréquence. Les battements du cœur deviennent de plus en plus faibles, la respiration rare et presque imperceptible. L'insensibilité et l'anesthésie se manifestent graduellement d'une manière plus ou moins complète; le sujet peut être facilement rappelé à la vie, même après un temps assez long de mort apparente.

A l'autopsie, lorsqu'on a prolongé l'anesthésie pendant un temps assez long pour amener la mort, on trouve les vaisseaux sanguins encéphaliques fortement injectés; les poumons déprimés et flétris; les cavités du cœur contiennent peu de sang.

L'auteur pense qu'il serait convenable de produire un premier effet anesthésique avec le chloroforme; puis de continuer l'effet anesthésique au moyen du gaz carbonique, avec beaucoup d'air (80 ou 90 p. 100). De cette manière on éviterait les dangers de l'emploi du chloroforme seul, et au moyen de l'acide carbonique ainsi mélangé, on pourrait prolonger presque indéfiniment la durée de l'anesthésie, sans mettre en danger la vie du malade.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

DE LA CONTRACTION RHYTHMIQUE MUSCULAIRE INVOLONTAIRE ET DE L'ACTION MUSCULAIRE VOLONTAIRE : CONTRACTION INVOLONTAIRE RHYTHMIQUE DU COURT PÉRONIER LATÉRAL DROIT; par M. JOBERT (de Lamballe).

Un fait, curieux à plus d'un titre, m'a paru digne d'être exposé à l'Académie. Il s'agit d'une lésion musculaire qui intéresse à la fois la physiologie et la pathologie.

Chacun sera frappé de la singulière analogie qui existe entre les phénomènes purement physiques que j'ai été à même d'observer et certains tours de prestidigitation, qui ont vivement ému la curiosité publique dans ces dernières années.

Mademoiselle de X..., âgée de 14 ans, forte, bien constituée, est affectée depuis six ans de mouvements involontaires réguliers du muscle court péronier latéral droit.

Cette jeune personne, dans le courant de sa vie, n'a jamais éprouvé de maladie sérieuse; on rapporte seulement qu'elle a eu une affection de la peau, à laquelle on fait jouer un certain rôle dans la production de la maladie dont il s'agit. Mais cette hypothèse est purement gratuite, et c'est tout au plus si l'on peut en rattacher l'origine à un refroidissement, qui, pendant la nuit, aurait porté son influence sur le muscle et les nerfs de la région lésée. Notre estimable confrère, M. Léveillé de Quintin, malgré son talent d'observateur, et bien qu'il ait suivi la maladie dans tous ses développements, a vainement cherché une explication plus satisfaisante.

Cette maladie est caractérisée par des battements qui se font entendre derrière la malléole externe droite, et qui offrent la régularité du pouls. Ils se sont déclarés pour la première fois à la jambe droite, pendant la nuit, en même temps qu'une douleur assez vive.

C'est depuis peu de temps que le court péronier latéral gauche est atteint d'une affection de même nature, mais de moindre intensité.

L'effet de ces battements est de provoquer de la douleur, de produire des hésitations dans la marche et même de déterminer des chutes.

La jeune malade nous déclare que l'extension du pied et la compression exercée sur certains points du pied et de la jambe suffisent pour les arrêter, mais qu'elle continue alors à éprouver de la douleur et de la fatigue dans le membre.

Les sangsues, les calmants, les dérivatifs, la compression exercée avec le sparadrap et la flanelle, ne réussirent qu'à modérer momentanément les battements sans les faire cesser. Les eaux minérales ne réussirent pas davantage.

Lorsque cette intéressante malade se présenta à nous, voici dans quel état nous la trouvâmes :

Au niveau de la malléole externe droite, il était facile de constater, vers le bord postérieur de cette saillie osseuse, un battement régulier, accompagné d'une saillie passagère et d'un soulèvement des parties molles de cette région, lesquels étaient suivis d'un bruit sec, succédant à chaque contraction musculaire.

Ce bruit se faisait entendre dans le lit, hors du lit et à une distance assez considérable du lieu où la jeune personne reposait. Remarquable par sa régularité et son éclat, ce bruit l'accompagnait partout.

En appliquant l'oreille sur la jambe, sur le pied ou sur la malléole, on distinguait un choc incommode, qui gagnait toute la longueur du trajet parcouru par le muscle, absolument comme un coup qui serait transmis d'une extrémité d'une poutre à l'autre.

Le bruit ressemblait quelquefois à un frottement, à un grattement, et cela lorsque les contractions offraient moins d'intensité.

Ces mêmes phénomènes se sont toujours reproduits, que la malade fût debout, assise ou couchée, quelle que fût l'heure du jour ou de la nuit où nous l'ayons examinée.

Si nous étudions maintenant le mécanisme des battements produits et si, pour plus de clarté, nous décomposons chaque battement en deux temps, nous verrons :

Que, dans le premier temps, le tendon du court péronier latéral se déplace en sortant de la gouttière et nécessairement en soulevant le long péronier latéral et la peau;

Que, dans le deuxième temps, le phénomène de contraction étant accompli, son tendon se relâche, se replace dans la gouttière et produit, en frappant contre celle-ci, le bruit sec et sonore dont nous avons parlé.

Il se renouvelait, pour ainsi dire, à chaque seconde, et chaque fois le petit orteil éprouvait une secousse et la peau qui recouvrait le cinquième métatarsien était soulevée par le tendon.

Il cessait lorsque le pied était fortement étendu; il cessait encore lorsqu'une pression était exercée sur le muscle ou la gaîne des péroniers.

On ne peut comparer cette contraction régulière, suivie d'un bruit également régulier, ni au spasme musculaire, ni à la contracture permanente ou intermittente, ni à ces contractions désordonnées et douloureuses qu'on a l'occasion de remarquer lorsque des inflammations avoisinent les muscles, atteignent le névrilème ou résultent de l'agacement des fibres musculaires par des esquilles.

Elle ne peut donc provenir que d'un trouble fonctionnel résidant dans le muscle et ses nerfs.

Faut-il l'attribuer à une anomalie de la gaine? Une semblable opinion n'est guère admissible en présence du fait que nous avons sous les yeux, quand on réfléchit à l'époque de son apparition et au résultat obtenu par la section musculaire. Elle ne nous paraît pas plus nécessaire pour expliquer des mouvements involontaires que pour rendre compte de ceux dont nous parlerons plus tard et qui peuvent se produire sous l'influence de la volonté et d'un exercice soutenu.

Dans ces dernières années, les journaux français et étrangers ont beaucoup parlé de bruits semblables à des *coups de marteau*, tantôt se succédant régulièrement, tantôt affectant un rhythme particulier, qui se produisaient autour de certaines personnes couchées dans leur lit.

Les charlatans se sont emparés de ces phénomènes singuliers, dont la réalité est, d'ailleurs attestée par des témoins dignes de foi. Ils ont essayé de les rapporter à l'intervention d'une cause surnaturelle, et s'en sont servis pour exploiter la crédulité publique.

L'observation de mademoiselle de X... montre comment, sous l'influence de la contraction musculaire, les tendons déplacés peuvent, au moment où ils retombent dans leurs gouttières osseuses, produire des battements qui, pour certaines personnes, annoncent la présence d'esprits frappeurs.

Il nous reste à faire voir qu'en s'exerçant tout homme peut acquérir la faculté de produire à volonté de semblables déplacements des tendons et des battements secs qui sont entendus à distance.

L'Amérique du Nord est le pays que les esprits frappeurs semblent avoir choisi pour être le principal théâtre de leurs exploits, et les journaux sont pleins des merveilles qu'ils y opèrent.

Mais ils ont trouvé un adversaire sérieux et un observateur sagace en la personne de M. Schiff.

Repoussant toute idée d'intervention surnaturelle et remarquant que ces battements et ces bruits étranges se passaient toujours au pied du lit des individus agités par les esprits, M. Schiff s'est demandé si le siége de ces bruits n'était pas en eux plutôt que hors d'eux. Ses connaissances anatomiques lui ont donné à penser qu'il pouvait bien être à la jambe, dans la région péronière, où se trouvent placés une surface osseuse, des tendons et une coulisse commune.

Cette manière de voir étant bien arrêtée dans son esprit, il a fait des expériences et des essais sur lui-même, qui ne lui ont pas permis de douter que le bruit n'eût son siége derrière la malléole externe et dans la coulisse des tendons des péroniers.

Bientôt M. Schiff a été à même d'exécuter des bruits volontaires, réguliers, harmonieux, et a pu, devant un grand nombre de personnes (une cinquantaine d'auditeurs), imiter les prodiges des esprits frappeurs, avec ou sans chaussure, debout ou couché. Pendant qu'il exécutait ces mouvements, un spectateur, la main posée sur la malléole, pouvait reconnaître et sentir les sauts du tendon en avant et en arrière. Suivant M. Schiff, le tendon qui produisait de semblables et de si incroyables résultats était le long péronier. Il admet aussi que ce bruit n'est possible que lorsque la gaîne est amincie ou absente, et que le bruit est d'autant plus intense, que le pied est mieux tendu et mieux fixé. Nous ne saurions en cela partager sa manière de voir: car il résulte, au contraire, de nos observations que l'extension du pied le fait disparaître complétement.

En résumé, M. Schiff établit que tous ces bruits ont pour origine le tendon du long péronier, lorsqu'il passe dans la gouttière péronière, et il ajoute qu'ils coexistent avec un amincissement ou l'absence de la gaîne commune au long et au court péronier.

D'accord avec lui sur le siége du bruit et sa cause, nous n'adoptons cependant pas tous les points de sa théorie. Plusieurs de ses explications nous paraissent insuffisantes et peu en rapport avec les dispositions anatomiques.

Nous admettons d'abord que tous ces battements sont produits par la chute d'un tendon contre la surface osseuse péronière: mais nous pensons qu'il n'est pas besoin d'une anomalie de la gaîne pour s'en rendre compte. Pour nous il suffit de la contraction du muscle, du déplacement du tendon et de son retour dans la gouttière pour que le bruit ait lieu.

Plus nous avons examiné avec attention les phénomènes éprouvés par notre jeune malade, plus nous nous en sommes convaincu. Nous n'avons, en effet, observé ni bond ni saut des tendons péroniers; mais nous avons vu un soulèvement de la peau qui recouvre le cinquième métatarsien et un renversement involontaire du petit orteil sur le dos du pied, provoqués par l'action du court péronier latéral, qui envoie souvent un tendon à la première phalange. Le bruit qui suivait ce phénomène de soulèvement de la peau se faisait entendre derrière la malléole et ensuite au pied, jusqu'en haut de la jambe. Il résultait évidemment d'une contraction d'un muscle, du déplacement d'un tendon et de la percussion de celui-ci contre la gouttière osseuse péronière.

Nous avons eu toutes les facilités désirables pour étudier ce bruit produit, quant à son origine et à son mécanisme. Il ne nous a pas été possible de douter un seul instant de son siége, qui avait lieu derrière la malléole externe, dans la gouttière commune au long et au court péronier latéral, et non dans les gaînes séparées que traversent les portions tendineuses de ces muscles.

Là le bruit est éclatant et il va, en perdant de sa force, vers les deux extrémités opposées du pied et de la jambe.

Malgré tout le soin que nous avons mis à étudier sa direction et ses nuances, il ne nous a pas été possible de le découvrir dans le trajet du long péronier à la jambe et à la plante du pied. Mais toujours nous avons pu reconnaître qu'il se propageait le long du court péronier et dans le sens du péroné.

Le court péronier seul est l'agent du bruit en question, et si le phénomène ne pouvait pas être étudié directement, la simple inspection de la gaîne et des tendons conduirait à la même conclusion.

Le court péronier ne laisse, en effet, rien à désirer sous le rapport de sa situation et de sa direction pour l'explication des résultats observés.

1° Le muscle court péronier latéral affecte une direction plus droite que le long péronier, qui subit plusieurs déviations dans son trajet.

2° Le court péronier est profondément situé dans la gouttière, et le long, au contraire, est tout à fait recouvert par la gaîne aponévrotique et la peau.

3° Le court péronier recouvre tout à fait la gouttière osseuse; d'où il est naturel de conclure que le bruit est produit par le choc de ce tendon sur les parties solides de la gouttière.

4° Le muscle court péronier présente des fibres musculaires jusqu'à l'entrée du tendon dans la gouttière commune, et c'est tout le contraire pour le long péronier.

N'est-il pas clair que le premier doit avoir une action musculaire puissante et bien supérieure à celle du second?

Enfin, si l'on étudie le bruit lui-même, et si l'on examine le membre pendant que les battements ont lieu, on sera confirmé dans cette manière de voir.

1° Par la direction du bruit;

2° Par la transmission du mouvement et du battement jusqu'au cinquième métatarsien et au petit orteil, qui se meut par l'action d'un tendon.

3° Par le fait de la cessation du bruit lorsque l'on comprime l'extrémité tendineuse de ce muscle à son insertion au cinquième métatarsien, ou lorsqu'on comprime légèrement ce muscle au côté externe du péroné.

Le bruit, avons-nous dit, est variable dans son intensité, et l'on peut, en effet, y distinguer diverses nuances. C'est ainsi que, depuis le bruit éclatant et qui se distingue au loin, on retrouve des variétés de bruit, de frottement, de scie, etc.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède que ces interventions mystérieuses ou surnaturelles, si facilement adoptées par l'ignorance, et si souvent exploitées par le charlatanisme, s'évanouissent devant les faits et l'appréciation des phénomènes physiologiques.

Un mot nous suffit maintenant pour terminer l'histoire de notre malade. Nous avons successivement, par la méthode sous-cutanée, incisé à travers le corps du court péronier latéral droit et le corps du même muscle du côté gauche, et nous avons maintenu les membres dans l'immobilité à l'aide d'un appareil. La réunion s'est faite, et la malade a recouvré les fonctions de ses deux membres, sans conserver aucune trace de cette singulière et rare affection.

M. Velpeau: Les bruits dont M. Jobert vient de traiter dans son intéressante notice, me semblent se rattacher à une question assez vaste. On observe, en effet, de ces bruits dans une foule de régions. La hanche, l'épaule, le côté interne du pied en deviennent assez souvent le siége. J'ai vu entre autres une dame qui, à l'aide de certains mouvements de rotation de la cuisse, produisait ainsi une sorte de musique assez manifeste pour être entendue d'un côté à l'autre du salon. Le tendon de la longue portion du biceps brachial en engendre facilement en sortant de sa coulisse, quand les brides fibreuses qui le retiennent naturellement viennent à se relâcher ou à se rompre. Il en est de même du jambier postérieur ou du fléchisseur du gros orteil derrière la malléole interne. De tels bruits s'expliquent, ainsi que MM. Schiff et Jobert l'ont bien compris, par le frottement ou les soubresauts des tendons dans des rainures ou contre des bords à surfaces synoviales. Ils sont par conséquent possibles dans une infinité de régions ou au voisinage d'une foule d'organes. Tantôt clairs ou éclatants, tantôt sourds ou obscurs, parfois humides et d'autres fois secs, ils varient d'ailleurs extrêmement d'intensité.

Espérons que l'exemple donné à ce sujet par M. Schiff et par M. Jobert portera les physiologistes à s'occuper sérieusement de ces divers bruits et qu'ils donneront un jour l'explication rationnelle de phénomènes incompris ou attribués jusqu'ici à des causes occultes et surnaturelles.

M. Jules Cloquet, à l'appui des observations de M. Velpeau sur les bruits anormaux que les tendons peuvent produire dans diverses régions du corps, cite l'exemple d'une jeune fille de 16 à 18 ans, qui lui fut présentée à l'hôpital Saint-Louis, à une époque où MM. Velpeau et Jobert étaient attachés à ce même établissement. Le père de cette jeune personne, qui s'intitulait *père d'un phénomène*, espèce de saltimbanque, comptait tirer profit de son enfant pour la livrer à une exhibition publique; il annonça que sa fille avait dans le ventre un mouvement de pendule. Cette fille était parfaitement conformée. Par un léger mouvement de rotation dans la région lombaire de la colonne vertébrale, elle produisait des craquements très-forts, plus ou moins réguliers, suivant le rhythme des légers mouvements qu'elle imprimait à la partie inférieure de son torse. Ces bruits anormaux pouvaient s'entendre très-distinctement à plus de 25 pieds de distance et ressemblaient au bruit d'un vieux tournebroche; ils étaient suspendus à la volonté de la jeune fille et paraissaient avoir leur siége dans les muscles de la région lombo-dorsale de la colonne vertébrale.

M. Jobert: Il est vrai, comme l'ont dit nos honorables confrères, MM. Velpeau et J. Cloquet, que des bruits anormaux peuvent se faire entendre à la hanche, à l'épaule, etc.; il est même avéré que de certains bruits à l'épaule, comme l'a très-bien dit M. Velpeau, peuvent se faire entendre sous l'influence de la volonté, lorsque le tendon de la longue portion du biceps brachial a subi un changement de position ou lorsqu'il a été *luxé*.

Mais il y a loin de ces bruits à ceux que j'ai mentionnés et qui offrent une régularité en rapport avec la contraction involontaire du muscle, le relâchement du tendon et sa percussion dans une gouttière osseuse. Il faut, en effet, de certaines dispositions anatomiques pour que les effets dont il s'agit se produisent, et il n'y a pas dans le corps de l'homme une disposition aussi avantageuse pour cela que la gaîne commune des tendons péroniers latéraux et la gouttière péronière qui les reçoit. Ces rapports anatomiques sont si favorables aux bruits involontaires et volontaires, que des personnes, par un exercice soutenu, ont pu exécuter des airs mélodieux, *la Marseillaise*, *la Marche bavaroise*, *la Marche française*, avec une régularité parfaite et par la seule action des muscles péroniers. Jamais dans une autre région du corps on n'a pu produire de pareils et de si curieux bruits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après quelques observations présentées par MM. Depaul et Huguier.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet ampliation du décret qui approuve la nomination de M. Denonvilliers dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Chomel.

M. le président invite M. Denonvilliers à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Un mémoire de M. le docteur Paillon (de Sainte-Foy, Rhône), sur le danger que présentent les papiers peints en vert de Scheele, unis et non glacés, employés comme tenture des appartements. (Commissaires : MM. Guérard et Londe.)

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Deux lettres de MM. Tardieu et Beville qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale;

2° Une note intitulée : Observation d'un cas rare de chirurgie (extraction d'un grain de plomb qui avait pénétré dans l'œil), par M. le docteur Pamard (d'Avignon) (Commiss. : M. Hugnier);

3° Un mémoire sur le traitement de la néphrite albumineuse par l'huile de foie de morue, par M. le docteur Joseph Pagès (de Castel-Sarrasin, Tarn-et-Garonne) (Commiss. : MM. Grisolle, Beau);

4° Une note complémentaire sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre, par M. Rochard (de Brest) (Comm. : M. Laugier).

— M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire fait hommage à l'Académie du IIe volume de son HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE.

La parole est donnée à M. Boudet, à l'occasion du procès-verbal.

LAITS MÉDICAMENTEUX.

M. BOUDET (1) annonce que, sans vouloir revenir sur le fond du rapport dont M. Bouley a donné lecture dans la dernière séance, rapport dont il a d'ailleurs voté les conclusions, il croit nécessaire de présenter quelques remarques à propos d'une question à laquelle M. Bouley n'a pas touché, et qui se rattache cependant directement à celles qu'il a discutées. Après avoir rappelé sommairement les tentatives qui ont été faites pour obtenir l'absorption des médicaments par voie d'assimilation digestive, il signale dans tous les travaux publiés sur ce sujet une lacune regrettable : parmi les chimistes qui se sont occupés de la question, il n'en est pas un seul qui ait cherché à déterminer dans quelles combinaisons des médicaments administrés à la femme ou à un animal se retrouvent dans le lait. Si c'est à l'état de composé inorganique, de simple dissolution, il est évident qu'il serait alors tout aussi avantageux de se servir d'un simple mélange, sans recourir à des procédés compliqués et coûteux pour obtenir l'assimilation digestive. S'il en était ainsi, d'ailleurs, l'efficacité des laits médicamenteux serait fort douteuse *à priori*. En effet, bien qu'on n'ait jamais dosé exactement la proportion des médicaments qui passent dans le lait, il est notoire pour tout le monde qu'elle est extrêmement faible; les diverses eaux minérales qui sont apparemment plus riches, pour la plupart, en principes actifs, auraient beaucoup plus de chance de réussir et devraient être préférées.

Si, au contraire, les composés minéraux administrés dans un but thérapeutique se retrouvaient dans le lait à l'état de composés organiques, s'ils avaient subi une modification profonde par les forces de l'organisme, on comprendrait que, même à des doses très-petites, ils puissent avoir une efficacité supérieure à celle des agents de la chimie inorganique. Mais même en admettant cette hypothèse, la plus favorable des deux, il est permis de se demander s'il n'est pas plus avantageux de substituer aux laits minéralisés des composés organiques qui contiennent naturellement et normalement les mêmes principes médicamenteux. Pour ces dernières, on est sûr de ne pas avoir affaire à des substances altérées; pour les laits médicamenteux, on ne s'est pas occupé de savoir si l'action du médicament sur l'économie n'a pas influé d'une manière désavantageuse sur leur composition, on n'en a pas fait l'analyse chimique au point de vue des principes contenus normalement dans le lait. On ne s'est pas même assuré s'ils étaient bien supportés par les organes digestifs. M. Bouley s'est contenté de dire qu'il a trouvé les laits de M. Labourdette agréables au goût. Il était cependant d'autant plus important de se poser cette question, que ces laits sont destinés à des enfants jeunes et délicats, à des malades, tels que des phthisiques, etc.

Pour ce qui est, par exemple, des laits iodés, M. Boudet ne voit pas quels avantages ils peuvent avoir sur l'huile de foie de morue, composé organique naturel, retiré d'animaux parfaitement sains, plus riche en iode et en brôme que les laits médicamenteux; l'efficacité de l'huile de morue, dans des circonstances où l'iode est indiqué, est d'ailleurs bien établie, et on sait également qu'elle est bien supportée, même par des organes très-délicats. Les laits ferrugineux, etc., pourraient être remplacés de même que des composés organiques *normaux* contenant le même élément chimique actif.

M. Boudet signale à cette occasion diverses substances organiques qu'il serait avantageux d'expérimenter à ce point de vue; telles sont, parmi les substances phosphorées, les principes gras de la matière cérébrale.

M. Boudet déclare d'ailleurs que son intention n'est nullement d'atténuer l'importance des efforts tentés par M. Lahourdette; il désire seulement appeler l'attention sur quelques questions douteuses qui n'ont pas suffisamment frappé l'attention des médecins.

M. TROUSSEAU : Il y a dans les remarques très-intéressantes que M. Boudet vient de nous présenter, deux pensées, deux opinions qui ne semblent pas être suffisamment démontrées : la première, c'est que les doses des médicaments ont toujours une très-grande importance; la seconde, que le médicament en nature doit toujours être mis en contact avec l'économie pour produire un certain résultat.

Ces deux principes ont assez cours dans la science. C'est ainsi qu'un grand nombre d'hématiâtres admettent que lorsque nous guérissons la chloro-anémie par l'administration du fer, c'est parce que ce fer en nature reconstitue l'hématine qui manque. Ainsi, si nous administrons 500 grammes de fer dans un cas où 25 centigr. de fer manquent au sang, la guérison serait due uniquement aux 25 centigr. de fer, sur les 500 grammes, qui sont entrés dans la composition du sang.

Pourtant, cette manière de voir compte aujourd'hui un certain nombre de contradicteurs : beaucoup de médecins pensent que si le fer guérit la chloro-anémie, c'est parce que, en vertu d'une action dynamique, il modifie les fonctions de l'économie de telle façon qu'elle soit remise en état de s'assimiler les petites doses de fer qu'elle puise, par exemple dans les aliments à l'état normal, et dont l'assimilation était impossible jusque-là. Et ce qui vient à l'appui de cette théorie, c'est que l'on guérit souvent la chloro-anémie sans administrer du fer. La même modification dynamique de l'économie a été produite, dans ces cas, par d'autres moyens, et il est d'autant plus probable que les choses se passent comme je l'ai dit, que souvent, dans ces cas, l'économie s'assimile plus de fer lorsqu'elle en perd plus par le rétablissement de l'écoulement menstruel, et sans qu'elle en reçoive davantage. N'est-il d'ailleurs pas d'expérience vulgaire que, dans certains cas de chloro-anémie, il est impossible de reconstituer le sang en administrant même des doses énormes de fer, tandis que, dans d'autres cas, des doses minimes suffisent?

Prenons maintenant un autre médicament qui ne se prête pas à la théorie chimique que je viens de rappeler pour le fer : le mercure, par exemple, qui ne fait pas partie des éléments normaux de l'économie. Il est évidemment impossible d'admettre que le mercure, administré contre la vérole, la guérit parce qu'il se met en contact avec chaque molécule de l'organisme et neutralise le virus qui s'est associé à elle. Si le mercure triomphe de la vérole, c'est parce qu'il modifie *dynamiquement* l'économie, de telle façon qu'elle puisse triompher elle-même du virus qui l'infectait.

Voici maintenant où je veux en venir : si les objections que M. Boudet a faites contre l'emploi des laits médicamenteux étaient fondées, si en particulier elles l'étaient pour le lait *mercurialisé*, il faudrait que l'on retrouvât dans ce lait une somme de mercure suffisante pour rendre compte des effets qu'il produit, appliqué, par exemple, au traitement de la vérole des jeunes enfants. Or il n'en est rien. Il est au contraire démontré que ces effets sont produits par des doses minimes et nullement comparables aux doses des composés usuels, nécessaires pour produire les mêmes résultats. Il est par conséquent permis d'admettre que le lait mercurialisé, *indépendamment du mercure qu'il contient, de sa quantité*, passe dans le fœtus, revêtu de certaines *qualités dynamiques*, qui modifient à leur tour l'organisme de l'enfant, de telle manière qu'il puisse triompher de la vérole; et ces qualités dynamiques dérivent elles-mêmes de la modification dynamique imprimée à l'organisme maternel par l'action dynamique du mercure.

M. Boudet attribue l'efficacité que peut avoir l'huile de foie de morue à l'iode et au brôme qu'elle contient. Je ne puis accepter cette manière de voir : les mêmes effets qu'on attribue à l'iode sont obtenus chez certains malades, par l'huile de morue, indépendamment de l'iode qu'elle contient. Ce qui le prouve, c'est que dans certains pays on emploie, au lieu de l'huile de morue, des graisses non iodées, le lard, par exemple, et que par l'emploi de ces graisses la reconstitution se fait dans le même sens et de la même manière que par l'huile de morue. C'est ainsi qu'une vieille pratique écossaise consiste à faire prendre aux enfants et aux femmes très-débiles, aux phthi-

(1) Nous regrettons de ne pas avoir pu consulter le manuscrit de M. Boudet qui a été retiré au secrétariat aussitôt après la fin de la séance.

siques, beaucoup de jambon frit, et surtout de la sauce de jambon frit, et l'on obtient par ce moyen le même degré de reconstitution que par l'huile de morue. Les expériences nombreuses faites récemment en Allemagne, en Angleterre et en Belgique, avec les graisses ordinaires (non iodées) seules ont conduit aux mêmes résultats. Ne sait-on pas d'ailleurs que dans certains pays on donne aux bestiaux une vigueur extraordinaire en leur administrant beaucoup de graisses végétales (tourteaux de lin, de colza, etc.)?

Je n'oserais, en résumé, pas affirmer, comme le font MM. Bouley et Labourdette; que c'est aux médicaments qu'ils contiennent que les laits médicamenteux doivent leur vertu thérapeutique; elle est peut-être due à une modification inconnue dans son essence, qu'imprime à ce liquide l'action dynamique du médicament sur l'organisme qui le fournit.

MM. BOUDET, PIORRY, CHATIN et BOUCHARDAT demandent la parole.

M. BOUDET : J'avoue que j'étais loin de m'attendre à la théorie que M. Trousseau vient de développer. Il me semble qu'il est à peu près universellement admis que, si le lait des animaux mercurialisés guérit la vérole, c'est parce qu'il contient du mercure, et que dès lors la *proportion* de mercure qu'il renferme a une certaine importance. Il faut, ce me semble, être homœopathe pour admettre que les médicaments puissent avoir des propriétés indépendantes de la dose. Il me semble que pour produire une modification, il faut un agent. Je ne sais donc pas comment on expliquerait, par exemple, l'action de l'huile de morue, si ce n'est pas les agents actifs qu'elle renferme, et en la rapportant à l'iode, je crois avoir avancé une opinion conforme à l'opinion qui a généralement cours dans la science.

M. PIORRY : Messieurs, chacun de nous procède en général d'après son genre d'esprit : les uns, se conformant aux lois de l'observation, font du positivisme, de la chimie appliquée, par exemple; d'autres se plaçant volontiers en dehors des faits et de l'observation, se jettent tantôt à gauche, tantôt à droite, rarement en avant, et souvent en arrière; à ceux-ci la marche si naturelle enseignée par Descartes, suivie avec tant de succès par des physiciens, est évidemment antipathique. M. Denis nous a appris que dans la chloro-anémie le fer est diminué dans le sang; qu'il est ramené à son chiffre normal lorsqu'on administre ce métal aux malades. Quoi de plus naturel que de dire : il n'y avait pas de fer; on en a donné; on en retrouve; donc, c'est le fer qui a été donné qu'on retrouve? Cela est si simple, qu'il est inutile d'y insister, et si M. Trousseau s'étonne qu'on puisse donner parfois d'énormes doses de fer sans qu'on le retrouve dans le sang, c'est qu'il oublie toutes les circonstances qui font que le fer est absorbé ou qu'il ne l'est pas.

Pourquoi donc chercher des qualités et des modifications dynamiques que personne n'a jamais vues? Une pareille manière de procéder me dépasse, et, en vérité, je ne comprends rien à cette médecine.

Le mercure, à son tour, produirait, à doses infinement petites, des effets merveilleux! Pour le coup, nous naviguons à pleines voiles d'hannœopathie! N'est-il pas avéré qu'il y a du mercure dans les tissus, les organes, le sang de l'enfant, comme dans ceux de la mère qui l'allaite et qui prend du mercure; que le mercure est un spécifique (rationalisé, à la vérité) de la vérole? Que faut-il de plus pour admettre que chez cet enfant le mercure agit en *tant que mercure?* Pourquoi encore cette hypothèse entièrement gratuite d'actions dynamiques inconnues?

Si l'iode contenu dans l'huile de foie de morue n'agit pas en tant qu'iode, comment se fait-il donc qu'il produise les mêmes effets lorsqu'il est employé seul? J'ai par-devant moi les observations de plus de 800 phthisiques soulagés, quelques-uns guéris par les inhalations d'iode comme ils le sont par l'huile de foie de morue. Est-ce encore là le résultat d'une action dynamique? Est-ce par une action de ce genre qu'un kyste guérit par une injection d'iode; qu'une exostose ramollie se durcit par l'administration du phosphate de chaux? N'est-ce pas parce que le phosphate de chaux est rendu à l'économie, que ce sel guérit le rachitisme et le mal vertébral de Pott? Pour prendre enfin les graisses, que M. Trousseau met sur la même ligne que l'huile de foie de morue, si elles reconstituent les organismes amaigris, n'est-ce pas encore parce qu'un élément qui manquait est fourni à l'économie?

M. CHATIN : Je regrette que le rapport de M. Bouley n'ait pas été lu en commission avant de l'être ici; c'est un usage qu'il serait bon d'observer plus souvent à l'Académie. Il n'arriverait pas alors que les commissaires, tout en étant d'accord avec le rapporteur sur le fond du rapport, ne puissent en accepter tous les détails.

Je n'aurais, il est vrai, mis aucune restriction aux éloges bien mérités que M. Bouley a donnés à M. Labourdette, mais j'aurais voulu que l'on mît plus de réserve à recommander la méthode que M. Labourdette a pris tant de peine à perfectionner.

Je crois, en effet, que l'on pourrait administrer sans danger et à très-hautes doses les médicaments aux animaux si l'on employait des substances végétales qui les contiennent en forte proportion, et qui leur ont déjà fait subir un commencement d'assimilation.

J'ai trouvé, par exemple, que la quantité d'iode renfermée dans les plantes est, en général, proportionnelle à celle des liquides où elles puisent une partie de leurs éléments. C'est ainsi que les plantes qui croissent dans la source du Roi (près Paris), source très-riche en iode, contiennent une proportion tout à fait surprenante de ce métalloïde. On pourrait facilement faire manger de grandes quantités de ces plantes à des animaux, sans qu'il en résultât aucun inconvénient. C'est le conseil que je donnai au propriétaire de ces sources, il y a cinq à six ans, et j'ai constaté que le lait des vaches nourries de cette manière, était très-riche en iode et en fer.

J'ai moi-même agi sur l'action des médicaments donnés à petite dose et sur leur action dynamique. Je ne crois pas à l'efficacité des doses homœopathiques, mais je suis convaincu que l'on pourrait généralement donner les médicaments à doses beaucoup plus faibles qu'on ne fait généralement, si au lieu de produits artificiels, on se servait des produits naturels qui les contiennent. C'est ce qui fait, par exemple, l'efficacité des eaux minérales. Je puis dire également que j'ai guéri en deux mois deux cas de goîtres, en faisant prendre des doses des plantes dont je parlais tout à l'heure, correspondant à 1 demi-centigramme par jour. Ces goîtres avaient résisté pendant quatre à cinq mois à des frictions iodées et à l'administration de 1 gramme d'iode par jour à l'intérieur.

Ne peut-on pas admettre là une action dynamique, indépendante de la quantité d'iode ingérée? Il en est encore de même des expériences curieuses de M. Denis qui guérit la *chlorose* des plantes par les ferrugineux, bien que cette chlorose ne tienne nullement à une diminution du fer. Il me semble donc qu'il ne faut pas trop se presser de nier l'action dynamique des médicaments.

M. BOUCHARDAT : Je crois qu'il eût été convenable de mettre plus de réserve dans les conclusions du rapport. Ce qu'il aurait fallu prouver avant tout, c'est que les laits médicamenteux sont plus efficaces que d'autres préparations des mêmes médicaments. Tant que l'on n'aura pas fourni cette preuve, il vaudra mieux les doser par les procédés ordinaires que de les administrer ainsi d'une manière irrégulière. Cette méthode positive a certes plus de chances de réussir que les procédés romantiques qu'on vante aujourd'hui, et qui ne s'expliquent que par l'amour du merveilleux dont les médecins même ne peuvent se défendre.

M. BOULEY : M. Labourdette a fait des sacrifices considérables pour consituer sa méthode: Sa fortune n'aurait pas suffi pour remplir le programme proposé par M. Chatin, arroser des arpents avec des solutions de substances fort coûteuses pour la plupart. Mais une fois la méthode constituée, il reste aux médecins d'expérimenter les laits médicamenteux.

M. Boudet nous dit que l'huile de foie de morue, qui a une grande efficacité, vaut mieux que le lait iodé qui n'a pas fait ses preuves. Le raisonnement est assez singulier. Sans me prononcer d'ailleurs sur l'huile de foie de morue, je puis dire que c'est déjà un grand progrès d'avoir substitué un aliment agréable à la plus infâme de toutes les drogues. Je m'étonne qu'il se trouve une seule personne qui ait le courage d'avaler de l'huile de foie de morue, tandis que j'ai pu, moi gourmet, faire un déjeuner excellent avec le lait iodé de M. Labourdette.

M. GIBERT : M. Trousseau nous a parlé d'enfants guéris de la vérole par le lait de leur nourrice mise à l'usage du mercure. Est-ce un fait observé par notre collègue? Je dois dire que, pour mon compte, je n'en ai jamais vu d'exemple.

M. TROUSSEAU : Dans les hôpitaux, on guérit rarement les nouveau-nés atteints de syphilis. Ceux qui ont des manifestations syphilitiques dans le premier mois meurent presque toujours, même en ville. Mais après le quatrième mois, j'en ai vu guérir un assez grand nombre. Dans ces conditions, j'ai vu leur santé s'améliorer rapidement par l'administration, à la mère seule, du mercure ou de l'iodure de potassium, et bien que ce traitement eût quelquefois altéré la santé de la mère ou de la nourrice.

M. VELPEAU demande à M. Trousseau s'il est bien constaté chimiquement que le mercure et l'iode passent dans le lait de la mère. S'il en est ainsi, il est assez clair que ce sont bien ces substances qui agissent sur le nouveau-né.

M. BOULEY : L'iode, l'arsenic, le mercure, le chlorure de sodium et le fer se retrouvent dans le lait de la vache; je crois qu'on peut, sans forcer les analogies, admettre qu'il en est de même chez la femme.

M. BOUCHARDAT : Il est bien connu aujourd'hui que le mercure et l'iodure de potassium se retrouvent toujours dans le lait de la femme, bien qu'en proportion minime.

M. VELPEAU pense que, pour le fer, la doctrine nouvelle de l'action dynamique, qui est au fond la doctrine la plus ancienne, est aussi rationnelle que la théorie chimique; toutefois, celle-ci lui plaît mieux.

M. GIBERT : Je demande seulement à ajouter que je ne connais aucun fait authentique qui démontre la guérison d'un enfant syphilitique, en dehors de toute médication directe.

M. TROUSSEAU : Berlin en a pourtant cité, dans le dernier siècle, à propos des expériences faites à l'hospice des Enfants-Trouvés.

M. GIBERT : Il n'y a pas une seule des observations de Berlin qui soit concluante.

M. MOREAU, qui a essayé plusieurs fois le traitement indirect des enfants à la mamelle, ne l'a jamais vu réussir.

FIÈVRE PUERPÉRALE.

M. SERRE (d'Uzès) a la parole pour une communication sur ce sujet.

Voici le résumé analytique de cette communication verbale :

a. Dans la grossesse, il y a diminution des globules, de 120 à 100; diminution de l'albumine, augmentation de la fibrine.

b. Le traumatisme *naturel* ou *physiologique* exercé par la tête du fœtus sur le col utérin, sur les grandes et petites lèvres, etc., est suivi ordinairement d'un accès fébrile.

Le traumatisme artificiel exercé par la sonde sur le canal de l'homme est souvent suivi d'un accès fébrile. Donc l'organe génital, dans l'espèce humaine, a la propriété, à l'exclusion des autres parties du corps, de produire cette réaction par une action réflexe des centres nerveux.

La femme, comme l'homme, peuvent mourir de ce traumatisme, sans laisser des empreintes matérielles locales qui puissent s'expliquer.

c. L'hémorrhagie est souvent l'un des préparateurs des fièvres puerpérales graves. Elle dispose aux désordres de l'innervation, de la circulation et de la respiration.

d. La fétidité des lochies, le pus des parties enflammées, la plaie salie par le placenta, sont les conditions matérielles qui préparent l'empoisonnement puerpéral.

e. L'analyse du sang puerpéral constate la diminution de la fibrine, la présence du carbonate, du sulfhydrate d'ammoniaque, de l'acide tartrique, etc.

f. Le pouls s'élève de 100 à 150 pulsations, la respiration de 30 à 50. La chaleur est considérablement augmentée.

g. Si le mal n'est pas arrêté et que les malades succombent, l'autopsie révèle des désordres organiques locaux qui ne sont pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Lorsque la mort est prompte, ces lésions sont parfois fort légères.

h. Les frictions mercurielles, le traitement antiphlogistique, le sulfate de quinine, conviennent surtout au début, et lorsque la lésion locale domine les phénomènes généraux, lorsqu'il s'agit d'une péritonite ou d'une métro-péritonite d'emblée.

i. La digitaline a réussi huit fois dans les neuf cas, où elle a été employée à la dose d'un granule administré chaque quatre, cinq ou six heures jour et nuit.

j. Après la suspension du remède, la fièvre est revenue dans trois cas, et toujours elle a été maîtrisée par la reprise des granules : 20 à 35 granules en tout ont suffi pour l'arrêter définitivement.

k. A l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duplay, trois cas de guérison sur trois (126 à 132 pulsations) ; à Lyon, dans le service de M. Bouchacourt, deux guérisons sur trois malades ; à Marseille ou à Alais, trois guérisons sur trois malades (130 pulsations à 140). Le pouls est descendu à 80-55, et même 48 sous l'influence du remède.

l. Le traitement a été commencé aux deuxième, troisième, quatrième, cinquième et quatre-vingtième jour de l'invasion. Ici, un seul frisson initial ; là, trois frissons chaque jour, pendant trois jours de suite.

Si ce traitement se généralise dans un plus grand nombre de cas, l'on sera en droit de conclure :

1° Que dans la pyrexie puerpérale, le désordre dans l'innervation, la circulation et la respiration, jouent un rôle très-important ;

2° Que sous l'influence d'une augmentation considérable de la chaleur, les organes souffrants remplissent mal leur fonction éliminatrice ;

3° Qu'en outre, leurs produits propres, altérés, s'ajoutent à ceux adressés par l'utérus au torrent circulatoire ;

4° Que la matrice contusionnée, imbibée endosmotiquement ou par elle-même de produits infects, s'altère et se décompose ;

5° Qu'en ramenant l'ordre dans l'innervation, et, partant, dans la respiration et la circulation, la chaleur tombe ; les organes travaillent alors tranquillement et peuvent ainsi accomplir utilement une œuvre d'élimination impossible quand le désordre est à son comble, quand le cœur, paralysé en quelque sorte, leur envoie un sang vicié, adultéré, dont le renouvellement au contact de l'air ne peut plus se faire (que le cœur d'un homme bien portant, sous l'influence d'une vive préoccupation morale, batte pendant quelques heures au rhythme de 100 pulsations, toutes les sensations sont chimiquement changées).

m. Le ralentissement du pouls et de la respiration par le sulfate de quinine peut être utile dans les cas où le sang a conservé ses propriétés plastiques ; il peut être mortel dans la fièvre puerpérale caractérisée par la diminution de la fibrine, due à l'influence délétère des matières putrides.

n. Le jet de sang, affaibli par l'empoisonnement quinique, se relève sous l'influence de la digitaline.

o. La digitaline n'agit pas sur le cœur lorsque la paire vague est coupée, ou lorsqu'une phlegmasie est trop intense. On suspend ses effets régularisateurs en coupant ce même nerf.

p. Les doses élevées augmentent constamment la fréquence des battements.

q. A la dose d'un granule de quatre en quatre, de cinq en cinq ou de six en six heures, le ralentissement est plus assuré qu'à des doses plus élevées.

Ceci a des conséquences sérieuses lorsqu'on veut obtenir l'effet thérapeutique, c'est-à-dire la réduction du nombre des pulsations et des respirations, celle de la chaleur animale, avec augmentation de la force impulsive du cœur, conditions indispensables au rétablissement paisible du jeu des organes.

r. Malgré la fièvre, il faut alimenter les malades, soit par des bouillons, soit par des potages administrés de quatre en quatre heures ; sans cette précaution, l'effet de la digitaline peut être retardé ou annulé.

s. Les désordres physiques et chimiques remarqués dans les organes doivent être attribués à deux sources différentes : à la souffrance primitive de l'utérus et de ses annexes ; à l'action désordonnée des centres nerveux agissant d'une manière réflexe sur les liquides et les solides de cet organe, qu'ils décomposent et désagrègent comme la pile du chimiste désagrège et décompose les substances soumises à sa puissance dissolutrice.

t. Par la titillation des nerfs ou leur section, on produit à volonté la diarrhée, la péricardite, la pleurésie, la glycosurie. L'illustre physiologiste qui a fait ces belles expériences, M. Claude Bernard, a donc démontré par la voie expérimentale l'utilité d'aller au delà de l'organe malade, de remonter jusqu'à la source trop négligée de la force vivante et de la pathologie fonctionnelle, et de chercher ainsi à découvrir les réactifs physiologiques capables de modifier cette force en vue de l'indication thérapeutique.

u. La digitaline, par ses réactions positives, servira désormais à dégager l'élément général qui comprime les lésions locales, les entretient ou les aggrave ; elle conjurera, on en a l'espérance, les dangers de la fièvre puerpérale, devenue l'épouvantail des familles.

v. Quant à l'emploi de la digitaline dans les grandes épidémies qui ravagent nos hôpitaux, l'expérience en fera connaître ultérieurement les résultats ; mais on peut, par anticipation, croire à l'utilité de son application dans ces graves circonstances, si l'on parvient surtout à diminuer la terreur qui saisit les malheureuses femmes, en voyant tomber près d'elles tant de victimes de la maladie dont elles sont frappées elles-mêmes. On conçoit que ce traitement puisse être appliqué avec avantage dans toutes les affections septiques.

M. Moreau demande à M. Serre des renseignements sur l'époque d'apparition des accidents observés chez les nouvelles accouchées traitées par la digitaline ; il désire aussi savoir plus exactement de quelle nature ont été ces accidents.

M. Serre répond que ces accidents, observés en général du deuxième au huitième jour, ont consisté pour la plupart en fièvre vive, douleur abdominale, météorisme, nausées, vomissements bilieux, en un mot que tous les symptômes de péritonite se sont présentés chez ses malades.

M. Depaul : Je crois devoir faire remarquer que les principes exposés par M. Serre, sur l'origine de la fièvre puerpérale, sont en désaccord avec ceux qui sont admis par la presque universalité des médecins.

Ainsi le traumatisme n'est considéré par personne comme une des causes de cette terrible affection ; les statistiques prouvent que, même en temps d'épidémie, les accouchements les plus laborieux ne sont pas ceux qui ont été le plus fréquemment suivis des accidents de la puerpéralité.

M. Serre : Je n'ai pas seulement voulu désigner le traumatisme dépendant des manœuvres d'un accouchement artificiel ; il y a aussi un traumatisme en quelque sorte physiologique, comme est celui qui résulte du passage pur et simple de la tête du fœtus à travers les voies génitales.

M. Depaul : Si les violences d'un accouchement artificiel ne sont pas suffisantes pour provoquer la fièvre puerpérale, à plus forte raison le traumatisme, que vous appelez physiologique, sera-t-il insuffisant. La fièvre de lait, signalée aussi comme une cause d'accidents puerpéraux, n'existe réellement pas.

Une femme qui a la fièvre le troisième jour après son accouchement est une femme qui est malade. L'hémorrhagie a peut-être plus d'efficacité comme cause prédisposante, sans avoir toutefois l'importance d'une cause première. Je ne puis admettre enfin, avec M. Serre, que la rapidité imprimée par la fièvre à la circulation, favorise, comme il le dit, l'intoxication générale. S'il y a un poison dans le sang, que ce liquide circule plus ou moins rapidement, l'action de ce poison n'en sera pas moins générale, pas moins énergique.

L'idée d'administrer les globules de digitaline dans le but de ralentir le cours du sang repose donc, à mon avis, sur une théorie erronée. Si la théorie était vraie et que le ralentissement de la circulation pût avoir tant d'influence, les succès du sulfate de quinine seraient plus nombreux, car il a sur le centre circulatoire la même action que la digitaline.

Quoi qu'il en soit, en présence d'une affection aussi généralement irremédiable que l'est la fièvre puerpérale, l'expérimentation d'un traitement nouveau est très-légitime, et je suis, pour ma part, disposé à en faire l'essai.

M. Serre : C'est effectivement l'expérience qui doit juger en dernier ressort, car j'avoue que les théories peuvent être contestables. Toutefois je repousse l'assimilation que M. Depaul a établie entre les effets physiologiques du sulfate de quinine et ceux des globules de digitaline, car dans la fièvre puerpérale caractérisée par la diminution de la fibrine due à l'influence délétère des matières putrides, le sulfate de quinine, en ralentissant le pouls et la respiration, augmente les chances de mort, tandis que le jet de sang affaibli par l'empoisonnement quinique se relève sous l'action de la digitaline.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS.

— Dans sa séance du 16 avril, l'Académie royale de médecine de Belgique vient de s'associer en qualité de membre honoraire, notre excellent confrère, M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

— M. le docteur Armand, médecin major du 3e régiment de hussards, a reçu, des mains de l'empereur, la décoration de chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 20 avril, M. Autric, chirurgien du *Primauguet*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Rozan, médecin aide-major de première classe au 2e régiment de voltigeurs de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Toutes les sociétés médicales de Paris ont répondu maintenant à l'appel de la société du 2e arrondissement. La commission des délégués est au complet. La question de la répression de l'exercice illégal de la médecine va donc pouvoir être prochainement discutée.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DES HUILES DE FOIES DE POISSON.

La discussion soulevée la semaine dernière à l'Académie de médecine, au sujet de l'administration des médicaments incorporés au lait par assimilation digestive, a trouvé aujourd'hui un echo dans celle intervenue à propos d'un rapport sur les avantages comparatifs des huiles de poisson, présenté par M. Devergie.

Le corps médical, il faut le dire, est grandement incertain sur la valeur thérapeutique de la plus célèbre, la plus répandue, la plus commune de ces huiles, l'huile de foie de morue. Rien de plus divergent que l'opinion sur son compte; car si les uns se montrent fanatiques de son emploi, nous voyons par contre des phalanges nombreuses d'adversaires soulevés, si ce n'est peut-être par conviction scientifique absolue, au moins par le dégoût, contre cette abominable huile : c'est le plus doux des noms qu'on ait à sa destination.

Un rapport académique sur la valeur réelle d'un élément thérapeutique si répandu, d'un usage si général, devenu aujourd'hui l'objet d'un commerce très-étendu, et pourtant si peu connu encore, était donc un objet aussi intéressant qu'indiqué par l'état de l'opinion. L'exorde du laborieux secrétaire de l'Académie devait donc le faire bien accueillir; il annonçait une étude à la fois thérapeutique et chimique, non-seulement de l'huile de foie de morue, mais même des huiles de foie de raie et de foie de squale.

Un côté seulement de cette double étude faisait, en réalité, le fond du travail : l'étude chimique de ces huiles. La face thérapeutique de la question, nous avons regret à le dire et plus de regret encore avons-nous à le constater, n'avait pas suffisamment pris de place dans le travail de la commission dont l'honorable M. Devergie était l'organe.

Ce n'est pas qu'il n'y ait eu plus d'un point intéressant et curieux parmi ceux relevés par la commission. Les analyses mises sous les yeux de l'Académie, et qui ont été faites sous le contrôle et avec l'attache du savant correspondant de l'Institut, le professeur Girardin, et qui méritent ainsi la plus entière confiance, renferment certainement des notions précieuses. Elles ont expliqué, par exemple, une des causes des variations nombreuses de l'opinion des savants sur la composition de l'huile de foie de morue, et justifié ces variations. Ainsi, des chimistes habiles ayant reconnu la présence de l'iode, du brome, etc., dans ces huiles animales, ont été fort surpris de voir d'autres chimistes, également compétents, y nier la présence de ces métalloïdes. D'où la production de tant de sentiments opposés sur le mode d'action de ces éléments introduits ensuite dans l'économie. Tandis que les uns attribuent à l'iode tous les effets observés, ou qu'on croyait avoir observés, les autres, appuyés également sur les enseignements du laboratoire, mettaient au compte de sa nature de corps gras tous les avantages dont cette huile animale se voyait dotée. Parmi ces derniers, chacun se rappelle M. Trousseau, tout prêt à adopter le beurre et le jus de lard rance comme succédanés de l'huile de foie de morue, par opposition aux partisans non moins ardents de l'huile végétale iodée.

Mettant de côté, pour un instant, la considération thérapeutique, accordons les parties contendantes : les analyses présentées à l'Académie constatent que chacun avait ici raison. Suivant le moment de l'année où s'est faite la pêche des morues, l'huile de leur foie contient de l'iode, du brome, du chlore, etc., ou en est, au contraire, dépourvue (1).

Mais quand elle en contient, elle en contient peu, et c'est ici que vient se poser la question véritablement intéressante pour le praticien. L'huile de foie de morue est-elle réellement utile? Si oui, quel est son genre d'action sur l'économie?

Or ce sont des questions qui ont été laissées absolument dans l'ombre par le savant rapporteur. L'honorable M. Devergie a bien communiqué à l'Académie ce que la pratique avait enseigné à M. Delattre, l'auteur du mémoire sujet du rapport; il a bien fait connaître également ce que lui faisait penser son expérience personnelle sur la valeur, tant de l'huile de raie que de l'huile de morue et de squale; mais ces résultats sont-ils autre chose que des appréciations individuelles, empruntant certainement un grand poids à l'autorité du savant rapporteur, mais malheureusement équilibré par des autorités contraires non moins dignes de considération?

Il est donc fort regrettable que la commission n'ait pas cru devoir soumettre ou faire soumettre à une série d'expérimentations régulières l'emploi comparatif des huiles de poisson avec et sans iode, des huiles végétales naturelles, et enfin de ces huiles iodées artificielles qui ont si souvent frappé à la porte de l'Académie.

On l'a vu dans la discussion de la semaine dernière, l'analyse chimique, importante comme point de départ et tenant comme élément d'appréciation un rang indispensable dans toute cette étude, ne saurait pourtant y remplir qu'un rôle et non s'emparer de toute la scène. Le théâtre appartient à l'observation thérapeutique : les chimistes eux-mêmes le reconnaissent. Rappelons-nous l'argumentation de M. Chatin dans la question de la préparation par assimilation digestive de cette même substance, l'iode, que nous retrouvons ici fournie par la glande hépatique des morues, et que M. Bouley nous offrait, il y a quinze jours, organiquement incorporée au lait. M. Chatin, tout chimiste qu'il est, était le premier à accuser des qualités spéciales dans les médicaments ainsi élaborés par la nature, et mis en harmonie préalable avec les molécules élémentaires de nos tissus. Il y aurait donc une indication manifeste à la reprise d'une expérimentation comparative, et en tant qu'iodées, des huiles animales naturelles et de celles que peut fournir le laboratoire. Et cette étude sera même d'autant plus opportune et justifiée qu'au témoignage de M. Boudet, le savant professeur Girardin aurait établi dans ses analyses sur les huiles en

(1) Une étude très-attentive faite en Norwége, par le docteur Jongh, l'avait conduit à penser qu'indépendamment des causes volontaires de falsification des huiles de poisson, et provenant du fait du commerce, les grandes différences d'action, observées dans l'usage médical, pouvaient être attribuées à l'emploi de foies de poisson provenant d'espèces différentes elles-mêmes. Ces espèces étaient le dorche ou *gadus morrhua*, le sey ou *gadus virens*, et le haakjeering ou *squalus classicalis*. Il paraît, d'après le travail de M. Delattre, que c'est surtout à l'époque de l'année où s'est faite la pêche que ces différences doivent être attribuées.

FEUILLETON.

LE CANCER.

(Tiré de l'anglais.)

Parmi tous les fléaux qu'un infernal génie
Jeta sur notre race, en cette heure bénie
Où Dieu se reposa quand l'homme fut formé,
Et dans son triste Éden, pour bâiller enfermé,
En est-il un plus dur, et plus riche en torture
Que ce mal lent et sourd dont la froide morsure,
Comme un étau d'acier, s'attache au plus beau sein,
Sans souci des beautés que son pas assassin
Moissonne dans sa marche, en laissant à leur place
Quelque ulcère odieux dont l'aspect seul nous glace?
Son nom, vous l'avez dit sans doute : le Cancer;
Grosseur insidieuse au début; un éclair
Incisif et perçant, une douleur aiguë
Tout d'un coup le révèle à la pauvre éperdue!

Tel se réveillerait dans un antre malsain,
Un voyageur perdu, rencontrant pour voisin
En travers de l'issue, un lion formidable
Goûtant à ses côtés un repos peu durable.

Ainsi du nouvel hôte, au plus vif de ta chair,
Créature de Dieu, servie au roi d'Enfer!
L'épine menaçante à peine est reconnue,
La vérité déjà se montre toute nue;
Même avant de souffrir, tu vois déjà la mort
Posant sur toi sa main en annonçant ton sort!
De te soustraire à lui bien légère est la chance,
Et le couteau terrible est ta seule espérance;
A moins que, fascinée aux récits miroitants
Des succès merveilleux d'indignes charlatans,
Tu n'endormes tes peurs et les heures mauvaises
En les berçant au bruit des drogues javanaises,
Et qu'à l'aplomb brutal d'un hardi mécréant
Ton oreille charmée ouvre un accès béant;
Que le mieux qu'il affirme, en ton état ultime,
Trouve un esprit croyant, et que sa pantomime
Jusqu'au souffle dernier conserve sur ta foi
D'un empire établi la souveraine loi!
Alors, pauvre martyr, à défaut de victoire,

questinn, que l'iode contenu en elles n'y était à l'état d'iodure ni de sodium, ni de potassinm.

Mais ce qui serait non moins justifié, ce serait une étude comparative sérieuse, et sur une grande échelle, des builes de poisson dans les maladies si communes contre lesquelles elles sont en usage; car il y a quelque chose de digne d'attention dans les dissentiments marqués qui règnent à leur endroit. Que l'huile de foie de morue soit un excellent aliment à l'adresse des déperditions de la réserve respiraloire consumée par une fièvre hectique, cela se conçoit, quand on a l'avantage de la voir aisément tolérée. Mais que de sa réussite dans l'hectique en compagnie de traitements toniques collatéraux, on conclue à des avantages de même ordre dans la scrofule, où, suivant la judicieuse remarque de M. Devergie, les tissus sont plutôt trop que pas assez gras, voilà déjà qui ne s'explique plus.

Que d'autre part on prélende la voir réussir dans la scrofule, et en même temps dans le rachitisme (où ses succès sont, paraît-il, tout spéciaux), quand on songe que ces deux affections sont généralement considérées comme plus ou moins antagonistes l'une de l'autre, voilà encore qui est fait pour suprendre.

Nous ne connaissons, en dehors des études de M. Bretonneau sur la spécificité de l'huile de foie de morue contre le rachitisme, d'autres études suivies sur l'huile de foie de morue que celles entreprises à l'hôpital de Brompton sur les phthisiques. Il résulte de ces dernières que l'amaigrissement, le marasme étaient quelque temps avantageusement combattus, pour un certain nombre de malades, par l'administration de l'huile de foie de morue ou de raie. Mais, en fin de compte, les malades n'étaient pas guéris, et il n'y avait là d'autre avantage obtenu que celui d'une alimentation respiratoire supplétive. D'action spécifique quelconque, point de nouvelle. A cet égard-là beaucoup de bon beurre frais eût pu produire le même effet, au grand contentement de l'estomac des malades.

Car, rappelant ici une manifestation très-imagée de l'honorable M. Bouley à l'endroit de cette *odieuse* huile, ce n'est pas une chose tant à dédaigner que l'estomac des malades. Quel médecin, si convaincu qu'il soit de la valeur thérapeutique de l'huile de foie de poisson, ne se voit chaque jour obligé de renoncer à son emploi, vaincu par les répugnances de ses malades? Et parmi ceux qui se soumettent et font taire ces répugnances, combien en voient nécessairement les effets attendus contrariés par les luttes de la muqueuse digestive et les lenteurs de l'assimilation dans les premières voies! Quels effets reconstitutifs attendre d'une médication qui tient deux fois par jour l'économie, plusieurs beures de suite, sous une pression tenant de l'embarras gastrique?

Nous répondrons donc au vœu tacite de plus d'un praticien, en appelant sur ce sujet si controversé une étude clinique entreprise sur une grande échelle, dans les quelques grandes classes de maladies qui lui sont en quelque sorte dévolues; et nous ajouterons que cette étude devra être faite suivant la méthode éléminatoire, c'est-à-dire la médication étant appliquée à chaque catégorie de cas à l'exclusion de tout autre élément thérapeutique simultanément administré. Par là seulement on mettra fin à une incertitude qui pèse aussi défavorablement sur les médecins que sur les malades eux-mêmes.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR LA CLAUDICATION INTERMITTENTE OBSERVÉE DANS UN CAS D'OBLITÉRATION COMPLÈTE DE L'UNE DES ARTÈRES ILIAQUES PRIMITIVES, lue à la Société de biologie par le docteur CHARCOT, médecin des hôpitaux.

L'observation intéressante, à plus d'un litre, qui fait l'objet de la présente communication, nous paraît pouvoir être rapprochée des cas de *claudication intermittente par oblitération artérielle*, bien connus aujourd'hui en pathologie hippique (1), et sur lesquels nos collègues, MM. Goubaux et H. Bouley, auxquels on doit d'importants travaux sur ce sujet, ont plusieurs fois appelé l'attention de la société; aussi, avant d'exposer les particularités du fait qu'il nous a été donné d'observer chez l'homme, croyons-nous utile de rappeler sommairement en quoi consiste, chez le cheval, celte variété de la claudication intermittente; quels sont les symptômes qui la caractérisent et les lésions qui la produisent. Pour ne point nous égarer sur un terrain qui nous est peu familier, nous ne cesserons de prendre ici pour guides les travaux des observateurs distingués que nous venons de nommer.

I.

L'animal qui, jusque-là, avait fait un bon service, et qui peut d'ailleurs présenter toutes les apparences de la meilleure santé, est pris tout à coup, pendant le travail ou la course, de boiterie dans un ou plusieurs membres, le plus souvent dans les deux membres postérieurs à la fois. Si on lui accorde alors quelques beures de repos, cela suffit en général pour faire disparaître tous les accidents, et on peut le remettre au trot. Au commencement de cette nouvelle expérience on n'observe d'abord aucune irrégularité dans la progression; mais au bout d'un temps variable, parfois de quelques minutes seulement, la boiterie se reproduit. Qu'on frappe en ce moment l'animal pour le forcer à accélérer son allure, et on le verra bientôt donner les signes de la plus vive anxiété; il est pris d'un tremblement général et trépigne violemment; ses yeux sont fixes et hagards, et sa physionomie, en un mot, exprime une souffrance profonde; son corps se recouvre d'une sueur abondante; sa respiration s'accélère et devient bruyante en même temps que les battements du cœur se précipitent; enfin, à

(1) M. Bonley jenne a le premier, je crois, appelé l'attention sur la claudication intermittente par oblitération artérielle cbez le cheval. (ACAD. DE MÉDECINE, séance du 18 octobre 1831, et ARCH. GÉNÉR. DE MÉDECINE, t. XXVII, p. 425, 1831.) — M. Goubaux a ensuite traité le sujet d'une manière très-complète dans son important mémoire SUR LES PARALYSIES DU CHEVAL CAUSÉES PAR L'OBLITÉRATION DE L'AORTE POSTÉRIEURE. (RECUEIL DE MEDECINE VÉTÉRINAIRE, t. XXIII, p. 578, 1846. — On trouve aussi plusieurs articles conceroant cette espèce de claudication dans le Journal de Gurlt et Hertwig (MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE THIERHEILKUNDE, 4. J. 1838. S. 455. 9. J. 1843. S. 221. 461). — Voir aussi Romberg, LEHRBUCH DER NERVENKRANKHEITEN, etc. 2. Abt., p. 13.

Ta crainte aura gagné quelque paix illusoire,
Propre à dissimuler à tes yeux accablés
L'approche de la mort et des bords désolés.

Mais ce n'est pas ainsi qu'une âme magnanime
Abdique et se démet; c'est un effort sublime
Qu'elle sait opposer au progrès trop certain
De l'intime ennemi qui lui ronge le sein.
Sachant que le couteau dans une main habile
Est seul pour la sauver; elle y souscrit, docile;
Et telle fermeté voit seule le succès
D'un destin ennemi renverser les arrêts.

D'un de ces froids combats j'ai sous les yeux l'histoire,
Une scène à huis clos, qu'on peut dire à la gloire
Des mères de nos fils, et qu'un sensible auteur (1)
Légua dans une page écrite avec son cœur.

C'était en ce pays des âmes inflexibles
Où vices et vertus, froidement impassibles,
Suivent d'un même pas leur chemin personnel
Dans leur manteau d'airain et leur maintien formel.
C'est nommer l'Angleterre et ses roides allures.
Chez un de ses enfants aux blondes chevelures,
Une femme titrée, une noble lady,
Et noble par un cœur tendre autant que hardi,
Ce mal tant redouté, depuis quelques semaines
Avait pris domicile. Or bergères et reines
Devant la maladie et devant la santé
Reconnaissent au moins la loi d'égalité.
L'élégante lady voyait donc sa poitrine
Envahie et détruite, et l'éclatante hermine
Qui lui couvrait le sein ne dissimulait plus
Des trésors de beauté, mais des charmes perdus.
Mais l'atroce douleur qui dévorait cette âme
Avait touché la mère encor plus que la femme;
Songeant à son seul fils, un frais et beau blondin,
Ses esprits défaillaient le voyant orphelin.
Or quiconque a vécu sait ce qu'est une mère
A l'enfant qui grandit, et que jamais un père
Ne saurait occuper, même auprès de son fils,
Les rôles délicats par la femme remplis.
A ce regret poignant d'abandonner la vie
Un autre s'ajoutait: une image chérie

(1) DIARY OF A LATE PHYSICIAN. MÉMOIRES POSTHUMES D'UN MÉDECIN; par Samuel Warren.

bout de forces, il se laisse tomber sur le sol, où il se roule quelquefois et se débat à la manière des chevaux affectés de coliques violentes. Pendant ce temps une observation attentive des membres atteints de claudication permet de constater les phénomènes suivants : ces membres paraissent être le siége principal de la douleur, autant du moins qu'on peut en juger par les attitudes particulières et incessamment variées que leur imprime l'animal ; ils sont roides, comme contracturés, placés dans la flexion ou dans l'extension forcée ; les battements des artères n'y sont point perçus ; la température s'y abaisse très-manifestement, et la sensibilité y est considérablement diminuée ou même tout à fait éteinte, si bien que l'application de moxas n'y provoque point de douleur. On a vu dans un certain nombre de cas la peau du membre affecté rester sèche alors que le reste du corps était baigné de sueur. Au bout de vingt ou trente minutes, quelquefois plus, quelquefois moins, tous les symptômes s'amendent ; l'attitude devient plus tranquille, la respiration se ralentit ; les battements du cœur reprennent leur rhythme normal, l'expression de souffrance s'efface ; enfin le membre atteint de boiterie récupère sa mobilité et prend sur le sol un appui solide, en même temps que la température et la sensibilité y redeviennent normales. Bientôt l'animal a repris toutes les apparences de la santé. A le voir alors, quelque temps après la disparition de ces accidents, « parfaitement droit sur ses quatre membres, libre » dans ses allures, l'œil vif et expressif, les narines au vent, l'oreille » mobile et attentive, on avait vraiment peine à le reconnaître (1). » — Une fois la maladie constituée, ces accès de *paralysie douloureuse*, si singuliers et si caractéristiques, mais qui peuvent, on le conçoit, présenter quelques variantes dans chaque cas particulier, ces accès se manifesteront à coup sûr dès que les conditions que nous avons indiquées se seront reproduites. Ainsi, tant que le cheval reste au pas, sa démarche assurée présente tous les caractères de l'état normal ; mais à peine a-t-il trotté pendant quelques minutes que la claudication reparaît tout à coup. Ce retour fatal des accès constitue une sorte d'infirmité incurable ; aussi les animaux atteints de ce genre de boiterie sont-ils en général promptement sacrifiés. On a pu cependant suivre, dans plusieurs cas, la maladie jusque dans ses phases les plus avancées ; on a remarqué alors qu'avec le temps les accès se rapprochent ou, pour mieux dire, deviennent plus faciles à provoquer sous l'influence des mouvements que nécessitent le travail ou la course. Enfin, la paralysie tend à devenir permanente (2), et certaines paraplégies plus ou moins complètes ont été précédées, chez le cheval, par les phénomènes de la claudication intermittente. J'ignore si le sphacèle du membre a jamais été observé comme conséquence ultime de cette affection.

A cet ensemble de symptômes, répond constamment, ainsi qu'on s'en est maintes fois assuré, une oblitération plus ou moins complète des troncs artériels principaux du membre affecté. L'artère, dont les diverses tuniques peuvent être à peu près exemptes d'altérations, est remplie plus ou moins complétement et distendue, par un caillot fibrineux décoloré, jaunâtre, résistant, élastique, formé de couches concentriques, en un mot, de formation ancienne. Ce caillot est quelquefois intimement uni à la membrane interne dont on ne le détache qu'avec peine, d'autres fois il n'y adhère que faiblement. Dans le cas, de beaucoup le plus commun, où les deux membres postérieurs ont été simultanément atteints de claudication, il siége dans l'aorte postérieure et se prolonge quelquefois dans les iliaques interne et externe (1) ; si, au contraire, la boiterie portait exclusivement sur un des deux membres antérieurs, c'est le tronc brachial correspondant et quelques-unes de ses principales branches qui se trouvent oblitérées. Dans tous les cas, et ceci est un point important à noter, les branches de troisième et de quatrième ordre sont partout libres, ou si elles renferment des caillots fibrineux, ceux-ci sont évidemment de date récente et ne remplissent pas complétement la lumière des vaisseaux ; si bien que la circulation artérielle interrompue par l'oblitération des troncs principaux a pu se rétablir dans les branches secondaires d'une manière plus ou moins complète, par la voie des anastomoses (2).

L'existence de caillots fibrineux oblitérants, dans les troncs artériels principaux du membre affecté, n'est d'ailleurs pas ici une condition essentielle ; des vices anatomiques d'un autre ordre pourront, on le conçoit, dans certaines circonstances données, produire au même degré l'oblitération de ces mêmes troncs artériels, et déterminer à leur tour la claudication intermittente : c'est ainsi que, dans un cas fort intéressant, présenté il y a deux ou trois ans, à la Société, par M. Bouley, et dans lequel la boiterie portait sur le membre antérieur droit, on a trouvé le tronc brachial correspondant oblitéré par une tumeur anévrismale qui s'était formée dans l'épaisseur même de la paroi du vaisseau (anévrisme disséquant) (3). — Oblitération plus ou moins complète des troncs artériels principaux d'un ou de plusieurs membres, perméabilité des branches artérielles secondaires, permettant le rétablissement plus ou moins facile de la circulation dans ces mêmes vaisseaux par la voie des collatérales, telles paraissent être, en résumé, les seules conditions nécessaires à la production de l'espèce de claudication intermittente dont il s'agit.

II.

Les mêmes conditions anatomiques se sont trouvées réunies chez le malade dont nous allons rapporter l'histoire, et les symptômes correspondants à ces lésions, ont été, comme on va le voir, semblables à ceux qu'on observe en pareil cas chez le cheval.

(1) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, 1851, t. VI, p. 232.
(2) Goubaux, *loc. cit.*

(1) Chez le cheval, comme on sait, l'artère iliaque commune n'existe point et l'aorte postérieure fournit immédiatement les artères iliaque interne et externe.

(2) Dans le cas présenté à l'Académie de médecine en 1831, par M. Bouley jeune, les muscles de l'un des membres postérieurs étaient pâles, décolorés et plus consistants que dans l'état normal. Dans un cas du même genre rapporté par John Barlow, les muscles étaient atrophiés. (EDINB. MED. JOURNAL, juin 1856, p. 1087.) Les muscles n'ont au contraire présenté aucune altération dans les observations rapportées par M. Goubaux.

(3) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, 1851, t. VI, p. 228. Les pièces relatives à ce cas ont été présentées à la Société de biologie.

Désolait sa pensée, amenant sous ses yeux
L'époux qui combattait, au loin, sous d'autres cieux (1),
Et qui n'imaginait pas les périls de la guerre
Inférieurs à ceux dont une tête chère
Se voyait menacée au tranquille séjour,
Berceau de ses aïeux, où l'attendait l'amour !

Après les premiers temps consacrés à l'étude,
A l'examen du mal, la triste certitude
S'étant faite à l'esprit du savant, de l'ami
Qui donnait ses conseils à la noble lady,
La vérité lui fut forcément annoncée
Et la nécessité d'opérer prononcée.
Est-il besoin de dire en telle occasion
L'angoisse qui prélude à son adhésion,
La lutte intérieure avant le sacrifice,
Le courage appelé pour marcher au supplice?
Car il fallait alors dans un cœur vigoureux
Trouver la force prête au moment rigoureux ;
A cette époque encor nulle tête alourdie
N'avait vu par l'éther la douleur endormie,

Et le fer attendait, sous des doigts irritants,
Des muscles contractés et des nerfs palpitants.
A ces extrémités la digne résignée
S'offrit sans murmurer ; s'étant déterminée
Au souvenir heureux de son époux absent,
Elle apportait au fer un corps obéissant ;
Implorant seulement, et pour unique grâce,
Qu'on laissât sa main libre et sans voiles sa face,
Afin que cette main pût tenir sous ses yeux
Une lettre chérie, un gage précieux,
De l'amour de son lord, inspirant l'énergie
A ses sens ébranlés, à sa bouche pâlie,
A son cœur vacillant la force de prier !
Et calme elle attendit. — Le froid tranchant d'acier,
Sillonnant une gorge autrefois sans rivale,
Trace sur un fond blanc une sanglante ovale ;
Et la chair palpitante a, dans ses profondeurs,
Par un frémissement accusé ses douleurs.
Sur le front, sur le cou, les perles ruisselantes,
Des tendons agités les fibres tremblotantes,
Témoignent de l'angoisse et du terrible effort
Où, dans ce long combat, la volonté se tord.
Mais, malgré les tourments de l'odieux martyre,
Ses yeux, loin de pleurer, semblent plutôt sourire ;

(1) C'était à l'époque des guerres de la Péninsule.

ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE DROITE EN PARTIE TRANSFORMÉE EN ANÉVRISME, EN PARTIE COMPLÉTEMENT OBLITÉRÉE (OBLITÉRATION LIGAMENTEUSE); CLAUDICATION INTERMITTENTE DANS LE MEMBRE INFÉRIEUR DROIT; UNE COMMUNICATION S'ÉTABLIT ENTRE L'ANÉVRISME ET LA CAVITÉ DE L'INTESTIN; HÉMORRHAGIES GASTRO-INTESTINALES REPÉTÉES; MORT A LA SUITE DE L'UNE DE CES HÉMORRHAGIES.

OBS. — Le nommé Lefebure (Jean), âgé de 54 ans, peintre en bâtiments, entre le 5 août 1851, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 7, service de M. Rayer. C'est un homme vigoureux, d'une bonne constitution et qui n'a pas trop abusé des boissons alcooliques. Il a servi d'abord sous l'empire, puis en 1830, en Afrique, où il reçut *une balle qui pénétra, à ce qu'il paraît, dans le flanc droit, et ne put être extraite*. De retour dans ses foyers, il a exercé la profession de peintre en bâtiments. Trois ou quatre accès de colique de plomb, qui n'ont d'ailleurs pas été très-intenses, étaient les seules affections médicales de quelque importance qu'il eût jamais éprouvées, lorsque, il y a huit mois, il fut pris tout à coup, en sortant de dîner, d'un vomissement de sang de couleur rutilante, non mélangé aux aliments; puis il rendit par l'anus une grande quantité de sang noir et poisseux, et tomba en syncope. Il s'ensuivit une grande prostration, mais au bout de deux ou trois jours, tout était rentré dans l'ordre, et le malade put reprendre son travail.

C'est à partir de cette époque que se sont montrés les phénomènes que nous allons essayer de décrire, et sur lesquels nous appelons plus particulièrement l'attention. Lorsque Lefebure est obligé de faire une course et qu'il a *marché pendant plus d'un quart d'heure*, il éprouve, dans toute l'étendue du membre inférieur droit, un sentiment de faiblesse accompagné d'engourdissements. S'il veut néanmoins continuer à marcher, des douleurs sourdes, accompagnées de fourmillements, ne tardent pas à apparaître, et se manifestent d'abord dans la verge, pour de là se répandre ensuite dans la cuisse, la jambe et le pied droits; puis surviennent des crampes accompagnées de roideur générale du membre, qui refuse enfin tout service. Le malade se voit alors obligé de s'asseoir pour prendre quelques minutes de repos; *pendant ce temps, les symptômes se sont dissipés* rapidement, et bientôt la marche est redevenue possible; mais au bout d'une vingtaine de minutes, ils se reproduisent derechef, et un nouveau temps d'arrêt est devenu nécessaire. Ces sortes d'accès *de paralysie douloureuse* se montrent souvent jusqu'à cinq ou six fois, pendant une course d'une heure de durée; *jamais ils ne surviennent spontanément*, c'est-à-dire lorsque le malade est en repos, couché, assis, ou même dans la station verticale; la marche seule les provoque, et encore faut-il qu'elle soit, ainsi qu'on l'a vu, prolongée pendant un certain temps. *Dans leur intervalle, le membre inférieur droit fonctionne tout aussi bien que le gauche*, et, en particulier, il n'est pas le siége de sensations anormales. Il nous a été impossible de savoir si, pendant les accès, la température s'y abaisse, et si la peau y est affectée d'une anesthésie plus ou moins marquée.

Ces accès de paralysie douloureuse, produits par la marche, mais disparaissant après quelques minutes de repos, sans laisser de traces après eux, ont pendant longtemps constitué, chez le malade, une sorte d'infirmité qui ne l'empêchait pas de se livrer à ses occupations habituelles. Mais dans ces derniers temps, les vomissements de sang et l'entérorrhagie ont reparu à plusieurs reprises, laissant après eux une grande prostration. Enfin, il y a un mois de cela, ils se sont reproduits avec une intensité inaccoutumée. Depuis cette époque, l'affaiblissement est extrême; il y a des palpitations de cœur au moindre mouvement; *des battements très-violents et souvent très-pénibles se font sentir dans l'abdomen, au voisinage de l'ombilic;* le membre inférieur droit est devenu, en outre, d'une manière permanente, plus faible que le gauche; les douleurs dont il est le siége lorsque le malade a marché pendant quelque temps sont plus pénibles que par le passé et semblent avoir pris le caractère névralgique; elles partent du flanc et de l'hypocondre droits, et se répandent dans la cuisse et la jambe droites, le long des nerfs sciatique et crural.

État du malade après son entrée à l'hôpital. — Anémie profonde; teinte jaunâtre et comme cireuse de la peau; souffle intense à la base du cœur, au premier temps; souffle continu à double courant dans les vaisseaux du cou; pas de signe d'hypertrophie cardiaque; des battements énergiques sont perçus lorsqu'on applique la main sur la région épigastrique, mais on ne sent point là de tumeur. L'auscultation et la percussion restent également sans résultat, et il n'y a dans cette région ni souffle ni matité anormale. Les fonctions de la vessie et du rectum ne sont point troublées; l'urine n'est pas albumineuse. L'appétit est assez prononcé; le malade est assez fort pour descendre au jardin et s'y promener; mais à peine a-t-il fait quelques pas que les engourdissements et les douleurs se manifestent dans la jambe et la cuisse droites. Ce membre est d'ailleurs aussi volumineux et aussi bien nourri que son congénère; il est, comme ce dernier, un peu œdémateux; on constate à plusieurs reprises que la peau n'y est pas anesthésiée et que la température n'y est point sensiblement abaissée.

Le 12 août, les palpitations cardiaques et abdominales sont devenues de plus en plus violentes. Il y a un peu de fièvre et de l'inappétence; le malade ne peut plus quitter son lit. Il éprouve tous les soirs, vers six heures, une douleur vive paraissant limitée au trajet du nerf sciatique, et qui dure environ une heure. Ces accès se reproduisent régulièrement pendant cinq jours; mais l'administration du sulfate de quinine en diminue d'abord l'intensité, et les fait disparaître ensuite complétement.

Le 20 août, tout à coup, vers trois heures de l'après-midi, le malade est pris d'une syncope. Lorsqu'il est revenu à lui, il rend en vomissant une pleine cuvette de sang rouge en partie liquide, en partie coagulé. Les syncopes se reproduisent plusieurs fois dans le courant de la journée et de la nuit, et la mort survient le lendemain matin, vers neuf heures.

AUTOPSIE. — *Abdomen*. Après avoir rejeté sur le côté le paquet intestinal, on découvre une *tumeur anévrismale* du volume d'un œuf de poule, formée aux dépens de l'iliaque primitive droite et située à peu près sur la ligne médiane, au niveau de l'angle sacro-vertébrale. Cette tumeur s'ouvre en haut et à gauche, dans l'extrémité inférieure de l'aorte par un large orifice ovalaire (1 centimètre et demi environ dans le plus grand diamètre), qui tient lieu de l'orifice d'abouchement de l'artère iliaque droite et dont les bords sont incrustés de plaques calcaires; en haut, à droite et en avant, elle s'ouvre, en outre, par un orifice arrondi, dont le diamètre est de 4 ou 5 millimètres, *dans le jéjunum*, au moment où cette partie de l'intestin va se confondre avec le duodénum. Cette tumeur a des parois épaisses de 2 millimètres environ, très-résistantes, d'une consistance qui rappelle celle des fibro-cartilages. Elle est tapissée à l'intérieur par une couche épaisse de lamelles fibrineuses superposées, et sa cavité est presque complétement remplie par des concrétions fibrineuses de date plus récente. Elle est, ainsi que nous l'avons dit, formée aux dépens de l'iliaque primitive droite. Ce sont les deux tiers supérieurs de ce vaisseau qui ont subi la dilatation anévrismale; son tiers inférieur, au contraire, est complétement oblitéré et remplacé par un cordon ligamenteux, dans l'étendue de 1 centimètre. Au-dessous de ce point, le vaisseau reparaît un instant, mais il donne naissance presque aussitôt aux artères iliaque externe et iliaque interne droites. Celles-ci présentent à peu près les rapports de l'état normal, mais leur calibre *paraît très-manifestement rétréci*, si on les compare, sous ce rapport, aux artères correspondants du côté opposé.

L'artère iliaque primitive gauche est assez fortement comprimée par la tumeur anévrismale, qui la repousse en haut et à gauche, de sorte qu'elle présente, dans la partie supérieure de son trajet, une courbure et un aplatissement assez prononcés.

La veine iliaque primitive droite est perméable, un peu aplatie seulement par la tumeur, dans son tiers supérieur; la veine correspondante gauche, au contraire, est complétement oblitérée dans les deux tiers supérieurs, et trans-

---

Attachés, sans faiblir, au tendre talisman,
Ils s'élancent vers lui, de même qu'à l'aimant
Fait l'aiguille polaire, et comme on vit les saintes
Attendre sans trembler, et sans de vaines plaintes,
Les lions, les bourreaux, les flammes du bûcher,
Des supplices de choix, sans cesser d'attacher
Leurs regards souriants aux célestes lumières.
Que la foi leur montrait aux voûtes planétaires!

Oui, la femme est sublime en ces moments affreux;
Lente à déterminer, quand elle a dit : je veux,
Son courage impassible et sa rare constance,
Dans les plus grands tourments restent sans défaillance.
Et telle en cette épreuve on vit lady Rachel;
Dix minutes sans fin! un supplice éternel,
Ne la virent faillir; au milieu des tortures
Pas un trait ne changea des formes toujours pures
De ce noble visage. Un soupir seul parfois
Vint révéler l'effort qui renfermait la voix.

Mais la scène a changé : l'aide, au geste attentif,
A reçu l'instrument; un repos bien tardif
Vient enfin, relâchant la fibre encor vibrante,
Restituer la vie à la pauvre mourante.
Le souffle se ranime en rhythme plus égal,
La nature affranchie en son cadre normal
Renait dans un long calme; et de même autour d'elle
Chacun renait aussi; car la crise cruelle
Avait pesé sur tous. — Tels après une nuit
Où les vents déchaînés et le flot qui les suit
Ont battu le vaisseau sans trêve ni lacune
De l'arrière à l'avant, de la quille à la hune,
Doivent sembler divins les premiers feux du jour
Apaisant la tempête, éclairant le retour
Du calme ou d'une brise adoucie et légère
Par qui l'ordre renait et le salut s'opère!
— Le salut, le voilà! Cet épisode affreux
Ces douleurs l'ont payé. Pourquoi donc ces yeux bleus,
Naguère si certains de retenir leurs larmes,
Humides maintenant, semblent-ils pleins d'alarmes?
Que cherche ce regard et triste et révolté
Qui n'ose s'arrêter sur ce plan dévasté?
Que dit-elle? O mon Dieu! Décision funeste!
Ce sein dépareillé, c'est donc tout ce qui reste
Ici de ma beauté! — Vous qui savez, docteur,
Tant de secrets humains qu'on cache au fond du cœur,
Répondez; croyez-vous, tellement déformée,
Que je puisse par lui me voir encore aimée?.....

X...

formée en un cordon ligamenteux qui fait corps avec les tissus cellulo-fibreux, qui fixe la tumeur contre le sacrum et la colonne vertébrale. Plus bas, la veine reparait et acquiert bientôt un calibre relativement considérable.

Au voisinage de l'articulation sacro-iliaque droite, presque en contact avec la veine iliaque primitive, on rencontre *une balle de fusil de fort calibre*, enveloppée de tous côtés par une couche épaisse de tissn cellulaire dense qui la fixe aux parties voisines.

Quant aux voies par lesquelles la circulation s'opérait, tant dans les veines du membre intérieur gauche que dans les artères du membre inférieur droit, elles n'ont malheureusement pas été étudiées avec soin. Tout ce que nons pouvons dire, c'est qu'à droite les artères lombaires étaient très-dilatées et tortneuses, et qu'à gauche la veine iléo-lombaire avait acquis un volume très-considérable.

L'aorte abdominale ne présente pas traces de dégénérescence athéromateuse; on peut en dire autant de l'aorte thoracique ainsi que de la crosse aortique.

Cœur de volume normal; aucune altération valvulaire.

Poumons emphysémateux, anémiés, sains d'ailleurs.

Le *duodénum* et le *jéjunum* sont remplis et distendus par un caillot fibrineux, décoloré, consistant, formé de couches concentriques. De ce caillot part une sorte d'appendice, lequel pénètre dans l'orifice qui établit leur communication entre la cavité de l'intestin et celle de l'anévrisme.

L'iléon et le gros intestin sont remplis par une sorte de bouillie de couleur lie de vin évidemment constituée par du sang altéré. L'estomac contient une certaine quantité de sang d'une coloration moins foncée.

Les autres viscères sont pâles et exsangues, mais ils ne sont pas autrement altérés.

Le cerveau, la moelle épinière, les cordons nerveux des plexus lombaires et sacrés, ont été examinés; ils n'ont pas présenté de lésion appréciable. Nous avons noté particulièrement que les nerfs des plexus lombaires et sacrés n'étaient *nullement comprimés* par la tumeur anévrismale.

Les muscles de la cuisse et de la jambe droite ne oons ont point paru présenter d'altérations notables.

En résumé, une tumeur anévrismale s'est développée aux dépens des deux tiers supérieurs de l'artère iliaque primitive droite, très-vraisemblablement comme conséquence du choc produit par une balle de plomb de fort calibre; au-dessous de ce point, le tronc artériel s'est, à la longue, rétréci; puis il s'est oblitéré complétement et s'est transformé en une sorte de ligaments fibreux. Cependant les artères iliaque interne, iliaque externe, crurale, etc., sont restées perméables; la circulation toutefois s'y est rétablie d'une manière incomplète, car leur calibre s'était manifestement amoindri. Tel a été, suivant toute probabilité, l'ordre de succession des lésions qui ont été suivies des phénomènes de claudication intermittente. Mais déjà à l'époque où ces phénomènes ont paru pour la première fois, c'est-à-dire huit mois avant la terminaison fatale, une communication s'était établie entre la cavité de l'anévrisme et celle de l'intestin; de là des hémorrhagies gastro-intestinales plusieurs fois répétées, et dont l'une, d'une intensité extrême, a déterminé la mort.

Toutes les circonstances de ce fait si complexe, et à plusieurs égards si exceptionnel, mériteraient sans doute d'être examinées en particulier. Mais pour ne point outre-passer les limites dans lesquelles nous voulons restreindre cette communication, nous nous bornerons à mettre en relief les troubles fonctionnels remarquables qu'a présentés le membre inférieur droit.

Ces troubles fonctionnels ont consisté, comme on l'a vu, en engourdissements et fourmillements douloureux partant de la verge pour se répandre dans la cuisse, la jambe, le pied, et bientôt suivis de faiblesse extrême et de raideur générale du membre. Ils constituaient des accès qui se déclaraient soudainement et à coup sûr, pendant la marche, alors que celle-ci avait duré un quart d'heure ou vingt minutes environ. Jamais ils ne se manifestaient lorsque le malade était en repos, ou lorsqu'il s'était livré à la marche pendant moins d'un quart d'heure. Un repos de quelques minutes suffisait toujours pour faire disparaître tous les accidents.

Il eût été important de recbercher si, pendant les accès la température du membre s'abaissait et si la sensibilité cutanée y était amoindrie ou abolie : malheureusement il existe sous ce rapport dans notre observation une lacune regrettable (1). Dans l'intervalle des accès ces phénomènes n'existaient certainement pas, et le membre inférieur droit qui alors exerçait ses fonctions aussi librement que le gauche, n'était le siége d'aucune sensation pénible. Aussi le malade a-t-il pu,

(1) Noos avons négligé également d'explorer les artères iliaque externe et crurale, soit pendaot les accès, soit dans leur intervalle. Mais il est probable que les battements y eussent paru affaiblis et oon totalement supprimés, si l'on peut eo juger d'après le volume que ces vaisseaux avaient conservés.

pendant près de sept mois, malgré l'existence de ce qu'il appelait son infirmité, se livrer tant bien que mal aux travaux nécessités par sa profession de peintre en bâtiments.

Dans les derniers temps de la vie, les accès de paralysie douloureuse se sont rapprochés; ou, pour parler plus exactement, ils se reproduisaient plus promptement sous l'influence de la marche; ils étaient aussi plus intenses. En dernier lieu, enfin la faiblesse du membre affecté était devenue permanente.

III.

Si l'on compare cet appareil de symptômes à celui que nous avons essayé de dépeindre, lorsqu'il s'est agi du cheval, il paraîtra moins complet; et, si je puis ainsi dire, moins saisissant; mais il n'y a là rien qui doive serprendre, puisque c'est seulement au prix d'expériences cruelles et dont les conditions ne sauraient être reproduites chez l'homme, qu'on voit survenir chez les animaux les accidents graves, tels que respiration précipitée et inégale, anxiété vive, mouvements convulsifs, etc., dont il a été question ailleurs. Quoi qu'il en soit, tout affaiblis qu'ils puissent paraître, les traits essentiels et caractéristiques de l'affection n'en sont pas moins, chez notre malade, très-nettement accusés; et l'on est par là tout naturellement porté à admettre que chez lui, c'est bien, comme chez le cheval, à l'oblitération artérielle qu'il faut rapporter les phénomènes de paralysie intermittente. Mais cette interprétation déjà si vraisemblable paraîtra tout à fait légitime si l'on remarque que toute autre hypothèse qu'on pourrait imaginer pour expliquer les phénomènes en question, est réellement inadmissible : celle, par exemple, d'une lésion quelconque du système nerveux central ou périphérique, qu'on pourrait être surtout tenté d'invoquer, n'est nullement justifiée par les faits nécroscopiques. Nous avons vu en effet que le cerveau, la moelle épinière et les nerfs des plexus lombaire et sacré ont été trouvés tout à fait exempts d'altération. Les nerfs, en particulier, ont été examinés avec soin, ils ne présentaient aucune modification de texture appréciable; ils n'étaient en aucune façon comprimés ou déplacés par la tumeur anévrismale.

Nous ne voulons point dire par là que les nerfs ne sont nullement affectés dans la claudication intermittente produite par oblitération artérielle; nous pensons, au contraire, que leurs fonctions sont profondément perverties pendant les accès; mais ceci nous conduit à indiquer, en peu de mots, quelle est dans notre opinion la raison physiologique des phénomènes observés en pareil cas. Tous ces phénomènes dépendent, à ce qu'il nous semble, de l'anémie locale, ou, pour mieux dire de l'*ischémie* (1), à laquelle se trouvent soumis les divers tissus, et en particulier les muscles des membres affectés par suite de l'interruption du courant sanguin dans les troncs artériels principaux. Les phénomènes de la nutrition des parties vasculaires, des muscles par exemple, se résolvent, en définitive, en des actes chimiques, à l'accomplissement desquels la présence d'une certaine quantité de sang chargé d'oxygène est tout à fait nécessaire. Lorsque les muscles fonctionnent, lorsqu'ils se contractent pendant la marche ou la course, ces actes chimiques s'exécutent avec bien plus d'énergie que cela n'a lieu pendant le repos (2), et exigent par conséquent l'afflux d'une quantité de sang artériel plus considérable, dans un temps donné. Or dans les cas qui nous occupent, par suite de la diminution de calibre des artères au-dessus du point d'oblitération, et de l'imperfection de la circulation supplémentaire, la quantité de sang qui parvient aux muscles, suffisante tout au plus pour y entretenir la vie lorsqu'ils sont au repos ou qu'ils fonctionnent peu énergiquement, ne

(1) J'emprunte ce mot (*ischæmia*) à M. Virchow, qui l'a emprnoté lui-même à P. Franck. Il peint bien l'état des parties qui ne reçoivent pas une quantité suffisante de sang artériel, quelle que soit d'ailleurs la cause de l'interruption du courant sanguin, spasme de la tunique musculeuse, oblitération fibrineuse, compression de l'artère par une tomenr, etc., etc., etc.

(2) Les muscles ne conserveut leurs propriétés vitales qu'autant que le liquide musculaire tient en solution une certaine quantité d'oxygène (Humbold, du Bois-Raymond, G. Liebig).—Le liquide musculaire d'un muscle en repos contient très-peu de substances solubles dans l'alcool, et sa réaction est neutre (Helmboltz, du Bois).—Pendaot sa contraction, le muscle développe une certaine quantité de chaleur (Becquerel, Helmboltz).—Pendant que le muscle se contracte, sa constitution chimique se modifie; les substances solubles daos l'alcool deviennent plus abondantes (Helmboltz). La quantité de créatine et d'hypoxanthine s'accroît (Liebig, Scherer).—Lorsque la contractioo a été un peu prolongée, la réaction du liquide musculaire devient acide (du Bois-Raymond).—Le sang défibriné et fluide, injecté par les artères qui se rendent à un muscle, sort par les veioes noir et coagulable (Brown-Séquard, Nasse), etc., etc., etc. (Voyez sur ce sujet C. Ludwig, HEHRBUCH DER PHYSIOLOGIE DES MENSCHEN, I. Bd. 2 aufl., p. 469.)

suffit plus lorsqu'il s'agit de contractions énergiques et prolongées, comme le sont celles que nécessite la marche ou la course. Les muscles subissent alors, très-vraisemblablement, des modifications analogues à celles qui surviennent, dans les belles expériences de M. Brown-Séquard, chez les animaux auxquels on a pratiqué la ligature de l'aorte abdominale; ils perdent, au bout d'un certain temps, une grande partie de leur irritabilité (1). Le repos chez les sujets atteints de claudication, de même que l'ablation de la ligature chez les animaux mis en expérience, en rétablissant les conditions normales, suffisent pour que les tissus puissent récupérer, au bout de quelques minutes, leurs propriétés physiologiques. Mais les muscles ne sont pas seuls à souffrir par le fait de l'ischémie; les nerfs eux-mêmes sont profondément affectés; et, par exemple, dans les expériences auxquelles nous avons fait allusion, la peau devient le siége d'une anesthésie très-marquée, tandis que presque en même temps les nerfs moteurs cessent d'être excitables. Quant aux douleurs violentes à caractère névralgique, c'est là un effet habituel de l'interruption brusque, mais incomplète du courant artériel, ainsi que le démontrent les expériences de M. Cruveilhier (2). Il paraît donc y avoir dans les nerfs, sous l'influence de cette interruption, une excitation dont le mécanisme, il est vrai, nous échappe quant à présent. On conçoit que cette excitation, quelle qu'en soit la nature, doive porter à la fois et sur les nerfs moteurs et sur les nerfs sensitifs, et par là, on peut comprendre pourquoi on a observé, dans un certain nombre de cas, des contractures auxquelles les modifications du tissu musculaire dont j'ai parlé, ne sont d'ailleurs sans doute pas étrangéres.—On le voit, la physiologie peut nous donner, jusqu'à un certain point, la clef des principaux phénomènes observés pendant l'accès de claudication. Elle explique en particulier l'anesthésie et la douleur, la paralysie du membre et la contracture; pour ce qui est de l'abaissement de température, c'est une des conséquences les plus immédiates et les moins contestables de l'ischémie. Nous proposons d'ailleurs cet essai de théorie avec réserve, et nous le soumettons à la critique de ceux de nos collègues qui sesont plus particulièrement voués aux études physiologiques.

Il sera intéressant de revoir les faits, aujourd'hui assez nombreux, de paralysie permanente produite par l'oblitération des artères principales d'un membre pour rechercher si la claudication intermittente n'y figurerait point dans un certain nombre de cas parmi les symptômes observés à une certaine époque de la maladie. Nous avons entrepris ce travail et nous devons déclarer que jusqu'à présent il nous a presque toujours donné des résultats négatifs. Cependant, dans le cas si remarquable d'oblitération complète de l'aorte, dont M. Barth a fait l'objet d'un travail important, nous voyons que la malade, au début de l'affection qui devait aboutir à une paraplégie complète, n'a éprouvé pendant plusieurs mois dans les membres inférieurs, d'autres accidents que des fourmillements accompagnés d'un sentiment de froid, qui se faisaient sentir exclusivement pendant la marche et qui ne se manifestaient jamais pendant le repos au lit (3); or ce sont là des phénomènes évidemment comparables à ceux qui se trouvent relatés dans notre observation.

De tout ceci, nous croyons pouvoir conclure que la claudication intermittente, telle que nous l'avons décrite, doit être comptée au nombre des accidents qui surviennent chez l'homme à la suite de l'oblitération des artères principales d'un membre. Mais quelles sont les conditions anatomiques particulières qui produiront cette claudication, par opposition à celles qui, dans les circonstances en apparence semblables, déterminent, soit la paralysie permanente, soit des douleurs névralgiques plus ou moins fugaces, soit enfin la cadavérisation ou la gangrène du membre? C'est là un problème de physiologie pathologique qui, pour être résolu d'une manière satisfaisante, réclame encore, ce nous semble, de nombreuses recherches cliniques et expérimentales et sur lequel nous appelons l'attention des observateurs.

(1) Peut-être même finiraient-ils à la longue par présenter l'état sous tous les rapports comparable à la rigidité cadavérique et si bien décrit par M. Brown-Séquard dans les expériences dont il s'agit (COMPTE RENDU DE L'ACAD. DES SC., vol. XXXII, 1851, p. 855, et JOUR. DE PHYSIOL., t. I, p. 116). Stannius est arrivé aux mêmes résultats que M. Brown-Séquard dans des expériences publiées un an après (ARCH. FUR PHYSIOL. HEILKUNDE heft I, p. 223, 1852).

(2) TRAITÉ D'ANAT. PATHOL. GÉN., t. II, p. 305. Nous attribuons aussi à l'ischémie, dont les effets avaient dû être exagérés par l'état d'anémie générale consécutif aux pertes de sang subies par notre malade, des douleurs vives, suivant le trajet du nerf sciatique, et présentant le caractère de névralgie périodique, qu'il a éprouvées dans les derniers temps de la vie. Des douleurs du même genre ont été notées dans des circonstances analogues. C'est ainsi que dans des cas d'oblitération artérielle par caillots adhérents, M. Cruveilhier (*loc. cit.*) a vu des douleurs affecter le type intermittent, si bien que l'indication de l'administration du sulfate de quinine paraissait évidente.

(3). Archiv. général. de Méd., 2e série, t. VIII, 1835.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE; par le docteur E. Q. LE GENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite. —Voir les nos 9, 10, 11, 13, 16 et 17.)

III.

DE LA HERNIE CRURALE AVEC DIVERTICULUM A TRAVERS LE FASCIA CRIBRIFORMIS OU HERNIE DE HESSELBACH.

Le caractère de la variété de la hernie crurale observée par Hesselbach, c'est la disposition du corps de la hernie sous forme de diverticulum traversant plusieurs ouvertures du fascia cribriformis.

Faut-il ranger dans cette variété toutes les hernies qui sortent par une ouverture de ce fascia à une distance variable de la veine saphène interne? Je rejette cette opinion; le plus grand nombre des hernies crurales traverse, comme on le sait, le fascia cribriformis.

La discussion des faits que l'on a présentés comme des hernies de cette espèce va réduire de beaucoup, comme on le verra, le nombre des observations que l'on a rapportées à la hernie de Hesselbach.

Je ne comprends pas pourquoi on a donné comme un exemple de cette hernie le cas représenté par Langenbeck. La figure de sa planche XX représente une hernie crurale située au devant des vaisseaux fémoraux, étranglée par une ouverture du fascia lata en forme d'anneau. Il n'y a qu'une seule ouverture dont l'auteur donne exactement la forme, et il fait à ce sujet cette remarque importante, que les parties herniées ne sont pas étranglées par le ligament de Poupart, comme les auteurs l'indiquent, mais plutôt par cette ouverture en forme d'anneau du fascia lata; ces ouvertures, dans l'état normal, sont très-petites et remplies par de la graisse. (Langenbeck, DE STRUCTURA PERITONÆI AD ILLUSTRANDAM HERNIARUM INDOLEM. Gottingæ, 1817, planche XX et page 85.)

D'après cette description anatomo-pathologique très-complète, il est impossible de ne pas reconnaître que cette hernie rentre dans la classe si nombreuse des hernies qui ont perforé la portion cribriforme du fascia lata.

Le cas de Langenbeck offre cependant cette particularité, que la hernie a suivi un certain trajet dans l'entonnoir crural avant de traverser le fascia cribriformis. On n'a conservé dans la figure que la partie la plus interne du fascia lata; en dehors, les vaisseaux ont été privés de leurs rapports avec cette aponévrose, et c'est à la partie inférieure et en avant que la hernie traverse le fascia cribriformis. La tumeur remplit toute cette portion de l'infundibulum à laquelle M. Demeaux a donné le nom de vestibule du sac herniaire, et que nous ferons connaître plus loin d'après cet auteur. C'est donc pour nous un cas de cette variété de hernie dans laquelle l'entonnoir crural est en partie distendu par les organes herniés.

Enfin, si Langenbeck rappelle dans sa description l'observation de Hesselbach, c'est seulement pour faire remarquer que ces hernies sortent toutes les deux par la lacune externe des vaisseaux fémoraux. (Langenbeck, ABHANDLUNG VON DEN LEISTEN UND SCHENKELBRÜCHEN. Gottingen, 1821, page 39.)

On a attribué à M. J. Cloquet une observation de hernie que l'on a comparée à celle du prosecteur de Wurzbourg; ce fait a rapport à l'étude de sacs herniaires multiples trouvés dans la région crurale chez une femme âgée. Du côté du péritoine on trouve les pertuis qui les font communiquer avec le fond de deux sacs herniaires juxtaposés, mais isolés l'un de l'autre, ayant chacun leur ouverture péritonéale. (J. Cloquet, THÈSE DE CONCOURS POUR LA PLACE DE CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES, 1819, planche IV, figure 7, et observation CXIIIe, page 130.)

Il y a eu là, comme on le voit, formation successive de plusieurs sacs herniaires par une même ouverture, l'anneau crural; mais il n'est nullement fait mention du diverticulum provenant d'une seule et même hernie à travers le fascia cribriformis, disposition qui constitue la hernie de Hesselbach. Cependant M. J. Cloquet connaissait cette variété; il en a fait mention seulement sous forme de proposition dans ses études anatomiques sur les hernies de l'abdomen. Dans les hernies crurales, dit-il, le sac sort quelquefois par les trous de la paroi antérieure du canal crural. (J. Cloquet, RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LES HERNIES DE L'ABDOMEN, thèse, 1817, XLVIe proposition, page 85.)

En étudiant le développement de la hernie crurale, M. Demeaux dit avoir vu, comme M. J. Cloquet, des hernies multiples s'échappant de l'entonnoir par des ouvertures différentes.

Cet auteur désigne sous le nom de vestibule du sac herniaire la portion du péritoine située dans l'infundibulum, et, dit-il, ce vestibule disparaît presque entièrement si la hernie s'échappe près du ligament de Fallope; il est au contraire très-apparent si elle sort un peu bas, ou bien lorsqu'il existe deux sacs qui peuvent sortir par deux ouvertures distinctes. (Demeaux, DES HERNIES CRURALES, thèse, 1843, page 28.)

Nous ferons ici la même critique que pour les observations de M. J. Cloquet. M. Demeaux dit très-bien avoir observé des cas semblables à ceux qui sont rapportés par l'auteur précédent, c'est-à-dire des hernies multiples; ces hernies peuvent sortir par des ouvertures différentes du côté de la région crurale, et chacune d'elles peut alors constituer une variété. Mais M. Demeaux ne donne pas dans son travail, du reste si complet, sur la hernie crurale, une seule observation analogue à celles dont nous allons rapporter plus loin deux exemples.

Ainsi, dans tous les cas comparés par les auteurs à la hernie de Hesselbach, nous voyons des hernies crurales suivre en partie le canal ou l'entonnoir crural, le distendre et venir sortir ensuite par un seul orifice du fascia cribriformis, que cette hernie soit simple comme dans le cas de Langenbeck, ou qu'il se présente plusieurs sacs herniaires indépendants les uns des autres, comme dans les cas de M. J. Cloquet et de M. Demeaux.

La hernie de Hesselbach, comme on va le voir dans son observation que nous rapportons plus loin, a donc pour caractère de présenter un collet simple, tandis que son corps offre des diverticulum qui s'engagent par plusieurs ouvertures du fascia cribriformis, et peuvent quelquefois être chacun le siége d'étranglement.

J'ai été forcé de discuter avec une certaine rigueur les observations des auteurs que je viens de citer, parce qu'on leur a attribué des faits qui ont rapport à toute autre variété de la hernie crurale que celle que nous décrivons dans ce chapitre. Tous les auteurs qui ont suivi ont reproduit ensuite ces mêmes faits, peut-être sans recourir aux sources originales. Je crois donc que l'on peut regarder cette forme de la hernie crurale comme rare, puisque je ne puis en citer que deux descriptions complètes.

OBS. I. — Haud raro contingit ut in subjectis masculis sacci herniales corpus aut duplex, aut in plura divisum loculamenta appareat; scilicet cum tendinosi textus retiformis fasciculi in lacuna externa sacci hernialis impetui restiterint, illæ ipse per textus intervalla prorumpit. Ejusmodi herniæ in subjecto masculo repertæ exemplar in hujate præparatorum anatomicorum collectione asservatur. (Hesselbach, DE ORTU ET PROGRESSU HERNIARUM, Wirceburgi, 1816, p. 44, et tabula XIII.)

Cette description assez courte que nous donne le prosecteur de Wurzbourg, d'un cas si intéressant, est cependant très-explicite. L'observation mentionne la division possible du corps du sac herniaire en plusieurs compartiments, et cela à travers les ouvertures du fascia lata dont l'auteur décrit la texture rétiforme dans une autre partie de son travail.

La planche XIII montre avec une grande netteté la disposition de cette hernie crurale. On aperçoit son collet au-dessous du repli fibreux du fascia lata qui va se jeter sur le pilier externe de l'anneau inguinal, puis au-dessus de l'embouchure de la veine saphène interne, on voit le corps de la hernie présentant 5 diverticulum volumineux faisant saillie au devant de l'aponévrose fémorale, et séparés les uns des autres par des tractus fibreux assez épais qui ferment la fosse ovale et qui sont les restes du fascia cribriformis dont les ouvertures naturelles ont été largement agrandies par ces prolongements herniaires. A la partie inférieure, on ne voit pas comment ce fascia se continue avec le bord falciforme de la fosse ovale parce qu'une dissection trop complète a fait disparaître ce feuillet fibreux très-mince qui recouvre cette région que l'on regardait comme l'ouverture inférieure du canal crural, *lacuna externa pro vasis cruralibus* de Hesselbach.

OBS. II. — Sur une femme âgée de 30 ans et qui succomba en janvier 1855 dans le service de M. le professeur Langier à l'Hôtel-Dieu, on trouva à l'autopsie une hernie ombilicale contenant de l'intestin grêle : de plus, un énorme kyste de l'ovaire droit remplissait la cavité abdominale.

M. Provent a donné une description très-complète de ces pièces (BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, 1855, p. 15); ce fut un des derniers travaux de ce jeune interne si plein d'avenir, qui devait succomber bientôt victime de son zèle pour la science anatomique.

Le cadavre de cette femme ayant été envoyé à l'amphithéâtre des hôpitaux, l'examen de la région du pli de l'aine du côté de la cavité abdominale qui avait été ouverte dans l'autopsie, me fit trouver un sac herniaire siégeant du côté droit et ayant encore une communication libre avec le péritoine. Il était impossible d'apercevoir aucune trace de tumeur apparente dans la région fémorale, non-seulement parce que cette hernie avait un très-petit volume, mais surtout à cause du prodigieux embonpoint de cette femme. En effet, elle n'exerçait d'autre profession que celle de montrer en public son développement extraordinaire.

Ce sac herniaire présentait un collet assez rétréci : du côté de l'abdomen il était en rapport avec le bord interne de la veine iliaque externe, comme cela s'observe dans la forme ordinaire de la hernie crurale.

Arrivée dans la région fémorale, la tumeur présentait un volume peu considérable; elle occupait l'enfoncement de la fosse ovale, placée au-dessus et au-devant de la veine saphène interne qui longeait son côté externe. Dans cette région, une dissection plus complète nous montra la hernie traversant le fascia cribiformis à travers deux ouvertures de cette aponévrose. La hernie se présenta alors sous forme de deux petites tumeurs arrondies, de la grosseur d'une noisette chacune, tout à fait isolées et distinctes à l'extérieur, où elles étaient recouvertes par les feuillets du fascia superficialis. Profondément, au contraire, ces deux loges communiquaient ensemble au niveau du collet de la hernie avant de traverser le fascia cribriformis : elles présentent dans ce point, au moment où elles se séparent l'une de l'autre, une véritable crête résultant de l'adossement de leurs parois juxtaposées. (Le Gendre, *Observation inédite.*)

Cet exemple nous offre bien tous les caractères que Hesselbach a indiqués en décrivant sa variété de hernie crurale. En effet, nous trouvons deux orifices distincts du fascia cribiformis qui ont laissé échapper deux diverticulum du sac herniaire, dont le collet ou l'orifice par lequel ils communiquent avec le péritoine est simple.

Le collet présente, comme la pièce le démontre, une assez grande longueur, puisqu'il s'étend de l'orifice abdominal du canal crural jusqu'auprès de l'embouchure de la veine saphène interne dans le point où le corps de la hernie traverse les deux ouvertures du fascia cribriformis.

Enfin, les deux petites tumeurs herniaires secondaires semblent avoir chacune une enveloppe distincte formée par le fascia superficialis. On peut voir cette disposition bien représentée dans la figure 1 de la planche V. Le fascia superficialis a été incisé au devant de chaque diverticulum qu'il entoure, et entre lesquels il s'enfonce pour former une véritable cloison par l'adossement de ses deux feuillets aponévrotiques.

La disposition de ces deux cavités, qui non-seulement communiquent ensemble, mais encore sont une dépendance du péritoine, empêche de les confondre avec des kystes dont la présence est si fréquente dans cette région.

DESCRIPTION DE LA HERNIE CRURALE AVEC DIVERTICULUM A TRAVERS LE FASCIA CRIBRIFORMIS OU HERNIE DE HESSELBACH.

Je n'ai trouvé dans la science comme exemple de hernie crurale avec diverticulum à travers le fascia cribriformis, que les deux seuls faits dont je viens de donner l'observation. Cependant cette variété est loin d'être rare. Hesselbach dit lui-même : *Haud raro contingit;* mais si les chirurgiens en ont rencontré d'autres exemples, ils ne les ont pas décrits complétement, peut-être parce qu'ils ont regardé cette variété de la hernie crurale comme moins importante. C'est, en effet, ce qui semble résulter de ce passage de M. Malgaigne : J'ai rencontré plusieurs fois, dit-il, des sacs de hernies crurales portant à l'extérieur de petits appendices sacciformes qui semblaient accuser l'existence antérieure de hernie à travers les ouvertures du fascia cribriforme. (Malgaigne, ANATOMIE CHIRURGICALE, 2e édit., tom. II, p. 294.)

Avec un si petit nombre de faits, on peut seulement essayer de faire ressortir les principaux caractères de cette variété de hernie : cet examen tiendra lieu de description.

Comme dans la forme ordinaire, cette hernie sort de l'abdomen entre le bord interne de la veine iliaque externe et le bord concave du ligament de Gimbernat. La partie qui s'étend entre l'ouverture herniaire abdominale et la sortie de la hernie du côté de la cuisse est très-étendue, puisque c'est au niveau de la fosse ovale, un peu au-dessus et en avant de la veine saphène interne, que le corps de la hernie se divise en plusieurs lobes, c'est là un des caractères de cette variété. De

plus, toute cette partie qui constitue le collet de la hernie est très-rétrécie.

Cette disposition est très-favorable, au point de vue du mécanisme de la formation de la hernie crurale, à cette opinion qui admet l'existence d'un véritable canal que traversent les organes déplacés. En effet, nous trouvons ici une ouverture supérieure du côté de l'abdomen; un long trajet du côté de la cuisse en dedans des vaisseaux fémoraux, c'est le canal crural; enfin, une ouverture inférieure très-voisine de celle de l'entrée de la veine saphène interne dans la veine fémorale. Je ne fais qu'indiquer ce rapprochement, je me réserve de montrer, dans un autre travail sur la hernie crurale, que cette disposition est très-rare, puisque nous la rencontrons ici dans une variété, et que ce canal crural est une création tout à fait arbitraire.

Dans le point où la hernie que nous décrivons traverse le fascia cribriformis, il existe un rétrécissement très-apparent au niveau de chaque tumeur secondaire, rétrécissement qui constitue pour chaque lobe de la tumeur un véritable collet herniaire formé par une ouverture distincte de ce fascia. De là l'apparence marronnée et lobolée de la tumeur générale.

Peut-on, d'après la disposition de cette hernie, chercher à expliquer le mécanisme suivant lequel se sont formés les diverticulum qu'elle envoie à travers le fascia cribriformis? Nous ne pouvons connaître exactement la cause de la marche accidentelle de cette hernie; cependant, sans affirmer d'une manière trop exclusive l'opinion que nous allons admettre, il ne faut pas la regarder comme une pure hypothèse, parce qu'elle s'appuie sur l'étude exacte de la disposition des différentes parties de cette hernie.

En voyant la longueur du trajet que cette variété de hernie a suivi depuis son ouverture abdominale jusqu'auprès de l'embouchure de la veine saphène interne et comparant cette disposition à celle qui existe pour d'autres variétés de hernies dont le corps de la tumeur est simple et qui ont suivi un trajet tout à fait semblable, on ne peut refuser d'admettre que la même cause a influencé la marche de ces deux ordres de tumeurs herniaires dans cette région que les auteurs désignent sous le nom de canal crural.

On admet généralement que la paroi antérieure de ce canal artificiel cède plus facilement à la pression des viscères que ses parois postérieures interne et externe; de là la plus grande fréquence de cette forme de la hernie crurale en avant des vaisseaux fémoraux. On reconnaît aussi que cette paroi antérieure qui s'étend depuis le bord inférieur du ligament de Fallope jusqu'à l'embouchure de la veine saphène interne, et qui est constituée par le fascia cribriformis, présente une résistance extrêmement variable dans les différents points de son trajet. Aussi on explique, d'après cette disposition de ce feuillet aponévrotique, comment la forme la plus commune de la hernie crurale se présente tantôt dans un point rapproché du ligament de Fallope, tantôt près de l'orifice de la veine saphène interne.

La hernie de Hesselbach, par la longueur de son trajet, ressemble à la forme ordinaire de la hernie crurale qui traverse le fascia cribriformis, près de l'embouchure de la veine saphène interne. Dans ces deux formes, si différentes sous d'autres rapports, puisque l'une est simple dans son corps, tandis que l'autre envoie plusieurs diverticulum à travers le fascia cribriformis, la résistance de cette aponévrose dans toute la région supérieure du canal crural rend bien compte du long trajet que ces deux formes de hernies ont dû parcourir.

Il est plus difficile de connaître exactement la cause qui différencie ces deux espèces de hernies que nous venons de comparer, c'est-à-dire le mécanisme de la formation des diverticulum herniaires dans la hernie de Hesselbach.

Je devrais laisser de côté cette discussion de savoir si ces diverticulum se sont produits tous simultanément lors de la première apparition de la tumeur à travers le fascia lata, ou s'ils se sont montrés successivement l'un après l'autre.

Cette dernière hypothèse peut être soutenue si l'on établit encore une comparaison entre le développement de la hernie ordinaire et celui de la hernie de Hesselbach.

Il est fréquent de rencontrer des cas de cette première variété dans lesquels le sac présente un ou plusieurs rétrécissements superposés, qu'ils appartiennent à des hernies crurales ou inguinales, quoique plus fréquemment, il est vrai, dans cette dernière espèce.

Parmi les auteurs qui ont proposé différentes opinions sur le mécanisme de la formation de ces rétrécissements, Arnaud est celui dont l'opinion paraît avoir été adoptée par la plupart des chirurgiens à l'exclusion de celle de Scarpa. Arnaud pense que la portion du sac qu'on trouve étranglée correspondait primitivement à l'anneau, et qu'elle s'est éloignée graduellement à mesure que la hernie a augmenté de volume; c'est de cette manière qu'il explique la formation successive de plusieurs étranglements sur le même sac herniaire. (Arnaud, TRAITÉ DES HERNIES, 1749, t. II, p. 3.)

Je ne fais qu'indiquer l'opinion de Scarpa. Pour cet auteur, l'étranglement du sac herniaire est dû à la forme naturelle de la tunique vaginale, si bien décrite par Camper; on comprend combien cette explication est restreinte, puisqu'elle ne s'applique qu'à la hernie inguinale et seulement à sa forme congéniale. (Scarpa, TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, traduit par Cayol, 1825, p. 121.)

On peut donc appliquer aussi la théorie d'Arnaud à la formation successive des diverticulum de la hernie de Hesselbach. Dans la hernie ordinaire, les parties nouvelles qui descendent dans le sac sous l'influence des efforts produisent un nouveau sac herniaire superposé et communiquant avec le premier. Dans la hernie de Hesselbach, les mêmes causes produisent la formation d'un nouveau sac herniaire qui communique aussi avec le premier, mais qui est juxtaposé. Dans ces deux cas, les mêmes causes, en se reproduisant, peuvent amener ainsi la formation successive d'un plus ou moins grand nombre de ces sacs secondaires.

Tout en comparant la hernie de Hesselbach à la hernie ordinaire, si j'ai émis l'opinion précédente sur le mécanisme de la formation des diverticulum comme une simple hypothèse, c'est parce que nous manquons de faits pour résoudre cette question. Il faudrait avoir observé un grand nombre de cas de cette variété de hernie, dans lesquels on aurait rencontré cette disposition du sac herniaire à diverticulum multiples, avec tous les degrés intermédiaires analogues à ceux que l'on observe si fréquemment dans les hernies inguinales et crurales ordinaires à sacs superposés.

Quant à la cause qui, dans la variété de la hernie crurale que nous étudions, détermine le corps de la tumeur à se diviser en plusieurs sacs secondaires isolés, juxtaposés, il faut bien l'attribuer soit à une disposition rétiforme particulière du fascia cribriformis, soit plutôt à une résistance très-grande et tout à fait insolite de cette même portion de l'aponévrose du fascia lata qui recouvre la fosse ovale aux environs de l'embouchure de la veine saphène interne. Nous avons insisté déjà sur cette résistance plus grande de ce fascia dans toute sa partie supérieure, et nous l'avons invoquée comme cause de la formation du long collet de la hernie de Hesselbach. Nous croyons donc qu'il est logique d'attribuer aussi à la structure particulière du fascia cribriformis et à sa grande résistance dans ce cas le phénomène de la formation, à travers cette aponévrose, des diverticulum multiples qui caractérise et la hernie de Hesselbach.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES.

Au point de vue pratique, cette variété de la hernie crurale offre une certaine importance par sa disposition toute spéciale.

Lorsque des accidents d'étranglement surviennent, on comprend qu'il peut y avoir une certaine difficulté dans le diagnostic pour savoir si les accidents sont produits par l'étranglement de l'un de ces diverticulum isolés de la hernie ou de toute la masse de la tumeur herniaire. Il est facile d'admettre ces étranglements isolés, puisque chaque diverticulum présente un collet qui traverse un orifice distinct du fascia cribriformis, l'opération pourrait donc porter sur une seule de ces tumeurs accessoires. Mais il n'existe pas de signes qui puisse faire reconnaître l'étranglement de ces diverticulum isolés: de plus, la longueur du collet de la tumeur, son petit diamètre, dans cette variété de la hernie de Hesselbach, rendent bien compte aussi de la facilité avec laquelle la hernie tout entière peut présenter les accidents dont nous cherchons à préciser le siége exact dans cette variété.

Sous ce rapport, il n'y a pas le moindre doute à avoir sur le siége de l'étranglement dans la hernie de Hesselbach. D'après l'opinion généralement admise aujourd'hui, c'est un des exemples les plus probants en faveur de l'étranglement par les anneaux aponévrotiques accidentels, et je n'ai pas besoin de rappeler encore ici la situation des collets des diverticulum de la hernie qui sont en rapport avec les différentes ouvertures du fascia cribriformis. Cependant il faut tenir compte de la longueur et de l'étroitesse du collet principal de toute la tumeur herniaire, disposition sur laquelle nous avons insisté et qui peut aussi être la cause de l'étranglement. Le collet du sac herniaire est, comme on le sait, la cause très-fréquente de cet accident dans toutes les autres formes de la hernie crurale.

Le chirurgien est appelé à pratiquer l'opération du débridement dans un cas de hernie de Hesselbach; dans quelle direction doit-il faire son incision? Toutes les règles qui ont été prescrites pour l'opération des autres espèces de hernies, dans le but d'éviter la lésion des

vaisseaux importants qui avoisinent le collet de la tumeur, ne peuvent être appliquées ici : la tumeur est superficielle, tout à fait en avant des vaisseaux fémoraux; aucune hanche importante ne peut être atteinte par le bistouri. Le débridement peut donc être pratiqué dans toutes les directions, en haut, en dehors, en dedans et en bas. Ce cas serait même un des plus favorables à la démonstration de ce fait que ce n'est pas le ligament de Gimbernat qui est l'agent constricteur, puisqu'une incision pratiquée directement à la partie inférieure de l'anneau fibreux permettra de réduire la hernie. La multiplicité des diverticulum, et partant des collets herniaires, nécessitera un débridement multiple de ces ouvertures fibreuses.

Cette opération suffira-t-elle pour réduire la tumeur herniaire générale et pour la mettre à l'abri de toute espèce de cause d'étranglement? Nous avons indiqué, d'après le trajet de cette hernie, la disposition très-étroite de son collet, et nous avons montré qu'elle pouvait être une cause d'étranglement. Il sera donc prudent de pratiquer aussi le débridement du collet du sac herniaire principal dans cette variété de la hernie de Hesselbach; on évitera ainsi toute espèce de crainte de voir les accidents de l'étranglement continuer à se manifester alors que la hernie est réduite dans la cavité abdominale.

Quand à la direction à donner à l'incision extérieure, il n'y a rien de spécial à noter pour cette variété de la hernie de Hesselbach; elle occupe seulement la région la plus inférieure du pli de l'aine.

Elle traverse le fascia cribriformis comme dans la forme ordinaire de la hernie crurale. Les différentes couches que le chirurgien aura à traverser sont donc les mêmes, à savoir : la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; les deux lames du fascia superficialis. La lame profonde de cette dernière aponévrose forme une enveloppe distincte et isolée pour chaque diverticulum; il ne faut pas la confondre avec le sac. Le seul vaisseau important à ménager dans la dissection de ces parties, c'est la veine saphène interne, qui est quelquefois recouverte par une des tumeurs diverticulaires les plus externes de la hernie de Hesselbach.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS D'ANGINE DE POITRINE, SUIVIE D'AUTOPSIE; communiquée par M. le docteur FONSSAGRIVES.

L'angine de poitrine est une des affections dont l'étude laisse le plus de points à éclaircir. Sa symptomatologie, variable, du reste, comme celle de toutes les maladies nerveuses, n'a pas encore été tracée sous une forme assez générale pour que le diagnostic en soit facile; son étiologie, sa nature, la signification réelle des lésions anatomiques que l'on constate quelquefois à sa suite, sont autant de points de son histoire sur lesquels règne une complète discordance d'opinions; les règles de son traitement, enfin, n'ont pu que se ressentir de ce défaut de connaissances précises, et chaque médication employée n'a guère été jusqu'ici que le reflet d'une théorie souvent toute gratuite sur la nature de cette névrose.

L'angine de poitrine est, au reste, une maladie assez rare pour qu'il importe de ne pas laisser perdre un seul des faits qui peuvent servir à éclairer son histoire; il n'arrive pas très-souvent non plus qu'on puisse invoquer les résultats nécroscopiques comme moyen de confirmation d'un diagnostic qui, sans eux, est presque toujours, il faut bien le dire, susceptible d'être contesté; aussi cette double considération me décide-t-elle à publier l'observation suivante, que j'accompagnerai de quelques réflexions succinctes.

OBS. — Jesvray (Golvin), âgé de 32 ans, né à Lorient (Morbihan), quartier-maître canonnier à bord de la frégate à vapeur *l'Eldorado*.

Cet homme, doué d'une constitution athlétique, est habituellement d'une bonne santé; il n'a eu, étant enfant, d'autres affections que la rougeole et la varioloïde.

En 1837 et en 1840, il a subi successivement deux infections vénériennes (urétrite, chancres, bubons) qui ont nécessité un double traitement mercuriel. Il n'y a rien à noter sous le rapport des antécédents de famille. Depuis neuf mois qu'il navigue sur la côte d'Afrique, ce marin ne s'est pas présenté une seule fois à l'hôpital. A l'encontre de la plupart de ses camarades, il n'a encore rien perdu des riches attributs de son tempérament sanguin.

A la fin de mars 1851, et pendant une expédition dans la Cazamance, Jesvray, à la suite d'une course au pas de charge, sous une température de 30 degrés environ, est pris subitement d'anhélation extrême, de douleurs constrictives dans la région précordiale, sans palpitations, sans engourdissement des bras. Il est obligé de s'asseoir, et cet état pénible cesse sous l'influence du repos, mais pour reprendre aussitôt que le malade se met en marche.

Pendant trois mois, l'abstention complète de tout travail fatigant prévient le retour d'accidents semblables. Vers le milieu de juillet, ils se réveillent avec une nouvelle intensité, et la moindre ascension dans la mâture, faite même avec lenteur, suffit pour provoquer une suffocation subite, accompagnée d'un engourdissement douloureux du bras gauche; souvent même le passage du bol alimentaire dans l'œsophage réveille la dyspnée et les autres accidents, comme le fait un exercice pénible.

Dans l'intervalle des accès, qui n'ont de régularité que parce que le malade se livre aux mêmes heures de la journée aux travaux qui les provoquent, la santé est bonne, toutes les fonctions s'exécutent bien, il n'y a aucun malaise.

Un exercice, même modéré, ramène invariablement les accidents. Voici la physionomie qu'ils ont revêtue dans un accès que nous avons fait naître par une marche rapide, dans le but d'en étudier les caractères : suffocation imminente; respiration haletante; appel énergique des puissances respiratrices accessoires; visage décomposé, exprimant la terreur; lèvres tuméfiées, noirâtres; sueurs froides; bouche largement ouverte; oscillations rapides des narines; éblouissements; douleurs sur le trajet du nerf maxillaire inférieur gauche; battements énergiques du cœur; abolition presque complète du pouls radial, réduit à un frémissement ondulatoire; engourdissement et vibrations douloureuses du bras gauche; céphalalgie constrictive; durée de trois à quatre minutes.

L'examen attentif de la poitrine donne les résultats suivants :

Pas de saillie anormale au niveau du cœur; la première pièce du sternum paraît seulement un peu projetée en avant; la main ne perçoit, à travers la couche épaisse des muscles pectoraux, qu'une impulsion cardiaque faible. La percussion révèle des limites normales de matité pour la région du cœur, et la partie supérieure du sternum ne rend pas un son sensiblement obscur.

Les bruits du cœur sont réguliers, un peu sourds, assez mal détachés l'un de l'autre, et ils ne prennent un rhythme pressé que pendant les accès de suffocation. Au niveau de la fourchette sternale, et surtout vers l'articulation sterno-claviculaire gauche, l'oreille perçoit, *dans l'intervalle des accès*, un bruit unique, clair, comme métallique, ayant une durée à peu près égale aux trois quarts de celle des deux bruits du cœur réunis. A partir de ce point, ce bruit va en diminuant à mesure qu'on se rapproche du foyer principal des battements du cœur, c'est-à-dire de quelques centimètres au-dessous du mamelon.

Pendant les accès, les bruits du cœur sont plus intenses, plus vifs, moins réguliers, et le bruit, auparavant unique, du sternum, se compose alors de deux bruits parfaitement distincts, qu'on croirait être le contre-coup des bruits cardiaques.

Les deux pouls radiaux sont identiques, aussi bien pendant les attaques que dans leur intervalle. Une respiration rude, trachéale, existe au niveau du bord supérieur du sternum.

L'administration de la digitale fait, au bout de quelques jours, tomber le pouls à 48; les accidents dyspnéiques semblent avoir diminué, et un exercice, qui eût certainement provoqué un accès complet avant l'administration du médicament, ne produit plus qu'un simple engourdissement du bras gauche. La tolérance pour le médicament s'use, du reste, au bout de huit jours; mais les accidents ont été notablement éloignés sous son influence. Le malade n'accuse plus de battements de cœur; toutefois il continue à être incommodé par des pulsations sourdes, dont il rapporte le siége à la partie supérieure du sternum.

Le 9 septembre, Jesvray est pris encore d'un nouvel accès de suffocation en montant l'échelle qui conduit de la batterie sur le pont, mais cette attaque est, au dire du malade, moins violente que les autres; elle se dissipe promptement, et le reste de la journée se passe sans malaise aucun.

Celle du 10 n'est également signalée par aucun accident. Jesvray se couche à huit heures du soir en chantant et en répétant à ses camarades qu'il ne s'est jamais mieux porté.

Le 11, à cinq heures du matin, il se lève sans accuser aucun malaise, va déposer son hamac au bastingage et se dirige vers la poulaine, où ses camarades le voient entrer, pâle, la bouche ouverte, suffoquant; arrivé là, il tombe à la renverse, exécute quelques inspirations énergiques et succombe.

Cette observation a, à mes yeux, cette valeur qu'elle a été recueillie sous l'impression d'un diagnostic hésitant, et que tous les détails qu'elle renferme sont la représentation fidèle de symptômes dont aucune idée préconçue n'a pu altérer l'exactitude. Je n'avais encore vu aucun cas d'angine de poitrine, et sa symptomatologie classique ne m'était pas assez présente à l'esprit pour que ma pensée pût s'arrêter sur ce genre d'affection.

J'y avais bien songé une fois, mais certains signes (battement aortique simple dans l'intervalle des accès, double pendant leur durée) ne me permirent pas de m'arrêter définitivement à ce diagnostic, et je crus avoir en affaire à un anévrisme peu volumineux de la portion intrapéricardique de la crosse de l'aorte, ayant déterminé par des fissures des hémorrhagies partielles, causes des accès successifs de suffocation, et ayant formé en dernier lieu, par une plus large déchirure, un épanchement promptement mortel. Ce diagnostic était toutefois moins solidement établi dans mon esprit qu'il n'était dogmatiquement formulé; la douleur du cou et de la mâchoire, l'engourdissement douloureux du bras gauche, l'absence d'une matité appréciable à la

partie supérieure du sternum, étaient dans l'hypothèse d'un anévrisme qui ne pouvait, en tout cas, qu'avoir un très-petit volume, autant de particularités inexplicables. Nul doute cependant (tant l'esprit a de complaisance pour les explications qu'il se crée) que je ne m'en fusse tenu à ce diagnostic si l'autopsie n'était venue m'en révéler la fausseté.

Je la fis le lendemain matin, douze heures après la mort, assisté de mes deux collègues, MM. Maisonneuve et Franquet, qui y attachaient, ainsi que moi, l'intérêt le plus vif.

Le cadavre présentait encore une rigidité musculaire des plus fortes, attribut des morts subites; des taches hypostatiques bleuâtres occupaient les points déclives, et la face avait la pâleur de celle d'un sujet qui a succombé à une hémorrhagie viscérale foudroyante.

L'ouverture de la poitrine permit de constater l'épaisseur considérable du pannicule graisseux que traversait le scalpel; les deux poumons étaient dans un état de parfaite intégrité, roses, crépitants, débordant un peu en avant, comme dans les morts par asphyxie, et offrant en arrière, surtout du côté droit, un engorgement hypostatique assez considérable. En écartant les poumons, nous aperçûmes la face antérieure du cœur; sa poche fibro-séreuse ne présentait aucune déchirure. Distendue par le cœur, un peu plus volumineux que dans l'état normal, elle semblait, au premier abord, contenir un liquide épanché; elle était globuleuse, projetée en avant, et ses vaisseaux étaient gorgés de sang noir. L'ouverture du péricarde ne fit toutefois constater dans sa cavité que la présence d'une cuillerée environ de sérosité sanguinolente.

Examiné à l'extérieur, le cœur n'offrit d'autre particularité qu'une surcharge graisseuse assez considérable; le sillon vertical antérieur était surtout le siége de cette accumulation de graisse. Le doigt, promené sur les vaisseaux qui s'y logent, ne perçut rien qui indiquât leur ossification.

L'intérieur des cavités n'offrit rien de remarquable; nous constatâmes seulement la vacuité du ventricule droit, laquelle contrastait avec la réplétion sanguine du gauche. Les vaisseaux de la base du cœur étaient dans un état tout à fait normal; il n'y avait ni rougeur ni produits inflammatoires à la face interne de la cavité aortique; les orifices artériels et l'anneau auriculo-ventriculaire droit étaient sains; l'anneau auriculo-ventriculaire gauche parut seulement un peu élargi, mais pas à un point qui entraînât l'insuffisance. Du reste, pas de caillots adhérents, pas de ruptures de cordons tendineux ni de faisceaux musculaires d'aucun ordre.

Le résultat tout négatif de cette autopsie me reconduisit bien vite à l'idée de l'angine de poitrine, et ce nouveau diagnostic se présenta à nous avec toute la force de l'évidence, quand nous recourûmes aux descriptions classiques; la symptomatologie qu'elles indiquent est trait pour trait celle que nous avons recueillie au lit du malade et sans prévention intéressée, comme nous en avons donné plus haut l'excellente raison (début brusque, forme des accès, leur rapprochement à mesure que la maladie avance, engourdissement caractéristique du bras gauche, du cou et de la mâchoire; santé parfaite dans l'intervalle des attaques; mort subite, etc.).

Les courtes réflexions que me suggérera ce cas assez remarquable d'angine de poitrine sont relatives au diagnostic et à la nature de cette curieuse affection.

1° Relativement au diagnostic, sans vouloir en rien réclamer un bill d'indemnité pour l'erreur dans laquelle nous sommes restés jusqu'à l'autopsie, nous dirons cependant que la constitution athlétique du sujet, sa turgescence vasculaire, son âge, la persistance des palpitations de cœur et du battement sourd qui siégeait à la partie supérieure du sternum, l'influence du passage du bol alimentaire dans l'œsophage sur la reproduction des accès d'étouffement; l'existence de deux foyers chacun à battement double, l'un placé au-dessous du mamelon, l'autre au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche; la constatation parfaite de cette ingénieuse loi de décroissement des bruits que M. Gendrin a posée comme un des signes sthétoscopiques les plus importants de l'anévrisme de l'origine de l'aorte, le caractère rude et trachéal de la respiration dans le point correspondant aux bruits anormaux, le peu de durée de la maladie, etc., sont autant de raisons qui eussent peut-être fait hésiter plus d'un diagnostic. Est-il nécessaire de joindre à ces éléments d'erreur la tendance si naturelle à l'esprit de rechercher les affections habituelles au préjudice de celles qu'il ne rencontre qu'à de rares intervalles? Quoi qu'il en soit, je pense qu'une douleur du bras gauche ayant le caractère spécial de vibrations, et apparaissant en même temps que des accès de suffocation dont les intervalles ne sont signalés par aucune altération de la santé, indiquent d'une manière assez certaine l'angine de poitrine.

2° Toutes les opinions (et elles sont nombreuses) qui ont été émises sur la nature de l'angine de poitrine peuvent être ramenées sous deux chefs généraux :

L'angine est due à une altération organique (ossification des artères coronaires; obésité du cœur; ossification de l'aorte avec ou sans dilatation; ossification des cartilages costaux, plaques cartilagineuses du péricarde, etc., etc.).

L'angine de poitrine est une névrose.

Je n'hésite pas à me ranger à cette dernière opinion et à croire que les altérations pathologiques si diverses que je viens d'énumérer n'ont eu, dans tous les cas, qu'un simple rapport de coïncidence avec l'angine de poitrine. Tous les signes de cette affection ont existé chez notre malade, peut-être même plus complets qu'on ne les rencontre d'ordinaire, et l'autopsie n'a cependant révélé aucune altération du cœur ou des gros vaisseaux; en eussé-je constaté, au surplus, que je n'en aurais pas moins persisté, malgré tout, à croire à la nature purement nerveuse de l'angine de poitrine. Je m'explique.

Parce qu'un organe est altéré dans sa texture, qu'il est épaissi, que l'inflammation aiguë ou chronique a déposé dans ses mailles ses produits habituels, est-ce une raison pour que la manière d'être de la portion du système nerveux qui l'anime, pour que sa névrosité locale, en un mot, ne soit pas altérée? Qu'une névrose surgisse dans un organe ayant subi des altérations de texture, c'est ce qui se constate tous les jours; les palpitations nerveuses du cœur survenant chez un individu qui porte une hypertrophie de ce viscère, une gastralgie s'ajoutant à une dégénérescence squirrheuse de l'estomac, un asthme essentiel venant mêler sa dyspnée nerveuse, paroxystique, à la dyspnée fixe et permanente d'un emphysème pulmonaire, sont autant d'exemples de cette dualité morbide. D'un autre côté, il ne me répugne en rien d'admettre que les troubles de la seule innervation d'un organe puissent à la longue déterminer une altération physique de son tissu. Je dis plus, j'aurais peine à comprendre qu'il n'en fût pas ainsi. Que sont autre chose, en effet, les lésions organiques, si ce n'est des modifications pathologiques que la circulation et la nutrition d'un organe ont subies? Et qui pensera que cette circulation et cette nutrition locales puissent se conserver régulières quand l'action nerveuse, qui, somme toute, les domine, est gravement et longuement perturbée? Ces deux raisons : possibilité de voir une névrose s'enter sur une lésion organique sans avoir avec elle d'autre rapport que celui de voisinage (qu'on me permette ce mot), aptitude d'une névrose à produire à la longue des altérations de texture, limitent singulièrement à mes yeux l'importance de la nécropsie comme moyen infaillible de juger en dernier ressort si l'on a eu réellement affaire à une névrose. On attend aujourd'hui assez volontiers l'épreuve de l'amphithéâtre comme décisive en pareille matière, et quand elle a fourni un épaississement, une induration, un point cartilagineux, etc., on en conclut hardiment que la maladie observée n'est pas et ne saurait être une névrose. Que ce résultat nécroscopique soit en désaccord avec la marche mobile et nerveuse des accidents que leur intermittence contraste avec la permanente fixité de la lésion à laquelle on les rapporte; on s'en occupe peu, l'observation doit se taire où l'anatomie pathologique a parlé. Loin de moi la pensée de récuser les lumières que celle-ci peut jeter sur des faits aussi obscurs, mais je ne voudrais pas qu'elle usurpât le rôle qui appartient à l'étude des symptômes, et qu'elle prétendit conclure qu'une névrose n'a pas existé là où elle démontre une altération matérielle.

La nature purement nerveuse de l'angine de poitrine a été singulièrement confirmée à mes yeux, dans le cas dont il s'agit, par la coexistence de cette névrose avec des troubles nerveux du cœur survenus, à la même époque, chez plusieurs individus vivant sur le même bâtiment et soumis par conséquent aux mêmes influences de climat et d'hygiène que le sujet dont j'ai rapporté l'histoire. Il y avait là un lien irrécusable. Chose singulière! un malade atteint de palpitations nerveuses du cœur, tout à fait indépendantes de l'anémie, présenta, peu après la mort de Jesvray, des accès de suffocation avec de la douleur et une sensation de frémissement dans le bras gauche, et le second chirurgien de la frégate, M. M..., ressentit, lui aussi, presque simultanément, une constriction douloureuse de la région du cœur avec de l'anhélation et une douleur persistante du bras gauche, laquelle était tout à fait indépendante des mouvements musculaires et dessinait le trajet des branches nerveuses. N'eût-on pas dit qu'une influence commune reliait ces trois cas les uns aux autres? Il m'a été impossible de ne pas voir dans tous des troubles dépendants d'une névrose du plexus cardiaque dont l'angine de poitrine n'a été que l'expression la plus élevée. La mort m'a paru produite, dans cette redoutable maladie, par un arrêt subit de l'innervation du cœur, une paralysie véritable de l'organe.

Quant à la liaison singulière de ces douleurs du bras gauche, du côté gauche du cou et de la mâchoire, avec les troubles du cœur dans l'angine de poitrine, je ne sais trop si elle est susceptible d'une expli-

cation anatomique. L'opinion de M. Bouillaud, qui considère l'angine de poitrine comme une névralgie du nerf phrénique, permettrait peut-être d'expliquer les douleurs et le frémissement vibratoire du bras gauche par l'anastomose, que le nerf diaphragmatique envoie à la première paire d'origine du plexus brachial; mais, en admettant que cette théorie satisfit quelqu'un, il resterait encore à rattacher anatomiquement à la maladie les douleurs névralgiques du nerf maxillaire inférieur (celles du plexus cervical superficiel seraient moins réfractaires à l'explication), et il faudrait enfin se rendre compte de l'exclusive prédilection de ces troubles nerveux pour le côté gauche. Ce fait curieux ne me paraît se prêter à aucune explication; pour mon compte, je n'en vois pas une seule qui lui soit applicable; je me contenterai seulement de faire remarquer la constance de cette localisation des accidents; l'analogie réelle qui a existé entre ces douleurs avec frémissement vibratoire du bras gauche et certains, aura appartenant à des névroses convulsives, et enfin cette particularité qui nous a été révélée par l'autopsie, que le ventricule gauche à l'inverse de ce qui existe ordinairement, était gorgé de sang noir, tandis que le droit était exsangue. Si l'on admet avec Bichat la non-simultanéité de la mort des deux ventricules, et si l'on explique ainsi leur différence cadavérique de réplétion sanguine, n'est-il pas bien curieux de constater que, dans cette hypothèse, le ventricule droit a dû survivre au gauche et se débarrasser, par ses contractions, du sang dont l'autre se laissait mécaniquement engorger? L'explication réduite à sa valeur, le fait reste, et sans vouloir grossir le nombre des théories émises sur la naure de cette affection, j'appelle sur ce point les recherches des médecins qui auront l'occasion de faire l'autopsie de sujets morts d'une angine de poitrine; si cette particularité est constatée de nouveau, ce ne sera pas un des faits les moins importants de cette curieuse localisation de la maladie dans le côté gauche du corps.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros du deuxième semestre de 1857 et du premier semestre de 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi du tartre stibié dans la chorée*, par M. A. Marcotte. 2° *Du traitement des fistules vésico-vaginales par des opérations non sanglantes*, par M. Dehout. 3° *Etudes cliniques sur le traitement des coliques de plomb par l'alun et l'acide sulfurique*, par M. Briquet. 4° *De la méthode opératoire exploratrice*, par M. Alquier. 5° *Du traitement des abcès par congestion*, par M. A. Pain. 6° *Des cachexies et de leur traitement*, par M. Forget. 7° *Traitement de la blennorrhagie par la cautérisation*, par M. Demarquay. 8° *Des accidents consécutifs à l'application des sels de plomb sur la muqueuse buccale*, par M. Delioux. 9° *De l'époque à laquelle on doit pratiquer la saignée dans la grossesse*, par M. Silbert. 10° *De l'emploi des lunettes*, par M. Bonnet. 11° *Nouveaux moyens de contribuer au succès de la réunion immédiate*, par M. Bouisson. 12° *De l'indication et de la contre-indication du lait dans les hydropisies*, par M. H. Guénier. 13° *Du traitement de l'iléus par les lavements avec la décoction de tabac*, par M. Rouzier-Joly. 14° *Du traitement médical des affections de l'appareil cristalloïdien*, par M. Guépin. 15° *Des fumigations dans la bronchite chronique*, par M. L. Mandl. 16° *De la cautérisation électrique*, par M. Broca. 17° *Des pansements laudanisés dans le traitement de certaines affections utérines*, par M. Aran. 18° *De l'érysipèle et de son traitement*, par M. Forget. 19° *Des adénoïdes du sein*, par M. Lenoir. 20° *Du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite mercurielle*, par M. Laborde. 21° *De l'emploi de l'uva ursi comme agent obstétrical*, par M. de Beauvais. 22° *Des bons effets de la pepsine dans le traitement des vomissements dans la grossesse*, par M. Gros. 23° *Des luxations complètes de la rotule en dehors*, par M. Philipeaux. 24° *Du traitement des fièvres intermittentes par l'eau froide*, par M. Dauvergne. 25° *De la saignée de la jugulaire dans l'asphyxie*, par M. Gros. 26° *Des lavements purgatifs dans le traitement du catarrhe utérin*, par M. Aran. 27° *De l'évidement des os comme moyen d'en conserver les formes et les fonctions*, par M. Sédillot. 28° *Du traitement de la chorée par l'émétique*, par M. Bonfils. 29° *De la thérapeutique du spina bifida par les injections iodées*, par M. Debout. 30° *Du chlorate de potasse dans les gingivites chroniques*, par M. Laborde. 31° *Thérapeutique générale des maladies de l'utérus*, par M. Aran. 32° *Du traitement des rétrécissements infranchissables*, par M. Philipps. 33° *Appareil pour la pulvérisation de l'eau*, par M. Dehout. 34° *De l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine et de l'opium dans le traitement des accidents puerpéraux*, par M. Bonfils. 35° *Note sur le traitement de la syphilis constitutionnelle*, par M. Hervieux. 36° *Du pied plat valgus*, par M. Bonnet. 37° *Du traitement du staphylome de la cornée par la ligature modifiée*, par M. Doumic.

ÉTUDES SUR LES ADÉNOÏDES DU SEIN; par M. GOYRAND (d'Aix).

MM. Cruveilhier et Velpeau considèrent les adénoïdes du sein comme des tumeurs de nouvelle formation; au contraire, pour A. Cooper, A. Bérard, Nélaton, Lebert, les adénoïdes ne seraient qu'une hypertrophie d'un lobule de la glande.

Les premiers se fondent sur ce que ces tumeurs sont souvent enkystées et n'ont aucun rapport avec la glande; les seconds arguent de a structure des adénoïdes, qui est la même que celle de la mamelle, et pensent qu'au début ces tumeurs ont toujours des rapports avec celle-ci, rapports qui disparaissent par l'atrophie consécutive du pédicule.

Toutefois, personne encore n'avait constaté un fait physiologique d'une haute importance et qui tranche la question en faveur des idéalistes, c'est que les adénoïdes, chez les femmes enceintes, sécrètent du lait comme la mamelle.

Voici le fait observé par M. Goyrand.

OBS. — Madame A..., âgée de 32 ans, avait, il y a sept à huit ans, avant son mariage, ressenti dans un effort une douleur dans le sein droit; plus tard elle eut une tumeur du volume d'une noisette, dure, mobile, tout à fait indolente, paraissant isolée de la mamelle. La tumeur resta dans le même état pendant quatre à cinq ans. La malade se maria; en février 1854 cette femme était accouchée depuis vingt jours. La tumeur formait une masse sphérique aussi grosse que la tête d'un adulte, surmontée d'une bosselure du volume d'une petite orange. Le mamelon était situé vers le haut du quart inférieur de cette masse. Le sein, ainsi envahi et déformé, sécrétait cependant du lait en assez grande quantité. La malade était nourrice; son enfant prenait le sein droit aussi bien que le gauche. On pensa que la glande n'était ni dégénérée ni atrophiée, mais seulement déplacée par la tumeur.

L'opération fut décidée et pratiquée le 13 mai. La glande fut respectée; elle était refoulée en bas et sur les côtés, bien déformée, mais non atrophiée.

EXAMEN DE LA MASSE EXTIRPÉE. — Poids : 2,600 grammes. La tumeur est sphérique, entièrement enveloppée d'un kyste celluio-fibreux. A l'incision elle présente une couleur d'un gris fauve, un aspect granulé qui est bien plus apparent encore à la surface de la déchirure; en un mot, elle a une grande ressemblance avec le tissu normal de la glande mammaire. On y distingue plusieurs lobes et lobules. Divisée par des incisions profondes, cette tumeur présente dans divers points des vacuoles de différentes dimensions, dont deux sont plus grandes et irrégulières. De ces cavités, les unes contiennent un liquide brunâtre, filant comme une solution de gomme; dans d'autres se trouve une lymphe gélatiniforme. Aucune des apparences du squirrhe ni de l'encéphaloïde. Sur les coupes pratiquées dans toutes les directions se voient de petites ampoules ou des canaux blancs qui, ouverts avec la pointe du bistouri, donnent du *lait*. Ces conduits ont à l'intérieur tout l'aspect des membranes vasculaires; ce sont évidemment des conduits galactophores dilatés. Ils sont en très-grand nombre; on en compte six ou huit sur une surface de l'étendue d'une pièce de deux francs. Ils sont aussi nombreux dans toutes les parties de la tumeur. En disséquant ces vaisseaux avec soin on les voit se diviser, se subdiviser et se terminer enfin dans les granulations. Ainsi, les conduits galactophores de la tumeur, nés par des radicules déliés de granulations bien distinctes, constituent par leur réunion des canaux assez larges et sans issue qui, dans certains points, sont dilatés en ampoules.

Madame A... a eu un enfant depuis son opération; sa position ne lui a pas permis d'allaiter, mais la fluxion laiteuse s'est faite sur le sein qui a subi l'opération comme sur l'autre.

M. Lenoir a observé un fait analogue. La tumeur extirpée par lui offrait l'aspect granulé et rougeâtre qu'avait le tissu de la mamelle elle-même, et de tous les points de la coupe suintait par la pression une notable quantité de lait.

DE L'EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE COMME MOYEN PRÉSERVATIF ET CURATIF DE LA STOMATITE MERCURIELLE; par M. J.-V. LABORDE.

Nous donnons les conclusions de cet important mémoire, qui a remporté le prix Corvisart pour l'année 1857 :

1° Le chlorate de potasse exerce une action *curative* réelle sur la stomatite mercurielle. (Dans aucun des cas observés par nous, cette action n'a jamais fait défaut).

2° Le chlorate de potasse possède, de plus, une action *préservatrice*

ou *prophylactique* certaine, qui peut permettre pendant un ou deux mois l'administration du protoiodure de mercure aux doses de 15 à 20 centigrammes par jour, sans que le moindre accident se manifeste du côté de la cavité buccale. (La preuve que c'est bien au chlorate de potasse qu'une pareille immunité doit être attribuée, c'est que, immédiatement après la suppression de ce dernier, la stomatite mercurielle éclate.)

3° La durée du traitement de la stomatite confirmée varie avec le degré d'intensité de l'affection. Dans les cas d'intensité moyenne, cette durée n'a jamais dépassé quatre jours. Elle a été de onze dans un cas des plus graves.

4° Dans presque tous les cas, les premières modifications se manifestent du deuxième au troisième jour. D'après nos observations, la série des modifications serait la suivante :

a. Diminution et disparition de la douleur.

b. Diminution de la salivation et de la tuméfaction sous-maxillaire ou parotidienne, quand elles existent.

c. En dernier lieu, et à peu près simultanément, disparition de la tuméfaction des gencives ; changement dans leur coloration, retour à la coloration normale ; enfin, disparition de l'ulcération, à moins que celle-ci ne préexiste à la stomatite, auquel cas le chlorate de potasse pris à l'intérieur pourrait être inefficace.

5° L'élévation de la dose du médicament ne paraît pas exercer une influence très-notable sur la rapidité de la guérison, si ce n'est peut-être dans les cas très-intenses. Dans ceux de moyenne intensité, la dose de 4 à 5 grammes est suffisante.

6° C'est le plus souvent à l'intérieur et en potion que le chlorate de potasse a été administré. Trois fois seulement il a été donné en simple solution dans l'eau ou la tisane. L'administration en julep est de beaucoup préférable à toute autre.

7° Administré en gargarismes, il n'est pas moins efficace ; mais sous cette forme, il paraît mieux réussir que pris à l'intérieur, contre les accidents purement locaux, tels que la tuméfaction du tissu gengival, coloration pathologique de celui-ci, ulcération, etc., etc.

8° L'action qu'il exerce paraît être entièrement locale et se comporter, à l'égard des parties affectées, comme celle des agents de médication substitutive. Mais c'est là une action substitutive spéciale et en quelque sorte élective de l'inflammation mercurielle. L'élimination du chlorate de potasse par la salive explique la localisation de son action sur les parties buccales, dans le cas où il est administré à l'intérieur.

L'intervention du chlorate de potasse ne contrarie pas les effets thérapeutiques du mercure. Le traitement mercuriel a toujours abouti à son action médicatrice habituelle lorsque des circonstances particulières, telles que le départ du malade, ou une affection intercurrente autre que la stomatite mercurielle, ne sont point venues l'entraver ou le contre-indiquer.

OBSERVATIONS A L'APPUI DES BONS EFFETS DE LA PEPSINE DANS LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS, MÊME OPINIATRES, DE LA GROSSESSE ; par M. L. GROS.

Les faits qui précèdent, dit le docteur Gros en terminant son travail, témoignent d'une manière non douteuse des heureux effets de la pepsine contre les vomissements liés à l'état de grossesse ; mais nous ne croirions avoir accompli qu'une partie de notre tâche si nous nous bornions à relater des observations sans chercher à poser nettement les indications qui doivent guider le praticien dans les cas analogues.

La détermination exacte des indications d'un remède peut seule élever au rang d'une médication rationnelle l'emploi d'un moyen qui, sans elle, ne serait qu'empirique.

Or, des faits que nous venons de relater nous croyons pouvoir conclure que le vomissement lié à l'état de grossesse, s'il n'est au début que l'expression d'une sympathie entre l'utérus et l'estomac, change de caractère lorsque sa durée se prolonge. L'estomac participe alors activement au symptôme morbide, soit par une altération dans sa fonction de sécrétion, soit par la répétition du fait morbide. C'est à ce moment qu'on voit le vomissement qui, au début, ne survenait que le matin ou le soir, indépendamment de l'état de vacuité ou de travail de l'estomac, survenir régulièrement après chaque repas ; les matières vomies ne plus être seulement quelques mucosités, mais bien les substances alimentaires elles-mêmes, rejetées d'abord en partie, puis en totalité. L'estomac perd alors la faculté de digérer, et c'est vers le rétablissement de ces fonctions que doivent être dirigés les efforts curatifs. Eh bien ! c'est contre ces deux éléments morbides, altération de sécrétion et habitude morbide, que la pepsine nous paraît réellement indiquée ; c'est ainsi du moins que les beaux travaux de M. Lucien Corvisart nous ont appris à apprécier son mode d'action. Dans le vomissement purement sympathique de l'état de l'utérus, nous aurions peine à nous expliquer l'efficacité de la pepsine, tandis que le raisonnement, d'accord avec les faits, nous indique son emploi dans les vomissements incoercibles de la grossesse, alors qu'ils dépendent d'un vice de sécrétion de l'estomac ou d'une habitude morbide de cet organe.

La dose est de 0,50 centigrammes à 1 gramme de pepsine neutre ou acidifiée à chaque repas.

NOUVELLE FORMULE DU TRAITEMENT DE LA CHORÉE, PAR L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE ; par M. E. BONFILS.

On sait que M. Bouley a obtenu de remarquables effets de l'émétique à haute dose dans la chorée. Ces résultats ont engagé M. Gilette à recourir à l'emploi de ce moyen, mais il a cru devoir éviter les inconvénients que suscitent les fortes doses d'émétique, quand leur ingestion est rapide et soutenue. Dans ce dernier cas il agit sans doute comme perturbateur ; M. Gillette met tous ses soins au contraire à établir la tolérance, à faire absorber le tartre stibié sans provoquer aucun de ses effets physiologiques. Ce procédé n'en est pas moins efficace, la chorée cède d'une manière très-rapide et les résultats sont des plus satisfaisants, tandis que le traitement a été à coup sûr inoffensif et très-aisé à supporter.

Voilà le mode d'administration que recommande M. Gillette.

Si le tube digestif est sain, on donne l'émétique par série de trois jours. Une seule série suffit quelquefois pour guérir ; le plus ordinairement deux séries sont nécessaires ; dans quelques cas il en faut trois. Entre les séries on suspend pendant trois ou quatre jours, selon le degré d'impressionnabilité du malade, et on observe les modifications survenues dans les mouvements choréiques.

La dose de l'émétique est variable, mais *toujours élevée* dès le premier jour. M. Gillette a constamment commencé par des doses de 20, 25 ou 30 centigrammes à prendre dans les vingt-quatre heures. Cette dose est doublée le deuxième jour, triplée le troisième.

Si une deuxième série est nécessaire, on recommence en augmentant de 5 centigrammes la première dose de la première série. On la double le lendemain, on la triple le surlendemain, comme à la première série.

On agit de même pour la troisième série, en augmentant de 5 centigrammes la première dose de la deuxième série, et doublant et triplant comme précédemment.

On n'a jamais dépassé la dose de 90 centigrades par jour. L'émétique a d'abord été donné exactement par Laennec, c'est-à-dire associé à l'opium, dissous dans une infusion aromatique et administré par cuillerées à dessert, d'heure en heure. Mais étonné de la facilité avec laquelle les doses élevées d'émétique étaient supportées par ces tous jeunes sujets, même par les moins robustes, M. Gillette prescrivit le médicament dans une solution gommeuse simple, sans opium et sans liquide aromatique : la tolérance a été obtenue aussi facilement et aussi vite qu'avec la méthode de Laennec.

La tolérance semble donc être la conséquence exclusive du mode d'administration de ce médicament et surtout de l'intervalle variable, selon les effets produits qui, doit séparer les prises des unes des autres.

Ne doit-on pas admettre aussi que la chorée crée une disposition particulière à la tolérance du tartre stibié ?

Jamais les malades soumis à cette médication n'ont été privés d'aliments ; toujours ils ont pris des bouillons et des potages (trois par jour). Le malade ne doit manger qu'une heure après la dernière dose d'émétique, et l'on ne doit revenir à la potion qu'une heure après l'ingestion du potage ou du bouillon.

Quelques nausées, un ou deux vomissements glaireux, tels sont, dans l'immense majorité des cas, les phénomènes observés au début, puis la tolérance s'est établie parfaitement. Quand ces phénomènes sont plus accusés ou plus persistants, il suffit d'éloigner les prises de la potion pour les faire disparaître.

Dans tous les cas, il y a eu des troubles du côté de la circulation. Le pouls a toujours été ralenti. Les variations des pulsations en moins ont oscillé entre une et trente pulsations.

Dans une première forme, observée seulement une fois, les mouvements ont été modifiés dès le premier jour et ont cessé complétement en une seule série.

Dans la seconde forme, observée dans tous les autres cas, l'amélioration et la guérison de la chorée ont été *progressives*.

La moyenne de la durée du traitement a été de seize à dix-sept jours.

DE LA VALEUR DU CHLORATE DE POTASSE DANS LE TRAITEMENT DES GENGIVITES CHRONIQUES, AVEC OU SANS PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRES; par M. J.-V. LABORDE.

Voici le résumé des observations de l'auteur sur ce point spécial :

Neuf cas de gengivite chronique, dont huit avec pyorrhée alvéolo-dentaire; six guérisons bien confirmées; deux insuccès; un cas (sans pyorrhée) difficilement guéri après un long traitement. Dans un seul des cas favorables, le médicament a été administré à l'intérieur et rien que sous cette forme (dose de 5 grammes).

La guérison s'est fait attendre vingt jours. Les premières modifications ne se sont manifestées que le septième.

Dans les cinq autres cas, le chlorate, donné d'abord à l'intérieur (4, 5, 10, 15 grammes), n'a exercé aucune influence sur l'affection. Administré ensuite en gargarisme, aux doses de 5 et 8 grammes, il a constamment amené la guérison, au plus tard dans onze jours; au plus tôt dans trois jours; terme moyen dans quatre ou cinq jours.

Presque toujours les premières modifications se sont manifestées dès le deuxième jour, et parmi ces modifications, il faut noter surtout le changement de coloration des tissus, la diminution ou la disparition de l'écoulement purulent, la cessation de la douleur.

Dans les cas même rebelles, les modifications relatives à la coloration, au gonflement et à la douleur se sont, en tout ou en partie, réalisées. La pyorrhée seule a obstinément résisté.

Enfin, constamment nous avons vu le tissu dentaire recouvrer rapidement sa blancheur normale, quelque dépourvu qu'il en fût.

De tout cela il est donc permis de conclure que :

1° Le chlorate de potasse possède une action curative dans la plupart des cas de gengivite chronique avec pyorrhée alvéo-dentaire (presque toujours l'une se complique de l'autre);

2° Les cas véritablement accessibles à cette action sont ceux qui se rattachent particulièrement à des influences pathogéniques générales ou diathésiques;

3° Les cas rebelles semblent régis par une cause essentiellement locale (affection du tissu dentaire);

4° L'efficacité du chlorate de potasse dans cette affection peut résider spécialement, et presque exclusivement, dans son usage topique;

5° Enfin, le nettoyage parfait et constant des dents en fait un des meilleurs dentifrices.

Rappelons que le chlorate de soude jouit de propriétés très-voisines de celles du chlorate de potasse; que la solubilité en est plus grande et le goût moins désagréable; qu'enfin ils sont l'un et l'autre très-efficaces dans la stomatite ulcéreuse aiguë.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES ACCIDENTS DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. HERVIEUX.

L'auteur a surtout mis en usage le vésicatoire dans le traitement des syphilides.

La syphilide papuleuse est la forme qu'il a eu le plus souvent l'occasion de soumettre à l'action de ce topique; c'est aussi celle dans laquelle ce genre de médication lui a paru le mieux réussir. Il suffisait habituellement d'un vésicatoire pour modifier notablement certaines syphilides populeuses passées à l'état chronique et durant depuis plusieurs mois. Sur un lichen syphilitique durant depuis un an, et contre lequel on avait vainement épuisé tous les traitements internes les plus actifs, en huit jours environ, pendant lesquels trois larges vésicatoires furent successivement appliqués sur la partie antérieure et sur la partie postérieure du thorax, le lichen avait disparu.

Le syphilide squameuse a résisté beaucoup plus à l'action des vésicatoires. Néanmoins, dans deux cas de psoriasis, l'un en plaques, l'autre circulaire, il y a eu au bout de quelques jours un amendement incontestable, malgré la durée déjà longue de la maladie; au bout de deux septénaires les squammes étaient détachées, et il ne restait plus presque partout que les macules consécutives à cette variété de syphilide.

Les syphilides pustuleuses paraissent tenir le second rang parmi celles sur lesquelles le vésicatoire a une action favorable. Quelques cas d'acné syphilitiques ont été très-heureusement et très-rapidement modifiés par ce mode de traitement.

L'impétigo syphilitique de la face et du cuir chevelu n'a pas été traité par ce moyen. L'auteur, après avoir fait tomber les croûtes, a badigeonné les surfaces malades avec une solution concentrée de nitrate d'argent, et a guéri très-vite ses malades.

Plusieurs malades affectés de syphilide varioliforme, d'eczéma syphilitique, de syphilide eczémateuse et bulbeuse, étaient en voie de guérison, après l'application de plusieurs vésicatoires, lorsque M. Hervieux a quitté son service. L'auteur considère que les cas dont il vient d'être question sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion thérapeutique définitive. Toutefois les résultats qu'il a obtenus par ce moyen ont été assez prompts et assez remarquables pour mériter de fixer sur ce point l'attention des praticiens et provoquer de nouvelles recherches. Cette médication mérite d'autant plus d'être essayée qu'elle est toute locale et ne présente aucun des inconvénients qu'on pourrait trouver à d'autres moyens généralement usités.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de feu M. Robert Brown.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 54 :

M. Owen obtient.	43 suffrages.
M. Plana.	5
MM. Airy, Murchison et Wöhler, chacun	2

M. Owen, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

L'Académie procède ensuite, également par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de feu M. le prince Charles Bonaparte.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 51,

M. Dujardin obtient. . . .	42 suffrages.
M. P. Gervais.	7
M. Hollard.	1

Il y a un billet au nom de Girardin, écrit sans doute par erreur pour Dujardin et considéré comme nul.

M. Dujardin, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

DE L'INFLUENCE DE L'AIR, DE L'OXYGÈNE, DE L'HYDROGÈNE ET DE L'ACIDE CARBONIQUE SUR LA GUÉRISON DES PLAIES SOUS-CUTANÉES; par MM. DEMARQUAY et LECONTE.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Dans toutes les expériences dont nous donnons ici le résumé, les opérations étaient faites comparativement deux à deux sur le même animal; c'est ainsi que, quand on injectait de l'air dans la plaie sous-cutanée d'un membre, on pratiquait sur le membre correspondant une ténotomie, qu'on soustrayait avec soin au contact de l'air; tous nos gaz ont été ainsi comparés à des ténotomies simples, puis comparés entre eux de la même manière, ce qui nous a donné un nombre considérable d'expériences, dont les plus importantes sont consignées dans notre mémoire. Pour bien faire comprendre les conclusions qui découlent de ces expériences, nous croyons devoir rappeler succinctement les résultats contenus dans notre premier mémoire, et qui peuvent se formuler ainsi :

1° L'air injecté dans le tissu cellulaire ou le péritoine d'un animal vivant, perd rapidement, par absorption, une grande partie de son oxygène, qui est remplacé par un volume presque correspondant d'acide carbonique, et le mélange des gaz restants s'absorbe avec lenteur.

2° L'oxygène, l'hydrogène, l'acide carbonique et l'azote, injectés dans les mêmes conditions, déterminent, en se résorbant, une exhalation des gaz contenus dans l'organisme, et les mélanges qui en résultent s'absorbent avec une rapidité plus ou moins grande, suivant la nature du gaz injecté, et dans l'ordre suivant : l'acide carbonique, l'hydrogène, l'oxygène, l'air atmosphérique et l'azote.

Quant au mémoire que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie, les expériences qu'il renferme peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les ténotomies sous-cutanées des tendons, pratiquées sur des lapins, et à l'abri du contact de l'air ou d'autres gaz, sont complétement et solidement réparées dans l'espace de dix-huit à vingt-deux jours.

2° Les ténotomies sous-cutanées pratiquées dans les mêmes conditions,

mais avec des injections quotidiennes d'air, s'organisent sensiblement de la même manière et dans le même laps de temps, ce qu'il faut sans doute attribuer à l'absorption rapide d'une grande partie de l'oxygène, ainsi que le démontre notre premier mémoire.

3° L'oxygène mis en contact chaque jour avec des ténotomies sous-cutanées s'oppose à la réparation du tendon divisé pendant un temps qui peut excéder la durée de la guérison normale, mais il ne produit jamais la vascularisation anormale que détermine l'hydrogène.

4° L'hydrogène injecté dans les ténotomies sous-cutanées en retarde tellement la guérison, qu'elle est encore incomplète sept mois et demi après l'opération, phénomène dû sans doute à l'inflammation particulière que détermine l'injection de ce gaz, qui produit toujours un développement très-considérable des vaisseaux et surtout des veines.

5° L'acide carbonique, contrairement à l'action de l'oxygène et de l'hydrogène, favorise au plus haut degré l'organisation des plaies sous-cutanées et en amène la guérison dans un laps de temps beaucoup plus court que dans les ténotomies faites en dehors de l'influence de l'air.

L'acide carbonique semble donc appelé, ainsi que l'avait annoncé, le premier, Priestlez, à jouer un rôle important dans la thérapeutique des plaies.

Nous espérons démontrer bientôt expérimentalement la valeur thérapeutique réelle des gaz précédents sur les plaies exposées.

— M. Tarnier, en adressant une analyse de ses recherches sur l'état puerpéral, fait connaître les causes indépendantes de sa volonté qui ont empêché ce travail d'être présenté à l'Académie avant le 31 mars.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU MODE DE PANSEMENT DES PLAIES D'AMPUTATION DES MEMBRES; par M. Laugier.

(Commissaires : MM. Serres, Velpeau, J. Cloquet.)

Après une amputation à lambeaux, mais surtout circulaire de la cuisse, par exemple, dans sa continuité, lorsqu'il ne s'agit plus, la ligature des vaisseaux étant faite, que d'obtenir la réunion des chairs entre elles et avec l'os, on est dans l'habitude de faire ramener ces chairs en avant de l'os par les mains d'un aide en les attirant de la base du moignon vers son sommet, puis, afin de prolonger cette situation des parties molles, le chirurgien applique de la base du moignon vers la plaie un bandage roulé, dont les doloires s'arrêtent à la distance de 6 à 8 centimètres de la solution de continuité; cela fait, l'aide continuant à soutenir les chairs, on donne à la plaie une direction déterminée, soit antéro-postérieure, soit oblique, le plus souvent verticale; et portant autant qu'on le peut l'une vers l'autre les deux lèvres de la plaie, on les maintient en contact avec des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé, qui prennent un point d'appui sur un des côtés du moignon, passent en travers sur la plaie et sont fixées sur l'autre côté du moignon. L'angle inférieur de la plaie, ainsi devenue oblique ou verticale, a été laissé un peu béant pour la sortie du sang et de la suppuration. D'autres pièces de l'appareil sont disposées pour recevoir ces liquides. Ce mode de pansement est continué jusqu'à la guérison; il est renouvelé chaque fois que les bandelettes de sparadrap sont relâchées, le bandage roulé de toile pouvant être laissé en place plus longtemps que les bandelettes, quand il est bien appliqué.

Plusieurs reproches sérieux peuvent être adressés à ce pansement si généralement adopté.

Les bandelettes, bien que soutenues elles-mêmes par d'autres bandelettes circulaires, ne maintiennent pas exactement la réunion qu'elles sont destinées à produire; leur constriction, qui doit toujours être modérée sous peine d'étranglement du moignon bientôt tuméfié par l'inflammation traumatique, cède au poids du membre placé sur un coussin ou sur le lit dans une position qui tend à écarter les lèvres de la plaie; celle-ci redevient béante dans l'intervalle des pansements, qu'il faut alors refaire plus souvent.

Les bandelettes de linge ou de sparadrap ont un autre inconvénient grave. Appuyées sur les lèvres de la plaie, elles repoussent les chairs en arrière, favorisent ainsi la saillie du bout de l'os ou des os, et contribuent à laisser au-devant d'eux une sorte de cloaque rempli des fluides sécrétés ou exhalés par la face interne des lambeaux ou du cône de l'amputation circulaire. Ce cloaque implique l'écartement des chairs profondes. Ce reproche est sérieux, adressé à un moyen de réunion, qui agit ainsi directement contre son but.

Les bandelettes de sparadrap de diachylon gommé causent aussi, chez quelques individus, un érysipèle, qui commence sous elles et s'étend. Les bandelettes de sparadrap gélatineux n'ont pas cet inconvénient, mais elles forment une enveloppe fort dure, qui s'attache aux autres pièces de l'appareil, et difficile à enlever sans tiraillements douloureux. Les bandelettes transversales à la direction de la plaie ne réalisent donc pas ce qu'on en attend. Elles ne continuent pas l'action de la main de l'aide, qui réunit la plaie du fond vers ses lèvres, et cependant la réunion du fond de la plaie est bien plus importante encore à obtenir d'emblée que celle de ses bords.

Le pansement que je viens faire connaître a pour principal objet d'obtenir, à la suite des amputations dans la continuité des membres, la réunion immédiate du fond de la plaie.

On aurait pu se proposer le même but à l'aide de la suture profonde, qui a été proposée et pratiquée dans certaines fistules du périnée, ou à la suite d'opérations destinées à les guérir. Mais une suture profonde ne se fait pas sans intervention et séjour dans la plaie de corps étrangers, laissé à demeure un temps suffisant pour la réunion, temps qui peut varier beaucoup. Une suture est d'ailleurs une deuxième opération, et il ne s'agit ici que d'un pansement, qui a d'ailleurs d'autres avantages que la réunion pendant la durée du traitement de la plaie d'amputation. Il est d'ailleurs fort simple. Il consiste à maintenir les chairs en avant et adossées d'un côté à l'autre de la plaie et engageant sous le bandage roulé *deux plaques de liége*, de 1/2 centimètre d'épaisseur, et dont la longueur et la largeur permettent d'embrasser presque circulairement le moignon, depuis sa base jusqu'au sommet, et de le dépasser à cette extrémité libre de 7 à 8 centimètres. Cette partie libre des plaques est digitée, et percée à chaque doigt d'un trou pour recevoir un bout de ruban ou de lacet, qui, à la fin du pansement, réunit les digitations des plaques affrontées deux à deux.

Avant d'engager les plaques sous le bandage roulé, j'environne l'extrémité libre du moignon au niveau de la partie profonde de la plaie de circulaires épaisses d'amadou pour rendre la pression des plaques de liége plus douce et en même temps plus efficace, puisque cette couche d'amadou écarte la base de leurs digitations, dont les extrémités libres seront rapprochées et nouées par le lacet.

On pourrait, si on le voulait, réunir les lèvres de la plaie par la suture sèche, mais on peut se contenter, comme je l'ai fait à l'exemple de Boyer et de ses successeurs, d'y interposer un mince plumasseau de charpie enduit de cérat.

On le voit, ces plaques de liége, préférables à la gutta-percha, qui se moule facilement, mais ne tarde pas à se durcir, continuent autant que possible l'action des mains de l'aide. Si elles doivent leur action au bandage roulé dans lequel on les engage, elles lui donnent de la solidité. On ne les retire pas à chaque pansement; on écarte doucement leurs extrémités libres pour changer les pièces de l'appareil extérieur (linge cératé, charpie), et pour le lavage, s'il est nécessaire; et, le pansement fait, on noue la rosette de chaque bout de lacet. Ce sont les plaques qui supportent les pressions en tous sens auxquelles, dans le pansement ordinaire, est exposé le moignon. Elles le protégent contre les chocs de tout genre, et, à vrai dire, il est placé dans une sorte d'étui ou de portefeuille, solide sans être dur, et qui permet au malade des mouvements très-étendus sans douleur.

Je l'ai employé sur trois malades, mais dans des circonstances différentes. La première fois, pour une amputation de la cuisse chez un jeune homme de 18 ans. Le traitement était déjà avancé, quand j'ai eu l'idée de ce pansement; mais il a été très-utile pour achever la guérison. J'avais été appelé pour faire l'amputation par M. le docteur Reiss.

Le second malade avait été amputé de la cuisse par un de nos jeunes chirurgiens des hôpitaux, M. Foucher. L'amputation avait été faite dans mon service et sous mes yeux, suivant toutes les règles de l'art. Malheureusement, le malade était tuberculeux; la réunion se faisait attendre depuis quatre mois, quand j'ai adopté le nouveau pansement. Il a eu pour effet de permettre au malade des mouvements étendus du moignon et de le préserver des douleurs vives qu'il ressentait avec le pansement ordinaire. Mais une altération du fémur consécutive à l'opération et des tubercules pulmonaires devenus plus manifestes laissent peu d'espoir pour l'avenir. Enfin, c'est à l'occasion d'une amputation du bras que j'ai pu constater tous les avantages de ce mode de pansement. Employé dès le premier jour, son effet a été tel sur la partie profonde de la plaie, que dès le premier renouvellement du pansement au bout de trois jours, la réunion profonde était complète, et que la réapplication du bandeau roulé n'a ramené du fond de la plaie aucune suppuration. La guérison a été prompte, bien que le malade fût un vieillard de 71 ans.

En résumé, le pansement que je propose obtient promptement la réunion du fond des plaies d'amputation des membres dans la continuité; il soutient les chairs ramenées au devant de l'os, assure la direction donnée aux lèvres de la plaie, supprime les inconvénients des bandelettes agglutinatives; il protége le moignon contre les chocs extérieurs, facilite les mouvements du malade et du membre amputé, et on peut présumer sans exagération que son emploi serait utile dans les ambulances des armées.

THYMUS.

M. Friedleben adresse de Francfort-sur-le-Mein une analyse de son ouvrage sur la physiologie du thymus à l'état de santé et à l'état de maladie, ouvrage qu'il présente au concours pour le prix de physiologie expérimentale. Nous indiquerons brièvement les principaux résultats des recherches de l'auteur sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de cet organe, dans les termes mêmes où il les résume dans cette analyse.

Anatomie. — 1° Le thymus est une glande sans conduit extérieur; elle est composée d'un nombre infini de lobules, dont chacun consiste dans un groupe de follicules clos, réunis par un tissu cellulaire très-mince.

2° Les nerfs du thymus n'appartiennent qu'aux vaisseaux, ils sont des ramifications provenant des ganglions sympathiques.

3° Le thymus normal ne possède pas de cavités libres; ce qu'on a pris pour de telles cavités ne sont que des intersections interlobulaires.

4° Il renferme une sécrétion composée d'un fluide transparent et clair, qui tient en suspension des nucléoles ronds innombrables, mêlés de quelques cellules.

5° Les nucléoles passent directement dans les veines du thymus.

6° Les follicules du thymus périssent et renaissent continuellement; les corps nommés *concentriques* de la glande ne sont que des follicules pendant leur métamorphose regressive. C'est ici encore que se montre ce renouvellement constant, ce tourbillon vital, si bien défini par M. Flourens dans ses RECHERCHES SUR LA NUTRITION DES OS.

7° Le thymus s'accroît dès son origine embryonnaire d'une manière continue jusqu'à l'âge de la puberté; mais à partir du moment de la naissance, sa croissance relative est moindre que celle du corps. Pendant l'âge juvénile (les années 15-25) le thymus reste stationnaire; il ne commence à diminuer de volume que dans les dernières années de cette période, pour subir une involution rapide dans l'âge viril. Plus tard on ne trouve le thymus qu'exceptionnellement, et alors seulement en forme d'un tissu graisseux.

PHYSIOLOGIE. — 1° Le thymus peut être enlevé sans inconvénient pour la santé générale de l'animal.

Les animaux privés de leur thymus prennent une quantité d'aliments plus forte que les animaux normaux.

3° La croissance du corps des animaux opérés est absolument plus grande que celle des animaux normaux; mais, relativement à la quantité des aliments reçus, elle est inférieure à la croissance normale.

4° La sanguification des animaux opérés est plus accélérée; le sang plus riche d'albumine et d'eau; le nombre des globules du sang absolument plus élevé, celui des globules rouges absolument inférieur; l'excrétion des albuminates plus élevée, celle de l'acide carbonique amoindrie; l'excrétion de l'eau par la perspiration plus forte, par les reins plus faible.

5° La croissance et la constitution chimique des os sont influencées par l'extirpation du thymus; cette influence dépend de l'état de l'évolution osseuse dans le temps de l'extirpation.

PATHOLOGIE. — J'ai pu établir par les recherches physiologiques antérieures :

1° Que ni dans l'état normal ni hypertrophique le thymus ne souffre d'autre turgescence que celle après le repas, et que la prétendue turgescence hyperémique et périodique qu'on a jusqu'ici admise pour le thymus hypertrophique n'existe pas;

2° Que ni dans l'état normal ni hypertrophique il ne peut gêner la respiration;

3° Que ni dans l'état normal ni hypertrophique il ne peut troubler la circulation;

4° Que ni dans l'état normal ni hypertrophique il ne peut comprimer les nerfs respiratoires;

5° Que ni dans l'état normal ni hypertrophique il ne peut donc empêcher la circulation du cerveau ou l'innervation des muscles de la glotte.

M'appuyant sur ces thèses, prouvées par des recherches anatomiques et physiologiques, j'ai pu constater qu'un asthme *thymique* n'existe pas.

Enfin j'ai donné des règles thérapeutiques qui résultent de mes propres observations cliniques.

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée de l'examen des pièces de concours pour le grand prix des sciences naturelles, question concernant les rapports qui s'établissent entre les spermatozoïdes et l'œuf dans l'acte de la fécondation.

MM. Cl. Bernard, Milne Edwards, Coste, Flourens, Serres, obtiennent la majorité des suffrages.

L'Académie procède ensuite, également par la voie du scrutin, à la nomination de la commission pour le prix des arts insalubres.

D'après les résultats du scrutin, cette commission a la composition suivante : MM. Chevreul, Payen, Rayer, Dumas, Combes.

L'Académie procède enfin, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée de décerner le prix de physiologie expérimentale. Cette commission se compose de MM. Cl. Bernard, Flourens, Milne Edwards, Rayer et Serres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après une observation M. Boudet.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Une lettre par laquelle l'ambassadeur d'Angleterre demande que des documents relatifs à la diphthérie soient mis à la disposition de M. le docteur Oliffe, chargé par le gouvernement britannique de faire des recherches sur ce sujet.

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Des lettres de MM. les docteurs Duchesne, Verneuil, Grassi et Bouchut, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène.

2° Un mémoire de M. le docteur Pize (de Montélimart) sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica et sur l'action sédative de ce médicament sur le cœur. (Commissaires : MM. Bouchardat, Bouillaud, Devergie.)

3° Une note sur les eaux de Neyrac (Ardèche), par M. le docteur Mazade. (Commission des eaux minérales.)

4° Quelques considérations sur la circulation en général, par M. le docteur Vanner.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture :

1° D'une lettre de M. le docteur Trudeau, agrégé au Val-de-Grâce, renfermant l'observation d'un enfant nouveau-né, guéri d'une affection syphilitique par le traitement indirect, au bout de quatre mois et demi.

2° D'une lettre de M. le docteur Dumesnil, médecin-directeur de l'asile de Quatremares (Seine-Inférieure), se plaignant de n'avoir pas été cité dans le rapport de M. Bouley relatif aux expériences qu'il a entreprises de concert avec M. Labourdette.

Cette réclamation est renvoyée à M. Bouley.

RAPPORT. — HUILES DE FOIE DE MORUE, DE RAIE ET DE SQUALE.

M. DEVERGIE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Grisolles et Soubeiran, lit un rapport sur un mémoire de M. Delattre (de Dieppe) ayant trait *à la composition chimique et à l'emploi médical des huiles de foie de morue, de raie et de squale.*

Il résulte des analyses chimiques faites par M. Delattre, avec le concours de M. Girardin (de Rouen), que les huiles de foie de morue, de raie, de squale, renferment les mêmes éléments, mais dans des proportions différentes.

Comparée à l'huile de foie de morue, l'huile de raie renferme la moitié moins d'iode, un quart en moins de soufre et un tiers en plus de phosphore. L'huile de squale est plus riche en iode et en phosphore que l'huile de morue; elle contient un peu moins de brôme et de soufre; comparée à l'huile de raie, elle renferme deux fois et demie plus d'iode, et seulement un cinquième en moins de phosphore. Elle est donc, chimiquement parlant, plus riche en éléments inorganiques que l'huile de foie de morue et de raie, sauf, pour cette dernière, ce qui concerne la proportion du phosphore.

M. Delattre a étendu ses recherches analytiques aux diverses variétés d'huile de foie de morue : ambrée, blonde, brune et noire. Il résulte de ses analyses : qu'à partir de l'huile la plus pure (huile vierge) on observe, jusqu'à l'huile noire, une progression décroissante dans la quantité des principes inorganiques qui font partie de ces huiles. Mais les différences dans les proportions de ces principes sont tellement minimes qu'elles ne peuvent justifier la préférence que certains chimistes donnent à l'huile blonde sur l'huile brune, contrairement à ce que l'expérience médicale a appris à ce sujet.

Ce n'est pas, ajoute M. Devergie, que nous n'attachions aucun rôle, dans l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue, à l'iode, au brôme, au phosphore et au soufre; mais nous pensons que l'action thérapeutique ne réside pas *seulement* dans ces éléments chimiques. C'est à l'association de ces éléments par la nature que nous devons, dans certains cas, des actions toutes spéciales de médicaments, effets que nous ne pouvions obtenir lorsque ces éléments étaient dans leur état d'isolement.

Aussi ne saurais-je admettre les prétentions de quelques pharmaciens qui ont cru pouvoir suppléer aux huiles de poissons par des huiles artificielles.

Arrivant au côté médical de la question, M. le rapporteur fait connaître les résultats obtenus par M. Delattre dans les essais qu'il a faits des huiles de squale et de raie, et qu'il expose en ces termes :

1° L'action physiologique des huiles de foie de poisson est la même, quelle que soit l'espèce d'huile employée;

2° Ces huiles peuvent être considérées comme succédanées les unes des autres, toutes peuvent être appliquées au traitement des affections scrofuleuses, dartreuses et rhumatismales;

3° Cependant, il est des affections qui réclament plus particulièrement l'emploi de telle ou telle huile. Ainsi l'huile de foie de morue est plus efficace dans la phthisie scrofuleuse que les huiles de raie et de squale, l'huile de raie vaut mieux dans la diarrhée séreuse et les engorgements mésentériques des enfants pendant la dentition, ainsi que dans le traitement des dartres et du rhumatisme chronique;

4° L'huile de squale paraît jouir d'une action toute spéciale dans les altérations des os. M. Delattre lui accorde même une préférence marquée sur l'huile de foie de morue dans le traitement des affections scrofuleuses.

Ces diverses propositions auraient exigé un temps considérable pour être l'objet d'un contrôle expérimental, aussi la commission s'est-elle bornée à étudier celle de ces propositions que M. Delattre considère comme la plus importante, à savoir si l'huile de squale peut être substituée avantageusement à l'huile de foie de morue.

Après avoir analysé d'une manière sommaire les observations que M. Delattre a faites sur l'action physiologique des huiles de poisson, M. Devergie fait connaître les résultats des expériences instituées par la commission.

L'huile de squale remise à l'Académie, est très-limpide, d'un jaune clair,

d'une odeur moins forte que celle de l'huile de foie de morue, et différente aussi.

Sur 20 malades qui ont pris en même temps l'huile de squale, 18 ont préféré cette huile à celle de morue; quelques malades qui n'avaient jamais pu supporter l'huile de morue, ont pu prendre de l'huile de squale.

M. le rapporteur a administré l'huile de squale à 12 malades de l'hôpital Saint-Louis, représentant la scrofule à divers degrés, suivant la méthode qu'il a coutume de suivre pour l'huile de foie de morue, c'est-à-dire en l'associant à la tisane de noyer, au sirop d'iodure de fer, et au vin de gentiane. L'ensemble de ces faits a conduit M. Devergie à considérer l'huile de squale comme un succédané de l'huile de foie de morue, de même valeur que cette huile.

Les expériences instituées par MM. Guersant, Barthez et Bergeron, à l'hôpital des Enfants et à l'hôpital Sainte-Eugénie, ont produit des résultats analogues.

L'ensemble de ces expérimentations est insuffisant pour porter un jugement définitif sur la valeur réelle de l'huile de squale et sur les indications plus spéciales qu'elle est appelée à remplir, mais il suffit pour reconnaître que l'huile de squale peut être considérée comme un succédané de l'huile de foie de morue.

La pêche de la morue vient d'ailleurs souvent à manquer, tandis que celle des squales est toujours assurée; en outre, les squales ne sont souvent qu'un embarras pour les pêcheurs. C'est là une circonstance qui est tout en faveur de l'huile de squale.

Après avoir rappelé que l'emploi de cette huile avait déjà été recommandé par MM. Ure, Homolle, Leboeuf et Bouchardat, et considérant que M. Delattre, en créant un appareil pour la préparation des huiles de poissons à l'abri du contact de l'air; en établissant une pêcherie spéciale pour les squales; en administrant cette huile dans sa pratique médicale, a véritablement ouvert la porte à l'usage commercial de cet agent, M. Devergie propose l'adoption des conclusions suivantes :

1° Renvoyer le mémoire de M. Delattre au comité de publication;
2° Adresser des remercîments à l'auteur.

M. Cloquet ne pense pas que les squales ne soient souvent, comme le dit M. Devergie, qu'un embarras pour les pêcheurs. On en vend beaucoup à Boulogne, et ce poisson se sale et se fume parfaitement. A Alger, les marchés en sont toujours fournis abondamment; les Arabes en achètent de grandes quantités : c'est un de leurs aliments habituels.

M. Cloquet n'a d'ailleurs pas l'intention, en faisant cette rectification, de protester contre l'emploi de l'huile de squale; il fait au contraire remarquer que, comparé à la morue, le squale a un foie beaucoup plus volumineux, et peut, par conséquent, fournir plus d'huile.

M. Gibert : Je ne ferai qu'une simple observation. Il me semble qu'en associant à l'huile de squale la tisane de houblon, le sirop d'iodure de fer et le vin de gentiane, comme l'a fait M. Devergie, il est difficile de déterminer la part qui revient à l'huile de squale dans les effets thérapeutiques; il aurait, je crois, mieux valu expérimenter l'huile de squale en la donnant seule.

M. Devergie répond qu'étant familiarisé avec les effets des trois médicaments qu'il a cités, et qu'il associe toujours à l'huile de morue, la voie qu'il a suivie était celle qui lui permettait d'apprécier le mieux les avantages de l'huile de squale, comparés à ceux de l'huile de morue. Les résultats qu'il a obtenus sont d'ailleurs confirmés par ceux que l'huile de squale a donnés aux médecins de l'hôpital Sainte-Eugénie.

M. Boudet : M. Devergie est, ce me semble, allé trop loin en refusant toute efficacité aux huiles iodées artificielles. L'Académie a approuvé l'usage de ces huiles en adoptant la conclusion d'un rapport fait, en 1850, sur cette question, et leur a reconnu une certaine efficacité, d'après les faits observés par M. Ricord et par d'autres médecins. L'iode se trouve d'ailleurs dans ces huiles à l'état de combinaison organique, comme dans l'huile de morue, puisque les réactifs ordinaires n'y décèlent pas la présence de ce métalloïde. Les huiles iodées artificielles ont encore l'avantage d'être moins chères que l'huile de morue.

M. Devergie : Je n'ai pas dit, dans mon rapport, que les huiles iodées artificielles n'aient aucune efficacité, mais seulement qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre leur action et celle de l'huile de morue : celle-ci a une action spéciale, tandis que celle des huiles artificielles n'est autre que celle de l'iode et des graisses, employés séparément.

M. Boudet donne lecture des conclusions du rapport de M. Guibourt sur un mémoire de M. Marchal (de Calvi), dont il parlait tout à l'heure. M. Guibourt établissait dans ce rapport que, bien qu'il n'y ait pas de comparaison à établir entre l'huile de morue et les huiles iodées artificielles, celles-ci en peuvent trouver des applications utiles dans un certain nombre de maladies.

M. Boudet rappelle ensuite l'opinion émise par M. Trousseau, dans la dernière séance, et d'après laquelle l'huile de morue agirait simplement comme les graisses, c'est-à-dire comme un aliment. M. Boudet croit, au contraire, qu'elle agit autant comme iode que comme graisse. Si on objecte à cette manière de voir que l'huile de morue ne contient que de faibles proportions d'iode et de brome, on oublie que l'action des médicaments varie beaucoup suivant qu'on les emploie à petites et grandes doses. Il faut d'ailleurs tenir compte de l'ensemble de tous les éléments inorganiques actifs contenus dans l'huile de morue; leur somme est, en effet, représentée par un chiffre assez considérable. Quant à la matière grasse, qui est brûlée, en tant qu'aliment respiratoire, elle agit comme principe réparateur, en empêchant les graisses de l'économie de subir une combustion exagérée.

M. Devergie : Il ne faudrait pas trop se fier à ces explications exclusivement chimiques; les scrofuleux sont en général très-gras, et l'huile de morue ne réussit pas moins bien chez eux que chez des sujets maigres.

M. Chatin : Il serait important que l'huile de morue et l'huile de squale, qui sont des agents thérapeutiques, puisqu'elles agissent au moins en partie par leurs éléments inorganiques, ne fussent vendues que chez les pharmaciens, et non, comme cela se fait, par tous les épiciers. Ce n'est que de cette manière que l'autorité pourra exercer un contrôle efficace, nécessaire pour que le médecin soit toujours sûr de la composition de ces agents. Je voudrais que l'on annexât au rapport quelques remarques dans ce sens, pour l'huile de squale, et qu'il fût renvoyé à M. le ministre.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que si la proposition de M. Chatin était acceptée, les décrets relatifs aux remèdes nouveaux seraient applicables à l'huile de squale. Il en résulterait des complications qu'il est désirable d'éviter. Mieux vaut, en conséquence, s'en tenir là.

M. Boudet croit que la mesure proposée par M. Chatin serait difficile à exécuter, mais qu'elle n'en aurait pas moins une grande importance; le foie de morue ne contient, en effet, pas d'iode à certaines époques de l'année, et il serait important que les huiles préparées à cette époque de l'année fussent exclues des pharmacies.

M. Devergie relève une difficulté qui s'oppose à ce que la surveillance proposée par M. Chatin soit exercée : c'est qu'il n'existe pas de procédé pratique simple pour s'assurer si une huile de morue contient de l'iode; une analyse assez compliquée est toujours nécessaire.

M. Chatin : Cette analyse est si simple qu'il ne faut pas vingt minutes pour la faire.

M. Devergie : C'est beaucoup trop, car la plupart des médecins ne seraient pas assez exercés pour exécuter sûrement une pareille analyse.

M. Depaul et M. Gibert, dans la crainte que l'on ne se serve du rapport de M. Devergie dans un intérêt commercial, comme cela n'arrive que trop souvent pour les rapports académiques, demandent qu'il y soit dit expressément que l'Académie laisse à M. Delattre la responsabilité des propositions qui n'ont pas été contrôlées par la commission.

Cette addition est acceptée.

Les conclusions du rapport sont ensuite mises aux voix et adoptées.

— M. Ch. Robin donne lecture du *Résumé d'un mémoire contenant la description anatomo-pathologique de diverses espèces de cataractes.*

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1859; par M. Lorain, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie normale.

Nouvelles recherches sur l'anatomie du coeur des ophidiens; par M. le docteur Henri Jacquart, ancien interne des hôpitaux civils de Paris, membre de la Société de biologie, aide d'anthropologie au Muséum, vice-président de la Société médicale du 11e arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur.

Jusqu'à ces dernières années, la disposition anatomique du coeur des ophidiens, présentée comme on le faisait généralement, rompait la chaîne établie par la loi d'uniformité de plan dans la série des vertébrés.

Si cette exception choquante était un sujet de regrets pour les bons esprits, en revanche elle réjouissait singulièrement les adversaires des doctrines philosophiques professées par Geoffroy-Saint-Hilaire.

On admettait alors, chez les serpents, deux coeurs, un droit et un gauche; chacun d'eux composé d'une oreillette et d'un ventricule.

Rien de particulier pour les oreillettes, rien qui ne fût conforme à la disposition générale qu'elles présentent chez les vertébrés. Mais il n'en était pas de même des ventricules. Le gauche, à parois très-épaisses et à cavité très-restreinte, ne donnait naissance à aucun vaisseau, il s'ouvrait dans l'oreillette gauche par l'orifice auriculo-ventriculaire, muni d'une valvule qui portait le même nom; au milieu de la cloison interventriculaire on constatait l'existence d'un trou qui faisait communiquer les ventricules.

Si le ventricule gauche ne donnait naissance à aucun vaisseau, par contre, le droit fournissait dans sa portion dite veineuse, ou loge inférieure, l'artère pulmonaire, et dans celle qu'on désignait sous le nom d'artérielle, ou de loge supérieure, les deux aortes.

Ces deux cavités étaient séparées par une cloison charnue verticale complète en haut, où elle se confondait avec le tissu cardiaque, mais libre à son bord inférieur, où elle se présentait sous la forme d'un pilier musculeux. Elle divisait en deux parties le ventricule droit, et on admettait que la paroi inférieure de celui-ci, au moment de la systole ventriculaire, venait s'appliquer sur le bord non adhérent de la cloison et empêchait le sang veineux poussé par l'oreillette droite dans la partie du ventricule d'où naît l'artère

pulmonaire, de se mêler avec le sang artériel affluant par le trou interventriculaire, venant du ventricule gauche, dans lequel il avait été versé par l'oreillette correspondante. On supposait qu'il n'y avait qu'un faible mélange des deux sangs, et on pouvait ainsi, jusqu'à un certain point, se rendre compte du mécanisme de la circulation dans le cœur des ophidiens. Mais que cette interprétation physiologique laissait à désirer ! D'une part, le cœur gauche ne donnait naissance à aucune artère ; de l'autre, le cœur droit fournissait à la fois l'artère pulmonaire à sang noir, et les deux artères aortes à sang rouge ! Comment expliquer une pareille contradiction ? comment admettre un ventricule gauche, espèce d'infundibulum d'où ne naissait aucun vaisseau ? A quoi servait l'ouverture interventriculaire ? C'étaient autant de problèmes en apparence insolubles. En un mot, la description du cœur des serpents, telle qu'on l'admettait généralement, non-seulement était une infraction manifeste à la loi d'unité de plan, mais répugnait à toute appréciation philosophique.

Dans un mémoire sur la circulation du python, présenté par nous à l'Académie des sciences en juin 1856, et publié peu de temps après dans les ANNALES DES SCIENCES NATURELLES, avec des planches en noir ou coloriées, aussi complètes que nous l'ont permis les pièces que nous avons eues à notre disposition, nous avons tracé la description du cœur des serpents. Nous pensons avoir montré que sa disposition anatomique peut être ramenée à celle du cœur des mammifères, si l'on suppose :

1° Que la cloison qui divise le ventricule droit en deux compartiments et qui est la véritable cloison interventriculaire, ne s'est pas soudée à la paroi du cœur par son bord inférieur qui se présente sous la forme d'une colonne charnue très-saillante;

2° Que le ventricule gauche est divisé en deux loges communiquant entre elles par l'ouverture que les anciens auteurs appelaient trou de la cloison.

Alors l'unité de plan n'est plus détruite; il y a seulement variété dans l'unité ; et la loi des connexions nous permet de ressaisir les analogies qui nous échappaient. La loge inférieure du ventricule droit, d'où naît l'artère pulmonaire, c'est le ventricule droit tout entier des mammifères. La loge supérieure de ce ventricule n'est plus qu'un diverticulum, ou appendice du ventricule gauche divisé en deux cavités inégales, en quelque sorte bilobé, rétréci et comme étranglé par un des nombreux piliers charnus qui sont sculptés à sa surface interne, de manière à présenter là une espèce de trou. Le ventricule gauche rentre en possession des vaisseaux aortiques qui naissent de son compartiment droit, ou loge supérieure du ventricule droit des anciens auteurs. C'est qu'ici la disposition qu'on trouve chez les mammifères est exagérée outre mesure; en effet, chez eux le ventricule gauche empiète sur le ventricule droit en arrière, tandis qu'en avant, c'est le droit qui le couvre en partie. Ce qui vient encore appuyer cette vue, c'est que les deux valvules de la base des ventricules étant relevées, l'ouverture de communication devient un passage assez large qui rend admissible l'hypothèse d'un rétrécissement au milieu du ventricule gauche. Dès lors, le cœur des ophidiens est ramené à la loi d'unité de plan ; rien n'étonne plus dans sa description, qui devient plus claire, plus satisfaisante, plus facile à faire, plus facile à retenir.

Mais dans ces derniers temps, grâce à la bienveillance toute particulière dont M. le professeur Auguste Duméril veut bien favoriser nos études erpétologiques, nous avons pu faire l'autopsie de deux pythons de Séba d'une taille considérable. L'un avait 4 mètres 30 centimètres de longueur et 18 centimètres dans son plus grand diamètre, et l'autre était long de 3 mètres 60 centimètres et d'un diamètre de 12 centimètres. Aussi sur le premier nous avons eu un cœur gros comme à peu près trois fois celui d'un fœtus humain à terme, et sur le second un cœur double au moins en volume de celui d'un enfant à la naissance. C'est-à-dire que nous avons pu étudier sur ces deux pièces, en des proportions relativement gigantesques, ce qui est à peine indiqué ou ébauché sur ceux des plus grosses couleuvres. Ce sont deux occasions bien précieuses par leur rareté, et dont nous avons été heureux de profiter. Les cœurs des boas et des pythons, que nous avons dessinés lors de notre première publication, ont à peine le tiers du volume de ceux des deux derniers serpents que nous avons disséqués. Cependant l'examen comparatif que nous en avons fait avec les premiers nous a convaincu que tous les détails anatomiques précédemment figurés par nous sont d'une remarquable exactitude, et à part les dimensions plus petites, qui rendent moins évidentes certaines particularités, on y trouve représenté tout ce qu'on avait pu dessiner d'après les cœurs beaucoup plus gros que nous avons eus dernièrement à notre disposition. Cependant l'étude de ces derniers nous mit à même d'élucider certains points qui avaient laissé du doute dans notre esprit, et de puiser dans un nouvel examen la confirmation des vues que nous avions développées dans notre précédent mémoire. En outre, l'observation approfondie des détails rendue plus facile par les dimensions plus grandes des objets, nous a permis de recueillir plusieurs faits nouveaux que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Si l'on ouvre l'oreillette droite sur sa paroi inférieure, par deux incisions partant du même point, l'une suivant le sillon auriculo-ventriculaire, l'autre dirigée d'avant en arrière et rasant le sillon interauriculaire, qu'on introduise ensuite une sonde cannelée de l'oreillette dans la portion veineuse ou loge inférieure du ventricule droit des anciens auteurs, à travers l'orifice auriculo-ventriculaire, et qu'on divise cette loge par sa paroi inférieure en se dirigeant sur la sonde cannelée, il devient évident :

1° Que l'oreillette droite s'abouche dans cette cavité, sans cependant confondre son axe avec celui de cette dernière. Les axes de l'oreillette droite et de la portion veineuse du ventricule droit sont, comme on sait, d'avant en arrière et un peu de haut en bas ; ils sont parallèles l'un à l'autre, et communiquent ensemble sous le bord libre du pilier de la cloison par un passage rétréci, situé entre l'insertion de l'extrémité antérieure de ce pilier et la paroi inférieure du cœur. L'axe de ce passage qui est presque vertical coupe ceux des deux cavités comme une sécante coupe deux parallèles qu'elle rencontre presque perpendiculairement.

Il s'ensuit donc que, pour arriver de l'oreillette dans la loge de l'artère pulmonaire, le sang se dirige en bas sous l'extrémité antérieure de la colonne charnue de la cloison, qui s'amincit notablement dans cet endroit, et au-dessous des orifices aortiques, dans lesquels il s'introduirait, si dans la diastole du ventricule les deux valvules sigmoïdes de chacun de ces vaisseaux ne les fermaient complétement par suite d'un choc en retour du sang et d'une sorte d'aspiration dans les ventricules qui fait retomber ces valvules sigmoïdes vers ceux-ci.

2° La valvule auriculo-ventriculaire qui s'abaisse, pour permettre le passage du sang veineux dans la loge pulmonaire, forme un plan qui le dirige vers celle-ci. Cette valvule s'accole sur le bord inférieur de la cloison qui sépare cette loge de la portion droite du ventricule gauche, et elle rend impossible l'introduction du sang veineux dans celui-ci.

3° Une disposition anatomique qui n'est réellement bien évidente que sur des cœurs de serpents de forte taille, en même temps qu'elle facilite le passage du sang de l'oreillette droite dans la portion veineuse du ventricule droit, rend plus exacte la séparation des deux loges, par l'application plus immédiate de la paroi inférieure du cœur contre le bord libre de la cloison.

En effet, celle-ci se termine en bas par un pilier charnu très-saillant qui s'insère par son extrémité antérieure sur la base du ventricule, entre les origines des aortes et de l'artère pulmonaire qu'elle sépare. Or, à environ un demi-centimètre de cette insertion plus ou moins loin, suivant les dimensions du sujet, ce pilier se renfle tout à coup, de manière à présenter une plus grande largeur et faire une plus grande saillie. Dans le même point, sur le même pilier, et aussi sur les parois du cœur et dans une position correspondante, existent, placés en série linéaire, un certain nombre de petits renflements musculeux, ou fibro-musculeux aplatis, arrondis, ou ovalaires, dont le grand diamètre transversal varie de 1 à 3 millimètres, et qui forment une disposition presque valvulaire. C'est-à-dire que ces petits renflements des parois du ventricule droit des ophidiens, situés comme nous venons de l'indiquer, viennent se juxtaposer ou s'engrener en quelque sorte avec ceux qu'on trouve sur le pilier de la cloison, et aussi avec les inégalités qui existent sur le bord arrondi de la valvule auriculo-ventriculaire, au moment où elle s'abaisse, et rendent plus complète la séparation des deux loges du ventricule droit, ou pour mieux dire du cœur droit et du gauche. Cette disposition était très-évidente sur les deux cœurs de pythons dont il s'agit ici, mais surtout sur le plus petit.

4° Si l'on tient compte, en outre, de la force d'impulsion que donne au ventricule gauche des anciens auteurs son épaisseur considérable, qui nous l'a fait comparer à un gésier, ventricule qui, pour nous, n'est que la loge la plus rétrécie de cette cavité, on comprendra que si, malgré la disposition assez compliquée que nous venons d'indiquer, qui a pour but de séparer plus exactement, au moment de la systole ventriculaire, le ventricule droit du gauche, le mélange du sang veineux et artériel pouvait encore avoir lieu, c'est-à-dire si l'on supposait que la séparation entre ces deux ventricules tels que nous les comprenons ne fût pas complète, il y aurait plutôt tendance, de la part du sang artériel mû par une force plus grande, à s'introduire dans la loge pulmonaire, que de la part du sang veineux à se porter vers le cœur gauche, sous le bord inférieur de la cloison.

Telles sont les considérations anatomiques et physiologiques sur le cœur des ophidiens, que les études que nous avons faites dernièrement sur des sujets de plus grande taille nous ont permis de soumettre à votre appréciation. Nous nous proposons d'ailleurs d'en consigner les résultats sur des dessins à l'aquarelle de grandeur naturelle qui compléteront ceux que nous avons déjà publiés sur le même sujet.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE D'UN FOIE ; par le docteur FELIX GUYON.

Le sujet sur lequel a été recueilli la pièce en question est un homme remarquablement constitué, encore très-musculeux. Mort en prison et apporté à l'École pratique pour être livré aux dissections, nous n'avons pu avoir de renseignements sur sa maladie. Le cadavre est notablement infiltré, mais dans sa moitié inférieure seulement, les parois du ventre, le scrotum, sont surtout œdématiées. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une quantité assez considérable de liquide limpide sans flocons, mais remarquablement jaune. Le foie est énorme et a certainement doublé de volume ; il est adhérent par la plus grande partie de sa face convexe et semé d'une multitude de taches sur lesquelles nous allons revenir. Le duodénum contient un peu de bile, et sa muqueuse est fortement teintée en jaune ; l'estomac distendu ne renferme que de la tisane ; la vésicule biliaire contient une quantité normale de bile fluide et remarquablement rougeâtre. Le reste des organes abdominaux est exempt de lésions.

Les taches dont nous avons parlé se voient à travers les enveloppes et en aussi grande quantité sur les deux faces. D'un jaune beaucoup plus pâle que celui de la substance hépatique et uniforme, elles se détachent de celle-ci sous forme de macules arrondies inégales, ayant en moyenne 0,005 de

rayon et distribuées en égale quantité sur tous les points de la glande hépatique.

On peut en compter jusqu'à 35 dans une étendue de 0,04 carrés. Beaucoup sont confluentes, aucune ne fait saillie, ne pourrait être reconnue au simple toucher, et ne revêt en aucune manière la forme de tubercule. Sur la coupe, à quelque profondeur et en quelque point qu'on la pratique, on retrouve ces mêmes productions morbides se détachant seulement plus nettement de la substance hépatique saine très-vigoureusement colorée.

L'artère avait été injectée au suif et présente le degré d'injection normal; la veine porte, très-saine dans son tronc, est facilement traversée par un courant d'eau qui ressort immédiatement par les susbépatiques. Incisée, cette veine présente cependant dans sa branche droite et gauche et se prolongeant dans des ramifications de second et troisième ordre, mais n'allant pas plus loin, un caillot fibrineux rougeâtre non adhérent et ne remplissant pas à beaucoup près le vaisseau contenant.

L'examen microscopique m'a permis de reconnaître dans ces lésions, d'aspect assez singulier, autre chose qu'une affection épithéliale, c'est-à-dire une multiplication avec déformation et altération des cellules de l'épithélium des tubes sécréteurs de la bile et des cellules hépatiques. En effet, sous le champ du microscope, on voyait :

1° Dans les parties les plus altérées des groupes de cellules polygonales allongées, déformées, ayant augmenté de volume, assez pâles, à noyau ovale et allongé, et renfermant une très-grande quantité de granulations graisseuses :

2° En se rapprochant de la substance hépatique, des cellules de forme diverse renfermant toutes des granulations graisseuses ou des gouttes huileuses qui, dans quelques-unes, étaient accumulées en quantité vraiment considérable ;

3° Enfin, une très-quantité de granulations moléculaires graisseuses libres.

Ainsi, aucune production hétéromorphe ne vient justifier l'idée d'un cancer multiple qui aurait pu naître par suite de l'examen à l'œil nu. C'est en effet à ce genre de lésions qu'aurait pu le mieux être comparée celle que nous décrivons, et bien qu'il y ait de notables différences dans l'aspect extérieur, la confusion eût été possible avec cette dégénérescence ou toute autre. Pour M. Robin, qui a bien voulu de son côté examiner une portion de la pièce que je lui avais remise, l'interprétation est la même que celle que je soumets à la Société, et pour cet anatomo-pathologiste, distingué la présence des épithéliums prismatiques que nous avons vus serait le type ordinaire des formes morbides qu'affectent ces épithéliums. M. Robin a eu occasion de retrouver les mêmes formes dans une tumeur développée dans le conduit hépatique. Du reste, ainsi qu'il l'a inséré dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ pour 1853 (p. 65), le cancer serait dans le foie plus rare qu'on ne l'a cru jusqu'à l'époque où le microscope a permis de comparer la structure des produits morbides d'un organe à celle de cet organe. On confond, ajoute-t-il, avec le cancer du foie, sous le nom de tubercules cancéreux du foie, etc., des tumeurs pouvant affecter la texture de cette glande qui ne sont autres qu'une affection épidermique, c'est-à-dire une multiplication, avec déformation de quelques-unes des cellules de l'épithélium des tubes sécréteurs de la bile.

Nous croyons offrir nu exemple de ces affections épidermiques du foie, et la dénomination qui pourrait désigner la pièce qui a été mise devant vos yeux sous le titre de : *Productions épithéliales multiples disséminées dans toute l'étendue du parenchyme hépatique.*

Au point de vue de la clinique, une observation reste encore à faire, c'est que ce sujet remarquablement constitué, ainsi que je l'ai noté, paraît avoir succombé rapidement sans ictère et avec les lésions symptomatiques, si je puis ainsi dire, qui accompagnent ordinairement la cirrhose.

III. — Difformités.

OBSERVATION DE MAIN BOT; par le docteur E. Q. LE GENDRE.

En octobre 1857, j'ai rencontré sur le cadavre d'une femme âgée de 60 ans environ un vice de conformation du membre supérieur gauche.

L'avant-bras présentait une incurvation générale très-grande du côté de son bord radial; la main était située dans une demi-pronation et portée dans l'abduction. Au côté interne du poignet, l'extrémité inférieure du cubitus fait une saillie considérable, et on reconnaît à travers les téguments une véritable luxation de cet os.

Du côté du coude, il existe aussi quelque altération dans l'articulation, les mouvements de flexion ne sont pas d'une grande étendue et donnent lieu à une crépitation.

La dissection des muscles a montré seulement une altération du muscle triceps dont la couleur jaunâtre indiquait la transformation graisseuse.

Les deux os de l'avant-bras offrent une différence de longueur considérable, tout à fait disproportionnée à celle qui existe dans l'état normal; ainsi le radius n'offre que 12 centimètres de long, il en résulte que le cubitus a subi une certaine incurvation en dehors pour s'accommoder à cette disposition du radius et l'extrémité inférieure de l'humérus ne pouvant se mettre en rapport avec la tête de cet os, est déviée au niveau de son articulation.

Cette extrémité inférieure de l'humérus présente une espèce de torsion oblique en dehors; cette obliquité est telle que le condyle externe est à 2 centimètres et demi au-dessous de l'interne, il est en même temps très-volumineux, il semble qu'il se soit allongé.

L'os radius est déformé dans sa longueur, il présente des rugosités, deux ou trois stalactites osseuses vers son bord interosseux. Immédiatement au-dessus de la tubérosité bicipitale qui est normale, la tête de cet os est réduite à une petite cavité à bords rugueux tranchants : sur cette extrémité s'implante du tissu fibreux qui remplace la capsule et les ligaments articulaires. Cette espèce de ligament va se perdre dans le tissu fibreux qui revêt le condyle de l'humérus; il n'y a pas de ligament allant à l'épicondyle.

L'extrémité inférieure du radius et son articulation avec le corps n'offrent rien d'anormal.

Le cubitus présente, comme nous l'avons déjà dit, une légère concavité en dehors, regardant le radius; son articulation supérieure avec l'humérus est assez régulière; mais les surfaces articulaires sont en partie privées de cartilages et recouvertes d'encroûtement calcaire comme dans l'arthrite sèche. De plus, à la suite de torsion qu'a subi l'extrémité inférieure de l'humérus, l'olécrâne déborde en arrière sur le condyle interne et est un peu en rapport avec l'épitrochlée.

L'extrémité inférieure du cubitus a subi une véritable luxation en bas sur le radius; elle dépasse cet os dans une étendue de 2 centimètres et demi. Voici les nouveaux rapports qu'il affecte : son apophyse styloïde répond à l'os pisiforme, de plus la tête est en rapport avec une facette de l'os pyramidal avec lequel elle semble articulée. Le ligament triangulaire est conservé, mais il s'est considérablement allongé pour suivre la tête du cubitus.

Quelle est la cause de cette déformation? est-elle accidentelle ou congéniale? Nous n'avons trouvé aucune lésion appréciable des parties molles indiquant l'existence d'une ancienne tumeur blanche de l'articulation du coude; il reste seulement de ce côté les altérations qui caractérisent l'arthrite sèche. D'autre part, si cette difformité est accidentelle, sa cause remonte à un temps très-éloigné, à l'enfance, car le cubitus a continué à s'accroître, et l'extrémité inférieure de l'humérus a subi une déformation tout à fait différente de ce que l'on observe dans les tumeurs blanches.

Je crois au contraire à l'existence d'une difformité congénitale dans ce cas, et je m'appuie pour prouver cette opinion sur l'existence d'un autre vice de conformation analogue siégeant au membre inférieur droit.

En effet, chez cette femme, la cuisse présente un raccourcissement considérable, le fémur, mesuré du sommet du grand trochanter à l'extrémité inférieure des condyles, offre seulement 26 centimètres de long. Or ce fémur est parfaitement régulier dans sa conformation, il est plus volumineux dans son épaisseur, ses saillies sont normales, il y a seulement un peu d'usure des cartilages articulaires au niveau des condyles, mais il est probable que cette altération est due à la claudication dont cette femme devait être atteinte.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1859;
par M. LE GENDRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Pathologie.

1° OBSERVATION D'UNE TUMEUR COMPLEXE DE L'ABDOMEN; PHTHISIE PULMONAIRE; KYSTE DE L'OVAIRE GAUCHE; PROLAPSUS UTÉRIN; INFLAMMATION ET ABCÈS DES TROMPES, ÉPANCHEMENT DU PUS DANS UNE CAVITÉ ACCIDENTELLE COMMUNIQUANT AU DEHORS PAR UNE FISTULE A L'HYPOGASTRE; PERFORATION SPONTANÉE DE CETTE CAVITÉ ACCIDENTELLE, ÉPANCHEMENT DE PUS DANS LE PÉRITOINE; MORT; par le docteur ALBERT PUECH.

Catherine Parletto, native de Paretto (États sardes), 31 ans, tempérament lymphatique, médiocre constitution, entre à l'Hôtel-Dieu de Toulon le 10 août 1858, pour une fistule qu'elle porte à la région hypogastrique depuis une quinzaine de jours.

Menstruée à 14 ans, elle a eu deux enfants, l'un à 22 ans, l'autre à 24 ans et demi, qu'elle a nourris. Les menstrues deviennent irrégulières, puis à la longue finissent par se supprimer complétement.

Il y a seize mois, sans causes connues, l'abdomen lui parut un peu plus gros que d'ordinaire. Concurremment, quelques troubles gastriques se montrent, et quoique cédant d'eux-mêmes, par leur retour, ils affaiblissent et font maigrir la malade. Dix mois après, à ces symptômes viennent se joindre des douleurs de reins, des tiraillements dans l'aine; en même temps elle sentait un corps qui descendait dans le vagin, et arriva progressivement à franchir la vulve. Une sage-femme consultée reconnut une descente de matrice et appliqua un pessaire ovalaire. Cette application faite, il y a un mois et demi, fut douloureuse. Des douleurs sourdes contusives survinrent à l'hypogastre, et de là s'irradièrent à tout l'abdomen. Elle retira alors le pessaire, mais malgré le soulagement local qui en résulta, elle dut s'aliter. Des vomissements bilieux apparurent; peu à peu de la tuméfaction, de la rougeur, se manifestèrent à l'hypogastre. La tumeur s'accumula en un point, puis sous l'influence de cataplasmes s'ouvrit et donna issue à du pus. Cet écoulement, d'abord abondant, diminua bientôt après : aujourd'hui on ne note qu'un léger suintement de pus séreux. Un stylet engagé par l'ouverture qui lui donne issue, et dirigé de haut en bas, arrive dans une cavité qui paraît intra-péritonéale. Aux alentours de cette fistule, la tuméfaction est peu considérable, et le palper modérément douloureux. Il y a de la matité dans presque tout l'abdomen.

L'auscultation et la percussion indiquent une phthisie au second degré.

Malgré une thérapeutique apropriée, l'état de cette femme s'aggrave, le

dégoût augmente, et des vomituritions, des vomissements apparaissent par intervalles.

De la diarrhée survient : combattue avec succès, elle prend ensuite droit de domicile. Bref, le 18 novembre, la malade se plaint d'une douleur très-vive à la fosse iliaque gauche ; le simple palper en ce point lui fait pousser des cris. La fistule hypogastrique qui jusqu'alors avait fourni du pus n'en donna plus ; la face devient anxieuse, des vomissements se montrent, et après une longue agonie, la mort survient le 27 novembre.

Outre les lésions de la phthisie, l'autopsie fait constater l'épaississement du grand épiploon, un kyste de l'ovaire gauche, des traces d'une péritonite ancienne et du pus épais entre les anses intestinales. Ce pus provenait d'un kyste adventif formé ainsi qu'il suit.

La paroi antérieure de laquelle partait la fistule hypogastrique était formée par le péritoine pariétal, la paroi postérieure par le kyste de l'ovaire, les parois latérales à droite par le pavillon de la trompe, et à gauche par la trompe elle-même. Enfin supérieurement, le grand épiploon épaissi renforcé par des fausses membranes anciennes, venait compléter ce kyste. Une de ces fausses membranes avait cédé et donné passage au pus bien lié rencontré entre les anses intestinales.

Ce pus provenait primitivement des trompes. Voyons les lésions qu'on constatait sur elles.

Par le fait de l'existence d'un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une tête de fœtus, leurs rapports étaient changés ainsi que leur position.

Dirigés d'abord de dedans en dedans, la trompe gauche s'incline en sens inverse et en haut et est revêtue au niveau et en dedans par une membrane pyogénique. Par cette partie épaissie qui repose au devant du kyste de l'ovaire, elle concourt à former une des parois de la cavité purulente dans laquelle son pavillon hypertrophié, presque décoloré, vient déverser un muco-pus visqueux, excessivement abondant.

A 1 centimètre du pavillon, le canal tubulaire devient imperméable.

La trompe droite, enflammée chroniquement, a le volume de l'index, elle est longue de 12 centimètres. Dans sa moitié inférieure on prend *interne* est placé un abcès ; après avoir lavé à l'eau le pus bien lié qu'il contient, on voit que le corps flexueux qui parcourt cet abcès extrapéritonéal n'est autre que la trompe disséquée, mais nulle part complétement isolée. Au-dessus on ne constate pas d'autre lésion ; il n'en est pas de même pour la muqueuse tubaire. Le pavillon vient, comme son congénère, aboutir à la cavité purulente, mais tandis que le précédent a son périmètre normal, celui-ci largement entr'ouvert forme à lui seul toute la paroi latérale de la cavité purulente précédemment décrite. La muqueuse hypertrophiée est baignée par un pus blanchâtre très-abondant. Lorsqu'on l'en débarrasse par des lavages répétés, on voit que sa coloration est rouge terne, que son aspect est comme villeux, que son épaisseur est doublée, mais on n'aperçoit nulle part les petites ulcérations qui la criblent, alors qu'elle est le siége d'un dépôt tuberculeux. La muqueuse du canal fallopien présente un aspect identique seulement à 5 centimètres du pavillon, sa continuité est interrompue par l'adhésion des parois.

En avant de la vulve et proéminent de 3 à 4 centimètres, on a une tumeur constituée par l'utérus et le vagin prolabés, qui écarte les petites lèvres et refoule le méat. La muqueuse vaginale fine au toucher, parcourue par des plis circulaires au mois d'août, avait, au moment de l'autopsie, perdu avec sa finesse sa coloration rosée ; elle ne différait guère de la peau, et il s'en détachait une couche blanche épaisse, comme parcheminée d'épithélium. La tumeur longue de 11 centimètres, large de 4 à 5, présente au-dessous de son centre une saillie légère qui est le col utérin ; les deux lèvres bien marquées, à coloration rouge bleuâtre, portent à leurs commissures une légère excoriation. Au-dessous la muqueuse vaginale masque l'anus.

La vessie adhère à la face antérieure dans presque toute son étendue.

Les ligaments ronds sont allongés et amincis.

L'utérus a son volume ordinaire, long de 10 centimètres, il en mesure 3 d'une trompe à l'autre. Les parois ont au plus 1 centimètre d'épaisseur, leur coupe est blanchâtre, et la muqueuse pâle contient quelques mucosités. Dans un autre cas de prolapsus utérin dont j'ai eu occasion de faire l'autopsie, la longueur de l'utérus, mais les parois plus épaissies, avaient 2 centimètres. Il est vrai que la chute datait de trois ans.

Ainsi, chez cette femme, il existait simultanément une phthisie, un kyste de l'ovaire, une péritonite chronique, un prolapsus utérin, une inflammation des trompes qui transmettait au dehors le pus qu'elles sécrétaient par une fistule hypogastrique.

2° OBSERVATION DE RUPTURE DE L'AORTE A SON ORIGINE ; MORT SUBITE ; par M. LABORDE.

Cette pièce provient d'un malade qui ne m'est connu que par sa mort. Il a succombé, en effet, dans sa division (hospice de Bicêtre), sans passer par l'infirmerie, et sans avoir été par conséquent soumis immédiatement à nos soins. Sur ses antécédents morbides, il ne nous a été possible d'obtenir d'autre renseignement que celui-ci, à savoir que cet homme gardait à peu près constamment le lit à cause de son *obésité*, qui était, en effet, considérable. Quoi qu'il en soit, il était tranquillement assis dans son lit, et n'avait éprouvé depuis la veille d'autre symptôme qu'un peu d'indifférence pour son manger, lorsqu'il a été pris tout à coup, vers sept heures du matin, d'étouffements et de menace de suffocation. Immédiatement appelé comme interne de garde, je n'ai pu le trouver encore en vie : sa tête venait de rouler sur son oreiller, et il était mort. Il était âgé de 74 ans.

A l'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort, notre attention s'est portée tout d'abord vers l'examen des centres encéphaliques, car la constitution du malade autant que le genre de mort semblaient annoncer l'existence d'une apoplexie foudroyante. Or, à part une légère congestion des méninges, toutes les autres parties de l'encéphale ont été trouvées dans un état parfait d'intégrité. Dès lors nous avons dû aller à la recherche d'une lésion grave dans l'un des autres organes centraux de la vie, le cœur surtout.

A l'ouverture du thorax, une tumeur bleuâtre considérable s'est immédiatement offerte à nos yeux, et il nous a été facile de voir au premier aspect que cette tumeur était constituée par le péricarde distendu outre mesure ; celui-ci était rempli, en effet, de caillots volumineux, semi-coagulés, noirâtres, *passifs* en un mot, et mêlés à une assez grande quantité de sang liquide. Nous avions là évidemment la cause médiate et mécanique de la mort. Restait à trouver la cause immédiate, *la lésion*.

Le cœur présente une hypertrophie qui serait considérable chez un sujet d'une constitution moins athlétique, mais qui n'est que *moyenne* relativement au sujet qui nous occupe. Point de *rupture* de cet organe ; pas le moindre caillot dans ses cavités. Pas de lésion appréciable des orifices, ni des valvules.

L'aorte paraît à son origine plus dilatée que normalement, mais sans présenter de véritable poche anévrismale, sans trace de caillots d'aucune espèce. On remarque seulement à la surface de la membrane interne quelques dépôts crétacés et athéromateux disséminés. L'artère pulmonaire est saine dans toute son étendue. Une *rupture* devait exister cependant sur l'un des gros vaisseaux émanant directement du cœur et dans leur portion péricardique. Ce n'est qu'après des recherches minutieuses que nous sommes parvenu à découvrir une éraillure longitudinale sur la membrane interne de l'aorte à son origine, au niveau de son sinus. En tirant légèrement sur les parois du vaisseau, on voit que cette éraillure s'étend à toute leur épaisseur, et constitue une véritable rupture. Toutefois cette rupture, si l'on s'en rapporte à l'examen attentif des parties, ne paraît point s'être réalisée brusquement, mais plutôt par distension et destruction successive des tuniques de l'artère. Le feuillet péricardique est *décollé* à ce niveau, et c'est entre lui et la surface externe du vaisseau que le sang s'est extravasé dans la cavité du péricarde.

En résumé, chez un sujet de 74 ans, rupture de l'aorte en son origine, celle-ci ne présentant qu'une simple et modérée dilatation, avec quelques dépôts crétacés et athéromateux, sans poche anévrismale véritable, sans caillot d'aucune espèce.

Cette pièce m'a paru intéressante à un double point de vue : 1° comme apportant un nouveau fait à l'histoire encore si obscure des morts subites ; 2° à cause de l'état morbide de l'organe non en rapport avec la gravité de la lésion dont il est le siége.

3° OBSERVATION DE LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN DEHORS ET EN ARRIÈRE ; par le docteur E.-Q. LE GENDRE.

Nous n'avons pas de renseignements sur cette pièce, recueillie sur une jeune fille de 16 ans, en juin 1858.

Le membre est assez amaigri et le coude n'offre aucune trace de gonflement. L'avant-bras est situé dans la pronation, le bord radial de la main regardant le pli du coude. Dans cette région, il existe une déformation manifeste qui est surtout appréciable lorsque l'avant-bras est légèrement fléchi.

Si on examine avec soin, à travers les téguments, les saillies osseuses de cette région du coude, on aperçoit nettement trois saillies principales ; sur la ligne médiane, l'olécrâne ; et de chaque côté, les tubérosités interne et externe de l'humérus.

Au-dessous et en arrière du condyle externe, on sent une saillie arrondie, située immédiatement sous la peau, bien distincte de l'épicondyle ; elle est située à un demi-centimètre au-dessous ; de plus, dans le mouvement de flexion forcée de l'avant-bras et de pronation, on voit que cette saillie est un peu en dehors. On reconnaît facilement la tête du radius à sa forme ; cependant la cupule est un peu irrégulière ; sa surface est arrondie, ce qui ferait penser à une luxation ancienne.

L'extension et la flexion de l'avant-bras s'opèrent d'une manière complète ; le mouvement de pronation peut à peine être augmenté ; quant au mouvement de supination, il est tout à fait impossible.

La dissection des parties molles autour de l'articulation du coude a montré les particularités suivantes. Immédiatement au-dessous de la peau située dans le voisinage de la tête du radius, on trouve une petite bourse séreuse accidentelle séparée de la tête du radius par une membrane extrêmement mince formée par la capsule articulaire.

L'articulation huméro-cubitale est normale.

Le radius a subi un mouvement de rotation en avant, dans le sens de la pronation : en même temps son extrémité supérieure occupe une position bien plus élevée que dans l'état normal. En effet, elle est placée immédiatement au-dessus et un peu en arrière de l'épicondyle : en examinant l'articulation du coude par la région postérieure, cette tête est située entre l'éminence de l'épicondyle et le bord saillant qui forme la limite externe de la trochlée. Son col répond à une ligne qui passerait au niveau de l'apophyse coronoïde du cubitus et la tubérosité bicipitale répond à la base de cette même apophyse.

La tête du radius est très-petite ; son volume dépasse à peine celui du col :

elle est arrondie, régulière, et n'offre pas cet enfoncement à sa partie supérieure qui présente la forme d'une cupule. Du côté du cubitus, la petite cavité sigmoïde qui reçoit la tête du radius est effacée et remplie par du tissu fibreux.

La capsule articulaire recouvre toute la trochlée homérale et le condyle auquel répond ordinairement la tête du radius. Il y a séparation complète de l'articulation radio-cubitale, et en place du ligament annulaire et du ligament rond, on ne trouve qu'une membrane mince entourant l'extrémité supérieure du radius et qui semble lui former une nouvelle cavité articulaire : le ligament latéral externe très-faible paraît une dépendance de cette membrane.

D'après les nouveaux rapports que la tête du radius a contractés avec la partie postérieure et externe du condyle huméral, je crois que l'on peut regarder cette pièce comme un exemple de luxation du radius en dehors et en arrière. C'est donc une luxation assez rare, puisque nous n'en trouvons que deux cas dans l'ouvrage de M. Malgaigne. L'absence de toutes traces de lésion du côté des parties molles et des os doit faire rejeter la pensée d'une luxation pathologique. C'est plutôt une luxation ancienne qui paraît avoir été produite dans l'enfance, si l'on en juge par la déformation de la tête du radius, qui n'a pas subi son développement normal.

II. — Embryogénie.

NOTE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'AMNIOS APRÈS LA MORT DE L'EMBRYON ; par M. Dareste.

L'auteur rapporte un nouveau cas de développement de l'amnios après la mort de l'embryon.

Dans ce cas, l'embryon était parfaitement reconnaissable, et par conséquent la nature de la poche pleine d'eau où il était renfermé ne pouvait être méconnue. L'âge de l'embryon était indiqué par le développement de l'allantoïde, qui avait à peu près le volume d'une pièce de 20 centimes. On voyait sur l'amnios, vers la région lombaire, une petite dépression qui correspondait très-probablement à la petite cicatrice formée par la réunion des capuchons supérieurs et inférieurs de l'amnios.

Dans d'autres observations, M. Dareste a rencontré ce fait un très-grand nombre de fois. Ainsi, sur 32 œufs qui avaient péri presque tous, l'amnios qui, au moment de l'expérience, présentait le volume d'une lentille, a continué à s'accroître jusqu'à atteindre près de 5 centimètres de long ; il renfermait un liquide qui n'était pas altéré.

III. — Tératologie.

1° NOTE SUR UN MONSTRE APPARTENANT A UN NOUVEAU TYPE DE LA FAMILLE DES POLYGNATHIENS ; par M. Dareste.

La pièce que je mets sous les yeux de la Société m'a été remise par M. Geoffroy-Saint-Hilaire, qui l'avait reçue de son parent M. Jacquemart, agriculteur et industriel demeurant dans le département de l'Aisne.

Cette pièce était congéniale, et provient d'un agneau qui est mort, à six semaines, dans un état de parfaite santé, à la suite d'un accident ; l'animal s'est étranglé en avalant avec trop de gloutonnerie la pulpe de betteraves qui servait à sa nourriture. Cet agneau portait sur le côté droit du cou, une ouverture, communiquant avec le pharynx. Quand il tétait, le lait avalé par la bouche sortait par cette ouverture. Or, à la partie supérieure de cette ouverture, se voyait la pièce que je mets sous les yeux de la Société, et qui présente d'une manière très-évidente une petite lèvre inférieure, au-dessus de laquelle on voit un très-petit os, qui représente une mâchoire inférieure et qui porte deux dents entièrement semblables aux incisives du sujet normal. L'animal qui portait cette mâchoire inférieure surnuméraire ne présentait d'ailleurs aucune anomalie ; il y avait seulement une très-légère courbure de la branche droite de la mâchoire inférieure.

Cette anomalie se rattache évidemment, dans la classification de M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, à la division des monstres doubles parasitaires, et à la famille des polygnathiens. Mais elle ne se laisse rattacher facilement à aucun des genres qui composent cette famille. Lorsque M. Geoffroy-Saint-Hilaire écrivait son livre, il ne connaissait encore que des types dans lesquels l'union des sujets composants se faisait par les parties osseuses.

Plus tard, dans une note publiée en 1851, M. Geoffroy-Saint-Hilaire montrait que deux types nouveaux : le myognathe, décrit par M. Auzias-Turenne ; et le desmiognathe, indiqué par lui-même, et décrit récemment avec beaucoup de soin par notre confrère M. Goubaux, nous présentent un autre genre d'adhésion entre le sujet parasite et l'autosite, adhésion se faisant par les parties molles.

Le monstre que je viens de décrire deviendra probablement, quand on aura pu l'étudier un certain nombre de fois, le type d'un nouveau genre dans cette curieuse famille des polygnathiens, car il ne reste ni dans les conditions du genre myognathe, où l'union se fait par les muscles qui forment le plancher de la bouche entre les deux branches de la mâchoire inférieure, ni dans celles du genre desmiognathe, où l'union résulte de la formation d'une sorte de cordon ombilical qui attache le sujet parasite à la région inférieure du cœur.

2° REMARQUES SUR LES DIVISIONS CONGÉNIALES DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS ; par le docteur E.-Q. Le Gendre.

Dans toutes les observations rapportées par les auteurs sur cette anomalie, on trouve que le sujet de la division est toujours indiqué comme existant sur la ligne médiane. Cette description est assez exacte si l'on se borne à l'examen des parties molles extérieures ; mais si l'on vient à disséquer ces parties, on ne tarde pas à se convaincre que les parties molles, comme les parties osseuses de toute la région palatine, sont divisées sur l'un des côtés de la ligne médiane. Si l'on observe un certain nombre de pièces réunissant les différentes variétés de ce genre de vice de conformation, on peut donner la preuve anatomique que cette division ne se fait jamais sur la ligne médiane.

Sur plusieurs sujets où j'ai rencontré des divisions congéniales de la voûte palatine, elles semblaient tout à fait sur la ligne médiane ; après la dissection des parties molles, l'examen du squelette de ces mêmes pièces m'a montré qu'un des côtés seul de l'os maxillaire supérieur était divisé et que le vomer venait s'implanter normalement sur la ligne médiane. De plus, sur une pièce où la division était complète en avant, on voyait la séparation entre les os se continuer dans le point où l'os intermaxillaire s'unit au maxillaire supérieur du même côté, tandis que la soudure entre les deux os incisifs, existait très-régulièrement sur la ligne médiane.

Du côté des parties molles du voile du palais, on observe aussi, lorsqu'il est divisé, une certaine inégalité entre les deux moitiés de la luette.

Dans deux cas où j'ai pu faire la dissection complète des muscles, j'ai trouvé une inégalité dans un cas pour le muscle péristaphylin externe, et, dans un autre cas, pour le muscle pharyngo-staphylin : tous les deux étaient très-développés du côté opposé à la division.

D'après ces faits, on doit admettre que les divisions congéniales du voile du palais et de la voûte palatine se font toujours sur un des côtés de cette région : elles peuvent être latérales, simples ou bilatérales.

La cause anatomique de ces vices de conformation a été parfaitement indiquée par les embryologistes. M. Coste a montré qu'il existait, dans les premiers jours de la vie embryonnaire, une fente médiane remplaçant la voûte palatine, que les deux os maxillaires supérieurs tendaient à combler en se développant des parties latérales vers le milieu de cette région. S'il survient un arrêt de développement dans l'un de ces os, on comprend facilement la formation d'une de ces divisions latérales que nous venons de mentionner.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PSEUDO-MONOMANIES, OU FOLIES PARTIELLES DIFFUSES, ET DE LEUR IMPORTANCE THÉRAPEUTIQUE ET LÉGALE ; par M. le docteur Delasiauve, médecin de Bicêtre.

Que se passe-t-il en notre pauvre cervelle quand la raison la quitte ? En d'autres termes, qu'est-ce que la raison ? Est-ce un principe unique, un tout dont il soit impossible de diviser les éléments, ou, au contraire, une réunion, un ensemble bien coordonné de facultés distinctes ? Chose singulière ! cette question, qu'une première étude psycho-pathologique semblait avoir nettement tranchée, sans cependant en avoir pénétré toutes les obscurités, la suite des observations a conduit depuis à la résoudre en sens opposé. Sans préoccupation qui le portât à se mettre d'accord avec les enseignements des philosophes qui cherchent dans la contemplation d'eux-mêmes le secret des facultés de l'âme, Esquirol avait cependant reconnu, dans l'observation des malades, dans l'analyse des quatre ou cinq grandes classes qui résument les divers types, les diverses physionomies de l'aliénation mentale, une altération fonctionnelle correspondante et principale de l'un des attributs fondamentaux du jugement humain. Dans le délire maniaque, la manie proprement dite, embrassant tous les sujets, ce savant analyste avait su démêler, comme circonstance prédominante, un défaut d'harmonie non-seulement entre l'attention et les sensations actuelles, mais encore entre cette même attention et les idées conservées ou les souvenirs. L'impossibilité de fixer cette attention sur une impression ancienne ou nouvelle, la diminution du pouvoir d'attention, en un mot, formaient donc à ses yeux le caractère premier de la manie générale.

Par contre, l'exagération de cette même faculté donnait lieu à une classe toute différente d'aliénations, celles avec concentration, rangées sous la dénomination de mélancolie, ou monomanie.

Quant à la démence, l'idiotie, l'imbécillité, le désordre général est beaucoup plus grand et a lieu par affaiblissement allant presque jusqu'à la nullité des facultés raisonnantes.

L'étude principale ne peut se faire avec avantage que dans les cas où manquent seulement quelques-uns des attributs de la raison et non tous à la fois. Nous verrons cependant que l'analyse de ces dernières

classes n'est pas elle-même sans quelque bénéfice : elle a fourni d'importants résultats à M. Baillarger.

Il y avait donc dès le principe, dans l'étude de la raison absente ou plutôt malade, une saisissante concordance avec les données de la méditation psychologique. Dans le retour que la raison fait sur elle-même, elle se reconnaît pour éléments la faculté de sentir, de rappeler les sensations anciennes (mémoire), de comparer ces sensations nouvelles et anciennes (formation des idées), d'associer ces idées (jugement, faculté syllogistique). Or, dans les maladies de l'esprit, on parvient à distinguer que si toutes ces facultés sont plus ou moins lésées, comme le sont aussi les propriétés organiques vitales, et les affections morales, il y a cependant dans une classe ou l'autre prédominance de lésion de telle ou telle de ces facultés mentales.

La classification de ces tristes maladies semblait donc justement reposer sur la distinction des éléments fonctionnels altérés. Au point de vue du traitement moral ou même de l'étiologie, on devait croire tenir, en suivant cette ligne, une voie vraiment scientifique, qu'il restait d'ailleurs à étudier dans ses détours, dans ses lacunes, dans les bifurcations qui venaient la croiser.

Les maîtres modernes, cependant, ont cru devoir abandonner cette piste. Toute altération de la raison s'accompagne de lésions multiples tant dans les propriétés vitales que dans les facultés raisonnantes. Pourquoi donc, disent-ils, réduire à un seul ordre symptomatologique des affections dont la séméiologie est tellement vaste et étendue? D'ailleurs la raison est une ; les classes de Pinel, parfaites comme représentations de types généraux, ne sont pas des cadres absolus ; les diverses espèces de folies alternent fréquemment entre elles, qu'ont-elles en réalité de commun? L'absence de jugement. Décrivons-les donc sans nous attacher à des subtilités psychologiques ; la raison est ou n'est pas, c'est le seul caractère commun ; les autres qualifications doivent donc demeurer sur le second plan.

Un certain nombre de faits donne une valeur incontestable à cette argumentation. Au moyen de l'intoxication par ingestion de certaines substances, on peut produire artificiellement, et pour un temps, la folie, la folie complète avec ses hallucinations, ses divagations, sa mobilité.

Or comment voir, dans cet état singulier d'excitation que procure, par exemple, le haschich, ou même, dans cette mobilité d'idées qui caractérise la manie, dans les agitations d'un rêve, une simple altération *par défaut* d'une des facultés de l'âme, l'attention? A première vue, ne semble-t-il pas qu'il y ait là un élément d'activité surajouté ou excité, ou développé outre mesure. C'est cet élément qui, nous semble-t-il, a été méconnu par le profond Esquirol. C'est cette faculté nommée par les philosophes activité, spontanéité, par les gens du monde imagination, et qui a le pouvoir d'évoquer les sensations, les idées anciennes, les sentiments passionnels instinctifs ou élaborés, et de les placer en ligne pour être comparés avec les sensations, les idées actuelles.

Esquirol supposait donc l'âme trop passive ; son étude pathologique démontre qu'elle a, dans l'imagination, une faculté active, spontanée, qui évoque sensations, souvenirs, sentiments, qui crée peut-être même des idées par analogie ou habitude d'activité : témoin les rêves et les hallucinations.

Introduisez cette conception, non pas nouvelle, mais éclairée par les travaux psycho-pathologiques modernes, dans la formule d'Esquirol, et vous éluciderez certainement les questions de la manie et de la monomanie.

Dans la première, l'activité est si grande, tellement dénuée de pondération, que l'attention n'est plus possible, la perception même des sensations nouvelles y est rendue confuse et tout à fait légère.

Dans la seconde, provoquée le plus souvent par un état passionnel ou affectif, l'activité spontanée se concentre sur un ordre d'idées, de faits ou de sensations, exalte l'attention toujours au détriment des perceptions actuelles, qui, lorsqu'elles parviennent au sensorium et finissent par l'impressionner, sont aussitôt exploitées dans la ligne passionnelle, sur laquelle le malade est posé comme sur des rails dont rien ne le ferait dévier.

Dans le premier cas, faute de temps possible, tant la mobilité est grande, il n'y a pas place pour la faculté syllogistique ou raisonnement ; dans le second, elle est au contraire parfaitement intacte : elle s'exerce très-normalement, inflexiblement, sur la ligne suivie par le malade, ou même sur toute autre ligne étrangère, si quelque forte diversion le soustrait pour quelque temps à l'affection passionnelle, qui a sur son activité spontanée une telle influence.

Quant à la démence et à l'idiotie, la faculté syllogistique y est ou nulle ou très-affaiblie, ainsi que toutes les autres facultés et les propriétés vitales organiques elles-mêmes.

L'écueil de la théorie d'Esquirol était dans l'étude de ces dernières formes, ou du moins de quelques-unes de leurs variétés. Dans son remarquable travail sur le genre stupide, M. Baillarger avait été conduit à reconnaître dans certaines imbécillités qui semblaient jusqu'alors de simples aberrations par déficit quasi-absolu des facultés mentales, M. Baillarger, dis-je, avait reconnu des témoignages incontestables d'une très-grande concentration d'activité.

La constatation d'hallucinations, de défiances, de craintes fantastiques chez ces êtres plongés en apparence dans un sommeil quasi-complet de l'âme démembrait la classification. La *mélancolie avec stupeur* dans le langage ancien, c'était une expression composée de termes contradictoires. L'introduction dans l'analyse psychologique de l'élément actif, de l'imagination, les accordait parfaitement. Le déficit de l'impressionnabilité actuelle de la plupart des facultés mentales même, peut parfaitement s'accorder avec la persistance d'un sentiment affectif, et celle d'une activité relative dans l'évocation des idées, si peu nombreuses qu'elles soient, afférentes à ce sentiment.

Supposons cette hypersthénie de l'activité spontanée sous l'empire d'une cause morbide et d'origine toxique, d'excitation, et vous avez l'excitement de M. Moreau (de Tours).

Mais il nous paraît qu'on peut le concevoir *à priori* comme conséquence de la simple rupture de l'harmonie qui tient réunie en un faisceau les diverses facultés dont l'ensemble constitue la raison.

C'est à ce point de vue assurément que la raison tout entière est intéressée aux yeux de MM. Brière (de Boismont), Morel et autres, dans le trouble le plus partiel. Mais est-ce à dire pour cela qu'il soit interdit de creuser un peu plus profondément le phénomène psychologique anormal s'il y a espoir d'y rencontrer des ressources pour le traitement moral dont pas un aliéniste n'est disposé à se montrer insoucieux?

La double physionomie tantôt générale, tantôt partielle, du délire, maintes fois reconnue (folie circulaire), et inexplicable avec l'hypothèse unique d'Esquirol, est donc, au contraire, très-compréhensible par l'introduction dans l'analyse de la faculté spontanée de l'imagination ou activité. Sa puissance fait l'homme de génie, comme son hypersthéoie portée jusqu'à la rupture d'équilibre fait l'aliéné.

De même que les variations, les réactions et les abaissements alternatifs transforment alternativement une manie généralisée en mélancolie, ou réciproquement.

Telle n'est pas la manière de voir de M. Delasiauve, et nous lui demandons excuse d'avoir été si longtemps avant d'amener son nom dans cet article consacré à l'analyse de ses idées ; mais sur ces matières toute spéciales, l'introduction est forcément longue tant pour le lecteur que pour le critique lui-même. Entre les délires généralisés et les délires circonscrits, l'honorable médecin de Bicêtre ne voit pas seulement une différence d'étendue, mais d'origine et de caractère, le diagnostic accusant, dit-il, dans le premier cas, un vice direct dans la faculté d'associer les pensées dans l'opération syllogistique, tandis que dans le second, loin d'être rompue, la filiation des aberrations va quelquefois jusqu'à la généralisation la plus opiniâtre. « A supposer, dès lors, ajoute M. Delasiauve, que chacun d'eux puisse être isolément atteint, on pressent les conséquences ; si c'est l'aptitude raisonnante qui pèche, le trouble se manifestant à tout propos, sur tous les sujets, sera nécessairement général. Dans le cas contraire, l'insensé ne délirera qu'autant qu'il sera soumis à l'instigation de ses penchants irrésistibles, de ses fausses croyances, et à la façon des gens convaincus, entêtés. Il raisonne, qu'on me passe l'expression, en déraisonnant ; sur tous les autres points son jugement pourra être correct. »

En résumé, M. Delasiauve divise les folies en deux grands groupes ; dans les délires généraux, absence de faculté syllogistique ; dans les délires partiels, exagération d'activité sous l'empire d'un sentiment affectif, persistance de la faculté syllogistique. Nous ne serions donc en divergence, si nous osions employer semblable terme, avec le judicieux observateur de Bicêtre, que sur l'état des facultés de l'âme dans le cas de délire généralisé. La faculté syllogistique est-elle, en ce cas, suspendue ou abolie? Le passage possible et constaté d'un délire généralisé au délire partiel porterait à adopter le simple fait de sa suspension. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans le moment même elle ne s'exerce pas.

M. Delasiauve pourtant doute, en somme, de la réalité des folies alternantes ; pour lui il n'y a point, dans ces cas, diversité d'état mental, mais variation de degré d'une influence pathologique. Il consacre plusieurs pages à démontrer par des analyses critiques pleines d'intérêt des observations qu'il rapporte, l'exactitude de ses appréciations sur ce point. Nous devons dire que tout en rendant pleine justice à la

sagacité de l'éminent observateur, il nous est resté l'impression que dans tous ces cas l'automatisme cérébral en activité jouait en réalité le principal rôle. Le fait d'être provoqué par une cause affective ou passionnelle ne nous paraît pas détruire le rôle et l'importance de l'activité dans la production des délires soit généraux, soit partiels.

D'autre part, nous rendons pleine justice à la distinction faite par notre savant confrère. Prendrons-nous le terme monomanie dans une acception absolue et qui renferme le malade dans une seule idée fixe et non pas un seul ordre d'idées ou de sentiments tristes et affectifs? Non assurément; les termes absolus ne sont faits que pour les types saillants; de chaque côté ensuite, les dégradations de teintes, les nuances sont infinies. Voilà pourquoi peut-être l'expression lypémanie aurait eu quelque avantage sous le rapport de l'étiologie et de la généralité des cas qu'elle embrasse, sur celle de la monomanie. Elle aurait pu comprendre, par exemple, la nouvelle espèce de M. Delasiauve, la pseudo-monomanie qui serait, si nous avons bien saisi la pensée de l'auteur, une espèce de monomanie triste, un peu plus généralisée, et alors moins intense vers son objet que la monomanie proprement dite. Cette espèce formerait une sous-division de la monomanie dont elle participerait par la conservation de la faculté syllogistique et la teinte affective, offrant, d'autre part, quelques points de ressemblance avec la manie générale par la mobilité des propensions du sujet, dans une voie circonscrite pourtant, quoique plus large que le chemin si étroit des monomanes proprement dits.

Les médecins qui s'adonnent à l'étude des affections de l'âme liront avec intérêt le travail de M. Delasiauve; ces deux grands « critériums, » présence ou absence de la faculté syllogistique, au moyen desquels il mesure et classe les aliénés, suivant une méthode facile et sûre, y sont exposés avec une parfaite lucidité. Avant de les présenter, l'auteur trace un tableau plein de vivacité et de couleur du mouvement des idées en matière de psycho-pathologie depuis Esquirol jusque nos jours; c'est un petit historique très-brillant des discussions qui ont eu lieu sur ce théâtre trop peu suivi, et offrant pourtant des scènes d'un intérêt si poignant pour l'humanité. Cette brochure est terminée par des considérations très-délicates sur la responsabilité au point de vue médico-légal en matière de libre arbitre. Le lecteur spécial, qu'il appartienne au prétoire ou à la spécialité aliéniste, y puisera des données précieuses pour la solution de ces divergences épineuses qui séparent trop souvent le magistrat et le savant.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

Par arrêté en date du 23 avril dernier, S. E. M. le ministre de l'intérieur a approuvé les statuts de la *Société centrale* de l'Association générale des médecins de France.

Conformément aux articles des statuts de l'Association générale, ainsi conçus :

« Art. 7. L'Association générale procède à son œuvre par deux opérations.

« Premièrement :

» . . . .

» Elle forme une *Société centrale* destinée à réunir :

» Les médecins de l'armée et de la flotte;

» Les médecins qui, par la nature de leur service, n'ont pas de résidence » fixe ou résident hors de France;

» Les docteurs en médecine et en chirurgie disséminés dans les arrondis- » sements et départements où il n'existerait pas de société locale agrégée à » l'Association générale.

» Art. 34. Il est établi à Paris une Société destinée à compléter le système » des Sociétés locales.

» Cette Société prend le nom de *Société centrale*.

» Elle est composée de tous les médecins qui se trouvent dans les condi- » tions exprimées dans l'art. 7.

» Elle est administrée par une commission spéciale nommée à cet effet par » le conseil général, et présidée par le président de l'Association générale.

» Art. 35. La Société centrale est organisée sur les mêmes bases que les » Sociétés locales. »

Conformément aux statuts de la *Société centrale*, approuvés par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 23 avril dernier :

Le conseil général de l'Association générale a élu le bureau et les membres de ta commission administrative de la *Société centrale*.

En conséquence, le bureau et la commission administrative de la *Société centrale* se trouvent ainsi composés :

Président :	M. le président de l'Association générale;
Vice-présidents :	M. Andral, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.;
—	M. Michel Lévy, membre du conseil supérieur de santé, directeur de l'École militaire de médecine du Val-de-Grâce, etc.;
Secrétaire :	M. Ludger Lallemand, professeur agrégé au Val-de-Grâce;
Vice-Secrétaires :	M. le docteur Piogey;
—	M. le docteur Gallois;
Trésorier :	M. le docteur Brun.

Commission administrative (composée de 20 membres).

MM. les docteurs Arnal,	MM. les docteurs Guyot (Jules),
Barthez (Ernest),	Hérard,
Bébier,	Horteloup,
Bixio,	Legouest,
Blache,	Lustremann,
Brierre de Boismont,	Moreau (de Tours),
Cabanellas,	Richelot,
Cazeaux,	Boche,
Gimelle (Jules),	Boger (Henri),
Guersant,	Wurtz.

Tous les honorables confrères ci-dessus désignés ayant accepté leur nomination, la *Société centrale* entrera très-prochainement en fonctions.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses divers comités. M. Grisolle a été nommé président, et M. Hervez de Chégoin vice-président pour l'année 1859-1860.

Ont été réélus : secrétaire général, M. Henri Boger; secrétaires particuliers, MM. Woillez et Hervieux. M. Ch. Bernard a été nommé trésorier.

Ont été désignés pour faire partie du conseil d'administration : MM. Barth, Barthez, F. Blache, Morean et Trousseau. — Conseil de famille : MM. Becquerel, Hérard, Legroux, Marrotte et Rostan. — Comité de publication : MM. Ch. Bernard, Hervieux, Monneret, H. Roger et Woillez.

— On écrit de Londres à la CLINIQUE EUROPÉENNE :

« Le grand John Hunter, dont les restes reposaient depuis soixante-six ans, à l'insu de tout le monde, dans le caveau d'une petite église, occupe maintenant une place digne de lui, à côté des rois et des reines d'Angleterre, dans l'abbaye de Westminster.

» Le 28 mars a eu lieu l'inhumation solennelle.... Pendant l'office divin, les membres composant le *council* du collége et autres personnages marquants s'étaient réunis dans le *Jerusalem chamber*, là où avait été porté jadis Henri IV, lorsque, étant à l'abbaye, il fut tout à coup frappé de l'attaque d'apoplexie qui termina sa vie. L'office achevé, on plaça le cercueil sur une litière, et les assistants privilégiés se rangèrent à la suite.... L'orgue faisait entendre une marche funèbre, le convoi s'avança, suivant l'ordre indiqué, au milieu de l'abbaye, jusqu'au côté septentrional de la nef, où était ouverte la tombe destinée à recevoir les précieux restes; ils y furent descendus avec la litière. Le cercueil était encore très-bien conservé; on pouvait y lire les mots suivants, gravés sur une plaque de laiton, avec les armes de sa famille : *John Hunter, Esq*, *died* 16 *october* 1793, *aged* 64 *years;* et au-dessous de cette plaque, une autre que le *College of Surgeons* avait fait ajouter, portant ces mots : *The remains were removed from the church of St-Martin-in-the-Fields by the Royal College of Surgeons of England. March* 21*st.* 1859. Enfin le cercueil fut scellé dans sa dernière demeure.... »

— Voici la composition du service de santé de l'armée d'Italie :

M. le baron H. Larrey est nommé chirurgien en chef de l'armée; M. Champouillon, médecin en chef du 1er corps; M. Boudin, du 2e corps; M. Salleron, du 3e corps; M. Fenin, du 4e corps.

MM. Legouest, Bertrand et Cazalas sont attachés au grand quartier général; MM. Méry et Napoléon Perrier aux ambulances de la garde.

— LA GAZETTA MEDICA ITALIANA de Turin publie un avis indiquant les conditions demandées et les avantages promis aux médecins et chirurgiens qui désireraient être admis dans le corps de santé militaire de l'armée piémontaise.

Voici ces conditions et ces avantages :

Avoir été proclamé lauréat médico-chirurgical dans une des universités italiennes; ne pas dépasser l'âge de trente ans, et posséder les qualités requises pour le service militaire. — Ceux qui auront exercé pendant l'époque de la guerre d'Orient seront admis, mais seulement *pendant le temps de la guerre*, à titre d'officiers de santé, s'ils peuvent prouver leur aptitude à supporter les fatigues de la campagne.

Les avantages accordés sont :

Le grade payé comme celui des médecins exerçant actuellement, plus 400 fr. à titre d'indemnité; 400 fr. pour entrée en campagne; un semestre payé à titre de gratification; la conservation du grade *honoraire* quand la campagne sera finie; la conservation *effective* du grade pour tous ceux qui auront introduit une innovation dans l'art ou qui se seront distingués par des services signalés.

— MM. les docteurs ou étudiants en médecine qui désireraient prendre du service sur la flotte en qualité de chirurgiens auxiliaires sont invités à se présenter au bureau de l'inspection générale du service de santé, au ministère de la marine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : GÉNÉRATION SPONTANÉE. — GLYCOGÉNIE. — CONTRACTION RHYTHMIQUE MUSCULAIRE INVOLONTAIRE.

La discussion sur les générations spontanées au point où la GAZETTE MÉDICALE l'a laissée, tendait à s'engager, sinon à se perdre dans les divagations de la métaphysique et de l'orthodoxie religieuse. Il était utile pour ses lecteurs de ne pas la suivre dans cette voie détournée. Nous avons laissé de plus ardents et sans doute de plus valeureux que nous s'engager dans une lutte impossible contre les représentants plus ou moins déguisés de la foi biblique. Ils y ont trouvé, sans aucun doute, une occasion de plus de faire briller leur esprit et les ressources de leur dialectique, et ils ont ainsi poursuivi à outrance l'esprit antiscientifique, ne lui laissant aucun subterfuge ni déguisement. C'est de bonne besogne faite, et on ne saurait que féliciter ceux qui ont débarrassé de cette façon le terrain de la discussion de tout ce qui pouvait empêcher de voir clair aux graves difficultés et aux grands principes en présence. Grâce donc à M. Fleury et à M. Doyère, qui se sont chargés de ce nivellement de la place, la question reste nettement posée, et la GAZETTE MÉDICALE peut reprendre la discussion où elle l'avait laissée.

Nous avons au préalable besoin de rappeler l'attitude que la GAZETTE MÉDICALE a prise au début de la discussion ; car, faute d'examen suffisant, on lui a prêté des opinions qui ne sont pas absolument les siennes. On l'a représentée comme un soutien *à priori* de la doctrine de l'hétérogénie. Cela n'est pas exact. Voici ce que la GAZETTE MÉDICALE a dit et ce qu'elle répète aujourd'hui :

De tout temps il y a eu de grands esprits qui ont soutenu la possibilité des générations spontanées. De tout temps aussi on a objecté aux faits et aux raisonnements allégués par eux, des expériences et des raisonnements sans valeur. La question reste donc debout ; et si, à l'heure qu'il est, en présence de l'insuffisance de preuves, il fallait opter entre les deux opinions, la GAZETTE MÉDICALE n'hésiterait pas à se ranger du côté de ceux qui croient à l'hétérogénie. De cette disposition d'esprit à une conviction scientifique, expérimentale, on le voit, il y a une très-grande distance. Croire à une chose ou en être convaincu sont, pour la science surtout, deux états très-différents. La GAZETTE MÉDICALE, sympathique aux idées d'Aristote, de Buffon, et aux dernières expériences de M. Pouchet, n'a été aucunement ébranlée par les objections de ceux qui *supposent* que l'air est le véhicule de tous les germes, et qui n'admettent la valeur d'une expérience d'hétérogénie qu'à la condition qu'il n'entrera dans les cornues que de l'oxygène, de l'hydrogène et de l'azote, et des matières organiques préalablement désorganisées par le feu. Enfin la GAZETTE MÉDICALE croit aux générations spontanées, et elle espère qu'une démonstration sérieuse, décisive, viendra mettre un terme aux divagations qui arrêtent les chercheurs dans cette voie.

Ceci posé, qu'a produit la discussion depuis que la GAZETTE MÉDICALE s'est abstenue? Elle a mis un fait intéressant en lumière, à savoir : la revivification de certains animaux desséchés. M. Doyère, à qui revient le mérite d'avoir reproduit ce fait après Spallanzani et Leuwenhock, a parfaitement démontré que des tardigrades desséchés, c'est-à-dire chez lesquels la dessiccation a suspendu tout mouvement de vie, peuvent être revivifiés. Il ne s'agit pas de résurrection d'animaux morts ou tués, mais du rétablissement par l'humectation de la fonctionnalité depuis longtemps et absolument suspendue.

M. Doyère a essayé de faire faire un autre pas à la question. Il a proposé un appareil et une expérience à l'aide desquels l'hétérogénie, si elle se produit, se trouvera à l'abri des fins de non-recevoir de l'opposition. Le but de cet appareil est d'assurer, au moyen de l'acide sulfurique, la pureté absolue de l'air introduit, et l'expurgation, par la cuisson, de tout ovule, de tout rudiment de germe organique. Mais M. Doyère, conséquent avec ses principes, ne manque pas d'ajouter : « Si l'on ne voyait rien apparaître on en pourrait conclure » que peut-être la génération spontanée n'est qu'une chimère, *mais » que peut-être aussi* la matière organique, pour s'organiser et prendre » vie spontanément, ne doit pas avoir été préalablement cuite. » A la bonne heure : et voilà, si nous avons bonne mémoire, un des premiers arguments de la GAZETTE MÉDICALE, rappelé avec raison comme une réserve aussi logique qu'indispensable. Mais on peut aller plus loin que l'ingénieux M. Doyère. Si, comme nous, il est convaincu que son expérience ne serait pas encore négativement concluante, « que le blanc » d'œuf cuit, la viande cuite, ne sont pas plus l'albumine ou la » fibrine que la dextrine et la glycose ne sont l'amidon ou la cellulose, » il n'aurait pas dû s'arrêter en si beau chemin. Il ne nous semble pas impossible, en effet, d'amener l'expérience plus près des conditions naturelles où elle doit réussir, à savoir : d'opérer avec des substances organiques *non cuites*, mais placées à l'abri de l'air, et par conséquent expurgées de tout germe, ovule ou sporule préexistant. Il suffirait pour cela, après avoir fait le vide dans un ballon parfaitement clos et y avoir fait passer de la vapeur surchauffée au degré et pendant le temps voulu, il suffirait, disons-nous, d'y faire pénétrer, à l'aide d'un tube hermétiquement adapté, le contenu d'un œuf récemment pondu et préalablement enduit d'une substance capable d'obstruer tous les pores de la coque. Si avec ces éléments organiques natifs, de l'eau, de l'air purifiés et de la chaleur, on parvient à faire apparaître la vie, tout sera dit : à moins qu'on ne suppose, ce qui ne serait pas impossible, que l'œuf de la poule renferme des ovules de quelque autre classe. Nous recommandons d'avance l'objection à M. Doyère.

— Les théories, même quand elles ne sont pas absolument vraies, conduisent presque toujours à de nouvelles découvertes. Quelles qu'aient été les réserves apportées à la doctrine de la glycogénie du foie, réserves que nous avons été des premiers à faire, nous ne pouvons qu'applaudir aux résultats dont M. Bernard ne cesse d'enrichir cette partie de la physiologie.

Il y a quelque temps déjà, notre savant confrère a établi que la matière glycogène apparaît dès les premiers temps de la vie embryonnaire, et qu'elle est localisée, avant le développement du foie, dans le placenta ou dans d'autres organes annexes et temporaires du fœtus. Il a également montré qu'à cette époque de l'organisation, la matière glycogène se trouve encore répandue dans d'autres parties du fœtus

FEUILLETON.

REVUE DES SCIENCES ACCESSOIRES.

Histoire naturelle : De la fonction génératrice chez les insectes, par M. Duméril. — Météorologie : Nouvelles observations sur le bleuissement des astres. — Photographie : Épreuves photographiques de couleur rouge, verte, violette et bleue. M. Niepce de Saint-Victor. — Chimie : Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la fermentation alcoolique, par M. Pasteur.

L'observateur en histoire naturelle cultive une science qui doit être bien féconde en jouissances : une science aimable dans toute l'acception du mot. Suivez les Réaumur, les Spallanzani, les Cuvier, et tant d'autres illustres (nous épargnerons la modestie des modernes) dans leurs patientes et tranquilles perquisitions dans ce domaine immense où tout est découverte et intérêt, et vous vous sentez pris comme d'un entraînement vers ces mêmes recherches, et d'un regret si la destinée a déjà disposé, et autrement, de vos heures. Mais vraiment quelles douces occupations que ces contemplations de la nature! et combien les résultats qu'elles vous apportent, les richesses qu'elles vous exposent, doivent payer le temps si heureusement employé à leur conquête.

Ces réflexions nous sont inspirées par une récente communication faite par le doyen de nos naturalistes à l'Académie des sciences. Dans une intéressante lecture intitulée : DE LA FONCTION GÉNÉRATRICE CHEZ LES INSECTES, notre savant maître M. Duméril a ouvert une page de plus dans le grand livre de la nature : ce n'est pas une simple description anatomique des organes et appareils destinés à la reproduction qu'entreprend ici pour quelques classes l'éminent naturaliste : c'est une étude de mœurs ou de physiologie générale à la façon de Réaumur. M. Duméril étudie la fonction de reproduction des insectes dans ses rapports avec les autres sens de la vie de relation, ou plutôt la proposition inverse, les sens dans leur connexion avec la génération. Ce point de vue très-neuf, sous cette formule précise du moins, nous montre l'objet de certaines recherches précédentes du patient observateur, et en particulier celles relatives à la voix et à l'ouïe des insectes. Aux yeux du vénérable professeur, ces deux fonctions réciproques de la voix et de l'ouïe chez les insectes seraient plus particulièrement destinées à servir de lien et de moyen de rapprochement, au moment voulu, des individus de sexe différent. Les bruits que quelques espèces font entendre, dans des circonstances et à des époques précises, n'auraient ainsi d'autre objet qu'un appel amoureux, comme on voit, dans d'autres familles, les lumières phosphorescentes ou électriques employées dans le même objet, à provoquer l'attention du sexe désiré ou dont la nature a su rendre l'approche enviée. Tous, dit M. Duméril, ont leurs signaux, leur langage télégraphique. Rosine n'était donc pas si coupable en laissant tomber son billet, ni Juliette en chantant aux étoiles, ni....; mais la liste serait trop longue.

et que, quelle que soit l'idée qu'on se forme de sa diffusion, on la rencontre constamment dans les tissus embryonnaires pendant un certain temps de leur développement. De la constance et de la généralité de ce fait, M. Bernard avait induit que les matières glycogènes, chez les animaux comme chez les végétaux, pourraient bien être un des principes constituants du protoplasma, au sein duquel s'accomplit l'évolution organique.

Cependant il est des tissus au sein desquels la matière glycogénique ne se rencontre pas. Dès lors il était utile de rechercher quels sont ceux dont le développement semble spécialement lié à la présence de la matière glycogénique.

C'est ce que M. Cl. Bernard a entrepris pour tous les tissus de l'économie, tissus qu'il a rangés à cet effet en deux grandes catégories, les tissus *limitants:* la peau, les muqueuses; et les tissus des organes contenus, ou tissus intérieurs *limités*. Cette sorte de travail, qui consiste dans une analyse minutieuse et approfondie, ne saurait être appréciée ici que sous le rapport de la méthode qui y a présidé; et, sous le rapport des résultats obtenus, il constitue une œuvre véritablement originale.

En terminant, M. Cl. Bernard a fait un rapprochement ingénieux entre la fonction de la matière glycogénique chez le fœtus et la fonction glycogénique chez l'adulte. Chez le fœtus, cette matière sert au développement des organes; chez l'adulte, elle les entretient.

— Une question moins élevée, mais non moins digne d'intérêt, a préoccupé à plusieurs reprises, et tout récemment encore, l'Académie des sciences : il s'agit des bruits produits par le déplacement des tendons sous l'influence de la contraction musculaire. Considérés au point de vue de leur cause, de leur mécanisme — et de leur traitement quand ils sont le résultat d'une infirmité — ils sont dignes de l'attention des physiologistes, et c'est pour cela principalement que nous nous y arrêtons. Mais ils ont aussi été remarqués en tant que venant démasquer quelques manéges, ou désillusionner les croyants, aux esprits frappeurs. En effet, ces bruits insolites ont pu être exploités de la sorte, et M. Schiff est le premier qui ait mis sur la trace de ce genre de supercheries.

M. Jobert, en communiquant tout récemment à l'Académie des sciences un cas de cette nature, fourni par une contraction involontaire rhythmique du court péronier latéral, a discuté la plupart des questions qui se rattachent à ce curieux phénomène.

Le fait d'abord consiste dans un bruit de claquement résultant d'un déplacement périodique d'un tendon, lequel quitte alternativement la gouttière osseuse où il glisse et y rentre brusquement. Ce bruit, fréquemment observé par tous ceux qui s'occupent des affections musculaires et tendineuses, se rencontre en plusieurs endroits de l'économie. Ainsi que l'a fait justement remarquer M. Velpeau, on le constate tantôt au bras, tantôt à la hanche, tantôt au pied; nous l'avons aussi observé au genou : il suffit d'en connaître les causes et les conditions matérielles pour savoir qu'il a pu être constaté partout où il y a des surfaces osseuses ou gouttières de glissement pour les tendons, et la possibilité pour eux d'abandonner momentanément ces surfaces. C'est ainsi que nous l'avons observé deux fois au genou, sur le passage de la longue portion du biceps fémoral.

Il faut distinguer entre les causes de ce bruit, sa cause physiologique, sa cause pathologique et sa cause mécanique.

D'accord avec M. Jobert sur la cause physiologique du phénomène, nous pensons qu'il ne suffit pas, comme le croit M. Schiff, d'une anomalie (absence ou relâchement) de la gaîne pour que le bruit ait lieu. Ce bruit est le résultat de la contraction musculaire, et du déplacement du tendon, et de son retour brusque dans la coulisse osseuse. Mais on ne saurait comprendre le phénomène sans l'intervention de sa cause pathologique. Il ne suffit pas, en effet, d'invoquer la contraction du muscle, car tous les sujets pourraient produire ce bruit à volonté. Il faut pour cela que le muscle ou le tendon soient raccourcis; c'est en vertu de ce raccourcissement que, pendant la contraction, le tendon heurte contre le rebord de la coulisse qui le retient; petit à petit il force et relâche la gaîne; dès que son relâchement le permet, il s'échappe, glisse sur le rebord de la coulisse osseuse et se luxe véritablement. Telle est la cause pathologique et tel est son enchaînement avec sa cause physiologique. Mais de quelle nature est le raccourcissement musculaire ou tendineux? Il peut offrir toutes les nuances de la rétraction musculaire : il est fixe, ou périodique intermittent. Dans le cas observé par M. Jobert, il était probablement question d'une contracture spasmodique du court péronier latéral, c'est-à-dire de l'état qu'on observe plus apparemment dans le sterno-mastoïdien. C'est ce qui explique le caractère rhythmique de la contraction et du bruit. Dans les cas qu'il nous a été donné d'observer au bras (biceps), au bassin (psoas et iliaque), au genou (biceps), au pied (jambiers postérieurs et péroniers), nous n'avons constaté que des bruits intermittents et liés aux mouvements fonctionnels ou volontaires des parties : les muscles étaient activement et primitivement rétractés. Dans le cas qui est le plus difficile à comprendre, celui de la luxation du tendon de la longue portion du biceps, le glissement avait lieu d'arrière en avant, sous l'influence de l'extension exagérée du genou : le fémur et le tibia formant un angle ouvert en avant.

Dans tous ces cas, on est généralement d'accord sur l'origine du bruit; il résulte bien du déplacement du tendon, mais du tendon raccourci, lequel revient s'appliquer brusquement dans un état de brièveté permanente contre la surface osseuse de glissement. Il n'y a donc dissidence que sur la cause et le mécanisme du déplacement tendineux. Or ce déplacement est le résultat ordinaire d'un raccourcissement ou rétraction musculaire, celle-ci pouvant offrir toutes les nuances dont elle est susceptible : le relâchement de la gaîne n'en est que l'effet consécutif.

Le traitement employé par M. Jobert a pu et a dû réussir momentanément. L'allongement du tendon résultant de sa section peut avoir suffi pour faire cesser temporairement le bruit. Mais le résultat sera-t-il permanent? Nous ne le croyons pas. S'il s'agissait, en effet, d'une contracture spasmodique, l'expérience nous a appris que, dans ces sortes de cas, la section des tendons n'est qu'un remède temporaire : nous craignons donc que, la contracture se reproduisant après la soudure et la consolidation de la cicatrice tendineuse, le bruit se reproduise avec elle. Si la rétraction eût été fixe, la guérison aurait pu persister.

Quoi qu'il en soit, le claquement des tendons est donc une affection qui n'est pas rare : elle est le résultat d'un déplacement ou luxation

---

Prenons plutôt les exemples de M. Duméril. Chez les coléoptères lucifuges, comme les Blaps, les Pimélies, dont le corps est épais, la démarche lente, les élytres soudés, presque toutes les femelles portent un instrument garni d'une sorte d'archet, constitué par un faisceau de poils roides. Cet archet correspond à une table sonore de corne élastique, dont les ébranlements remplissent l'office d'une peau de tambour. Lorsque l'insecte femelle fait frotter cette brosse sur quelque corps solide, il résulte de cette friction un bruit très-sensible. Ce bruit sonne l'heure du berger. On voit alors sortir de leurs sombres retraites les mâles qui, malgré leur lenteur naturelle, ne demeurent point sourds à ce tendre appel.

Dans des circonstances semblables et dans le même but, presque toutes les espèces de coléoptères, perce-bois ou térédyle, font entendre dans l'intérieur des boiseries qu'elles ont rongées un mouvement très-singulier. L'insecte parfait, cramponné solidement par les pattes dans l'intérieur de la mine ou galerie qu'il s'est creusée, communique à sa tête un mouvement très-rapide. Il frappe ainsi par intervalles, à cinq ou six reprises diverses, et produit de cette façon un bruit de tic tac, que l'on a comparé à celui que fait entendre l'échappement d'une montre; puis il reste quelques instants immobile, et si aucun individu ne sort des trous voisins, il se transporte à une certaine distance pour recommencer le même trémoussement oscillatoire. Si cette conduite était tenue par nos Vénus *vulgivagæ*, la police s'en mêlerait assurément. C'est bien le cas de dire : Vérité en deçà des Alpes, erreur au delà!

N'est-ce pas à de semblables intentions, se demande M. Duméril, sans les qualifier, dans son indulgence de naturaliste, qu'on doit attribuer ce petit bruit que le vulgaire superstitieux a dénommé l'horloge de la mort, et qu'on croit dû à un petit termite appelé le psoque ou pou du bois. Les mélodies ennuyeuses des cigales, des sauterelles, des grillons, ont-elles un autre objet?

L'impatient besoin de la reproduction se manifeste chez l'un et l'autre sexe de beaucoup de façons, et s'adresse à tous les sens. Nous venons de prendre des exemples dans l'emploi de l'organe de l'ouïe; mais, nous dit M. Duméril, d'autres espèces font appel à l'organe de la vue, et allument, dès que commence l'obscurité, les flambeaux de l'amour. Ce sont des fanaux plus ou moins éclatants, à l'aide desquels ils signalent leur existence à travers l'espace. Certaines espèces des contrées brûlantes du midi jouissent à un très-haut degré de cette faculté de produire de la lumière. Plusieurs taupins, des fulgores dites lucioles ou porte-lanternes, nos vers luisants ou lampyres sont dans ce cas.

C'est uniquement à l'époque où ces insectes sont devenus aptes à la procréation, qu'ils illuminent ainsi le théâtre de la nature. Mais aussitôt que la fécondation a été opérée, les feux s'éteignent, les organes perdent leur éclat, le plus souvent même le mâle périt.

Dans un autre mémoire, M. Duméril avait montré que dans d'autres familles c'est le sens de l'odorat qui sert de ministre au rapprochement des sexes. Nous ne pouvons pas bien apprécier la nature des odeurs ou des émanations volatiles qui portent au loin le mystérieux avertissement, mais il paraît po-

des tendons, lequel est habituellement le produit du raccourcissement ou rétraction des muscles.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'ALBUMINURIE DANS QUELQUES MALADIES INFECTIEUSES OU CONTAGIEUSES, CARACTÉRISÉES PAR UNE ALTÉRATION DU SANG, ET DANS LA FIÈVRE PUERPÉRALE EN PARTICULIER; par le docteur ABEILLE, ancien médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, etc. (1).

Il y a aujourd'hui neuf ans nous signalions, dans un travail inséré dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, des faits nouveaux et que l'on n'avait jamais soupçonnés, relativement à l'albuminurie. Par suite de persévérantes recherches, nous étions parvenu à constater la présence de l'albumine dans l'urine dans quelques cas d'érysipèle, dans la pourriture d'hôpital, dans l'infection purulente, dans un certain nombre de fièvres typhoïdes à caractères graves. Sept années consécutives d'observation sur ce phénomène dû à des causes multiples et variées, nous fournirent les matériaux d'un travail de longue haleine terminé en 1853 et présenté au concours de la Société médicale des hôpitaux, mais resté jusque-là inédit. Dans ce travail, nous envisagions l'albuminurie sous ses diverses nuances, et comme symptôme de la néphrite granuleuse et comme épiphénomène dans des affections nombreuses, qui, en dehors de complication de la néphrite albumineuse, donnent lieu à son apparition.

Il ressortait déjà pour nous ce fait général, que les maladies dites infectieuses, celles où le sang subit une altération profonde, soit primitivement, soit consécutivement, et qui ont une tendance à la généralisation, donnent très-fréquemment lieu à la présence de l'albumine dans l'urine. A ce titre, nous prévoyions que la fièvre puerpérale ne devait pas échapper à cette conséquence, mais l'occasion n'était pas venue pour nous de le vérifier.

Dans deux cas de purpura intense, avec fièvre, nous avons observé l'albuminurie persistant pendant un temps assez long, de cinq à douze jours. On a constaté le même phénomène dans la diphtérite, dont la tendance à la généralisation n'échappe plus à aucun observateur et qui est infectieuse à un si haut degré.

L'albuminurie scarlatineuse est un fait depuis longtemps acquis à la science. Après l'avoir recherchée dans un grand nombre de cas, nous étions parvenu à établir qu'on la rencontre dans un peu moins de la moitié; d'autres l'ont constatée dans plus de moitié. Cette différence de proportion ne signifie rien, car elle peut tenir aux circonstances épidémiques, à l'âge des sujets, à leur présence dans les hôpitaux, où, en raison de la concentration des malades, la scarlatine peut prendre un caractère d'intensité et d'infectiosité plus prononcé que dans la pratique civile.

Tout récemment, nous avons recherché l'albuminurie dans quatre cas de scarlatine, sur une adulte et trois enfants. Nous avons examiné les urines depuis le début de l'éruption jusqu'à la terminaison de la desquamation, c'est-à-dire pendant plus de vingt-cinq jours, et nous ne l'avons trouvée que dans un cas, sur une petite fille de 8 ans; nous l'avons constatée du cinquième au huitième jour de la desquamation; elle n'a plus reparu ensuite. Son intensité égalait presque celle qu'on lui trouve dans la néphrite albumineuse chronique; cette enfant n'a pas eu de traces d'œdème; nous avons pu la suivre pendant trois mois.

Nous avons signalé aussi l'albuminurie dans quelques cas de rougeole et de variole, mais elle est, dans ces affections, beaucoup moins fréquente que dans la scarlatine.

Dans le choléra, l'albuminurie apparaît dans les quatre cinquièmes des cas. On connaît l'altération profonde que le sang subit dans cette maladie et durant toute la période algide. Quelques rares observateurs ont pu constater l'albuminurie dans plusieurs cas de fièvre marématique. Nous avons étudié cette question avec le plus grand soin, nous étant trouvé pour cela dans des conditions favorables. Les fièvres pernicieuses et les fièvres chroniques avec cachexie sont celles où l'albuminurie se présente le plus fréquemment.

N'y a-t-il pas, dans tous ces faits, quelque chose qui frappe? Toutes ces affections que nous venons d'énumérer, infectieuses ou non, contagieuses ou non, offrent à un degré quelconque, et sous des nuances variées, une altération primitive ou secondaire du sang, par suite d'intoxication de la part d'agents extérieurs ou de produits morbides puisés dans l'organisme.

Dès lors n'est-on pas admis à conclure que l'albuminurie se rattache, dans une très-grande proportion, à l'altération du liquide sanguin, et qu'elle constitue un caractère propre aux maladies, qui puisent leur source dans cette altération ou en subissent les atteintes durant leur évolution? Et l'expérience ne nous démontre-t-elle pas qu'avec de nouvelles et plus persévérantes recherches, on constatera ce phénomène dans d'autres maladies de ce genre où l'on n'a point encore songé à l'étudier?

Admettre que, dans ces cas multiples et si variés, l'albuminurie se lie à une néphrite albumineuse aiguë et naissante que l'on croit reconnaître, dans quelques rares cas, à un examen microscopique et à certains caractères plus que douteux, c'est pousser l'amour de la pathologie organique au delà des limites de la raison; car il faudrait admettre de suite que cette néphrite, si terrible quand elle existe réellement, paraît et disparaît ici comme par enchantement, et ne donne lieu, sans qu'on lui oppose le moindre traitement, à aucun de ses accidents les plus familiers, les suffusions séreuses.

Il arrive bien parfois que des sujets, déjà atteints de néphrite albumineuse aiguë, sont frappés par l'une des affections susénumérées, et qu'alors l'albuminurie a pour point de départ la lésion rénale, mais c'est exceptionnel. Il peut arriver également que la néphrite albumi-

(1) Ce mémoire est extrait d'un ouvrage complet sur la question, lequel doit faire le pendant au TRAITÉ DES HYDROPISIES ET DES KYSTES, par le même auteur. On sait que cet ouvrage a été couronné par l'Institut. Le cadet n'aura pas moins de succès que son aîné.

---

sitif que plusieurs insectes produisent de ces odeurs; et nous ne devons pas trouver cette particularité tout à fait surprenante.

Avions-nous tort de dire que l'étude à laquelle se livre le naturaliste est tout à fait attachante, et cette histoire de la nature ne peut-elle tenir lieu de la lecture de bien des romans.

— On se rappelle, dans les régions scientifiques, l'heureuse explication que l'illustre Arago, donna dans ses entretiens de l'Observatoire, sur la réalité du fait physique qui avait donné naissance au préjugé, reconnu vrai par le grand astronome, de la *lune rousse*. Voici un météorologue, M. Fournet, qui vient rendre compte à l'Académie des sciences des recherches auxquelles il s'est livré pour apprécier l'exactitude plus ou moins acceptable d'une assertion bien ancienne de Virgile. Le poëte avait avancé dans ses GÉORGIQUES que le soleil bleui est un pronostic de pluie: *Ceruleus pluviam denuntiat*. Faut-il accepter cette prédiction, ou la reléguer avec le faisceau des inepties populaires.

Le travail de M. Fournet ne repose pas sur un nombre d'observations assez imposant pour entraîner la conviction. Il ne nous apporte, en effet, qu'un résumé de 20 cas recueillis pendant les neuf mois d'automne, d'hiver et de printemps, 9 afférents au soleil, 11 à la lune.

Or sur ces 20 observations, dans 9 cas l'apparition d'une teinte bleue complète ou partielle sur un de ces astres, a été suivie de pluies dans la soirée ou le lendemain. 7 fois elle a été précédée d'une pluie de la veille ou de la journée, et suivie de beau temps le lendemain. Deux journées pluvieuses furent entrecoupées d'éclaircies pendant lesquelles le phénomène put se manifester. Par contre, deux autres journées sans pluie, quoique nuageuses, précédées et suivies de temps également nuageux, ont pareillement fait développer le bien.

De cette indifférence, il sera facile de conclure pour nos climats, si l'on doit supposer la proportionnalité entre les observations recueillies et celles que pourraient donner les recherches ultérieures, que l'aspect bleu des astres ne saurait être considéré comme un signe météorologique absolu. Pas plus, du reste, que la présence des rayons crépusculaires, des halos, des nuages irisés, dont ce phénomène est le cousin-germain, et dont l'apparition s'effectue dans des circonstances météorologiques analogues. Il suffit, en effet, que les nébulosités atteignent de façon ou d'autre une certaine épaisseur, pour qu'aussitôt le bleuissement se produise; mais cette densité, dont la signification hygrométrique varie évidemment avec la température, ne peut être prise comme une annonce infaillible de pluie. Il est à croire pourtant que le signe a une valeur comme en ont les phénomènes que nous venons de rappeler, les halos, particulièrement.

Une discussion délicate des conditions physiques de ce phénomène porte M. Fournet à le rattacher à deux ordres de causes; à la réfraction par des couches minces de nébulosités et à des influences dues au contact simultané des couleurs.

— L'art de la photographie vient de faire une conquête nouvelle, que l'on poursuit depuis longtemps et dont on ne peut dès maintenant calculer encore

neuse surgisse comme complication durant le cours de ces diverses maladies; mais tout ceci n'est qu'exceptionnel encore, et en général on ne peut établir aucun rapport de causalité entre ces maladies et la néphrite; l'albuminurie éphémère, passagère, que l'on observe, n'est point le signe de celle-ci.

Toutefois nous devons reconnaître qu'il n'en est pas tout à fait de même pour la scarlatine; ici, en effet, des observations établies avec une grande sévérité permettent de conclure que la néphrite albumineuse en est souvent la conséquence; mais ce qu'une observation non moins rigoureuse nous permet d'affirmer, c'est que, dans la scarlatine même, l'albuminurie ne procède pas toujours de la lésion rénale; elle survient généralement à une époque de la maladie (période de desquamation) où les accidents morbides rendent suffisamment compte de son apparition, sans recourir à la lésion du rein. Dans un très-bon nombre de cas, elle n'a que quelques jours de durée (de trois à six), et elle disparaît sans qu'on lui oppose de traitement, ce qui n'a pas lieu quand la néphrite existe, et enfin, dans ces cas, il n'apparaît ni œdème ni suffusion séreuse quelconque.

D'autre part, si nous reconnaissons volontiers que la néphrite albumineuse surgit assez souvent, comme complication, dans la scarlatine, c'est que, dans cette affection, les circonstances se prêtent à son apparition. En effet, quand la desquamation s'opère, le nouvel épiderme, sensible aux agents extérieurs, subit une influence de la part du froid, et c'est à cette influence, jointe aux conditions générales du sujet, que la néphrite doit son immixtion aux phénomènes morbides déjà existants.

Mais c'en est assez pour un simple article. On trouvera dans notre traité, actuellement sous presse, toutes les raisons tirées de l'observation clinique et de l'examen anatomique pour justifier cette distinction essentielle que nous ne faisons qu'établir sommairement ici.

Terminons en relatant nos deux observations de fièvre puerpérale avec albuminurie qui constituent des faits tout nouveaux, et une observation d'albuminurie persistante dans une grossesse où la malade eut aussi, à la suite des couches, quelques accidents puerpéraux, et qui formera contraste avec les deux autres.

Obs. I. — Madame Usc., mercière, 22, rue du Rocher, âgée de 23 ans, enceinte pour la cinquième fois, ayant eu deux couches à sept mois, une troisième à terme, avait avorté à trois mois dans sa quatrième grossesse. Devenue enceinte sept mois après cet accident, elle parcourt heureusement les trois premiers mois de la grossesse, lorsque le 7 du mois d'avril 1857, elle éprouve une hémorrhagie utérine effrayante, sans violence extérieure, sans secousse morale. En vingt minutes, elle avait perdu une énorme quantité de sang. Lorsque je fus appelé, il y avait des douleurs de reins et quelques contractions utérines pour expulser le germe. L'exploration révèle une dilatation commençante du col utérin; des applications d'eau froide à l'hypogastre modifient l'abondance de l'hémorrhagie, qui continue néanmoins jusqu'au lendemain. Après vingt-quatre heures de douleurs et de pertes de sang, la malade se trouvant profondément anémiée et éprouvant de fréquentes syncopes, j'administre le seigle ergoté. Au bout de deux heures et demie à trois heures, expulsion complète de l'embryon et du délivre.

Pendant deux jours, il n'y a d'autres phénomènes morbides qu'une anémie profonde avec bourdonnements dans les oreilles, menace de syncope au moindre mouvement; sentiment d'anéantissement. Pouls remarquablement faible, écoulement modéré de lochies. Bouillon, quelques cuillerées de vin de Bordeaux coupé, c'est tout ce que peut prendre la malade.

Le 11 avril, vers les huit heures du soir, la malade éprouve un frisson violent de plus d'une heure et demie.

Le 12 au matin à sept heures, à ma visite, elle a la face légèrement congestionnée, la peau chaude et sèche; le pouls petit et dur, battant 130 à 134. Il y a une céphalalgie violente, de l'agitation et de l'anhélation, soif ardente et nausées. J'explore soigneusement l'abdomen. Il n'y a aucune douleur, même à une pression un peu forte; pas de ballonnement; les lochies coulent convenablement; pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Le frisson violent, suivi d'une fièvre intense, me fait redouter l'invasion de la fièvre puerpérale. Je prescris un lavement laxatif, des sinapismes plusieurs fois répétés aux quatre membres et 0,40 centigr. de sulfate de quinine à prendre immédiatement; la même dose à répéter à quatre heures de l'après-midi; tisane de feuilles d'oranger.

Le 12, la malade a eu trois nouveaux frissons avec claquement de dents, et qui n'ont pas eu moins de deux heures de durée. Le pouls bat 150. Douleur oppressive à la base du thorax; agitation continuelle, céphalalgie continue, crainte de la mort; les yeux sont excavés et la face altérée. Sueurs très-abondantes. Le ventre reste souple et la pression ne développe aucune douleur à l'hypogastre. (Potion avec 4 grammes d'alcoolature d'aconit, 0,80 de sulfate de quinine en deux prises à huit heures de distance; eau de groseille, limonade, large vésicatoire à la base de la poitrine, sinapismes répétés.)

Le 13, il y a eu quatre frissons aussi violents et aussi prolongés que la veille. Nous voyons la malade avec le professeur Grisolle. Il y a des sueurs abondantes continues et presque froides; on est obligé d'entourer la malade avec des linges chauds et deux cruchons d'eau chaude aux jambes. Le pouls petit, faible, varie entre 140 et 150 pulsations. Le facies exprime une grande anxiété; voix éteinte, oppression. Nous constatons de nouveau la souplesse du ventre et l'absence de douleur. Pas d'engorgement ganglionnaire aux aines ni aux aisselles. Nous prescrivons le sulfate de quinine à la même dose; l'alcoolature d'aconit à 8 grammes en potion, et de plus 1 gramme de calomel.

Le 14, nous voyons la malade avec les professeurs Grisolle et Andral. La nuit a été terrible: les frissons ont augmenté de nombre: il y en a eu six dans les vingt-quatre heures; la malade est continuellement baignée de sueur. La face conserve le même caractère. Le pouls reste toujours entre 140 et 160. Absence de douleur abdominale, souplesse du ventre. Il y a eu quatre selles. Il n'y a pas de doute sur l'existence d'une fièvre puerpérale extrêmement grave; le pronostic est très-sinistre; les lochies ne sont point supprimées, elles sont un peu fétides. Après une consultation bien réfléchie, il est convenu qu'on portera le sulfate de quinine à la dose d'un gramme matin et soir, qu'on continuera dans l'intervalle l'alcoolature d'aconit à 8 gr. en potion par cuillerée par heure. (Fomentations chaudes sur le ventre, boissons alcoolisées sous forme de grogs, injections utérines émollientes et légèrement chlorurées.

Le 15, il y a eu sept frissons, prostration extrême; le corps est continuellement couvert de sueurs presque froides; même fréquence et petitesse du pouls, face fortement grippée; la malade dit qu'elle n'y voit plus et demande les secours de la religion qui lui sont administrés. Les urines sont rares et, pour la première fois, je les traite par la chaleur et l'acide nitrique; elles donnent un notable précipité albumineux, légèrement rosé. (2 grammes de sulfate de quinine, alcoolature d'aconit à 8 grammes, boissons alcoolisées; le reste *ut suprà*.)

Le 16, frissons très-nombreux, généralement moins intenses, irréguliers; dyspnée considérable, toux fréquente, sueurs profuses, extinction complète de la voix, nausées, syncope fréquentes, quatre selles diarrhéiques, pouls constamment à 160; la face est toujours grippée; râle muqueux à la base postérieure droite et un peu à la base gauche du thorax; crainte con-

---

tente la portée. On a réussi à avoir des épreuves aux couleurs rouge, verte, violette et bleue, et ce premier succès doit donner bon espoir pour les progrès futurs.

Les procédés employés, dus à M. Niepce de Saint-Victor et mis en pratique par M. Victor Plumier, consistent dans la découverte de l'action de la lumière sur les sels d'urane (les mêmes sels qui ont été si utiles à Groves pour emmagasiner la lumière), et la connaissance de quelques réactions chimiques de ces sels mis en présence du prussiate rouge de potasse pour la couleur rouge, de l'azotate de cobalt pour la verte, du chlorure d'or pour la couleur violette, du prussiate de potasse et du chlorure de mercure pour la teinte bleue.

On obtient ainsi, par certaines manipulations de ces sels, des épreuves à l'une quelconque des couleurs que nous venons de dire. Seulement, d'après la description sommaire des procédés mis en usage, il semble qu'on n'obtienne que des épreuves d'une seule couleur. On va avoir à chercher maintenant des procédés aptes à permettre leur combinaison, comme on le fait dans les planches coloriées à plusieurs tirages. Le problème, on le voit, n'est pas encore résolu; mais enfin, on avance. Or nos lecteurs s'y intéresseront non-seulement à un point de vue général, mais encore à celui de notre science à nous-mêmes: l'art de la photographie est appelé à nous rendre de grands services pour la représentation des pièces anatomiques. La coloration de ces planches par le même mécanisme ne saurait donc nous être indifférente, au moment surtout où l'un de nos confrères, le docteur Casco vient, paraît-il, d'obtenir de très-belles photographies des profondeurs de l'œil en fixant sur un papier préparé l'image fixe de la rétine et de ses détails anatomiques (image réduite déterminée; voir la théorie de l'ophthalmoscope).

— Nos lecteurs connaissent la belle série d'études entreprises par M. Pasteur sur la fermentation alcoolique, études qui l'ont conduit à voir dans ce phénomène, considéré jusqu'à lui comme un simple acte de dédoublement chimique, une conséquence directe de la vie, un accessoire d'un acte vital, d'un acte organique. En continuant ses curieuses recherches, M. Pasteur est arrivé à de nouveaux faits qui lui ont paru jeter une vive clarté sur les causes intimes de ce merveilleux phénomène. Tout le monde sait qu'il faut très-peu de levûre de bière pour faire fermenter un poids de sucre relativement considérable. Augmente-t-on la dose de la levûre, rien n'est changé, si ce n'est la rapidité de la transformation du sucre. Mais cette augmentation est-elle portée à une proportion de 50, 100, 200 fois la quantité minimum fixée dans les premières expériences, on observe des résultats remarquables. Le sucre disparaît d'abord avec une rapidité remarquable; puis lorsqu'il est entièrement détruit, chose vraiment singulière, la fermentation qui devrait s'arrêter (d'après la théorie chimique pure) continue au contraire, le dégagement d'acide carbonique se poursuit avec une grande activité, et en même temps, la formation de l'alcool; l'acide carbonique peut ainsi atteindre jusqu'à deux ou trois fois le volume de gaz que peut fournir le poids du sucre mis en expérience.

Comment se rendre compte d'un pareil résultat? Et d'où vient ce sucre in-

tinnelle de la mort. Les urines sont encore albumineuses. (Même traitement. Large vésicatoire à la base du poumon droit.)

Le 17, il n'y a eu que trois frissons et le pouls est tombé à 130. Amendement général. Sueurs encore profuses, mais chaudes ; la dyspnée a disparu. Les urines sont plus abondantes et donnent encore un précipité albumineux moins prononcé. Bourdonnement des oreilles très-fatigant ; pesanteur de tête. (Le sulfate de quinine est réduit à 0,80 pour les vingt-quatre heures. Le reste du traitement est le même.)

Le 18, un seul frisson, moiteur à la peau, pouls à 110, large et souple. La face n'est plus grippée, la voix est revenue ; calme ; respiration libre. Urines très-légèrement albumineuses. (Je substitue 120 de décoction de quinquina au sulfate de quinine. L'alcoolature d'aconit est continuée, ainsi que les boissons alcoolisées. Bouillon.)

Le 19, pas de frisson. L'amélioration continue ; le pouls ne bat plus que 100. Nulle trace d'albumine dans l'urine. (Décoction de quinquina ; alcoolature d'aconit à 4 grammes ; bouillon.)

A partir de ce moment, la position devient meilleure tous les jours.

Le 25, la convalescence se prononce. Cette convalescence n'a pas duré moins de trois mois.

Obs. II. — Madame Jou.., 40, rue du Chemin-de-Versailles, 30 ans, vigoureusement constituée, deux grossesses antérieures, bien portante tout le temps de la gestation, accouche pour la troisième fois le 7 septembre 1858. L'accouchement se fait régulièrement ; extraction du placenta dix minutes après l'accouchement. Il était alors midi. A six heures du soir, frisson d'une heure et demie de durée, pendant lequel je suis appelé. La malade fait claquer encore ses dents, se plaint d'un froid qui la fait grelotter, quoique la peau soit brûlante. Il y a une céphalalgie intolérable ; soif très-vive ; pouls concentré, vif, donnant 116 pulsations à la minute ; ballonnement du ventre ; douleur hypogastrique assez vive à la pression. Je prescris 15 sangsues à l'hypogastre, et 30 grammes d'huile de ricin pour le lendemain ; tilleul et feuilles d'oranger pour tisane.

Le lendemain 8, nouveau frisson à onze heures du matin ; il dure trois heures ; céphalalgie délirante ; pouls à 130. Encore de la sensibilité à l'hypogastre ; lochies presque nulles ; engorgement des ganglions inguinaux ; oppression. Il y a eu quatre évacuations abondantes. (Application de 10 sangsues ; sinapismes répétés aux membres inférieurs ; sulfate de quinine, 0,80, à prendre à sept heures du soir ; potion avec 6 grammes d'alcoolature d'aconit, à prendre par cuillerée par heure.)

Le 19, il y a eu quatre frissons de trois quarts d'heure à une heure de durée ; les lochies ont reparu assez abondantes, sans fétidité ; le ventre est moins ballonné ; il n'y a plus de douleur à l'hypogastre ; le pouls bat entre 130 et 136. Persistance de la céphalalgie ; face vultueuse ; un peu de délire la nuit. Râles muqueux aux deux bases postérieures des poumons. L'urine a été analysée tous les jours ; pas d'albumine. (Sulfate de quinine, 1, le matin, et 0,60 à sept heures du soir ; même dose d'alcoolature d'aconit ; fomentations chaudes sur le ventre ; vésicatoire à la base du thorax.)

Le 20, il y a eu deux frissons de courte durée ; sueur abondante ; la céphalalgie persiste ; encore un peu de délire la nuit ; oppression moindre ; toux et expectoration muqueuse. Les ganglions inguinaux sont très-engorgés des deux côtés. Urine rare, rouge, donnant un léger précipité albumineux ; pouls 120, 130. (Sulfate de quinine, 2 grammes en deux fois ; alcoolature d'aconit, 6 grammes ; boissons alcoolisées ; onctions mercurielles sur le pliant des cuisses et le bas-ventre.)

Le 21, un frisson assez fort, avec claquement des dents ; excavation des yeux ; céphalalgie frontale, parfois excessivement vive. Pouls à 140 ; diaphorèse par moments, peau sèche et chaude dans d'autres ; nausées fréquentes ; insomnie et délire la nuit ; agitation ; soif très-vive ; rougeur érythémateuse à la région sacrée et aux fesses. Urine rouge et précipitant assez fortement à la chaleur et par l'acide nitrique. (Tartre stibié, 0,10 ; sulfate de quinine, 0,80 pour le soir ; le reste *ut suprà*.)

Le 22, pas de frisson ; chaleur ardente à la peau ; anxiété ; face légèrement grippée ; voix cassée ; pouls à 130 et 140. Les lochies coulent convenablement et n'ont pas de fétidité. La rougeur érythémateuse a pris le caractère de l'érysipèle ; plaque érysipélateuse sur chaque cuisse ; urine assez abondante et précipitant encore de l'albumine par l'acide nitrique.

Les 23, 24 et 25, l'érysipèle gagne le dos ; il n'est survenu aucun nouveau frisson. La fièvre persiste avec intensité ; le pouls ne baisse pas au-dessous de 130 ; persistance de la céphalalgie ; insomnie ; agitation ; délire nocturne ; urine albumineuse les 23 et 24 ; nulle trace d'albumine le 25. (Décoction de quinquina ; continuer l'alcoolature d'aconit.)

Pendant trois jours, décroissance de la fièvre ; disparition graduelle de l'érysipèle, dont il ne reste que quelques plaques à la cuisse droite. Pas d'albumine dans l'urine ; les ganglions de l'aine restent encore sensiblement engorgés. Les lochies vont bien. (Bouillon ; décoction de quinquina et alimentation légère les jours suivants.)

Le 30 septembre, la malade allait assez bien ; le pouls était tombé à 80. (Alimentation continuée.)

Le 3 octobre, nouveau frisson suivi d'une fièvre violente, avec céphalalgie et délire par moments ; prostration rapide ; face rétractée ; ballonnement du ventre ; pouls à 130 ; froid continuel aux pieds. (Lavement purgatif ; fomentations chaudes sur le ventre ; 0,80 de sulfate de quinine.)

Le 4, face grippée ; aphonie presque complète ; pouls à 156, 160 ; extrémités violacées ; dyspnée avec toux fréquente ; râle muqueux disséminé aux deux bases ; subdélire. (Large vésicatoire sur le thorax ; potion avec 8 gram. de teinture de quinquina et 6 grammes d'alcoolature d'aconit.)

Mort le 5 au matin.

Obs. III. — Madame Dub..., modiste, 36, rue du Faubourg-Saint-Honoré, primipare, âgée de 20 ans, douée d'une constitution à prédominance lymphatique, était arrivée aux derniers moments de sa grossesse avec une complication d'anasarque survenue depuis trois mois environ.

Le 18 du mois d'octobre 1858, les douleurs d'enfantement se déclarent. Une sage-femme dont l'habileté est reconnue est appelée. Au bout de quarante-huit heures de souffrances plus ou moins fortes, mais interrompues par de très-longs intervalles de calme, l'accouchement ne pouvait se terminer. Il y avait une présentation du sommet, et la tête, retenue dans le détroit inférieur, ne pouvait le franchir. Je fus appelé pour terminer l'accouchement.

Madame Dub... avait une anasarque considérable ; les extrémités inférieures étaient extrêmement infiltrées ; l'œdème était tellement fort sur les grandes lèvres, qu'on parvenait avec peine à les écarter et à frayer un passage aux doigts qui devaient explorer. La face était bouffie, les paupières très-œdématiées ; le ventre avait un développement beaucoup plus considérable que ne le comporte une grossesse ordinaire. La sage-femme m'assure que la malade n'a eu aucune attaque d'éclampsie, qu'elle a senti encore la veille son enfant remuer, mais que, depuis vingt-quatre heures, il n'y a plus eu de mouvement de la part du fœtus.

Je terminai l'accouchement avec le forceps et amenai un enfant du sexe masculin, mort depuis peu, bien conformé et à terme.

Je m'enquis alors des antécédents de la malade. Celle-ci avait ressenti des douleurs de reins avant d'être enceinte, et ces douleurs avaient persisté tout le temps de sa grossesse. Elle croyait avoir la face un peu bouffie tout au commencement de la grossesse ; ce n'est que du cinquième au sixième mois que les jambes et tout le corps commencèrent à s'infiltrer. Au reste, la vue n'a jamais faibli. J'examinai les premières urines rendues par madame Dub.. ; elles contenaient une grande quantité d'albumine ; l'anasarque était donc liée à la maladie des reins, et cette néphrite, suivant toute probabilité, et en tenant compte des douleurs rénales, remontait à une date antérieure à la grossesse.

---

connu et non vu qui se dédouble encore quand le premier est déjà détruit ? Quelle est donc, dans la levûre, cette matière glycogène qui se transforme progressivement en sucre aussitôt dédoublé qu'il est produit ? Tout le monde répondra, en s'appuyant sur les conclusions acquises autrefois à la science par les belles recherches de M. Payen, que la matière glycogène est très-probablement la cellulose des globules.

L'expérience a vérifié cet aperçu de M. Pasteur. Cet ingénieux expérimentateur, ce savant observateur a reconnu qu'il suffisait de faire bouillir, pendant quelques heures seulement, la levûre de bière ordinaire avec de l'acide sulfurique très-étendu, suivant les indications de M. Pelouze, pour transformer en sucre, immédiatement et facilement fermentescible, plus de 20 p. 100 du poids de la levûre prise à l'état sec.

Tel est le côté chimique, pondéré de la question. Mais les faits, pour M. Pasteur, doivent être amassés pour qu'on y trouve des idées, et voici celles qui se présentent à ce savant quand il rapproche ces derniers résultats de ces premières découvertes.

La levûre de bière, formée à peu près exclusivement de globules arrivés à leur développement normal, adultes, pourrait-on dire, est mise en présence du sucre ; sa vie recommence et elle donne des bourgeons. S'il y a assez de sucre dans la liqueur, les bourgeons se développent, assimilent du sucre et la matière albuminoïde soluble des globules mères. Voilà ce qui se passe dans les fermentations lentes ordinaires. Y a-t-il, au contraire, un poids de sucre de beaucoup insuffisant pour amener les premiers bourgeonnements à l'état de globules complets, on se trouve dans le cas qui vient d'être décrit et l'on a affaire à une levûre dont les globules sont en quelque sorte des globules mères ayant tous de très-jeunes petits. La nourriture extérieure venant à manquer, les jeunes bourgeons vivent alors aux dépens des globules mères.

Rien ne saurait donc mieux établir, non-seulement que la levûre est organisée, mais que le dédoublement du sucre est intimement lié à la vie des globules ; en d'autres termes, la fonction physiologique des globules de levûre, véritables cellules vivantes, est de donner de l'acide carbonique, de l'alcool, de la glycérine et de l'acide succinique, au fur et à mesure qu'ils se reproduisent eux-mêmes et que s'accomplissent les diverses phases de leur existence.

Voilà comment tout se tient dans la philosophie des sciences, et tel est l'enchaînement qui unit toutes les forces vitales entre elles : une découverte inattendue d'un côté ouvre tout un horizon dans une science voisine. Quel avertissement pour être prudent dans la délimitation à donner dans l'explication des phénomènes, aux énergies d'ordre purement vital !

Qui nous dit aussi que ces belles études sur la fermentation et sur les sucres ne sont pas destinées à jeter quelque jour aussi sur le rôle de la matière glycogène de l'économie animale, qui a fait tant de bruit dans ces derniers temps ?

Giraud-Teulon.

Le lendemain du jour de l'accouchement, douleurs sourdes à l'hypogastre, augmentées à la pression; frisson de courte durée suivi d'une vive réaction; urines toujours fortement albumineuses. (8 sangsues sur le ventre.)

Le 19, les frissons se sont répétés trois fois dans la journée, sans être très-prolongés; le pouls est à 120; les douleurs sont encore vives au bas-ventre; il y a de la céphalalgie et des nausées. La malade a beaucoup uriné, malgré les frissons et la fièvre. Les urines, traitées à l'aide de l'acide nitrique, présentent un précipité albumineux considérable et d'un blanc neigeux. Les reins sont douloureux à la pression. Il n'y a absolument aucun trouble de la vue (Application de 10 nouvelles sangsues à l'hypogastre; purgation avec 40 gr. d'huile de ricin pour le lendemain; fomentations chaudes sur le ventre, après la chute des sangsues.)

Le 20, insomnie; deux frissons pendant la nuit, un troisième dans la matinée, mais moins fort que les précédents; pouls entre 120 et 130; soif très-vive; sentiment de faiblesse très-grand. Il est prescrit 0,50 de sulfate de quinine pour six heures du soir, et la même dose pour le lendemain matin huit heures; tisane de tilleul et de feuilles d'oranger; fomentations sur le ventre.

Le 21, à une heure de l'après-midi, la malade n'a eu qu'un seul frisson depuis la veille; le pouls est large, dépressible et bat 110. Encore un peu de sensibilité hypogastrique. Diaphorèse abondante; douleurs très-vives pour la miction; l'ouverture vulvaire et la face interne des grandes lèvres offrent de vastes excoriations produites par le forceps dans le moment de l'extraction du fœtus. Urines toujours très-albumineuses. (Sulfate de quinine, 0,50 pour le soir huit heures, et 0,50 pour le lendemain matin à la même heure. Dans l'intervalle, potion avec 6 grammes d'alcoolature d'aconit, à prendre par cuillerée d'heure en heure.)

Le 22, il y a eu encore un frisson de peu de durée et de peu d'intensité; le pouls reste dépressible et bat entre 100 et 102. Nouvelle diaphorèse; urines abondantes malgré cela, et toujours fort albumineuses. Douleurs nulles à l'hypogastre. Insomnie. (0,50 de sulfate de quinine, avec addition de 5 centigrammes d'extrait thébaïque; nouvelle potion avec 8 grammes d'alcoolature d'aconit; tisane de chiendent et pariétaire.)

Le 23, les frissons ont fait défaut; la diaphorèse continue; le pouls a baissé à 90. Urines toujours abondantes et très-albumineuses. L'œdème des extrémités inférieures diminue sensiblement; la face reste fortement bouffie; le ventre contient encore une certaine quantité de liquide.

Pendant huit jours, l'alcoolature d'aconit est continuée; frictions sur les membres inférieurs avec la teinture de digitale, trois bouillons par jour.

Le 27, madame Dub... n'avait plus de fièvre depuis quatre jours; l'appétit reparaissait. Les urines continuaient à être abondantes; elles restaient fortement albumineuses, comme précédemment. L'œdème des membres inférieurs avait disparu; œdème des paupières persistant. La malade est alimentée; elle est soumise à la décoction de quinquina, avec dragées de protoiodure de fer. Nous conseillons des cautères sur les reins. Ils sont refusés. Nous restons un mois sans revoir la malade. Après ce laps de temps, nous la trouvons vaquant à ses occupations. Les fonctions digestives sont en bon état. Les douleurs rénales sont presque nulles, mais les paupières restent œdématiées, et les urines sont toujours albumineuses.

Dans cette observation, il s'agit d'une albuminurie chronique liée à la néphrite, remontant à une date antérieure à la grossesse et ayant donné lieu, comme d'habitude, aux suffusions séreuses. Les urines restent fortement albumineuses, lorsque la malade paraît rétablie et que les suffusions séreuses ont disparu. Tout laisse craindre que cette affection poursuivra son cours ordinaire et que de nouvelles hydropisies surviendront ultérieurement. Mais trois faits sont mis en relief ici : 1° la malade n'a jamais eu le moindre affaiblissement de la vue; 2° elle n'a pas eu d'atteinte d'éclampsie durant sa grossesse comme pendant la parturition; 3° enfin, une albuminurie chronique n'a pas mis d'entrave à la disparition des accidents puerpéraux.

Ce fait contraste avec les deux précédents, en ce que nous avons affaire ici à une néphrite albumineuse coïncidant avec la grossesse et donnant lieu à ses accidents habituels, tandis que, dans les autres cas, il n'est question que d'une albuminurie passagère que rien ne peut faire rattacher à une lésion rénale, que tout, au contraire, semble lier à une altération non définie du sang, et qui, sans traitement spécial, disparaît et ne donne lieu à aucun suffusion séreuse. Ici, comme dans une foule de cas que nous relatons dans notre ouvrage, l'albuminurie n'a qu'une valeur pronostique, celle de démontrer la gravité de la maladie fondamentale qui, par la perturbation de l'organisme ou l'altération du sang qu'elle suscite, lui donne naissance. Dans ces cas, l'albuminurie n'a pas besoin de traitement : elle disparaît d'elle-même. Quand, au contraire, elle se lie à la néphrite qui vient compliquer l'affection intercurrente, un traitement spécial et prompt est indispensable si l'on veut arrêter la marche de cette affection, qui, passée à l'état chronique, est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art.

On verra dans notre traité l'exposé de tous les signes à l'aide desquels on peut diagnostiquer avec précision l'albuminurie qui n'est que passagère de celle qui, liée à une néphrite naissante, poursuivra son cours inévitablement si on ne l'attaque avec vigueur sitôt qu'elle apparaît.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OPÉRATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES ET SOUS-CAPSULAIRES; par le docteur LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

(Suite. — Voir les nos 5 et 8.)

ABCÈS CIRCUMTIBIAL GAUCHE; OUVERTURE DE L'ABCÈS; TIBIA ISOLÉ PAR LA NATURE; MORT DU MALADE.

J'ai bien résolu de raconter avec franchise et avec scrupule toutes les histoires et tous les faits que j'ai eu occasion d'observer dans l'extraction sous-périostée. Le fait que je vais narrer, et que je place au nombre des faits malheureux de cette extraction, prouve que je suis un observateur d'une véracité sévère.

OBS. V. — Le 30 décembre 1848, fut reçu à l'hôpital et placé dans ma section, sous le n° d'ordre général 3485, et sous le n° du lit 75, Cerrea (Antoine), de Buronzo, âgé de 13 ans, mort le 28 janvier 1849. Le pauvre enfant est malade depuis longtemps, et en proie à une diarrhée colliquative. Il est aussi affecté d'un abcès circumtibial gauche. Lorsqu'il fut couché et que j'eus reconnu l'abcès, j'incisai ce dernier dans la partie antérieure et moyenne du membre, et j'aperçus la face antérieure du tibia nécrosée. Le tibia, isolé de son périoste, me fit aussitôt connaître que celui-ci constituait les parois internes de l'abcès, où le tibia nageait. L'amputation du membre était hors de discussion, car on n'ampute pas un moribond. L'isolement du tibia s'étendait d'une extrémité à l'autre du corps de l'os. Je prolongeai donc l'incision des jours précédents, en haut et en bas, et, de cette manière, la cavité contenant le corps du tibia nécrosé fut ouverte; je plaçai sous lui les doigts auprès des condyles articulaires; les quelques adhérences qui restaient encore se détachèrent, et l'os sortit. La face du périoste qui correspondait à la partie latérale interne et postérieure du membre était isolée des muscles, et entre les muscles profonds et le périoste, il y avait une cavité remplie de pus, et cette cavité s'ouvrait par quelques trous au côté interne du membre et au côté externe.

L'opération ne dura que peu d'instants; elle fut faite dans l'infirmerie, à l'heure de la visite, sur le lit même du malade. Je jetai un coup d'œil sur ce malheureux enfant; je n'osai fermer par des sutures la cavité périostée, je mis seulement un appareil approximatif.

La diarrhée continua; je ne pus l'arrêter par les moyens ordinaires de l'art. La cavité périostée s'aplanit à cause de l'action musculaire; la continuation de la diarrhée tua le malade.

EXAMEN DE L'OS EXTRAIT. — L'os extrait a une longueur de 23 centimètres; il est très-léger, spongieux; il y a une grande brèche ou cavité supérieurement. La maladie se développa au-dessous de la couche supérieure de l'os; la couche superficielle se détacha et se consuma, l'os resta ainsi isolé en grande partie; l'isolement devint complet en quelque temps. Sa portion supérieure antérieurement, et la partie postérieure du corps présentent une si grande agglomération de boutons sur leurs superficies que je les comparerais à des gouttes de rosée qui seraient gelées sur les feuilles. Ces boutons et ces points sont de nouvelles ossifications.

La nature isole les os du périoste dans leurs maladies. On voit combien l'acte d'isoler le périoste de l'os est conforme à la nature; l'art n'a fait que l'imiter. D'autre part, pouvait-on arrêter sur le bord du tombeau un malheureux qui était près de mourir? S'il y eut erreur, elle n'est pas imputable à la méthode sous-périostée, mais au chirurgien.

EXTRACTION ET REPRODUCTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU CINQUIÈME MÉTACARPIEN DROIT.

OBS. VI. — Degiovanni (Dominique), de Verolengo, provenant de la *Cassine-Blanche*, âgé de 15 ans, maçon de profession, fut reçu à l'hôpital sous le n° d'ordre général 264, et sous le n° de lit 77, le 5 février 1851. Il fut opéré le 2 mai, et il sortit le 5 août 1851. A cette époque, l'os nouveau était en voie de reproduction.

Le malade n'a point eu de maladies antérieures; il a les cheveux rouges, l'esprit vif, le teint blanc; il présente une tumeur sur le dos du cinquième métacarpien, depuis quelques années, du volume d'une châtaigne, et qui a un trou dans son milieu d'où il sort, par la pression, un amas de chairs spongieuses.

L'examen me fit croire à un fongus du périoste du cinquième métacarpien et à la nécrose probable de l'os.

La tumeur étant volumineuse, on ne pouvait pas décider *à priori* que l'affection ne fût pas étendue au quatrième os du métacarpe; toutefois, la place

de celui-ci portait à croire qu'il était intact. Quelle est la condition des articulation du cinquième métacarpien? La maladie s'étant développée dans le centre de l'os, il y a lieu de croire qu'elle n'a pas avancé jusqu'aux épiphyses. L'os paraissait devoir être sain dans son extrémité articulaire inférieure, avec la première phalange du petit doit, et, dans son extrémité supérieure, avec le carpe, par la raison anatomique que les maladies du corps des os longs ne s'étendent pas souvent, d'après la loi générale, aux épiphyses qui, séparées et vivant d'une vie distincte dans le premier âge, jouissent d'une vie séparée du corps de l'os dans leurs maladies.

L'élévation de la tumeur fait voir que l'os augmenta de volume. Je ne l'avais pas encore exploré avec une sonde; probablement l'os s'était raréfié. Le périoste, qui faisait hernie au centre de la tumeur, indiquait ce qu'il devait être dans ses parties internes; celui qui sortait était spongieux, rouge et très-épais. Quel était l'état du tendon extérieur de l'auriculaire? Comme l'auriculaire jouissait de l'intégrité de ses mouvements, il était certain que son tendon n'était pas compris dans la maladie. Le carpe se présentait sain, même dans la proximité du cinquième métacarpien. Que faire? Doit-on opérer ou doit-on temporiser? Dès le premier instant que je visitai le malade, j'eus peu d'espérance de pouvoir arriver à une guérison sans recourir à une opération. Mais une opération, même simple et raisonnée, est toujours un sacrifice auquel on ne doit recourir que lorsque toute espérance à cessé. Il y avait d'ailleurs aucun danger à différer. Je résolus d'employer les cylindres de nitrate d'argent. Je les introduisis plusieurs fois par le trou central de la tumeur dans sa cavité; il s'ensuivit une légère amélioration, la tumeur s'aplanit, mais bientôt elle reprit son état primitif.

Les cylindres étant devenus impuissants, je recourus aux injections iodées; celles-ci étant devenues également infructueuses, je leur adjoignis la compression. La compression ne fut pas tolerée, la peau devenait livide, l'ulcère s'étendait, le malade souffrait cependant avec courage; je dus donc lever aussi l'appareil de compression. Cependant la maladie s'étendait toujours plus: l'ulcère avait acquis un diamètre d'environ 9 lignes, les mouvements du petit doigt étaient plus limités, le cinquième ms métacarpien devint comme bossu vers le côté cubital de la main; la bosse susindiquée me fit supposer qu'il était survenu une rupture de l'os malade; l'augmentation de l'os me fit aussi faire des observations sur sa grande raréfaction; on avait toujours prescrit au malade pour remède journalier l'extrait de gentiane. Je n'explorai jamais en faisant craquer même légèrement le cinquième métacarpien; mon diagnostic était trop juste, à quoi bon le confirmer par la douleur du malheureux malade? Tout avait été tenté, il fallait donc opérer. Quel aurait été le succès de ces cas, si les règles de l'art et de la science avaient été secondées par un séjour dans un endroit sain avec une nourriture adaptée, on en laissant le cours de la maladie à la nature? Peut-être l'os malade aurait-il pu s'exfolier ou sortir peu à peu; mais le malheureux était privé de tout moyen pécuniaire, et la science et la prudence exigeaient le sacrifice. Je résolus d'opérer. Il y avait le danger de la reproduction de la maladie; mais quelle est la méthode qui la peut empêcher?

2 mai 1851. Degiovanni n'était pas prévenu; il avait cependant été purgé le jour précédent. Ayant achevé un instant avant l'opération d'une fistule à l'anus, j'envoyai chercher le petit malade qui se promenait tranquillement dans les salles. Je le fis coucher et étendre la main sur une table; il eut d'abord un peu de crainte que je dissipai en le rassurant.

Incision cutanéo-périostée. — Cette incision pouvait être tracée dans deux endroits distincts: premièrement, sur la marge cubitale du cinquième métacarpien; secondement, sur la superficie dorsale du cinquième métacarpien; la ligne de la marge cubitale se présentait merveilleusement en cas que le mal eût été en réalité limité au cinquième os du métacarpe; les deux voies auraient été bonnes, ce n'était cependant pas le cas de choisir; la maladie avait ulcéré la surface dorsale de la main, c'était donc la ligne qu'il fallait suivre, et c'est, en effet, celle que je suivis. De l'extrémité dorsale inférieure du cubitus, je fis une incision qui s'étendit jusqu'au cinquième doigt, cutanée aux extrémités, profonde sur le milieu de la région métacarpienne, où je pénétrai d'un seul coup dans la cavité formée par l'os. Me voilà bientôt maître de l'opération. Le cinquième métacarpien est rompu plus bas qu'à sa moitié; dans l'endroit de la rupture, il s'était dilaté comme un chouffeur.

Isolement de l'os du périoste. — Le périoste était détaché de l'os, et il y avait une cavité périostée où se trouvaient isolés les deux moignons du métacarpien; vers les extrémités, j'isolai facilement le périoste avec le levier.

Resection. — Lorsque les épiphyses furent isolées, il restait à en accomplir la resection et à s'assurer de l'état du quatrième métacarpien; je ne voulus pas prolonger l'incision cutanéo-périostée; je fis, au contraire, deux incisions cutanées transversales de quelques lignes sur le dos du quatrième métacarpien, afin de ne pas prolonger l'incision longitudinale sur les articulations métacarpo-phalangiennes et métacarpo-carpiennes. Lorsque j'eus isolé les extrémités du périoste, je les coupai avec des tenailles; après avoir achevé la resection, j'explorai le côté radial de la cavité périostée, et je m'assurai du bon état du quatrième os métacarpien.

Bandage. —Heureux et content d'avoir conservé intact et mis le quatrième métacarpien en dehors de l'opération, qui ne dura que quelques minutes, car le malade m'avait secondé avec l'impassibilité d'un stoïcien, je plaçai diverses séries de compresses pour faire une compression latérale postérieure et antérieure; je mis la paume de la main et l'avant-bras sur un petit coussin soutenu par un carton et un bandage circulaire. Je n'y fis pas de points de suture, ce n'était pas le cas; l'ulcère qui existait au dos de la main empêchait de fermer la cavité périostée, les points de suture n'auraient pas pu atteindre le but désiré. Je donnai au malade une potion laudanisée le jour de l'opération, et je prescrivis le semen-contra les jours suivants. Il y eut une fièvre très-légère le soir du premier jour, il fut ensuite apyrétique.

Le 3 mai, je déliai le bandage qui était un peu serré.

Le 4 mai, j'enlève entièrement l'appareil; les alentours de la région opérée, l'avant-bras, la main ne présentent ni œdème ni rougeur. Après avoir lavé la cavité périostée, je vis qu'elle était livide, je cautérisai avec le nitrate d'argent la cavité livide, végétante et grise, je plaçai au-dessus de la charpie, et un appareil comprimant dorsal et palmaire.

Du 4 au 11 mai. Pendant cet intervalle, je cautérisai presque tous les jours légèrement la cavité.

Dans la seconde moitié de mai, j'ajoutai successivement à la cautérisation la compression avec les bandelettes du diachylon.

Juin. Les chairs spongieuses renaquirent toujours constantes et tenaces, je les cautérisai deux ou trois fois par semaine en les perçant d'avant en arrière dans toute la hauteur de la cavité, il sortit un bouton spongieux dans la marge supérieure de la cavité, mais à la fin les cautérisations furent prépondérantes. La main se plie légèrement au côté cubital de l'avant-bras et de la main; afin que celle-ci reprit sa direction naturelle; j'étendis chaque jour le petit doigt afin qu'il ne restât pas plus court. D'après les explorations que je fis en pénétrant avec les cylindres dans la cavité périostée pendant le mois de juin, je pus induire qu'il n'y avait encore aucun commencement d'ossification, chose dont il ne faut pas s'étonner vu les nombreuses cautérisations que l'ont dût faire et répéter. Enfin peu à peu les cautérisations réussirent, et nous arrivâmes lentement à une cicatrice qui fut complète dans les premiers jours du mois d'août. La main avait repris sa forme naturelle. Il y resta une cicatrice longitudinale sur le dos du métacarpe. Les mouvements du petit doigt étaient naturels, et celui-ci ne s'était pas raccourci le moins du monde. Quand le malade sortit, on ne sentait dans l'endroit où j'avais extrait l'os ancien, aucun os nouveau, mais on sentait un cordon dur et fibreux que je regardai comme un commencement d'ossification nouvelle; je ne me trompais pas; il y avait peu de jours que la cavité périostée s'était fermée, quelques jours auparavant on avait dû recourir au caustique, donc l'ossification nouvelle ne pouvait être que dans son premier développement. Je vis plus tard le malade; l'os avait cru, il était dur et aussi gros que l'os opposé, mais il était légèrement aplati sur le côté dorsal. Le petit doigt se contracta légèrement faute d'appareil que le malade ne voulut pas ou ne put placer lorsqu'il fut rentré dans ses foyers.

EXTRACTION ET REPRODUCTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU QUATRIÈME OS MÉTATARSIEN DROIT; EXTRACTION ANCIENNE (OS ET PÉRIOSTE) DU TROISIÈME MÉTATARSIEN DROIT.

Obs. VII — Isacco Joseph (de Gabiano), âgé de 21 ans, laboureur de profession, entra à l'hôpital le 13 mai 1851, et fut reçu sous le numéro d'ordre général 982, et sous le numéro du lit 83, d'où il fut transféré au numéro 38 du lit dans la deuxième section chirurgicale. Il fut opéré le 21 juin et il sortit le 16 août 1851. Le quatrième os métatarsien droit est affecté de nécrose. Le troisième est devenu très-gros. Il existe une élévation entre le quatrième et le troisième métatarsien, et sur son centre il y a une série de petits trous; en explorant avec une sonde dans ces trous, on sentait que l'os était libre, et au choc de l'instrument de fer, il sonnait distinctement, ce qui faisait connaître que l'os était complètement isolé de son périoste. Le malade racontait que différents fragments osseux étaient sortis des trous; pour le troisième métatarsien, on sentait qu'il avait beaucoup grossi, mais je ne vis pas de sinus qui y pénétrassent au dedans. Il y a donc nécrose certaine du quatrième et augmentation de volume du troisième.

Le 21 juin, je résolus d'opérer en faisant une incision entre le quatrième et le troisième métacarpien, qui, en commençant plus bas que le col du pied, passait entre les muscles extenseurs de l'un et de l'autre, en laissant intactes leurs fibres. Ce fut une véritable séparation. J'étendis l'incision à l'espace qui existe entre les doigts et de là à la plante des pieds. Il y eut peu d'hémorrhagie. Le malade fut très-docile. Après avoir écarté les bords de la division, j'incisai le périoste, et aussitôt le corps du quatrième métacarpien apparut isolé et vide; c'était sa partie corticale. L'épiphyse postérieure était saine ainsi que l'épiphyse antérieure.

J'examinai le côté interne de l'incision. On sentait que la portion antérieure du troisième était devenue très-grosse; quelques trous sur le périoste donnaient accès dans l'os; le gonflement était très-près de l'articulation avec la phalange. Je crus qu'il n'était pas prudent d'exécuter l'extraction sous-périostée, mais qu'on devait pratiquer l'amputation dans l'articulation. Quand j'eus séparé la tête de l'os, j'isolai ce dernier, je passai la scie à chaîne, et j'accomplis la resection du périoste et de l'os au niveau de son tiers postérieur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Je rapprochai les parties divisées.

24 juin. J'enlève le premier appareil. La peau du dos et de la plante du pied est entièrement cicatrisée. On reconnaît qu'il y a un abcès profond. Je détache légèrement les tissus à la plante du pied pour faire sortir le liquide; j'introduis un petit cône dans la blessure, et je place des coussins bilatéraux comprimants et un bandage circulaire. Il n'y avait pas apparence de phlegmon ni d'érysipèle au col du pied et à la région opérée.

26 juin. Je place le petit cône ou bourdonnet de charpie au dos du pied, au lieu de le mettre à la plante du pied. Il y a très-peu de suppuration.

7 juillet. Je cautérisai légèrement la cavité. L'incision à la plante du pied se ferma dès les premiers jours de l'opération.

1er août. La cavité est très-petite. Je cautérisai cette cavité pour accélérer la dernière cicatrisation.

10 août. Le sinus est fermé.

16 août. Départ du malade. Le troisième doigt se retire en arrière, l'appui du métatarsien correspondant lui manquant; le quatrième doigt conserve sa longueur naturelle.

Dans les premiers jours du mois d'août, j'explorai l'endroit d'où j'avais extrait l'os; il n'y avait plus qu'un cordon fibreux sous la peau; il me paraissait déjà sentir la nouvelle ossification.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. EDINBURGH MEDICAL JOURNAL.

(Premier semestre de 1858.)

ACTION DE LA LUPULINE; par M. WALTER JAUNCEY.

« D'après les observations que j'ai faites sur l'action de l'huile de lupuline, je conclus qu'elle est sédative et anodine. Elle écarte la douleur sans produire nécessairement le sommeil. A hautes doses, la lupuline réduit la fréquence du pouls de 20 à 30 pulsations par minute (le docteur Baton a abaissé le pouls jusqu'à 36 pulsations); enfin elle amène la céphalalgie, des nausées, la perte de l'appétit. Ces effets sont produits par l'huile soit inhalée, soit avalée. A fortes doses, elle agit aussi comme diurétique; elle diminue l'appétit vénérien. Je pris une fois des doses répétées de lupuline pendant six heures, 10 grains toutes les demi-heures, en tout 120 grains. Le pouls s'abaissa de 30 pulsations par minute et devint intermittent. En même temps, j'éprouvai un sentiment si pénible de faiblesse que je renonçai à pousser plus loin l'expérience. »

L'auteur rapporte un certain nombre d'essais qu'il a tentés sur plusieurs affections, et il conclut :

1° Que la lupuline contient deux principes distincts, dont l'un, qui est l'huile, est purement sédatif et anodin;

2° Que l'autre, qui est probablement l'humuline, ne possède qu'une action tonique sur les organes digestifs;

3° Que la lupuline en substance peut être donnée à très-larges doses, 10 grains toutes les demi-heures, sans produire d'effets dangereux;

4° Que les principaux avantages qu'elle possède sur les autres anodins, c'est d'augmenter les forces digestives au lieu de les diminuer. Les effets variant d'ailleurs selon les individus, il faut chez quelques personnes élever la dose pour produire les mêmes résultats. Enfin la lupuline semble perdre son pouvoir par une administration répétée.

L'auteur préfère donner la lupuline en substance; on en place 10 grains sur la langue; on les fait avaler avec un peu d'eau; cette dose peut être répétée toutes les trois ou quatre heures. On peut également faire mettre la lupuline en pilules, en la manipulant dans un mortier chaud.

OBSERVATION D'UNE URINE CHYLEUSE OU GRAISSEUSE; par le docteur BRAMWELL.

OBS. — Enfant de 8 ans, scrofuleux et tuberculeux, né de parents scrofuleux. Mal nourri, aspect rachitique, ventre proéminent.

Vers le mois de mars, il se plaignit de la vessie et d'avoir de la peine à uriner; son urine ressemblait tout à fait à du lait au moment de l'émission.

Pas de toux, rien d'anormal dans la poitrine, mais il se plaint de symptômes dyspeptiques; douleur d'estomac après les repas, qui sont suivis de renvois gazeux et acides. Appétit diminué; léger mouvement fébrile qui augmente vers le soir.

Urine tout à fait opaque, ressemblant à tous égards à du bon lait, sans odeur urineuse, ne se coagule pas et peut être facilement transvasée. Au repos, elle donne à sa surface une crème abondante, et au-dessous un liquide qui ressemble un peu à l'urine normale. Pes. spécif. 1,0036.

Au microscope, elle présente la ressemblance la plus frappante avec du bon lait. A un grossissement de 450 diamètres, elle se résout en une multitude de globules graisseux de diverses grandeurs, bien définis, sans tendance à se réunir. Leur grosseur moyenne est un peu moindre que celle des globules sanguins. Pas de tubes, pas de dépôts sédimentaires dans l'échantillon frais; mais dans de l'urine un peu vieille, on observe, outre les globules huileux, beaucoup de cristaux rhomboédriques d'acide urique, de l'épithélium de la vessie et des granules organiques.

L'urine présente toujours une réaction acide. Pendant cinq jours consécutifs la quantité émise dans les vingt-quatre heures fut de 22, 32, 30, 35, 23 onces. Le poids spécifique variait beaucoup de 1,0036 à 1,0020.

Elle donnait beaucoup de graisse par l'agitation avec l'éther. Cette graisse, portée à l'ébullition et laissée refroidir, présentait des cristaux ressemblant à ceux de l'acide margarique. La chaleur ni l'acide nitrique n'y décelèrent de l'albumine, quoiqu'on eût pu croire qu'elle en contenait à cause de l'apparence émulsive de l'urine et de la difficulté bien connue de séparer l'albumine dans ces circonstances, surtout lorsqu'elle est à l'état hydraté.

L'acide acétique ne précipitait pas de caséine. Les sulfates et les chlorures étaient très-abondants; on obtenait aussi des traces d'acide phosphorique, ainsi qu'un dépôt rouge brun, quand on la faisait bouillir avec du sulfate de cuivre et de l'eau de potasse. Il y avait un excès d'urée, comme le montrait un dépôt abondant de cristaux d'acide urique.

L'urine reste laiteuse pendant sept semaines, à l'exception de trois jours où elle parut se rapprocher de l'état normal; puis elle commença à revenir peu à peu à l'état physiologique; environ trois mois après sa première apparition l'aspect laiteux avait complétement disparu, et depuis lors elle est demeurée naturelle (6 octobre 1857).

REMARQUES DE L'AUTEUR. — Vu la rareté de l'urine graisseuse sous l'une quelconque de ses trois formes, on n'a guère eu l'occasion de tracer son histoire clinique ou d'étudier ses caractères. Les médecins s'accordent à peine même sur ses caractères physiques. Les auteurs anglais, qui ont écrit sur les maladies urinaires, n'ont jamais observé des globules de graisse bien définis dans l'urine graisseuse; un écrivain assure même qu'il ne peut s'en trouver (Beale, ON THE MICROSC. IN CLIN. MED.), et il fonde sur cette assertion une distinction tout à fait fausse, quand il dit que si l'on découvre des globules graisseux bien définis dans de l'urine dite chyleuse, c'est une preuve qu'on y a mêlé quelque substance étrangère, du lait par exemple, dans un but de simulation.

L'urine graisseuse a cependant été observée par le docteur Simon (de Berlin), non-seulement avec l'apparence granuleuse, amorphe, qu'elle revêt le plus souvent dans cette contrée, mais aussi avec les globules bien définis qui se sont présentés dans le cas que nous décrivons.

Nous sommes disposés à penser avec le docteur Prout que l'urine chyleuse ou graisseuse est produite par quelque dérangement des organes principaux ou secondaires de l'assimilation, que les produits ainsi formés sont impropres à la nutrition, et qu'ils doivent, d'après les lois de l'organisme, être éliminés, puisqu'ils ne peuvent être utilisés pour la réparation des organes.

DE LA FÉCULE CONSIDÉRÉE COMME UN DES CORPS CONSTITUTIFS DE L'ORGANISME ANIMAL; par A. CARTER.

L'auteur avait annoncé cette découverte en 1855, dans l'EDINBURGH MEDICAL JOURNAL, mais elle avait été accueillie avec quelques doutes, et Virchow en particulier a pensé que M. Carter avait pris de la cellulose pour de la fécule. M. Carter revient avec insistance sur ses premières assertions, il les environne de nouvelles preuves, et met enfin hors de doute l'existence de la fécule dans les tissus animaux. Ce fait, rapproché de celui de la présence de la fécule dans le tissu du foie, admise par M. Cl. Bernard, acquiert une très-haute importance pour l'étude des phénomènes intimes de la nutrition.

Etablissons d'abord les caractères des corpuscules de la fécule animale.

Ils sont solides, incolores, transparents, très-réfringents, doués d'une paroi externe ou enveloppe d'épaisseur variable plus forte comparativement sur les petits granules. Ils présentent des apparences qui peuvent les faire classer en deux variétés. Dans l'une, la forme typique est ovoïde, presque sphérique; dans l'autre, elle est celle d'un ovoïde très-comprimé. Toutefois, quelques-uns de ceux qui appartiennent à cette seconde classe sont si irréguliers dans leurs contours, qu'ils défient toute description.

Les premiers possèdent un hile ponctué, linéaire ou étoilé, situé près d'une extrémité (si elle est ovoïde), entouré par une série de lignes ellipsoïdes concentriques. Ces corpuscules montrent à la lumière polarisée quatre rayons noirs équidistants, divergents du hile; ils tournent autour de ce point, comme autour d'un axe, quand le mouvement rotatoire est communiqué à l'appareil polarisateur.

Les seconds, qui sont les plus communs, montrent rarement les lignes concentriques, mais au centre de ces corpuscules on voit parfois le contour ombré de quelque chose qui ressemble à un noyau, mais qui n'en est pas un en réalité. Un grand nombre de ces corpuscules sont dépourvus de hile, à moins qu'on ne considère comme tel l'apparence qui vient d'être indiquée; dans quelques-uns pourtant le

bile est signalé par une tache superficielle, ou un pli linéaire situé sur leur marge.

La lumière polarisée affecte cette variété, mais non d'une manière aussi frappante que la première. Maints corpuscules cependant montrent la croix noire, si l'on prend soin de rendre le champ du microscope parfaitement noir, et d'exclure de l'œil tous les rayons de lumière qui n'ont pas traversé le corps de l'instrument.

On rencontre parfois des corpuscules dont le contenu a un aspect plus ou moins grenu, et dont l'extérieur est ridé et irrégulier, ils semblent flasques, comme s'ils étaient en partie vidés de la matière qu'ils contenaient.

Les caractères suivants s'appliquent également aux deux espèces. Leur grosseur varie d'une manière considérable, soit qu'on les observe dans un même sujet ou sur des sujets différents. Les uns ont moins de 1/12,000 de pouce, d'autres peuvent être vus à l'œil nu, car ils atteignent un diamètre de 1/195 de pouce. Le plus communément, ils ont de 1/1500 à 1/1000 de pouce. La plupart, soumis à la pression, se déchirent sans subir aucune extension latérale; d'autres sont évidemment élastiques et capables d'être aplatis et étendus avant de se rompre. En contact avec une solution aqueuse d'iode, ils prennent une couleur bleue, bleue pourpre, pourpre, quelquefois même pourpre rouge ou lilas, les teintes variant, d'après quelque cause ignorée, comme dans les fécules végétales. Si on les fait sécher après les avoir iodisés, leur couleur passe au brun rouge. L'acide sulfurique les gonfle et les grossit de plusieurs fois leur volume primitif, leur enveloppe restant quelque temps intacte, à moins que l'acide ne soit trop concentré. Mais l'action prolongée de l'acide les dissout entièrement à la longue.

Il est presque inutile de mentionner que les deux sortes de corpuscules que je viens de décrire, correspondant à deux variétés qu'on rencontre chez les végétaux. L'une est identique avec la fécule de pomme de terre, l'autre a les mêmes caractères que la fécule des céréales communes.

De pareils corps ne peuvent être de la *cellulose* divisée en corpuscules, pour plusieurs motifs, mais surtout à cause de l'action de l'acide sulfurique sur ces granules; elle est suffisante pour distinguer la fécule sous la forme corpusculaire de tous les autres corps actuellement connus.

Quant à la relation de la fécule avec les différents organes, l'auteur résume ses observations ainsi qu'il suit :

1° Partout où l'on trouve le tissu aréolaire ou un tissu homologue, on peut s'attendre à rencontrer des corpuscules de fécule : par exemple, dans le stroma de l'ovaire, les substances interlobulaires du rein, du pancréas;

2° Ils se montrent fréquemment au milieu des cellules élémentaires dont les organes sont principalement formés, c'est ainsi qu'on les observe dans le foie, le cerveau, et parmi les cellules épithéliales des muqueuses;

3° Bien qu'on les trouve parfois dans une cellule, ils ne prennent jamais la place du noyau et ne coexistent jamais avec lui.

Les corpuscules de fécule que l'on trouve dans les animaux doivent être en général considérés comme un produit physiologique; l'homme et quelques-uns des animaux inférieurs à lui doivent être regardés comme un organisme qui secrète de la fécule.

Sans même faire appel aux faits récemment mis en lumière par M. Bernard, ceux que l'auteur avait produits suffisaient à établir ces propositions, car qui pourrait résister à l'évidence fournie par l'apparition constante de ces corpuscules dans les tissus sains et morbides d'individus, morts de diverses maladies, aussi bien que dans les tissus d'animaux qui ont été mis à mort en pleine santé, et qu'on n'avait d'ailleurs aucun motif de supposer malades.

La présence de la fécule chez les animaux est nécessaire à l'état physiologique, si non à la conservation de la vie des individus appartenant aux principaux groupes zoologiques, puisqu'on l'a constamment trouvée dans les membres principaux de ces groupes.

Les corpuscules se développent, s'accroissent et meurent, comme le prouvent leurs dimensions variables, les conditions diverses de leur enveloppe, et les différents aspects de leur contenu.

Leur fonction n'est pas locale, mais générale, comme l'indique leur dissémination à peu près égale dans presque tous les tissus du corps.

Une partie de la fécule trouvée dans l'organisme à l'état de santé, est apparemment sans emploi et excrémentitiel, comme le montre sa présence dans l'urine et dans le mucus bronchique.

Il semble que la fécule peut remplir dans l'économie deux fonctions spéciales. La première, fondée sur sa facile conversion en composés solubles et aisément oxydables, peut être de fournir des matériaux à la chaleur quand l'organisme est appelé à fournir une soudaine augmentation de calorique; la seconde, de produire, au moyen de ses métamorphoses, de l'acide lactique et du suc gastrique.

La fécule animale peut venir de deux grandes sources : des ingesta et de la désagrégation des tissus. Quant à présent, il est impossible de dire s'il existe un organe spécial chargé de fabriquer la fécule. M. Bernard a cru dernièrement pouvoir en limiter la fabrication dans le foie, mais il ignorait peut-être que cette substance avait été trouvée dans sa forme corpusculaire, dans d'autres parties du corps, aussi bien que dans le foie.

TÉTANOS TRAITÉ PAR L'EXTRAIT DE CHANVRE INDIEN, A HONDURAS; par M. E.-W. SKUES.

Une petite fille de 9 ans tomba sur des fragments de verre et se fit une coupure au bord radial du poignet droit. La plaie guérit promptement et laissa une cicatrice triangulaire. Un mois après l'accident elle se plaignit de douleurs dans le dos, mais la cicatrice ne devint pas douloureuse. Deux ou trois jours après elle fut prise subitement de roideur dans le bras et la jambe droite, et de douleur dans le bras. Ces membres sont contracturés, la main fléchie sur l'avant-bras, le genou à demi-fléchi, le pied droit tourné en dedans. Pouls souple, à 80, langue blanche, ventre libre, physionomie ouverte; pas de difficulté à ouvrir la bouche.

On ordonna un purgatif; le lendemain elle était mieux. Aucun changement notable jusqu'au cinquième jour, où l'on observe que la bouche s'ouvre avec peine, mais le sixième jour ce symptôme est plus marqué. Puis vinrent de fréquentes attaques d'opisthotonos, le pouls est rapide et faible, la contenance abattue. La bouche ne s'ouvre qu'en partie et avec peine.

On se détermine à donner le chanvre indien. Extrait alcoolique mêlé avec de l'eau pour l'administrer. La dose fut d'abord d'un quart de grain, puis de 2 grains toutes les heures jusqu'à la production du narcotisme.

On donnait d'ailleurs de bons potages à l'arrow-root et du vin. Le médicament amena un soulagement marqué; on en prescrivit de 4 à 18 grains par jour, et l'enfant fut tenu presque constamment dans le narcotisme. Les attaques de spasme tétanique s'affaiblirent. Après douze jours on cessa le remède, et l'enfant se rétablit parfaitement, bien qu'elle conservât pendant huit ou dix jours un peu de roideur dans le bras, après que les autres symptômes eurent disparu.

Le médicament parut agir comme un sédatif direct, ne causa que peu d'excitation et n'amena pas la constipation.

Ce fait vient à l'appui de ceux qui ont été publiés par le docteur O'Shaugnessy, et par d'autres praticiens américains. Il engage à étudier d'une manière plus sérieuse et plus méthodique les effets de cet agent thérapeutique.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR LA REPRODUCTION COMPLÈTE DES OS ET SUR LA FORCE MORPHOPLASTIQUE; par M. FLOURENS.

Il y a bientôt vingt ans que, dans un Mémoire lu à l'Académie (séance du 4 octobre 1841), j'ai prouvé, en m'appuyant sur les expériences les plus décisives, que l'os se forme dans le périoste, que le périoste forme l'os, que l'os n'est que le périoste ossifié.

Dans ma THÉORIE EXPÉRIMENTALE DE LA FORMATION DES OS, ouvrage publié en 1847, et qui n'est que la réunion de mes nombreux mémoires lus à l'Académie, je m'exprime ainsi :

Ma théorie de la formation des os repose sur les six propositions suivantes :

La première, que l'os se forme dans le périoste;

La seconde, qu'il croît en grosseur par couches superposées;

La troisième, qu'il croît en longueur par couches juxtaposées;

La quatrième, que le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os;

La cinquième, que les têtes des os sont successivement formées et résorbées, pour être reformées encore, tant que l'os croît;

Et la sixième, que la mutation continuelle de la matière est le grand et merveilleux ressort du développement des os.

J'ajoute plus loin (chap. IV, p. 66) :

Je reviens à la faculté merveilleuse qu'ont les os de se reproduire et je prouve, dans ce chapitre, que le périoste reproduit et rend toutes les portions d'os qu'on lui ôte;

Je prouve même qu'on peut détruire le périoste, qu'il se reproduit, et que, une fois reproduit, il reproduit l'os.

Je conclus enfin ce même chapitre par ces paroles :

... Le périoste est donc la matière, l'organe, l'étoffe qui sert à toutes les reproductions des os;

Le périoste est l'organe qui produit les os et qui les reproduit : aussi nulle autre partie de l'économie animale ne jouit-elle à un égal degré de la faculté de se reproduire;

Quelques jours suffisent à sa reproduction, et cette reproduction est inépuisable;

On peut retrancher une portion de périoste, elle se reproduit; on peut la retrancher encore, et elle se reproduit encore, etc.

L'objet de ce nouveau travail est de prouver que non-seulement l'os se reproduit tout entier par le périoste, mais, ce qui est un point très-distinct du phénomène, qu'il s'y reproduit avec sa forme primitive la plus complète.

Dès 1841, j'avais répété les expériences de Troja, expériences qui, bien comprises, nous montrent, d'une part, tout un os actuel périssant par la destruction du périoste interne, et de l'autre, tout un os nouveau se reproduisant par le périoste externe (1).

Je suis revenu à ces expériences pour les étudier sous mon nouveau point de vue, celui de la reproduction de la forme.

J'ai fait représenter, fig. 1 de la Planche qui est sous les yeux de l'Académie, un radius de bouc à l'état sain, et sur lequel il n'a été fait aucune opération.

La fig. 2 représente un radius de bouc tout nouveau et entièrement reproduit. Ce radius est plus gros que le précédent, parce qu'il en contient un autre dans son intérieur, savoir : le radius ancien, le radius mort par suite de la destruction du périoste interne.

Les fig. 3 et 4 représentent le même radius nouveau, ouvert longitudinalement.

La moitié, fig. 3, contient encore la moitié qui lui correspond du radius ancien et mort.

La moitié, fig. 4, a été débarrassée de sa moitié de radius ancien et mort, et laisse voir la nouvelle membrane médullaire (ou périoste interne) avec toute sa richesse première d'organisation.

La fig. 5 est la seconde moitié du radius mort, dégagée de la seconde moitié du radius nouveau, et déjà en grande partie érodée et résorbée.

Voilà donc un radius nouveau, complétement reproduit, et, ce qui fait ici mon objet principal, reproduit avec toute sa forme.

Les os reproduisent donc leurs formes.

Le radius nouveau a reproduit la forme du radius ancien. Mais peut-être, me sois-je dit, y a-t-il été aidé par le radius ancien; peut-être ce radius ancien lui a-t-il servi de noyau, de moule intérieur, comme eût dit Buffon; peut-être la forme de l'os ancien a-t-elle donné la forme à l'os nouveau.

Pour lever ce doute, j'ai eu recours à une autre expérience. Rien n'est plus compliqué, dans les os, que leurs extrémités, que ce que l'on appelle leurs têtes.

J'ai retranché l'olécrane sur plusieurs cubitus (2).

La fig. 10 représente un cubitus à l'état normal; la fig. 11, la portion d'olécrane retranchée; la fig. 12, le reste du cubitus.

Les fig. 13, 14 et 15 représentent le nouvel olécrane qui se reproduit; il l'est à demi dans la fig. 13; presque en entier dans la fig. 14; il l'est en entier dans la fig. 15.

Mais peut-être, me suis-je dit encore, l'olécrane nouveau a-t-il trouvé, pour reprendre sa forme, un secours particulier, une sorte de moule extérieur dans la cavité de la tête inférieur de l'humérus, destinée à le recevoir.

Pour lever encore ce nouveau doute, j'ai retranché, sur plusieurs animaux (3), toute la moitié supérieure du péroné.

La fig. 17 représente le péroné d'un chien à l'état normal; la fig. 18, la portion de péroné qui a été retranchée; la fig. 19, la portion de péroné qui a été conservée.

Les fig. 20, 21, 22 et 23 représentent le nouveau péroné qui se reproduit. La reproduction commence fig. 20; elle est plus avancée fig. 21; plus encore fig. 22; elle est complète fig. 23.

Cette fig. 23 nous représente le péroné tout entier avec sa forme première, et, ce qui est plus étonnant encore, avec son épiphyse, et cette épiphyse à sa place ordinaire et accoutumée.

On le voit : il n'y a plus ici de moule d'aucune espèce, ni extérieur ni intérieur, plus de secours, plus d'aide; le péroné est un os entièrement libre, que rien ne contraint, que rien ne gêne. Cependant il se reproduit, et, ce qui est, à ce moment, tout ce que je cherche, il reproduit sa forme; il fait bien plus; il fait ce à quoi je n'aurais jamais osé m'attendre, il reproduit jusqu'à son épiphyse.

C'est donc en lui, en lui-même, en lui péroné, ou plutôt c'est dans l'organe qui produit le péroné, c'est dans le périoste que se trouve et réside la force de reproduction.

C'est cette force individuelle et propre, cette force qui reproduit la forme, que j'appelle force morpho-plastique (1).

(1) Voyez le résultat de mes expériences faites à la manière de Troja, dans ma Théorie expérimentale de la formation des os, p. 34 et suiv.

(2) Sur des cubitus de chiens.

(3) Lapins et chiens. Je ne représente ici que la série de mes expériences sur les chiens. Celle sur les lapins n'est pas moins complète.

(1) Il y a donc des forces qui reproduisent les parties retranchées, et qui les reproduisent avec leurs formes. Les forces reproductrices sont donc non-seulement des forces plastiques, comme les appelaient les anciens; ce sont des forces morpho-plastiques. (Voyez mon livre intitulé : De la vie et de l'intelligence, p. 22.)

POISSONS ÉLECTRIQUES.

M. Schultze, en adressant pour le concours Montyon, médecine et chirurgie, deux mémoires qu'il a publiés sur les poissons électriques, y joint une indication sommaire des faits nouveaux qu'il y expose. Nous extrayons de cette analyse les passages suivants :

1° Dans les organes électriques des trois poissons se trouvent des lames singulières très-délicates et transparentes, d'une substance homogène, gélatineuse, dans laquelle on remarque, lorsqu'on l'examine avec le microscope, quelques cellules ou noyaux isolés. Ces lames sont une continuation directe des nerfs qui aboutissent dans ces organes, ou plutôt de *cylinder axis* des fibres élémentaires, dont elles paraissent avoir la constitution chimique. Ce sont les *lames électriques*.

2° Dans le gymnote et le malaptérure, une des surfaces de ces lames est tournée du côté de la tête, l'autre du côté de la queue; dans la torpille, une surface vers le ventre et l'autre vers le dos. Leur position est ainsi, chez le gymnote et le malaptérure, la même que celles des diaphragmes secondaires ou transversaux fibreux; chez la torpille, où manquent les diaphragmes fibreux transversaux, elles remplacent ces derniers.

3° Un côté de chaque lame électrique est uni aux nerfs qui entrent dans les cellules de l'organe, tandis que l'autre côté est libre et touche à un tissu muqueux. La surface qui est en relation avec les nerfs est toujours tournée vers la partie du poisson qui est négative au moment de la décharge; ainsi dans le gymnote vers la queue, dans le malaptérure vers la tête, dans la torpille vers le ventre. M. Bilharz avait cru voir dans le malaptérure que les nerfs entraient dans la lame électrique du côté tourné vers la queue, et qui, d'après les recherches de M. Ranzi (2) et M. du Bois-Reymond (3), est le côté positif, ce qui serait en contradiction avec la loi dont nous avons parlé plus haut. En effet, les fibres élémentaires des nerfs ont cette direction; or j'ai découvert le fait curieux que les fibres, après avoir atteint les lames électriques du côté positif, *les traversent* pour entrer dans la lame du côté négatif comme dans les autres poissons.

4° Là où l'on croyait voir, dans les organes électriques, des espaces remplis de liquide, il ne se trouve, en effet, que du tissu muqueux (*gallertiges bindegewebe, schleimgewebe*, Virchow) traversé par des vaisseaux sanguins capillaires.

5° Il y a quelque chose de semblable aux organes électriques dans les organes pseudo-électriques de la queue des raies et des mormyres. Déjà M. Robin avait trouvé, dans les premiers poissons, un tissu particulier qu'il appelait tissu électrique. J'ai démontré que ce tissu forme, dans chaque cellule, des appareils pseudo-électriques des raies une lame qui est une continuation immédiate des nombreux nerfs de l'organe. Voilà une analogie parfaite avec la lame électrique. Il en est à peu près de même pour les mormyres, comme l'a démontré M. A. Ecker. Cependant il existe, d'après mes observations, une différence essentielle entre les lames pseudo-électriques et électriques. Ces dernières sont formées d'une substance homogène parfaitement transparente, gélatineuse, tandis que les pseudo-électriques sont composées de couches de lames très-minces collées les unes aux autres, qui donnent parfois à ce tissu l'apparence de la substance des fibres musculaires striées. Ainsi on peut distinguer deux sortes de lames électriques : les *striées*, comme dans les raies et les mormyres, et les lames *unies* des organes vraiment électriques dans le gymnote, le malaptérure et la torpille. C'est une différence semblable à celle qu'on trouve entre les fibres musculaires striées (animales) et les fibres musculaires unies (végétatives).

— M. Mazade, qui avait déjà (en 1851 et 1852) entretenu à plusieurs reprises l'Académie des découvertes qu'il annonçait avoir faites relativement à la composition des eaux minérales de Nérac, envoie aujourd'hui une nouvelle note sur le même sujet, note dans laquelle, du reste, il n'est point question des moyens d'analyse auxquels il a eu recours.

(Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Berthier, Balard, Bussy.)

— M. Velpeau présente au nom de l'auteur, M. Cosco, la note suivante accompagnant l'image photographique d'une altération de la choroïde :

Les altérations anatomiques des membranes profondes de l'œil ne peuvent être que rarement vérifiées par un examen direct; leur décomposition s'opère rapidement; il en résulte qu'elles sont généralement peu connues. D'un autre côté, les observations ophthalmoscopiques se multiplient de jour en

(2) Arch. fur physiol. von Reichert u. du Bois-Reymond; 1859, p. 210.

(3) Monatsb. der Acad. d. Wiss., zu Berlin, 1857, p. 424.

jour, réclament un contrôle anatomique sérieux, qui peut seul conduire à fixer l'opinion des pathologistes sur la valeur de ces observations. C'est dans ce but qu'ayant eu occasion d'examiner un grand nombre d'affections oculaires, j'ai cherché à obtenir les images photographiques de ces lésions.

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie un spécimen de ces essais, représentant une altération de la membrane choroïde, que je désigne sous le nom d'*atrophie partielle*.

On peut sur cette planche, qui représente la pièce avec un grossissement de 2 1/2 diamètres, reconnaître les particularités suivantes : la papille ; une large portion de la choroïde où manquent à la fois les vaisseaux et le pigment, et où l'on voit la sclérotique par transparence ; au côté opposé de la papille une tache plus petite, de même nature ; un îlot de pigment circonscrivant la papille à sa partie interne ; la partie circonférentielle de la choroïde, à peu près normale.

Je compte présenter prochainement à l'Académie d'autres lésions intra-oculaires dont les images photographiques sont prises comparativement sur le vivant et sur le cadavre.

DE LA NATURE DES GRANULATIONS QUI REMPLISSENT LES CELLULES HÉPATIQUES : AMIDON ANIMAL.

(Lettre de M. SCHIFF à M. FLOURENS.)

Je viens d'apprendre par les journaux que, dans une des dernières séances de l'Académie, M. Cl. Bernard a annoncé avoir enfin découvert le siége anatomique ou de la forme morphologique de la substance glucogénique du foie dans les granulations qui occupent l'intérieur des cellules hépatiques. Il appuie sa manière de voir sur ce que :

1° Ces granulations sont insolubles dans de la potasse caustique, et que, par conséquent, elles ne contiendraient pas d'azote ;

2° Sur la coloration vineuse que la teinture donne à ces granulations.

L'amidon animal, d'après ces recherches, ne serait plus une pure supposition, ne serait plus le produit d'une décomposition artificielle ; mais il entrerait, de même que chez les plantes, comme élément morphologique, comme un tissu formé dans la composition anatomique des organes.

Quoique les raisons par lesquelles M. Bernard justifie sa manière de voir ne me paraissent pas encore suffisantes, je suis parfaitement d'accord avec lui pour regarder *une partie* des granulations dans l'intérieur de la cellule hépatique comme de l'amidon animal ; mais je prendrai la liberté de faire remarquer que ce résultat n'est pas aussi nouveau que M. Bernard paraît le croire. Déjà en 1856 j'avais trouvé, indépendamment de M. Bernard, que l'apparition du sucre dans le foie est précédée par une espèce d'*amidon animal* qui se transforme en sucre par un ferment particulier. J'avais trouvé que le ferment manque *complétement* (et non *en partie*, comme on l'a dit depuis) chez les batraciens en hibernation, mais que l'amidon continue à se produire chez ces animaux. Trouvant le foie rempli de ce corps, je devais chercher à le reconnaître à l'aide du microscope. C'est alors que j'ai observé les faits suivants, que j'ai publiés dans le premier fascicule des ARCHIVES DE TUBINGUE, de 1857, dans une communication datée du 18 mars.

Dans l'intérieur des cellules hépatiques, on trouve un noyau central entouré de deux espèces de granulations.

A. Les granulations de la première espèce sont plus grandes, à contours très-marqués, presque noirâtres. Elles sont solubles dans l'alcool et l'éther, deviennent diffluentes dans les alcalis et les acides. Leur nombre est peu considérable ; il n'y en a souvent que huit à vingt dans une cellule hépatique. Je crois que ce sont des globules graisseux.

B. La seconde espèce consiste dans des granulations beaucoup plus petites. Ce sont des globules parfaitement arrondis, mais dont les contours sont pâles, quoique assez visibles. Leur nombre est, en général, très-considérable ; ils sont insolubles dans l'alcool et dans l'éther, prennent une couleur jaune-brunâtre par la teinture d'iode acidulée et ressemblent, sous ce rapport, à l'amidon des fleurs composées, par exemple du dahlia et de l'arnica. Ce sont ces granules de la seconde espèce que, depuis 1857, je regardais comme un véritable amidon animal, en m'appuyant sur les faits suivants :

1° Si le foie produit la matière glycogène, mais si le ferment *manque* dans le sang, de sorte qu'il ne forme pas de sucre, les cellules hépatiques contiennent une quantité énorme de ces globules. La cellule en est remplie et distendue.

2° Si l'on expose des cellules hépatiques à un liquide qui contient un ferment, et que l'on renouvelle de temps en temps en examinant les cellules, on voit le liquide se charger de sucre pendant que les globules diminuent. S'il n'y a plus de globules dans les cellules, la production sucrée a cessé.

3° Chez les batraciens à l'état normal et chez les mammifères et les oiseaux, dont le foie est sucré au moment de la mort, la quantité de ces globules est encore très-grande ; cependant elle est moindre que chez les batraciens en hiver.

4° La quantité de ces globules au moment de la mort est toujours en relation avec la quantité de sucre que le foie peut fournir. C'est ainsi que j'ai pu prédire, par l'inspection microscopique, si le foie donnerait beaucoup, peu ou point de sucre.

5° Pendant la transformation des globules en sucre, ils passent par l'état de gouttelettes jaunâtres, solubles dans l'eau, insolubles dans l'alcool, que je regarde comme de la dextrine animale. Ces gouttelettes sont un troisième élément, que l'on trouve dans les foies qui contiennent en même temps de la matière glycogène et du sucre.

6° Lorsque le printemps fait paraître le ferment dans le sang des grenouilles, les gouttelettes remplissent les cellules hépatiques, dont les globules commencent à diminuer. C'est ce qui produit le changement de couleur du foie, qui est plus foncé, brun, en hiver, et devient plus jaune, rougeâtre, en printemps.

7° Ce changement de couleur a lieu à une époque différente du printemps pour les différentes espèces de batraciens. Il survient très-tard chez la grenouille verte (*rana esculenta*), dont le foie en Suisse ne devient sucré que vers la fin de mai. Le changement a lieu plutôt chez les adultes que chez les jeunes animaux, plus tôt chez les crapauds (*bufo cinereus*) femelles que chez les mâles.

8° C'est à tort qu'on a prétendu que la température chaude suffit pour produire le ferment et opérer la transformation de l'amidon hépatique. Sous certaines conditions, chez les batraciens, on peut empêcher le ferment de se produire, même en été, et j'ai gardé un grand nombre de grenouilles plus de seize mois, sans que le foie eût montré trace de sucre, les cellules étant toujours remplies d'amidon.

9° Dans certains cas, ces globules peuvent être absorbés sans produire de la dextrine et du sucre. Il m'a paru qu'ils subissent alors une transformation qui donne naissance à de l'acide oxalique.

10° Les foies malades des mammifères, des oiseaux et des grenouilles qui ne contiennent point d'amidon, ont une couleur encore beaucoup plus foncée, plus noire, que lorsqu'il ne manque que la transformation glucosique de l'amidon.

11° Pendant l'hibernation des mammifères, le ferment et l'amidon hépatique ne manquent pas ; mais la quantité d'amidon est diminuée. On voit chez les marmottes, vers la fin de l'hibernation, que les globules de la seconde espèce sont séparés par des lacunes assez larges, qui ne contiennent que peu de gouttelettes de dextrine.

12° Si l'on traite des tissus azotés organiques avec du sucre de canne et de l'acide sulfurique concentré, ils deviennent d'abord jaunes, et ensuite rouge-pourpre. Cette réaction, que Schacht n'a jamais retrouvée pour les tissus non azotés des plantes, ne se montre pas si l'on examine les globules d'amidon dans les cellules hépatiques pendant que le reste de la cellule devient rouge. Je pense donc que ces globules ne contiennent pas d'azote.

Depuis plus de deux ans que j'ai publié ces observations, je les ai toujours constatées dans des expériences variées et très-souvent répétées. M. Nasse (de Marbourg), dans un mémoire sur le foie, qu'il a publié l'an passé dans le journal de Beneke, Nasse et Vogel, a confirmé que l'existence et le nombre des globules que j'ai désignés sous le nom d'*amidon animal*, est en rapport avec la quantité de sucre qu'on peut obtenir du foie et avec la coloration de ce viscère chez les mammifères. De plus, il a confirmé la réaction de l'iode sur ces globules.

La *matière glucogène*, qui a été isolée par M. Bernard à peu près à l'époque où j'ai décrit les globules d'amidon des cellules hépatiques, n'est pas un élément anatomique préexistant, mais le produit de la destruction de l'amidon animal par les procédés de l'analyse. De là s'explique l'état *amorphe* de cette matière et la différence de la réaction de l'iode, qui teint en rouge violet. M. Bernard n'aurait été fondé à parler d'un véritable *amidon* animal qu'après avoir démontré sa présence en globules dans l'*intérieur* des tissus. Voilà ce qui a été fait par les observations qui précèdent.

REMARQUES A L'OCCASION DE LA COMMUNICATION PRÉCÉDENTE ; par M. CLAUDE BERNARD.

Les observations de M. Schiff sur la formation du sucre dans le foie, au moyen d'une matière amylacée animale, sont en tout point confirmatives des miennes. Dès lors, je ne comprends pas bien ce que ce physiologiste pense réclamer. Lorsqu'il y a quelques années j'annonçai chez les animaux l'existence d'une matière amylacée glycogène, elle excita d'abord des dénégations et de vives contradictions ; aujourd'hui, elle est devenue l'objet de contestations et de réclamations diverses. Je n'ai jamais considéré qu'il y eût lieu de se plaindre de cet état de choses qui se voit assez souvent dans l'évolution des questions scientifiques, parce qu'au milieu de tout cela les expériences se multiplient et la science avance toujours. Seulement, comme M. Schiff a cité des dates dans sa communication, je vais rappeler, en quelques mots, les époques de publication de mes expériences, afin de montrer qu'il n'y a pas de confusion possible, et par conséquent, il me semble, pas matière à discussion sur les diverses réclamations relatives à la substance amylacée glycogène animale.

1° En 1854 (LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, vol. I, p. 241 à 257, 393 à 399), j'ai signalé dans divers tissus, chez les fœtus de mammifères, la présence d'une matière glycogène que j'ai qualifiée du nom de *sorte de fécule animale* (*loc. cit.*, p. 250), quoique je n'eusse pas encore pu l'isoler, ainsi que je l'ai fait plus tard. A la même époque et dans le même ouvrage (*loc. cit.*, p. 248 à 255), j'ai comparé longuement le rôle des matières sucrée et amylacée dans l'évolution organique des animaux et des végétaux, et j'ai conclu que ces matières semblent entrer, comme condition essentielle du développement des tissus, dans les deux règnes des êtres vivants. C'est la même opinion avec des arguments nouveaux que j'ai présentée dernièrement à l'Aca-

démie sons ce titre : DE LA MATIÈRE GLYCOGÈNE CONSIDÉRÉE COMME CONDITION DE DÉVELOPPEMENT DE CERTAINS TISSUS, AVANT L'APPARITION DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE. (COMP. REND. DE L'ACAD. DES SC., t. XLVIII.)

2° En 1855 (COMP. REND. DE L'ACAD. DES SC., t XLI), j'ai publié l'expérience qui me semble fondamentale pour la théorie glycogénique : c'est celle qui montre que le foie d'un animal adnlte et dans de bonnes conditions se charge de nouveau de sucre après la mort, qnand on l'a préalablement débarrassé de celui qu'il contenait pendant la vie par un lavage convenable opéré à travers les vaisseaux de l'organe. J'ai prouvé par cette expérience, en la variant de diverses manières, que le sucre ne se forme pas chez les animaux, comme l'admettaient quelques théories chimiques, par un dédoublement direct de certains éléments du sang, mais par fermentation glycolique analogue à la formation du sucre dans les végétaux, c'est-à-dire au moyen d'une substance insoluble qui devenait soluble en se changeant en sucre sous l'influence d'un ferment : d'où il résulte qu'après la mort le foie se surcharge d'une quantité de sucre beaucoup plus grande que celle qu'il renferme pendant la vie et qui est relativement très-faible, etc.

3 En 1857 (LEÇ. FAITES AU COLLEGE DE FRANCE, t. IV, p. 444; t. VII, p. 125 à 131; COMP. REND. DE L'ACAD., t. XLIV, 23 mars 1857 (1)), j'ai fait connaître à l'Académie la matière amylacée hépatique à l'état isolé, et je l'ai même alors appelée *amidon animal*. Par suite de mes expériences de 1855, j'avais d'ailleurs été conduit à reconnaître déjà depuis longtemps cette matière amylacée, et j'en avais montré les réactions à toutes les personnes qui fréquentent mon laboratoire au collège de France, pendant les tâtonnements très-longs par lesquels j'ai dû passer avant de la purifier convenablement. Cette matière purifiée a été reconnue comme isomère de l'amidon végétal. J'ai montré que cette substance a tons les caractères physiologiques, chimiques et physiques de l'amidon végétal, de se changer en dextrine et en sucre sous l'influence des acides énergiques et par l'action des ferments diastasiques animaux et végétaux. L'action de la dextrine animale et du sucre sur la lumière polarisée a été constatée à l'appareil de M. Biot, etc., etc. Enfin, j'ai montré que le ferment physiologique de cette matière amylacée hépatique se rencontre dans le tissu du foie et dans le sang. J'avais également à cette époque employé d'autres réactifs, tels que la potasse, l'iode, etc., que je n'ait fait que rappeler dans mes dernières communications.

Avant la publication des expériences d'ailleurs très-intéressantes de M. Schiff, j'avais donc signalé le mécanisme de la glycogénie animale qui a lieu, comme chez les végétaux, par fermentation glycosique. M. Schiff dit lui-même qu'il est d'accord avec moi : seulement il croit avoir mieux caractérisé et localisé microscopiquement l'amidon hépatique, et il penserait ainsi avoir prouvé mon opinion mieux que moi-même. Si cela est, je ne puis qu'en être très-satisfait; mais, je le répète, je ne vois pas que cela puisse donner lieu à une réclamation de sa part.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après une rectification demandée par M. Boudet.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de deux lettres, l'une de M. le ministre de l'instruction publique, l'autre de M. le ministre de la justice, accusant réception d'un exemplaire du rapport que M. Velpeau a lu à l'Académie sur les expériences tentées, dans son service, à l'hôpital de la Charité, par le sieur Vriès.

M. le ministre de la justice annonce qu'il va se concerter avec M. le ministre de l'instruction publique et des cultes sur les mesures « qu'il peut » convenir de prendre dans cette circonstance. »

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de la Meurthe, de l'Ardèche et de Seine-et-Oise ;

2° Un rapport de M. le docteur Spiral sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en février dernier dans la commune de Stenay (Meuse) (Comm. des épidémies) ;

3° Les rapports de MM. les docteurs Revillaot, Rérolle, de Goyrand, sur le service médical des bains de mer du Croisic (Loire-Inférieure), des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), et d'Aix (Bouches-du-Rhône), pendant les années 1856, 1857 et 1858 (Comm. des eaux minérales).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. Aubergier (de Clermont-Ferrand) accompagnant l'envoi d'un échantillon d'opium indigène titré à 10 pour 100 de morphine ;

(1) La communication du 18 mars 1857 de M. Schiff aux ARCHIVES de Tubingue est sans doute antidatée et postérieure à la mienne, ce qui explique comment cet auteur peut y rappeler mes expériences qui n'ont été lues à l'Académie que le 23 mars 1857.

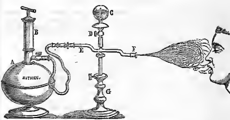
2° La description d'un appareil dit néphogène, destiné à produire un brouillard d'eau simple ou chargée de matière médicamenteuse.

Cet appareil, imaginé par M. Henry Tirman, a été fabriqué par M. Mathieu. Il se compose d'une pompe foulante B destinée à condenser l'air dans un ballon métallique A, d'une boule en verre ou en métal C munie d'un entonnoir qui reçoit le liquide médicamenteux, d'un tube E qui amène le fluide condensé dans la boule de verre, d'un tube métallique d'un diamètre très-fin dans lequel s'engagent, pour s'échapper, le liquide et l'air comprimé; enfin, une embouchure métallique F terminée par un orifice capillaire, deux robinets, un pied mobile, complètent l'appareil.

Pour mettre en jeu cet appareil, on dévisse préalablement la boule en verre; on introduit dans l'entonnoir le liquide médicamenteux ; le tube renversé est revissé sur la boule.

Les robinets étant fermés (pour cela, leur clef doit être dirigée parallèlement à l'axe du tube sur lequel ils reposent), on fait agir la pompe foulante ; la résistance de l'air transmise à la main de l'opérateur indique que l'air est suffisamment condensé.

On ouvre successivement les deux robinets en commençant par le plus rapproché de la sphère métallique. Ceci fait, le brouillard se produit d'autant plus fin que l'air est plus condensé et que le robinet D est moins ouvert.



Le sujet soumis aux inhalations se place dans l'atmosphère nébuleuse et respire largement.

Nous ferons remarquer que la production du brouillard, liée à la dilatation de l'air, est accompagnée d'un abaissement de température auquel il sera possible de remédier par l'emploi d'un liquide convenablement chauffé.

Tel est le mode d'emploi de l'appareil ; il concourt au même but thérapeutique que l'appareil pulvérisateur de M. le docteur Sales-Girons.

Il est donc destiné à la médication respiratoire; il sert à modifier directement les muqueuses laryngienne et bronchique dans le cas d'inflammation simple ou spécifique.

On pourra l'employer à l'inhalation d'un brouillard de perchlorure de fer dans les hémoptysies rebelles.

Dans certaines névroses de l'appareil respiratoire, telles que spasme de la glotte, angine de poitrine, asthme, coqueluche, on pourra essayer, au moyen de l'appareil, l'effet d'un brouillard antispasmodique.

L'appareil néphogène peut également recevoir plusieurs applications chirurgicales, telles que :

1° L'usage d'un brouillard approprié dans certaines ophthalmies.

2° L'anesthésie locale due à la production d'un brouillard d'éther.

M. Tirman soumettra ultérieurement au jugement de l'Académie les résultats d'expériences entreprises dans le but de déterminer le degré et les conditions de pénétration du brouillard médicamenteux dans les voies respiratoires, ainsi que le mode d'action de certains agents introduits par cette voie sur les muqueuses aériennes.

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Maissiat (Accepté) ;

4° Une lettre de M. le docteur Labourdette, en réponse à la réclamation de M. Dumesnil.

M. BOULEY interpellé à ce sujet par M. le Secrétaire perpétuel, répond que dans son rapport, il n'a eu à s'occuper que de M. Labourdette, seul auteur du mémoire dont il avait à rendre compte. Quant à M. Dumesnil, cité dans ce travail, il a été également mentionné dans le rapport.

— M. MALGAIGNE propose à l'Académie de voter des remercîments à M. le Secrétaire perpétuel pour sa publication des ÉLOGES DE LOUIS.

M. Malgaigne dépose ensuite sur le bureau, au nom de M. Lietand (de Strasbourg) une brochure intitulée : ESSAI SUR LA MÉDECINE DES HINDOUS. Il ajoute, à cette occasion, que Rhazès mentionne déjà les trois médecins hindous les plus célèbres, Atréia, Scharaka et Suzrita.

M. FERREY offre à l'Académie deux brochures de M. Delasiauve, l'une SUR LA MONOMANIE SUICIDE, l'autre SUR LES PRINCIPES QUI DOIVENT PRÉSIDER A L'ÉDUCATION DES IDIOTS.

— M. VELPEAU, au nom de M. Becott (d'Edimbourg) dépose sur le bureau la

troisième édition de son livre intitulé : PRINCIPES ET PRATIQUE DE MÉDECINE.

M. Velpeau, en faisant cette présentation, propose d'inscrire M. Benett sur la liste des correspondants étrangers.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. de Humboldt, associé étranger depuis le 6 janvier 1825.

RAPPORT. — EFFETS HÉMOSTATIQUES DU COTON.

M. BLACHE lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Jacquez (de Lure), intitulé : DE L'EMPLOI DU COTON COMME HÉMOSTATIQUE INFAILLIBLE DANS LES HÉMORRHAGIES PAR PIQURES DE SANGSUES.

La propriété hémostatique du coton, dit M. Blache, nous paraît être essentiellement mécanique dans le procédé de M. Jacquez. Avec l'agaric ou la charpie, on arrive presque toujours au même résultat. Le coton n'est point infaillible, et on ne peut comparer son action à celle du perchlorure de fer.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à M. Jacquez, et de déposer son travail dans les archives. (Adopté.)

LECTURE. — VERTS ARSÉNICAUX.

M. le docteur VERNOIS, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit quelques extraits d'un mémoire sur les accidents produits par l'emploi des verts arsénicaux, chez les ouvriers fleuristes en général, et chez les apprêteurs d'étoffes pour fleurs artificielles en particulier. — Assainissement hygiénique de cette profession, par l'indication d'un nouveau procédé qui permet d'employer les verts arsénicaux sans qu'il y ait aucun danger pour l'ouvrier et pour le consommateur.

Après avoir indiqué sommairement les principaux travaux relatifs aux inconvénients des verts arsénicaux, M. Vernois donne, dans un premier paragraphe, des détails sur les opérations particulières dans lesquelles les ouvriers fleuristes emploient ces couleurs. Parmi ces opérations, il faut citer le *trempage*, qui donne lieu à beaucoup d'éclaboussures sur les doigts, sur les avant-bras, sur la figure et les vêtements de l'ouvrier; le *poudrage*, pendant lequel la matière colorante, n'ayant été fixée par aucun mordant, se détache sous forme de poussière fine qui pénètre dans la peau des mains et que l'ouvrier respire constamment; la préparation de la pâte, véritable *barbottage à la main*, pendant lequel les doigts, les avant-bras sont couverts de la solution arsénicale.

Mais c'est surtout le *séchage* qui donne lieu à des accidents importants à connaître; pendant cette opération, les ouvriers se piquent les doigts, les mains, ainsi que les avant-bras. Ils recommencent ensuite à faire le trempage et le battage de l'étoffe et s'inoculent constamment, dans les piqûres, ou la solution liquide encore, ou la poudre desséchée du sel arsénical.

Au sortir des mains de l'apprêteur, les pièces d'étoffes sont très-souvent immédiatement remises aux fabricants de feuilles artificielles, qui se chargent de les découper à l'emporte-pièce, de les *dédoubler*, de les *gaufrer*, de les *armer* et de les *monter*. Toutes ces manipulations sont d'autant plus susceptibles de développer de la poudre arsénicale, que la pâte n'a été fixée sur l'étoffe par aucun mordant. Ces inconvénients sont diminués par le *calendrage*, opération qui fait pénétrer mécaniquement l'enduit arsénical dans les interstices des fibres de l'étoffe, mais même après cette opération, il suffit de déchirer une étoffe, pour en faire sortir l'enduit sous forme pulvérulente bien évidente.

Dans la deuxième partie de son mémoire, l'auteur étudie les accidents déterminés par les opérations dont il a précédemment signalé les dangers. Il énumère d'abord les phénomènes externes déjà signalés par un grand nombre d'auteurs : érythèmes diffus, vésicules fines et rapprochées, papules qui s'aplatissent et s'étendent quand elles sont placées entre deux surfaces contiguës, pustules avec ulcération ou gangrène, etc., toutes lésions dues au contact immédiat des couleurs.

Parmi les accidents internes, plus rares, il importe de citer : le défaut d'appétit, les nausées, les coliques souvent fort vives avec diarrhée et surtout la céphalalgie frontale, accompagnés de la sensation du serrement des tempes comme dans un étau. Les ouvrières fleuristes, principalement, offrent un groupe de symptômes rapportés habituellement à la chlorose; M. Vernois n'a rencontré que 2 cas d'embonpoint qui lui paraissent devoir être rapportés à l'influence de l'arsenic, mais il ajoute que cet avantage était compensé par des migraines fréquentes.

M. Bérard-Teuzelin a imaginé un procédé de fabrication qui permet d'employer les verts arsénicaux sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour la santé des ouvriers; ce procédé consiste à incorporer parfaitement ces matières colorantes dans du collodion (contenant 75 0/0 de fulmicoton), après les avoir broyées à la molette à l'huile de ricin. L'enduit ainsi composé n'est pas susceptible de s'écailler ni de tomber en poussière.

M. Vernois ajoute que, dans la dernière partie de son travail, dont il ne donne pas lecture, il s'occupe des règles hygiéniques à imposer aux ouvriers fleuristes qui se servent des verts arsénicaux.

Le travail de M. Vernois est renvoyé à l'examen de MM. Londe et Guérard.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport de M. Michel Lévy, sur les candidatures au titre d'associé étranger.

BIBLIOGRAPHIE.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DES CLIMATS INTERTROPICAUX. — MÉMOIRES SUR LA FIÈVRE JAUNE, SUR LA FIÈVRE BILIEUSE GRAVE DES CLIMATS INTERTROPICAUX; par le docteur DUTROULEAU, ancien médecin en chef de la marine, médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe. — Paris, J.-B. Baillière, 1858.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES, THÉORIQUES, PRATIQUES ET CRITIQUES SUR LA FIÈVRE JAUNE; par le docteur VALDÈS Y MARTINEZ. — Montpellier, 1857.

Les esprits qui, se défiant des pures productions spéculatives, hésiteraient à fixer leur jugement, dans les questions de pathogénie, sur les idées nouvelles, relativement du moins, d'intoxication et de spécificité morbide, pourront s'attacher avec avantage à la lecture des brochures dont les titres précèdent, ainsi qu'à celle des publications assez récentes aussi qui s'y trouvent citées, et en particulier du mémoire de notre regretté collaborateur Félix Jacquot (ÉTUDE NOUVELLE DE L'ENDÉMO-ÉPIDÉMIE ANNUELLE DES PAYS CHAUDS), et du livre de M. Boudin sur les fièvres intermittentes. Cette lecture, entreprise à un point de vue analytique, fait immédiatement naître sous les yeux de la raison et toucher du doigt de l'esprit cette réalité abstraite connue sous le nom de spécificité étiologique.

Suivez avec attention les diverses manifestations morbides décrites par les auteurs que nous venons de nommer, sous les titres parfaitement définis de fièvre bilieuse grave des pays chauds, fièvre rémittente pernicieuse, de fièvre jaune, vous ne pouvez vous défendre, dépourvu que je vous suppose de toutes idées préconçues et de préjugés d'école enracinés, d'entrer dans le courant des doctrines de l'intoxication et de la spécificité. Il y est visible que l'économie, dans l'une quelconque de ces espèces, lutte contre un principe anormal formé ou introduit en elle, et incompatible avec la continuation de l'existence. La réaction de l'économie a lieu, suivant les cas, avec une énorme énergie, avec fureur, ou, au contraire, se manifeste à peine. Dans la première catégorie, on assiste à un combat violent caractérisé par le déploiement symptomatologique de toutes les apparences d'une hypersthénie plus ou moins violente, mais qui peut aller même jusqu'à dépasser les forces actives du sujet et l'enlever dans l'accès fébrile. Dans le second ordre de cas, la réaction primitive se marque à peine, le sujet entre tout de suite dans l'accablement et l'adynamie par suite de la trop grande inégalité entre les forces du sujet et la violence du toxique, ou bien cet anéantissement *consécutif* seulement, succède à un apaisement de la réaction à tendance éliminatrice. Mais quelle que soit sa manière d'entrer en scène, cette forme, cette phase plutôt, cette période morbide, caractérisent une impuissance de l'économie en face de l'ennemi introduit en elle, et offrent tous les traits d'un empoisonnement dont les principes sont ou ne seront pas éliminés par les émonctoires naturels, mais contre lesquels la vie ne réagit plus : elle s'est soumise, et le dé demeurera à qui des forces vitales ou du poison s'usera le dernier.

Que cette intoxication incontestable soit, dans un très-grand nombre d'espèces, spécifique dans son origine; mais comment en douter! Spécifique ne veut dire qu'une chose : tenant de l'espèce, présentant des caractères de détail identiques dans un tableau d'ensemble de réaction qui sous-entend un empoisonnement; se rattachant, par conséquent, dans l'espace et dans le temps, à une filiation, une genèse commune. Ainsi, pour fixer les idées, prenons avec M. Dutrouleau, la fièvre bilieuse grave continue rémittente, et suivons-le dans la comparaison qu'il en fait avec la fièvre jaune, maladies que l'on a confondues souvent et que l'on confond peut-être encore l'une avec l'autre. Sur un fond commun d'apparences réactionnelles caractéristiques d'une lutte contre un principe funeste circulant dans les humeurs, on reconnaît nettement des caractères de détails différenciant le mode de la réaction, et conséquemment supposant un principe toxique différent. Chacun est fixé sur la nature endémique et infectieuse des fièvres à origine paludéenne, et en particulier de la continue-rémittente bilieuse, une des formes que cette endémie aime à affecter dans les pays chauds. Nul ne lui conteste son caractère infectieux, de maladie générale à siége multiple et variable, mais avec caractère anatomique constant et spécial : l'hypertrophie de la rate.

La fièvre jaune, dit M. Dutrouleau, présente à un plus haut degré encore, cette généralité symptomatologique accusant une participation de l'économie tout entière à la réaction, une infection générale, par

conséquent; mais elle offre en même temps une altération circonscrite et limitée d'organes, toujours les mêmes, hémorrhagies et transsudations sanguines témoignant de l'altération subie par le sang, foie graisseux et de couleur spéciale, ictère et même urines albumineuses. Caractères particuliers et spéciaux qui différencient nettement, au point de vue anatomique, les deux empoisonnements comme l'étude de leur genèse et de leur symptomatologie démontre également la diversité d'origine et d'impression générale.

Les trois publications sucessives de M. Dutrouleau sur cet important sujet sont donc une des meilleures études et pratiques que l'on puisse faire sur la pathogénie des maladies infectieuses. L'hypothèse n'y tient aucune place: l'observation seule conduit l'auteur aux conclusions déjà tirées en Europe des enseignements positifs fournis par l'expérience des dernières grandes guerres. L'étude logique des maladies des pays chauds, de la dyssenterie, de l'hépatite, des fièvres bilieuses, de la fièvre des acclimatés, de la fièvre jaune enfin, vient confirmer les résultats de même ordre déjà fournis par les observations apportées par la médecine militaire. Les conceptions qui ont pris naissance dans l'analyse de nos dernières grandes épidémies européennes, choléra, typhus, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale même et sur lesquelles (les premières du moins) la campagne de Crimée a jeté une si vive lumière, trouvent un nouvel appui et une confirmation dans l'étude judicieuse que vient nous apporter aujourd'hui le corps de santé de la marine par l'organe de M. Dutrouleau. Le terrain se déblaie ainsi de toutes parts, et la saine interprétation des faits, si elle n'apporte malheureusement pas encore de grandes ressources thérapeutiques, nous donne au moins des lumières certaines sur la *nature des choses*, ce grand principe si capital et si souvent perdu de vue, et qui offre d'ailleurs le point de départ obligé de toute vue rationnelle en matière de thérapeutique, tant que chacun de ces toxiques spéciaux n'a point rencontré encore son antidote spécifique.

Parmi les trois brochures que nous venons de lire, le lecteur fixera avec avantage son attention sur l'ESSAI DE TOPOGRAPHIE MÉDICALE DES CLIMATS INTERTROPICAUX. C'est le relevé même des travaux faits à diverses époques par le corps de santé de la marine sur le compte de nos colonies. Ce résumé envisage au triple point de vue de la nature du sol, des conditions météorologiques régnantes, enfin de la salubrité, nos principales colonies: Les Antilles, le Sénégal, Cayenne, Mayotte, la Réunion et Taïti. L'objet constant de cette étude étant, il est inutile de le dire, le rapport des deux premiers éléments, sol et météorologie, avec le règne pathologique.

Il est encore dans ces travaux un point très-digne d'intérêt qui donne de lui-même, et toute idée *à priori* étant soigneusement exclue, naissance à des aperçus nouveaux et curieux en matière de pathogénie: c'est l'influence sur le développement de certaines de ces maladies infectieuses, sur leur création même, de l'apparition, sur le lieu de leur manifestation, de populations nouvelles. Nous nous expliquons: la fièvre jaune ne se contracte, c'est presque absolument admis, et à de très-rares exceptions près, qu'une seule fois, comme ferait la variole ou la rougeole. Mais, en outre, elle ne se manifeste que chez les non-acclimatés, et particulièrement parmi les groupes de population: marins, garnison, émigrants, d'arrivée plus ou moins récente. « Le défaut d'acclimatement, dit M. Dutrouleau, voilà la principale, peut-être la seule cause prédisposante. Mais nous entendons par acclimatement la circonstance nécessaire d'avoir traversé une précédente période épidémique sans avoir quitté le pays. » Comme la vérité est bien une et identique partout! Cette observation ne prouve-t-elle pas le caractère d'universalité d'action du génie épidémique ou de l'influence toxique répandue sur une population, et la proportionnalité de la violence des coups frappés par elle avec la puissance de réaction ou l'impressionnabilité des individus? Mais, comme nous le disions, elle introduit dans la pathogénie un élément nouveau et à peine entrevu: l'importance et la valeur d'un terrain neuf et offrant une assez grande surface, sur la puissance non-seulement fertilisante et propagatrice de la maladie, mais sur le degré même de l'énergie virulente. C'est ce qui ressort clairement de l'observation des explosions épidémiques de fièvre jaune, et ce qui a pu conduire M. Martinez à conclure, même expressément, que « les éléments générateurs de l'affection étaient en puissance aux îles avant la venue des étrangers, mais qu'elle ne s'y développait pas (ou ne s'y développait *plus*) faute d'un aliment convenable; cet aliment, les inacclimatés l'apportent, et la maladie en devient la conséquence. »

Cette remarque peut être rapprochée d'autres analogues, mais forcément moins caractérisées, faites sur le compte de bien d'autres maladies toxiques ou virulentes dont l'âcreté semble diminuer à mesure que le temps de leur acclimatation augmente; nous citerons à ce propos la petite et la grosse vérole, pour lesquelles l'observation précédente n'est pas nouvelle.

N'en est-il pas de même encore des maladies endémiques observées à Mayotte à la suite de travaux d'installation et d'assainissement exécutés par une population *toute nouvelle?* N'est-ce pas là encore la raison d'être de la différence considérable de gravité observée de tous temps entre le commencement et la fin des épidémies.

Nous signalons donc tous ces objets d'études et de méditation qui ressortent des intéressantes publications que nous venons de parcourir. Ce sont ceux qui nous touchent le plus, nous Européens, pour qui ces maladies ne peuvent être que des sujets théoriques de réflexion. Mais nous ne doutons pas que les considérations de détail présentées par le judicieux auteur sur les circonstances particulières de ces maladies, ne fournissent aux médecins appelés dans nos colonies des enseignements tout aussi précieux: l'observation et l'expérience propre ne se remplacent pas assurément, mais nous serions bien faibles et bien humbles devant toute maladie si nous n'avions pour nous guider, dans l'emploi de nos propres forces, les résultats de l'expérience de nos maîtres et de nos anciens. A ce point de vue encore, nous devons donc féliciter notre distingué et savant confrère de la marine d'avoir, en terminant sa carrière officielle qu'il a si honorablement remplie, songé à faire profiter de son expérience les jeunes successeurs appelés à continuer cette grande œuvre.

F. X.

VARIÉTÉS.

— Un décret du 28 avril dernier a décidé que l'asile impérial du Vésinet, destiné primitivement à recevoir des ouvriers mutilés, sera affecté aux femmes convalescentes.

— En vertu du décret du 23 avril 1859 (art. 2), les médecins aides-majors de deuxième classe passent à la première classe après deux années du service effectif.

— Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine militaire, doit s'ouvrir à Strasbourg le 1er juin 1859, à Montpellier le 7, et à Paris le 13 du même mois.

— La commission générale des délégués des douze arrondissements de Paris, pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine, a procédé dans sa première réunion à la nomination d'une sous-commission chargée d'étudier la question. La sous-commission a chargé à son tour un de ses membres d'élaborer un projet de règlement pour le fonctionnement de la commission générale. On pense que ce projet de règlement sera proposé à la sous-commission dans sa prochaine séance. Il a été convenu, en outre, que les résolutions de la commission générale seraient soumises à l'approbation des diverses sociétés d'arrondissement.

— Alexandre de Humboldt, qui appartenait à l'Académie de médecine de Paris comme membre associé étranger, vient de succomber à l'âge de 90 ans. C'était presque un savant français, car c'est en langue française qu'il a publié une partie de ses travaux. L'empereur a décrété que sa statue serait placée dans le musée historique de Versailles.

— On annonce la mort de M. le docteur Ducasse, ancien directeur de l'École de médecine de Toulouse, membre des Sociétés savantes de cette ville.

— PROTECTION LÉGALE ACCORDÉE AUX MÉDECINS ANGLAIS CONTRE LE CHARLATANISME. — Parmi les effets de l'acte qui a décrété la répression du charlatanisme en Angleterre, l'un des plus curieux et des plus inattendus est celui qui s'est produit le 6 avril. Devant une réunion de la commission générale, s'est présenté, averti par une lettre du secrétaire, un individu qui avait exercé la médecine sans titre. Il a fait amende honorable, protestant que, s'il avait donné quelques consultations chez lui, il n'avait du moins jamais fait de visites en ville, *excepté pour les maladies vénériennes*.

Une autre bonne conséquence de la nouvelle législation est que les malades commencent à savoir qu'ils peuvent s'autoriser des termes de l'acte pour refuser de satisfaire aux demandes d'honoraires que leur adressent les médicastres dépourvus de titre légal. Plusieurs faits de cette nature ont été communiqués à la commission générale.

— Par décret du 2 avril, M. le docteur Edmond a été nommé chirurgien aide-major du 50e bataillon de la garde nationale de la Seine.

— Le collége royal médical de bienfaisance de Londres vient de recevoir un don de 75,000 fr. qui lui a été légué pour augmenter son fonds de secours.

— M. Claude Bernard a commencé le semestre d'été de son cours au Collége de France, le mercredi 11 mai, à une heure.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : DU RÉTABLISSEMENT DE LA CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

La Faculté de médecine de Paris a été consultée par M. le ministre de l'instruction publique sur l'utilité du rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine et sur l'utilité de plusieurs autres créations. Jusqu'ici la réponse de la Faculté n'est connue que par des ouï-dire. On prête à l'illustre aréopage des idées si peu conformes aux intérêts de la science et à ses propres intérêts, que nous avons cru devoir, pour en parler, attendre la publication de son rapport. On peut faire une exception à l'égard de la chaire d'histoire de la médecine. La réponse de la Faculté, assure-t-on de toutes parts, est favorable au rétablissement de cette chaire. Mais les motifs que l'on fait valoir sont si différents et si diversement appréciés, qu'aux yeux de quelques personnes il en est qui pourraient tout aussi bien servir à motiver l'abstention que l'initiative de M. le ministre. En présence d'un tel conflit d'idées et peut-être d'intérêts, nous croyons bien faire de rappeler les raisons qui, à une époque déjà éloignée, nous ont fait vivement réclamer le rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine.

A la suite des événements de 1830, une commission, chargée par le gouvernement de préparer une réorganisation de l'enseignement médical, avait émis le vœu que la chaire d'histoire de la médecine fût immédiatement rétablie. « On pourrait regarder, disions-nous à cette » époque, la création d'une chaire d'histoire de la médecine comme » un simple rétablissement de ce qui était. La division adoptée par » l'ancienne Faculté porte, en effet, une *chaire de bibliographie* et » même *d'histoire* de la médecine. Cette chaire, qu'on avait regardée » jusque-là comme d'une utilité tout à fait secondaire, doit, éclairée » par l'esprit philosophique de notre époque, jeter le plus grand éclat » sur la science et raviver des germes ensevelis sous des débris ignorés. C'est moins l'histoire des livres que des choses qu'elle aura pour » objet ; et s'il est vrai que le cercle des erreurs soit aussi borné que » le cercle des vérités, ce sera rendre un grand service à la médecine » que de l'avertir et de la garantir, par les révélations de l'histoire, du « retour des erreurs passées (1). »

Depuis bientôt trente ans que ceci est écrit, le rédacteur des idées de la commission n'a pas changé d'avis. Plus que jamais il pense ce qu'il pensait à cette époque avec les hommes éminents dont il était l'organe ; et plus d'expérience et de réflexion n'ont fait qu'ajouter aux motifs de conviction qui le dirigeaint alors.

On peut envisager l'histoire de la médecine à différents points de vue, qui ont chacun leur degré d'intérêt. Les livres, les hommes, les faits et les idées peuvent tour à tour servir de texte à l'enseignement du passé. Il serait même possible de justifier la création d'une chaire d'histoire de la médecine pour la bibliographie et la biologie médicales seules : — les hommes et leurs œuvres, — si tel était le goût d'un professeur de talent. Il n'y a pas lieu d'être difficile sur la voie et les moyens ; l'important c'est de bien préciser le but et son utilité. Jusqu'ici chacun a dit son mot sous l'inspiration du genre de but et d'utilité qu'il conçoit ; mais personne que nous sachions ne l'a fait d'une manière assez saisissante pour ramener les dissidents et pour faire regarder la question comme jugée.

Or quel peut être le but d'un enseignement historique de la médecine ? D'exposer aux élèves cette partie de la science médicale qui a pour objet l'origine et le développement des connaissances médicales. Mais cette partie de la science, mais l'histoire de la médecine existe-t-elle ? Car l'enseignement suppose la matière à enseigner. Les chaires de physique, de chimie, de pathologie, de matière médicale, impliquent l'existence préalable de ces différentes branches scientifiques. Personne jusqu'ici n'a paru se préoccuper de cette condition à l'endroit de l'histoire de la médecine. Avant de discuter sur la chaire qui doit servir de tribune à cette histoire, on ne s'est pas demandé si celle-ci existait. Cependant, il est superflu de le faire remarquer, la solution de cette question n'est pas indifférente au but qu'on se propose. Le professeur qui aurait pour tâche de créer et d'enseigner tout à la fois devrait réunir d'autres qualités que celui qui n'aurait qu'à exposer : cela est si vrai que, dans l'état actuel des choses, avec l'un, s'il était doué de toutes les aptitudes nécessaires, l'enseignement serait un double et utile mobile au profit de la science qu'il fonderait et des élèves qu'il instruirait, tandis qu'avec l'autre il serait inutile, si ce n'est complétement stérile. C'est qu'en effet on peut regarder l'histoire de la médecine comme entièrement à faire. On ne saurait donner ce titre à quelques compilations indigestes, confectionnées sans discernement ni critique, et qui seraient peut-être mieux remplacées par des catalogues exacts, et coordonnés avec intelligence. Or si l'histoire de la médecine est à faire en même temps qu'on l'enseigne, il peut y avoir des objections sérieuses à ouvrir cet enseignement avant que la matière à enseigner ait acquis un caractère de réalité et de stabilité suffisamment reconnu. La difficulté est sérieuse, et c'est pour cela que nous la posons de front au début de la discussion ; nous ajouterons immédiatement que, si nous la posons, c'est pour la résoudre, et non avec l'intention d'en faire une arme contre une création que nous croyons essentiellement utile.

Dans l'état actuel des choses, un professeur d'histoire de la médecine aurait donc tout à la fois à créer l'histoire et à l'enseigner. Que de qualités pour une pareille mission ! Croit-on qu'il suffise d'un érudit, d'un collecteur de livres, d'un connaisseur d'éditions ? Ce serait s'abuser complétement et tenter de faire revivre ce qui a péri. La chaire de bibliographie et d'histoire, telle qu'on l'avait instituée à l'origine, n'était que cela ; et c'est sans doute ce qui l'a empêché de prospérer. Il ne faudrait pas davantage confier une telle tâche à un de ces esprits étroits, qui, sur chaque question, amoncellent les détails, étouffent les idées sous les prétendus faits, et qui prennent pour tels ce qui n'en est que l'apparence ou le prétexte. Une histoire de la médecine à enseigner, dans les Facultes, devrait être une histoire générale, une histoire des doctrines, des méthodes, des découvertes, des

(1) Rapport de la commission chargée par M. le ministre de l'instruction publique de l'examen préparatoire de toutes les questions relatives a l'organisation de la Faculté de médecine de Paris. Cuvier, président, Richerand, Duméril, Andral, Husson, Jules Cloquet, et Jules Guérin, rapporteur.

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

CORRESPONDANCE INÉDITE DE MADAME DU DEFFAND ; précédée d'une notice, par M. le marquis de Saint-Aulaire (1).

La bonne compagnie a bien son mérite ; elle procure de nombreux avantages à ceux qui savent s'y plaire ; elle est pleine d'enseignements utiles ; il y a tout à gagner avec les gens d'esprit, et quiconque lira les deux beaux volumes que nous annonçons sera promptement convaincu qu'on ne perd jamais son temps à écouter ceux qui parlent bien, à lire les lettres charmantes que s'écrivent des personnages qui ont tenu un rang élevé et joué un rôle considérable dans les affaires d'un siécle spirituel et poli dont nous sommes séparés par le grand abime de 89.

Bien que nous fussions poussé à nous occuper de cette correspondance par un sentiment tout particulier d'estime affectueuse et de sympathique admiration pour l'homme habile qui en a rassemblé avec tant de soin les matériaux intéressants, cependant nous aurions eu quelque peine à y consacrer des heures dues à des devoirs plus sérieux, si dès les premières pages de ce recueil nous n'eussions rencontré des particularités dignes d'attirer l'attention des médecins. La seconde moitié du dix-huitième siècle n'offre pas seulement aux amateurs de l'histoire des symptômes annonçant à la fois la fin du monde ancien et le commencement d'un nouveau monde ; le côté politique, si prodigieusement intéressant qu'il soit, n'a pas le droit d'effacer tout le reste, et ceux qui, abandonnant le principal, veulent se restreindre à certains détails, peuvent retirer de cette étude des renseignements utiles sur quelques points plus spéciaux :

La médecine française, pendant le long règne de Louis XV, n'avait pas grande importance, non-seulement sous le rapport scientifique, mais encore par le rang qu'elle tenait dans la société. Il est curieux de voir quel cas en faisaient les gens les plus éclairés, comment en parlaient ceux que leur nom et leur position plaçaient à la tête du pays. Il y a dans cette appréciation des médecins la mesure exacte de l'estime où on les tenait chez les grands seigneurs, et il nous a paru utile de recueillir, dans des lettres intimes et familières, écrites par les personnes les plus éclairées parmi leurs contemporains, la preuve de l'espèce de domesticité bienveillante où vivaient dans le grand monde nos confrères parisiens, pendant une vingtaine d'années, de 1760 à 1785.

Le duc de Choiseul et sa femme, madame du Deffand et l'abbé Barthélemy (l'auteur du Voyage du jeune Anacharsis), sont les trois acteurs principaux

(1) 2 vol. in-8°. Paris, Michel Lévy frères, éditeurs, rue Vivienne, 2 *bis*. — 1859.

inventions et des idées : les spécialisations appartiennent à un autre ordre d'enseignement et de publication. Il n'est pas inutile de posséder un historique complet de la ligature des artères, de l'opération de la cataracte, de la ténotomie ou de la lithotritie : ces sujets peuvent servir de texte à des recherches approfondies ; mais cela ne saurait s'enseigner dans des écoles, pas plus qu'il ne faudrait, comme on l'a proposé quelque part, y réciter des collections de faits particuliers, sous le prétexte qu'en médecine, les faits ne peuvent, comme dans les sciences physiques, se reproduire à volonté.

A ce propos, nous ne pouvons nous empêcher de relever cette immense méprise à l'aide de laquelle on a voulu mettre la médecine, science d'observation, en opposition complète avec les sciences expérimentales. C'est à cause de cette différence, a-t-on dit, qu'il faut un enseignement historique médical, destiné à perpétuer les faits recueillis par les observations de tous les temps, et l'on a ajouté, de ceux mêmes recueillis par les observateurs vulgaires. Il y a des choses qu'il suffit de reproduire pour les faire juger. N'est-il pas superflu de le faire remarquer : les faits n'ont de valeur que par les idées qu'ils représentent, sous peine de n'être bons qu'à figurer dans les annales des curieux de la nature? Et à ce titre, y en eût-il des milliers, on ne comprend pas comment ils pourraient servir en quoi que ce soit à édifier une histoire de la médecine. Comprendre cette histoire de la sorte, c'est la confondre avec un répertoire, comme il en existe en Allemagne, ou une simple table des matières. Ce n'est pas même de l'érudition. De pareils arguments, on le conçoit, pour motiver la restauration de l'enseignement historique de la médecine, ne sont guère propres qu'à produire un résultat tout contraire. Mais heureusement, la chose se défend d'elle-même; et si nous ajoutons les considérations qui vont suivre, c'est moins pour ramener la question à son véritable point de vue, que pour montrer dans quelle voie un esprit convenablement doué pourra créer et enseigner tout à la fois l'histoire de la médecine. L'utilité de cet enseignement en ressortira d'elle-même.

L'état actuel de la médecine offre, sous beaucoup de rapports, une grande analogie avec ce qu'étaient la physique et la chimie il y a un siècle. Ces deux sciences, avant d'être constituées et invariablement fixées, étaient, comme la médecine, un mélange de faits, d'hypothèses, d'expériences, de théories vaines. Le positif y était sans cesse confondu avec le spéculatif. Ce n'est qu'avec le temps que l'esprit scientifique a mieux déterminé son objet et s'est soumis à des méthodes de démonstrations régulières et rigoureuses. La médecine n'en est pas encore là, mais elle y tend tous les jours; et, quoi qu'en disent et croient certains esprits sceptiques, la physique animale, c'est-à-dire la physiologie, normale ou pathologique, pourra, comme la physique générale, être astreinte à des méthodes d'observation et d'expérimentation régulières. Les résultats auxquels elle arrivera dans cette voie, pour être plus difficiles à obtenir, et pour être entourés de plus d'obscurités, n'en seront pas moins des résultats positifs et définitifs. Or la série de ces progrès, leur origine et leur succession, la part qu'y auront prise chaque homme, chaque école, chaque époque, seront autant de données, de matériaux intéressants pour l'histoire de la science et de l'art. C'est de cette façon que cette histoire pourra se constituer. Ainsi considérée, elle pourrait s'appeler l'*histoire positive de la médecine*. En physiologie, M. Flourens en a donné un excellent specimen dans son histoire de la circulation : l'histoire de l'ovologie, de l'embryologie, l'histoire de la réunion immédiate des plaies, l'histoire des principales méthodes thérapeutiques, celle des grandes méthodes opératoires, en un mot, l'histoire des véritables acquisitions et découvertes de la science et de l'art, c'est-à-dire de la série des idées qui les ont enfantées, réalisées et perfectionnées : voilà, si nous ne nous trompons, le point de vue où l'on pourrait se placer pour créer et enseigner immédiatement l'histoire positive de la médecine. Ce caractère d'utilité et de réalité dans l'objet n'empêcherait pas d'étendre le cadre jusqu'aux grandes idées spéculatives, jusqu'aux théories qui se sont partagé jusqu'ici le domaine de la pathologie. L'histoire des doctrines du vitalisme, de l'humorisme, du solidisme, de l'organicisme, pourrait se résumer dans les grandes vues de ceux qui les ont fondées; quoique portant ses investigations sur un ordre de choses et d'idées moins positives, elle n'en suivrait pas moins la même méthode d'investigation et de coordination. Les idées et les faits afférents à chacune de ces doctrines, et qui leur ont servi de base ou de point de départ, méritent d'être rappelés au même titre que les premières observations relatives à la circulation ou à l'embryogénie. Les théories médicales, comme les méthodes thérapeutiques, procèdent par évolution d'idées; celles-ci s'enchaînent comme les termes d'une même formule : or le rappel de ces idées, des phases successives par lesquelles elles ont passé, peut se faire suivant la méthode et dans l'esprit historique employés à faire l'histoire de la théorie phlogistique ou atomique de la chimie.

Ainsi traitée, l'histoire de la médecine serait dégagée des superfluités bibliographiques et biographiques dans lesquelles elle a été noyée jusqu'ici. Mais pour cela, il faut en convenir, ce serait plus dans la considération et la coordination philosophique des idées, que dans le recollement des livres, que l'on trouverait la matière d'une histoire et d'un enseignement historique de ce caractère.

Mais, a-t-on dit, même réduite à ces termes, l'histoire de la médecine comprendrait trop de développements, et elle échapperait à un même esprit, quelque encyclopédique qu'il fût, faute de connaissances pour l'embrasser et de temps pour l'enseigner. Nous ne savons pas jusqu'à quel point les esprits de valeur feraient défaut à l'œuvre; mais nous ne comprenons pas pourquoi il leur serait plus enjoint d'exposer dans une seule année l'histoire entière des vraies conquêtes de la médecine, qu'il n'est obligatoire au professeur de physique ou de chimie de traiter toutes les branches de leur science dans une même période scolaire. Ces objections irréfléchies n'ont pas d'autre valeur.

Nous nous sommes plus attaché jusqu'ici à montrer dans quelle voie l'histoire de la médecine devrait s'engager pour être utile, qu'à démontrer l'utilité réelle de cette histoire. C'est qu'en effet la simple indication de l'une est presque la démonstration de l'autre. Qui oserait nier, par exemple, l'intérêt d'abord, et les avantages ensuite qu'il y aurait à connaître la série des développements et des idées par lesquels ont passé toutes les découvertes et toutes les inventions médicales? Les créations et les conquêtes de l'esprit en médecine seraient-elles moins attrayantes à étudier, dans leurs évolutions successives, que celles de l'astronomie, de l'optique, des mathématiques, ou même, dans un ordre de chose plus rapproché, que celles de la télégraphie électrique ou des chemins de fer? Nous ne le pensons pas.

---

de cette correspondance, où ne figurent que rarement Voltaire et Horace Walpole. On conviendra sans peine que de pareils noms sont un sûr garant de l'intérêt de leurs lettres; il est impossible d'écrire avec plus de charme, d'esprit, de sensibilité, de raconter avec plus de vivacité les anecdotes journalières, d'apprécier avec plus de finesse et de profondeur les événements qui les touchent à tant de titres divers; mais nous n'avons pas le droit d'insister sur les mérites infinis qui rendent cette lecture si attachante. Nous ne voulons en extraire que ce qui a trait au côté médical, et l'on verra que ce chapitre réservé vaut la peine d'être étudié.

M. le duc de Choiseul, premier ministre du roi Louis XV depuis 1758 jusqu'en 1770, était proche parent de madame du Deffand; sa femme, d'un mérite universellement reconnu et d'un caractère excellent, avait une tendresse passionnée pour madame du Deffand, et de là cette correspondance si active, ces causeries si intimes qui nous font voir de près, et au naturel, une société qu'agitaient les inquiétudes d'un avenir menaçant, les pressentiments d'une grande catastrophe où devait disparaître, avec le trône, un monde qui ne vivait que par lui et pour lui. Le duc et la duchesse de Choiseul sont les principaux acteurs de ce drame dont on prévoit le terme fatal; mais, encore une fois, laissons là les premiers ministres, les chanceliers et les contrôleurs généraux des finances, hardis promoteurs des mesures vexatoires qui vont provoquer la révolution, et voyons comment était composée la maison médicale du duc de Choiseul.

Les femmes, quand elles se marient, amènent avec elles leur médecin; c'était alors la coutume et il en sera toujours de même; aussi la duchesse avait-elle, dans sa propre maison, un certain praticien auquel elle tenait beaucoup, Gatti, médecin florentin qui se fit une grande réputation dans le monde parisien en raison de la part qu'il prit à propager l'inoculation. Ce Gatti était un personnage bizarre, et pour le bien connaître, écoutons le marquis de Mirabeau qui, dans une lettre inédite, en parle en ces termes :

« Quant à Gatti, il ne peut quitter Feury. Sa naïveté folle est toujours et en » tout état intéressante pour ses amis; mais à présent il devient fort aimable. Tout est simple ici et par conséquent lui convient singulièrement. » L'après-midi, il joue deux sols à une partie de dames, et quand on lui » en souffle une, il pleure et se roule comme un enfant. A la promenade, s'il » trouve une branche cassée, et la peut mettre en équilibre sur sa main, il » fait un quart d'heure en zigzag avec cette compagnie, roule comme un » égaré dans le salon, et s'attrape vingt fois en pinçant la lumière et la portant à sa bouche parce que c'est de la chandelle. Mais il a vu et sait tant de » choses, fait d'ailleurs tant de raisonnements que vous connaissez, il est au » fond si honnête homme et si bienveillant, si amoureux de la vie, de l'air, » des promenades, et prend tant d'intérêt à....., etc. Voila l'homme! »

Le portrait est assez remarquable et l'on sent qu'il doit être ressemblant. Voici un autre peintre qui nous fournira des détails plus intéressants encore. L'abbé Barthélemy, écrivant à madame du Deffand, lui dit :

« — .... Quand cela serait, Gatti reviendra-t-il plus tôt de Florence? Ce vilain Gatti, il s'en va pour deux mois, et après cinq ou six mois d'absence, » et trois ou quatre mois de silence, il nous avertit par des lettres arrivées » hier, qu'il ne viendra qu'au printemps prochain. Il ne se porte pas bien, il

Un médecin ne peut avoir moins d'intérêt à savoir par quelle filiation d'hommes et d'idées, par quelle suite d'observations et d'expériences on est parvenu à asseoir la distinction fondamentale des nerfs en ceux du sentiment et du mouvement, qu'un physicien n'en a à connaître les noms et les idées auxquelles se rattachent l'invention des lunettes et la découverte des lois de l'électricité. Cela ne peut se contester que par les esprits qui ne voient qu'un côté des choses, et qui s'obstinent à les morceler et à les séparer, parce qu'ils ne peuvent apercevoir les liens qui les unissent.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE; par le docteur E. Q. LE GENDRE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), de la Faculté de médecine et des hôpitaux, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite et fin. — Voir les nos 9, 10, 11, 13, 16, 17 et 19.)

IV.

DE LA HERNIE CRURALE AVEC DIVERTICULUM A TRAVERS LE FASCIA SUPERFICIALIS OU HERNIE D'ASTLEY COOPER.

Cette variété de hernie crurale est caractérisée, comme celle que nous avons décrite dans le chapitre précédent, par son trajet anatomique. La hernie, après être sortie au-dessous du ligament de Fallope, après avoir traversé le fascia cribriformis, envoie un ou plusieurs prolongements à travers le fascia superficialis.

C'est une variété nouvelle dont les auteurs n'ont pas encore donné la description. Vidal de Cassis seul la mentionne comme une sous-variété de la hernie crurale moyenne. A. Cooper, dit-il, a vu le sac de la hernie crurale s'engager à travers une rupture du fascia superficialis; la hernie formait, dans ce cas, une tumeur bilobée, en sablier, dont un lobe était sous-cutané, et l'autre sous-jacent au fascia superficialis. (Vidal (de Cassis), TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, 4e édit., t. IV, p. 232.)

D'autres observateurs ont certainement rencontré cette variété, et sans doute plusieurs cas de la hernie crurale en sablier que l'on cite comme une forme particulière, peuvent s'y rapporter; mais on n'a pas noté si la disposition du double collet de la hernie était produite par le fascia superficialis.

Je rapproche le fait que j'ai rencontré de l'observation rapportée par Astley Cooper, quoiqu'il présente quelque différence en raison de cette particularité de l'existence de plusieurs diverticulum qui traversaient le fascia superficialis; mais, dans ces deux cas, nous voyons la tumeur suivre le même trajet anatomique et affecter des rapports avec les mêmes membranes aponévrotiques.

Cette variété de la hernie crurale a été observée pour la première fois sur le vivant par Astley Cooper.

OBS. I. — Dans son traité des hernies de l'abdomen, Astley Cooper rend compte, dans une observation détaillée, d'une opération de hernie crurale volumineuse pratiquée sur une femme et qui présenta les particularités suivantes :

L'incision des téguments extérieurs mit à découvert la portion de tumeur qui était sortie à travers une ouverture du fascia superficialis de la cuisse, lequel s'était crevé par la pression de la tumeur herniaire. J'ouvris ensuite la partie antérieure du sac et je mis à nu une portion considérable d'épiploon en arrière de laquelle était placée une anse d'intestin. Passant ensuite le doigt dans le sac, je le trouvai partagé en deux loges. L'antérieure était séparée de la postérieure par une espèce de resserrement en sablier qui était formé par l'ouverture du fascia superficialis. Je passai donc une sonde dans cette ouvertore et je divisai le fascia superficialis en haut; je fis ensuite la même chose au-dessous. Le sac herniaire fut ensuite complétement ouvert au-dessous de l'arcade crurale. Passant alors mon doigt dans le sac herniaire, à son orifice à la gaine crurale, je divisai cette gaine en haut et, pressant ensuite sur l'intestin j'essayai de le réduire, mais il n'y put rentrer. J'introduisis de nouveau mon doigt et je sentis le bord postérieur de l'arcade crurale pressant sur le collet du sac. Le bistouri boutonné que j'ai conseillé fut introduit sur mon doigt au-dessous de ce bord et dans le sac, et je divisai cette portion d'aponévrose obliquement en dedans et en haut.

Les suites de l'opération que nous n'avons pas besoin de mentionner ici furent favorables à la guérison. (Astley Cooper, ANATOMY AND SURGICAL TREATMENT OF ABDOMINAL HERNIA. Observation, p. 218, édition américaine. Observation 272e, p. 310, édition française.)

Quoique cette observation ait été recueillie sur le vivant, on y trouve mentionnés avec la plus grande précision tous les caractères anatomiques qui distinguent cette variété de hernie. A cette exactitude, on reconnaît que la description a été faite par Astley Cooper. Cependant cette observation est restée au milieu des faits nombreux que renferme son travail sans qu'il en ait fait ressortir l'importance au point de vue de la classification des variétés de la hernie crurale.

L'incision successive des deux poches herniaires superposées montre bien qu'il existait aussi deux collets, l'un au niveau du fascia lata, comme dans la forme ordinaire de la hernie crurale, l'autre au niveau du fascia superficialis. C'est donc une hernie crurale avec un diverticulum simple à travers le fascia superficialis. Dans la description, nous la comparerons à la variété dont nous venons de faire l'histoire dans le chapitre précédent, à la hernie crurale avec diverticulum à travers le fascia cribriformis, avec laquelle l'observation suivante permet de faire un rapprochement encore plus complet.

Le siége exact de l'ouverture à travers le fascia superficialis n'est pas indiqué, principalement par rapport à la veine saphène interne; mais quoique la hernie fût volumineuse, il y avait un orifice fibreux bien distinct partageant le sac en deux loges : c'est cette disposition bilobée qui a été une difficulté dans l'opération pour faire rentrer l'intestin, puisqu'elle a nécessité le débridement successif des deux anneaux herniaires.

OBS. II. — Cette hernie crurale a été trouvée sur le cadavre d'une femme âgée : elle est formée par un sac herniaire renfermant de l'épiploon qui est adhérent à la partie interne de ce sac; située dans le pli de l'aine droite elle offre un volume peu considérable.

» a fait une chute. Sa plaie ne veut pas se fermer, il faut qu'il aille aux eaux » de Pise. J'en suis affligé; Gatti est le seul qui sache comment il faut conduire madame la duchesse de Choiseul, laquelle ne pense jamais à sa santé » et ne veut pas qu'on lui en parle. Cependant elle m'a chargé de lui écrire » aujourd'hui de ne pas se mettre en chemin jusqu'à ce qu'il fût entièrement » rétabli. Ainsi la voilà à soixante lieues de Paris, n'ayant pour ressources » qu'un médecin d'Amboise, qui a de l'esprit, mais qui est jeune, et qui ne » connaît que le courant de la Faculté. » (Cette lettre est datée de Chanteloup, 27 octobre 1771.)

Dans une lettre adressée à madame du Deffand, l'abbé Barthélemy lui dit : « Ne concluez rien de mes indispositions. Ce sont des maux de nerfs qui me » prennent sans savoir pourquoi, qui s'en vont de même. Gatti m'ordonne » de monter à cheval et de ne point manger. J'ai des chevaux et j'en use; » mais je trouve difficile de ne pas user d'un bon souper quand on l'a sous » les yeux. Gatti a pourtant raison, car le bonheur ne consiste que dans les » privations et non dans la jouissance, comme on l'a cru depuis cinq à six » mille ans : privation de café, de vin et de ragoût, dans le physique; de » sentiment et par conséquent de chagrins, dans le moral; de ministre et de » parlement, dans la politique. Avec ces petits retranchements, vogue la galère, tant qu'elle peut aller; celle que nous montons ici, et dont je suis le » mousse, continue d'aller son train paisiblement. »

Gatti était fort spirituel, et si ce n'est pas lui qui a dit de l'ambassadeur Carracioli qu'il avait *une cervelle de singe dans une tête de veau*, c'est lui assurément qui désigna sous le nom des *trois furies d'esprit*, madame de Marchais, madame Necker, et une autre qui abusaient un peu de leur supériorité dans la conversation et faisaient *poser* leur auditoire, comme on le dirait aujourd'hui. Nous le retrouvons ainsi de temps en temps dans les lettres de ces grandes dames, et il y tient toujours une place distinguée. On voit, de plus, que sa position dans la maison du duc de Choiseul était parfaitement honorable. Ainsi nous le voyons assistant à une chasse plaisamment racontée par l'abbé Barthélemy : « Gatti trottait, ses deux poings appuyés sur la selle, et » le corps tout courbé, à cause de sa sciatique. »

Nous pouvons en dire autant du chirurgien Pevol, qui était également le commensal du duc, et nous trouvons que, dans deux circonstances principales, ses soins furent très-nécessaires. Un jour l'abbé Barthélemy fit une chute de cheval et se fractura la clavicule. Voici comment la duchesse raconte cet événement :

« Hier, l'abbé étant à la chasse, son cheval arrêté, il s'est avisé de vouloir faire le joli cœur et de passer sa jambe sur l'arçon de sa selle, à la » manière des femmes. Il a glissé dans cette position, est malheureusement » tombé à faux sur l'épaule, et s'est cassé la clavicule. C'est, à ce qu'assurent » tous les médecins et chirurgiens, la moindre des fractures par son danger » qui est nul, par ses suites qui sont sans inconvénients, et par sa douleur » qui est la plus légère que l'on puisse éprouver dans une fracture. La sienne » est simple; on y a remédié tout de suite, et du moment où il a été pansé, » il n'a plus souffert du tout. Après son pansement et la saignée faite, on l'a » mis au lit, où il a passé une nuit fort tranquille, quoiqu'il n'ait pas beaucoup dormi. Il est sans fièvre et si bien que l'on croit même qu'on ne sera

Elle ne présente rien de particulier à noter dans la région abdominale; elle est placée immédiatement contre le ligament de Gimbernat dont le bord concave est distant du pubis de 42 millimètres. Comme la hernie crurale ordinaire, la tumeur s'engage au-dessous du ligament de Fallope, en dehors du ligament de Gimbernat, et, dans ce point, son collet, dont le diamètre est de 1 centimètre, présente un rétrécissement. Il est en rapport en dedans avec le ligament falciforme; en dehors, avec la veine fémorale avec laquelle il est presque accolé.

Du côté de la région fémorale la hernie, qui occupe la partie la plus interne du canal crural, traverse le fascia cribriformis tout à fait à sa partie interne et supérieure et présente dans ce point un collet analogue à celui que l'on observe dans la hernie crurale ordinaire. En dehors, elle laisse la saillie arrondie que forment les vaisseaux, veine et artère fémorales recouverte par ce fascia ou feuillet antérieur de l'aponévrose fémorale. Dans la fosse ovale, la hernie présente un diamètre de 39 millimètres et affecte une forme multilobulaire.

Elle est en rapport avec les aponévroses suivantes : le feuillet profond de l'aponévrose superficielle de la cuisse recouvre entièrement la hernie, or ce feuillet aponévrotique adhère en bas autour de l'orifice aponévrotique du fascia lata qui donne passage à la veine saphène interne et recouvre la fosse ovale. Ses adhérences, en dedans et en dehors, aux vaisseaux, veine et artère tégumenteuses, aux lymphatiques, et en dedans, au muscle droit interne, environnent la hernie qui se trouve ainsi logée dans une cavité ampullaire.

Cette tumeur affecte la forme de la loge qui la renferme mais en présentant cela de remarquable que son extrémité inférieure, son corps offrent plusieurs renflements dont deux principalement s'échappent par des ouvertures situées en dedans et en dehors de la veine saphène interne à travers cette même aponévrose qui adhère à la veine pour ressortir au dessous du fascia superficialis au-devant du fascia fémoral. Ces diverticulums présentent un léger rétrécissement au niveau de leur passage dans chaque anneau fibreux accidentel. La veine saphène présente ainsi de chaque côté, avant son entrée dans la veine fémorale, deux diverticulum herniaires bien visibles lorsqu'on relève en haut le fascia superficialis qui a été séparé de l'aponévrose fémorale. Celui qui est externe et descend un peu plus bas que l'interne a un diamètre de 11 millimètres; le prolongement interne proémine moins et a 1 centimètre de diamètre. (*Le Gendre*, observation inédite.)

Dans ce cas, nous voyons une hernie crurale sortir immédiatement au-dessous du ligament de Fallope à travers le fascia cribriformis, comme la forme ordinaire : située au-dessous du fascia superficialis, dont les adhérences la limitent au niveau de la fosse ovale, elle occupe toute cette région.

De sa partie inférieure, on voit sortir deux diverticulum herniaires; on a exactement noté le point où ils traversent le fascia superficialis, de chaque côté de la veine saphène interne, un peu en avant son entrée dans la veine fémorale, dans cette région où le fascia superficialis, après avoir recouvert en partie cette veine saphène, ainsi que les ganglions lymphatiques de la région du pli de l'aine, vient adhérer intimement sur ce vaisseau et à l'entour de la fosse ovale, pour se continuer en bas, en avant de l'aponévrose fascia lata. Chacun de ces diverticulum passe par un orifice distinct du fascia superficialis, et présente en ce point un rétrécissement, un véritable collet.

La figure 1 de la planche VI montre nettement cette disposition; le fascia superficialis, qui a été relevé, laisse voir les deux diverticulum au moment de leur passage à travers ce fascia et leur rapport avec la face antérieure du fascia lata de la cuisse. On peut remarquer aussi que dans cette variété la hernie et ses prolongements s'éloignent des vaisseaux fémoraux, puisque la tumeur tend à devenir superficielle.

La figure 2 de la planche V montre l'ensemble de la hernie, son rapport avec l'aponévrose fascia lata qu'elle vient de traverser, et surtout la disposition du fascia superficialis qui adhère au pourtour de la fosse ovale, et présente à la partie inférieure de cette région les deux orifices à travers lesquels s'engagent les deux diverticulum herniaires. Cette aponévrose était soulevée dans une assez grande étendue vers la région externe du pli de l'aine, du côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure, disposition qui est assez fréquente, comme on le sait, dans la forme ordinaire de la hernie crurale.

DISCUSSION DES FAITS.

Dans une classification des hernies, le caractère anatomique du trajet que parcourt la hernie doit surtout servir de base pour grouper les différentes variétés de ces tumeurs. Nous avons suivi cette méthode pour la hernie crurale, et dans les variétés que nous décrivons, les unes se différencient par leur situation du côté de la région abdominale, les autres par leur trajet dans la région fémorale. C'est à ce dernier groupe qu'appartient la hernie d'Astley Cooper.

Après avoir traversé le fascia cribriformis, comme la forme ordinaire de la hernie crurale, elle envoie un ou plusieurs diverticulum qui traversent le fascia superficialis. Cette disposition est-elle suffisante pour constituer une nouvelle variété? Nous le pensons, puisque ce trajet la distingue de toutes les autres espèces de la hernie crurale qui, dans la région fémorale, sont recouvertes par ce fascia superficialis.

Dans les deux observations que nous rapportons il y a bien quelques différences entre elles; dans un fait, la tumeur traverse complétement le fascia superficialis, tandis que dans l'autre elle envoie des diverticulum à travers les adhérences de ce fascia au niveau de la fosse ovale, et reste située au-dessous de cette aponévrose; mais le siége et les rapports généraux de ces deux tumeurs, la présence d'un ou de plusieurs diverticulum, la disposition des ouvertures qui leur donnent naissance, tous ces caractères sont si semblables dans les deux cas, qu'ils nous ont permis de les réunir dans une même description.

Il était intéressant d'étudier le mécanisme de la formation de cette hernie, parce qu'il vient confirmer une opinion, qui n'est pas tout à fait démontrée, sur la marche de la hernie crurale après sa sortie à travers le fascia cribriformis.

On sait que la hernie crurale, après avoir traversé l'aponévrose fascia lata par une des ouvertures qu'elle présente aux environs du ligament de Gimbernat, soulève, à mesure qu'elle se développe, le fascia superficialis qui l'enveloppe, et particulièrement le feuillet profond de ce fascia. Si la hernie reste d'un petit volume, elle ne quitte pas ses rapports avec l'ouverture du fascia cribriformis qui lui a donné passage; mais si elle acquiert un certain développement, on la voit, dans beaucoup de cas, remonter au devant du ligament de Fallope qu'elle recouvre, et alors on peut la confondre avec la hernie inguinale interstitielle, à cause de son siége apparent et de sa forme. Le plus souvent elle prend une forme allongée, ovoïde, dirigée parallélement au pli de l'aine : sa grosse extrémité répond à la région du pubis, et sa pointe se dirige vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le

---

» pas obligé de le resaigner ce soir, quoiqu'il soit d'usage de saigner beau-
» coup dans les fractures. Si celle-ci se passe sans fièvre, ce sera fort extra-
» ordinaire, parce qu'on dit qu'il doit toujours y en avoir le second ou le
» troisième jour. Pour le présent, l'abbé est très-gai et ne souffre absolu-
» ment que de ses ligatures et de la contrainte de sa situation, qui est pé-
» nible. »

L'accident arriva le 13 octobre 1772, et le 24 du même mois, le malade écrivit à madame du Deffand un billet où il racontait les bons soins qu'on lui prodiguait. Ce billet se termine ainsi : « Je conclus de tout ce détail qu'il » n'y a rien de si avantageux, pour se guérir de l'ennui, que de se casser la » clavicule. »

Le chirurgien Pevol n'avait pas inventé l'appareil de Desault, mais on voit par ce qui précède que le traitement de cette fracture fut bien conduit, car l'abbé Barthélemy, dans la suite de sa correspondance, ne dit mot des inconvénients qui auraient pu résulter d'une consolidation opérée vicieusement. Il en est de même d'une *fracture de la main*, éprouvée par le duc de Choiseul dans une chute de cheval, et qui paraît avoir nécessité des soins très-prolongés, car plus de six semaines après l'accident, il fallait doucher cette main pour lui rendre la liberté. Il est vrai qu'aucun détail n'est venu nous éclairer sur la nature du mal, et que peut-être n'existait-il qu'une violente entorse. Quoi qu'il en soit, on voit que les grands seigneurs se faisaient accompagner par des gens de l'art dans leurs courses, dans leurs chasses, et qu'une pareille précaution n'était pas superflue. Madame la vicomtesse de Choiseul raconte qu'à une des chasses du roi, le cerf ayant sauté dans le jardin d'un pauvre vigneron, se jeta sur cet homme et le tua. Le roi envoya aussitôt au rendez-vous pour avoir le chirurgien, et après divers incidents fort dramatiques, l'homme de l'art crut pouvoir dire qu'il espérait que la blessure ne serait pas mortelle.

« Madame de Pompadour a eu beaucoup de toux et assez de fièvre cette » nuit, ma chère enfant (15 mars 1764); cependant on assure qu'il n'y a au» cun danger à son état. » C'est la duchesse de Choiseul qui parle ainsi, et tout juste un mois plus tard, la marquise expirait bien et dûment phthisique. Dans une lettre du 22 mars, la même dame écrit ce qui suit : « Madame de
» Pompadour a dormi cinq heures cette nuit (dans un fauteuil, il est vrai,
» parce que le lit l'étouffe), mais elle se trouve si bien qu'elle essayera le lit
» ce soir; elle ne tousse presque plus, la respiration est libre. Depuis qu'elle
» est dans un fauteuil, il n'y a plus de redoublement, et la fièvre est si lé-
» gère que les médecins disent qu'ils ne seraient pas étonnés qu'il n'y en eût
» plus demain ou après-demain, et qu'elle retournât mercredi à Versailles.
» Il n'y en a plus que ce qu'il faut pour achever de cracher les tubercules
» qui sont à leur fin, mais il est certain qu'elle aura besoin pendant long-
» temps de beaucoup de ménagements. »

Je ne sais si parmi les docteurs qui soignaient madame de Pompadour se trouvait M. de la Lannes, premier médecin de la reine. Madame la duchesse de Choiseul ne dit que deux mots de ce personnage, et voici à quelle occasion. Il était question d'obtenir pour madame du Deffand une pension de 6,000 francs, l'affaire traînait en longueur, et la noble dame, impatientée, écrit ceci à son amie : « J'avais imaginé de faire parler à la reine par M. de

bord supérieur de cette tumeur répond au ligament de Fallope, qu'il dépasse quelquefois, le bord inférieur, au contraire, ne dépasse pas l'entrée de la veine saphène interne dans la veine fémorale. La tumeur paraît partagée en deux segments par la veine sous-cutanée abdominale qui la contourne et qui est quelquefois variqueuse, comme j'en ai vu plusieurs exemples, à cause de la difficulté du retour du sang dans la veine saphène interne dans laquelle elle se dirige alors de bas en haut, c'est-à-dire dans une direction opposée à celle qu'elle présente normalement.

Enfin, dans certains cas, la hernie, assez volumineuse, se dirige tout à fait en bas jusqu'à une assez grande distance au-dessous de l'entrée de la veine saphène interne dans la veine fémorale. Cependant, si l'on vient à soulever la tumeur on peut limiter son pédicule, et on reconnaît qu'il est encore situé au-dessus de la réunion de ces deux vaisseaux. Une dissection minutieuse de la tumeur nous a montré, dans les cas que nous avons observés, que la hernie avait conservé ses rapports normaux avec les aponévroses qui forment ses enveloppes, que celles-ci avaient été seulement distendues par le volume excessif qu'avait acquis la tumeur herniaire.

Quelle est la cause de ces différences dans la forme, dans le trajet de la hernie crurale? Peut-on les rapporter seulement à la disposition anatomique des aponévroses du pli de l'aine? Nous avons déjà admis implicitement cette opinion, et nous nous rattachons à la théorie que Scarpa a donnée sur le mécanisme de la marche de la hernie crurale.

D'après le professeur de Pavie, la hernie, après avoir traversé le feuillet antérieur du fascia lata, se dégage de dessous le pli falciforme et descend jusqu'à la partie inférieure de la fosse ovale; là elle rencontre les adhérences du fascia superficialis qui entravent son développement de ce côté, et alors les mouvements de flexion de la cuisse la font peu à peu remonter vers la région inguinale. (Scarpa, Traité des Hernies. Supplément, p. 45. Edition française.)

Sans admettre complétement cette action physiologique invoquée par Scarpa, à savoir les mouvements de flexion de la cuisse qui refoulent peu à peu la hernie dans le pli de l'aine, nous croyons qu'il a bien observé la disposition anatomique des parties qui s'opposent dans un grand nombre de cas à la descente de la hernie crurale.

M. le professeur Malgaigne regarde cette théorie de Scarpa comme une hypothèse ingénieuse, et pour lui la véritable application de ce phénomène du développement de la hernie crurale en avant du ligament de Fallope, est encore à trouver. (Malgaigne, Anatomie chirurgicale, tom. II, p. 297.)

Cette opinion de l'un de nos grands écrivains sur les hernies, montre bien la difficulté de cette recherche. Nous allons essayer, en passant en revue les objections de l'illustre professeur de l'école de Paris, et en nous appuyant toujours sur les faits anatomiques, de démontrer la véritable cause des différences de la hernie crurale dans son trajet. Cette discussion nous conduira à l'étude du mécanisme de la formation de la hernie d'Astley Cooper.

Tous les anatomistes modernes ont décrit avec soin la disposition des aponévroses de la région du pli de l'aine. Il nous suffit de rappeler, comme un fait généralement admis, l'adhérence du fascia superficialis au pourtour de la fosse ovale, et principalement au niveau de l'embouchure de la veine saphène interne à laquelle il forme dans ce point une véritable gaine. En haut, il adhère aussi au ligament de Fallope. Ce fascia superficialis formé de plusieurs feuillets, feuillet superficiel et feuillet profond, est séparé du fascia lata par du tissu cellulaire lâche, et, de plus, dans toute cette région supérieure de la cuisse, par les ganglions lymphatiques du pli de l'aine. Ces ganglions sont disposés par groupes, dont l'ensemble présente la forme d'un triangle dont le sommet répondrait à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et la base serait tournée vers le pubis. Dans toute cette région on peut séparer facilement le fascia superficialis du fascia lata avec le manche d'un scalpel, et l'on est arrêté à la partie inférieure de la fosse ovale par les tractus fibreux nombreux qui unissent ces deux aponévroses. Au-dessous de cette limite on peut de nouveau isoler facilement par le scalpel les deux fascia.

Il existe donc entre le ligament de Fallope et l'embouchure de la veine saphène interne, dans la veine fémorale, un espace triangulaire, une véritable loge aponévrotique, renfermant les ganglions lymphatiques inguinaux externes qui en séparent les deux parois formées en avant par le fascia superficialis, en arrière par l'aponévrose fascia lata.

Voyons maintenant le rapport de cette disposition anatomique avec la marche de la hernie crurale. Il faut admettre, nécessairement, la plus ou moins grande résistance des connexions de cette aponévrose aux points où elle s'unit avec le fascia lata; cette résistance variable modifiera seulement la forme de la hernie, sans changer en rien les rapports de ses enveloppes.

Lorsque la hernie crurale a traversé une des ouvertures du fascia cribriformis, elle rencontre la lame profonde du fascia superficialis, qu'elle soulève ainsi que les ganglions lymphatiques qui sont placés au-dessous de cette aponévrose. Suivant la résistance plus ou moins grande de cette membrane, ses connexions plus ou moins nombreuses avec le fascia lata, la hernie se dirige en dehors et en haut en suivant la chaîne ganglionnaire que nous avons décrite, ou bien elle se porte directement en bas; mais, dans ces deux cas, la base de la tumeur ne dépasse pas le pourtour de la fosse ovale où se fixe le fascia superficialis. La dissection nous a montré l'exactitude de ces dispositions dans les deux formes différentes de hernies que nous venons de mentionner.

A. Thomson avait parfaitement décrit ces deux formes différentes de la hernie crurale, qui tiennent à une même disposition anatomique; l'une, quand la tumeur se trouve réfléchie en haut et en dehors vers l'épine iliaque antérieure et supérieure; l'autre, quand la tumeur, dirigée parallèlement aux vaisseaux fémoraux, se trouve couchée dans la fosse ovale. Dans ces deux cas, il avait montré leur rapport avec le fascia superficialis, qui, dans le premier fait, bride la tumeur contre le fascia lata et ne recouvre que sa face antérieure, tandis que dans le second fait cette lame enveloppe complétement la tumeur et passe de suite depuis son extrémité sur le sommet de la veine saphène interne. Enfin, cet auteur distingue ce feuillet aponévrotique du fascia superficialis de la cuisse, et en fait une dépendance du feuillet profond du fascia superficialis de l'abdomen. (A. Thomson, Mémoire sur les différentes lames du fascia superficialis. Académie des sciences, 1836. Académie de médecine, 1835.)

Cette disposition anatomique étant acceptée, elle doit se retrouver

---

» la Lannes. Voilà ma première intrigue de cour, et vous allez voir comment » elle a réussi. La reine a eu de l'indigestion et de la colique pendant trois » jours, la Lannes n'a pas trouvé le moment de placer un mot. Je ne sais » comment elle était hier; je l'ai vue à la comédie. Je ne suis plus malade, » et la Lannes n'est pas venu ce matin chez moi. »

On peut voir dans cette correspondance si active, que presque tous ces personnages étaient habituellement souffrants. Madame du Deffand parle sans cesse de ses infirmités, et cela se conçoit, car, née en 1697, un an après la mort de madame de Sévigné, elle avait 70 ans à l'époque dont nous nous occupons; elle dit plaisamment à la duchesse, qu'elle appelait sa grand'mère bien que celle-ci eût pu être sa petite-fille : « Rien au monde ne m'empê» cherait de vous aller trouver si j'étais du nombre des vivants; mais je ne » puis prétendre qu'à être, comme M. de Laitre, la plus vivante de toutes les » mortes, et encore faut-il que je pense à vous pour jouir de cette existence. » Elle avait un catarrhe pulmonaire, des douleurs rhumatismales, elle devint aveugle, quelque peu sourde, et nonobstant, le charme de son esprit lui valut les plus solides attachements avec d'Alembert, qui la quitta cependant pour mademoiselle de Lespinasse, avec le président Hénault, Horace Walpole et l'abbé Barthélemy. Elle recevait un grand nombre de lettres de ses amis et de la plupart des hommes qui tenaient le premier rang dans la littérature, les sciences, la philosophie; chacun se faisait gloire de correspondre avec elle. Son secrétaire, Wiart, écrivait sous sa dictée des réponses qui ont été recueillies, et qui forment aujourd'hui le tableau le plus charmant, le plus vrai, le plus accompli de la société française, telle qu'elle était dans la seconde moitié du dix-huitième siècle. Son goût pour le style épistolaire était si vif que, disait-elle, elle lirait volontiers toute la malle du courrier.

Madame du Deffand avait un médecin du nom de Poissonnier, et madame de Choiseul veut bien croire qu'il est *moins mauvais qu'un autre*. L'éloge n'est pas très-explicite, mais une telle opinion ressemble à un de ces propos légers si fort en usage dans le grand monde. On a toujours une épigramme au service de la Faculté, et la noble dame, parlant un jour de tous les personnages qui assistent à sa toilette, s'exprime en ces termes : « Un militaire » pérore de l'expulsion des jésuites; deux médecins parlent, je crois, de la » guerre, ou se la font peut-être, etc. » Madame de Choiseul dit encore de ce brave Poissonnier : « Il vous impatientera, et c'est bien quelque chose que » l'impatience : c'est toujours un sentiment, et c'est plus par le défaut de » sentiments qu'on s'ennuie que par la disette d'idées. Quand je suis à Ver» sailles, je monte souvent à cheval, uniquement pour me faire peur. »

Les belles dames de ce temps-là avaient des maux de nerfs, les hommes les imitaient volontiers; aussi le docteur Pomme était-il en grande vogue dans ce monde élégant et blasé. Voici un passage d'une lettre de madame du Deffand (27 septembre 1771) qui montre bien le caractère de ce genre de souffrance : « Vous êtes trop bonne, chère grand'maman, d'être inquiète de » ma santé. Je me porte beaucoup mieux. J'ai plus de force et je trouve que » c'est tant pis. Je m'accommode très-fort de l'état de faiblesse; elle engour» dit l'âme. C'est un bien de n'avoir pas d'activité quand on n'a pas besoin de » l'exercer, et encore un plus grand bien d'avoir peu de sensibilité, quand » elle ne sert qu'à faire souffrir. Il me semble que je me trouverais bien d'être

dans toutes les hernies crurales et déterminer la tumeur toutes les fois qu'elle est complétée à suivre le même trajet, c'est-à-dire à se replier du côté de l'abdomen. M. le professeur Malgaigne signale, sous ce rapport, de nombreuses exceptions qu'il présente comme des objections à la théorie de Scarpa.

Au point de vue du développement, cet auteur semble admettre deux degrés. Tantôt, dit-il, la hernie reste globuleuse et uniformément étalée autour de l'orifice qui lui a donné passage; tantôt elle se dirige en bas, notamment quand elle acquiert un volume considérable, et j'en ai vu qui descendaient jusqu'au milieu de la cuisse.

Dans le premier fait, c'est une hernie en train de se développer; on comprend qu'elle n'ait pas plus de tendance à se porter en haut ou en dehors, qu'en bas et en dedans; elle reste, comme nous l'avons indiqué au commencement de ce chapitre, en rapport avec l'ouverture du fascia cribriformis qui lui a donné passage.

Quant au second fait dans lequel la hernie descend directement en bas, nous avons décrit avec soin cette forme, et nous avons montré que, malgré un développement assez considérable de la tumeur, on pouvait trouver à la dissection ce feuillet profond du fascia superficialis enveloppant la hernie et venant s'attacher au bord inférieur de la fosse ovale en se jetant sur le sommet de la veine saphène interne. De plus, dans ce cas, le feuillet aponévrotique s'est laissé distendre par la tumeur; mais lorsque la hernie descend jusqu'au milieu de la cuisse on doit penser que ce fascia a été rompu, comme dans le premier fait de la hernie d'Astley Cooper que nous avons rapporté.

C'est donc là une exception comme celle que rapporte plus loin M. Malgaigne, et qu'il n'a rencontrée qu'une fois, dans laquelle la hernie s'était portée en dedans, du côté du scrotum. Cette disposition, que nous avons mentionnée comme étant presque constante dans la hernie du ligament de Gimbernat, peut se rencontrer accidentellement si la hernie sort tout à fait à la partie la plus interne et la plus élevée de l'anneau crural, et Thomson a montré, dans un cas, que la hernie était située en avant du feuillet abdominal du dartos, et que l'on devait attribuer aussi cette position de la hernie à l'action du bandage.

Mais si nous invoquons la disposition anatomique des différents feuillets aponévrotiques de la région du pli de l'aine comme la cause qui détermine la hernie à suivre ses différents trajets, on ne devra pas trouver de faits exceptionnels, et, dans tous les cas où l'on aura pu faire un examen complet, on pourra rattacher la situation de la hernie observée à la disposition anatomique de la région.

Nous avons montré qu'il existait à la partie supérieure du pli de l'aine un espace triangulaire limité par des aponévroses dans lequel cette hernie était contenue; que l'adhérence du fascia superficialis au pourtour de la fosse ovale limitait cette tumeur, et que la limite de ces adhérences se terminait sur le sommet de la veine saphène interne. Toutes les hernies crurales qui sortiront dans les différents points de cette région resteront confinées dans cette loge aponévrotique et ne dépasseront pas l'embouchure de la veine saphène interne.

Au-dessous de l'embouchure de cette veine, nous avons vu que le fascia superficialis pouvait être séparé facilement du fascia lata : toutes les hernies qui sortiront au-dessous de cette insertion aponévrotique autour de la fosse ovale, par conséquent par le trou même de la veine saphène interne, se dirigeront en bas.

Ces faits sont confirmés par l'observation, et l'autorité de M. le professeur Malgaigne, qui a fait une étude si complète des hernies, vient ici appuyer notre opinion. Les hernies crurales, dit-il, qui remontent par-dessus le ligament de Fallope, ne descendent presque jamais au niveau de la saphène, et celles qui sortent par le trou de la saphène, si j'en juge par celles que j'ai vues, n'offrent aucune tendance à remonter.

Cette discussion sur la cause du trajet que suit la forme ordinaire de la hernie crurale, dans laquelle nous avons été entraîné, n'est pas une digression complète : elle nous fera mieux comprendre le mécanisme de la formation de la hernie crurale avec diverticulum à travers le fascia superficialis que nous allons exposer brièvement.

Dans la première observation, que nous avons rapportée d'après Astley Cooper, il y a eu hernie à travers le fascia superficialis; l'opération pratiquée sur le vivant n'a pas permis de décrire avec tous les détails la disposition exacte des parties environnant la tumeur.

Dans le deuxième fait, une dissection minutieuse a permis de constater que la hernie était située au niveau de la fosse ovale qu'elle remplissait en partie, limitée de tous côtés par les adhérences du fascia superficialis à cette fosse ovale; que la tumeur se prolongeait un peu en dehors vers l'épine iliaque antérieure et supérieure; enfin, qu'elle présentait, comme caractère différentiel avec toutes les autres formes de hernie, deux diverticulum situés de chaque côté de la veine saphène interne, traversant la partie inférieure de la région de la fosse ovale pour ressortir au-dessous du fascia superficialis à travers les adhérences de cette aponévrose au fascia lata.

Cet exemple est tout à fait confirmatif de l'opinion de Scarpa sur la délimitation que le fascia superficialis présente autour de la fosse ovale et sur l'espèce de résistance qu'il offre à la hernie crurale qu'il enveloppe. Dans l'observation, on a noté que la hernie affectait la forme de la loge aponévrotique qui la renfermait; mais la résistance de ses différentes parois a été variable; ainsi nous voyons que la tumeur avait commencé à se prolonger un peu en dehors vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, et qu'à la partie inférieure, elle avait traversé complétement les adhérences du fascia superficialis au pourtour de la fosse ovale : dans cette région, elle avait envoyé deux diverticulum herniaires.

C'est à cette cause, à la résistance moins grande du fascia superficialis, à la partie inférieure de la fosse ovale, que nous attribuons la formation de ces deux diverticulum herniaires : nous avons déjà invoqué cette cause dans l'étude de la formation de la hernie avec diverticulum, à travers le fascia cribriformis, avec laquelle la hernie d'Astley Cooper offre de si grands rapprochements, et nous croyons d'une manière générale que c'est à cette résistance variable des différentes régions des aponévroses du pli de l'aine que l'on doit attribuer les nombreuses variétés d'origine des hernies crurales.

DESCRIPTION DE LA HERNIE CRURALE AVEC DIVERTICULUM A TRAVERS LE FASCIA SUPERFICIALIS OU HERNIE D'ASTLEY COOPER.

Dans la description de la hernie d'Astley Cooper, nous allons retrouver les mêmes faits généraux que nous avons étudiés dans la hernie de Hesselbach, à laquelle nous venons de la comparer à si juste titre.

» orme ou chêne. J'imagine qu'ils sont contents de leur situation, surtout » quand ils se trouvent placés au milieu d'une forêt; on ne les sépare pas » des arbres leurs voisins, qui sont sans doute leurs amis, etc. » L'ennui, toujours l'ennui, c'est le mal dont se plaignent des femmes de l'esprit le plus piquant, le plus exercé, et dont le docteur Pomme essaya de les guérir en les faisant travailler, en donnant à leur éternelle oisiveté une occupation sérieuse, obligatoire, au moyen de laquelle il produisit des miracles. Il n'était pas le seul à s'occuper des troubles nerveux; Sylva, son rival, souvent préféré en ce genre de cure, Sylva dont Voltaire a dit :

Il sait l'art de guérir autant que l'art de plaire,

était un homme d'esprit, un observateur attentif et sagace. Il prétendait que *les pauvres seuls faisaient l'aumône*. « Et, ajoute madame du Deffand, il a rai» son, car il n'y a que ceux qui éprouvent le malheur qui sentent bien celui » des autres, qui les plaignent et les soulagent. » Ce même Sylva assailli par toutes les jolies femmes de Bordeaux qui se plaignaient d'être attaquées de maux de nerfs, ne leur prescrivit aucun remède, mais il imagina de leur dire que ce pourrait bien être l'épilepsie. Aucune n'osa plus se plaindre, et toutes se trouvèrent guéries. Enfin, pour achever de le peindre, le voici peint par lui-même. On lui demandait un jour quel était le premier médecin de l'Europe? Chirac, répondit-il, puis il ajouta : Dumoulin est le troisième.

Je trouve dans une lettre de madame de Deffand, datée du 5 août 1772, une anecdote qui mérite bien qu'on en fasse mention. Il s'agit de l'accouchement de madame de Bourbon. « Son travail fut si pénible qu'on craignit d'être » obligé de l'accoucher de force. L'enfant était mourant. Pour le ranimer, on » le mit dans des langes trempés dans l'esprit-de-vin. On ne sait comment, » mais le feu y prit. Les femmes effrayées s'enfuirent. L'accoucheur le se» courut. Sans lui, il était brûlé! Il se fortifia, et on croit qu'il vivra. » Il a vécu en effet jusqu'en 1804, époque où il termina sa courte carrière dans les fossés de Vincennes. De pareils rapprochements, et ils ne sont pas rares dans les deux volumes auxquels nous les empruntons, répandent un merveilleux intérêt sur cette correspondance et ne font pas moins d'honneur au marquis de Sainte-Aulaire qui ne perd aucune occasion de les mettre en relief et d'y ajouter des notes dont l'élégante simplicité n'est pas un des moindres mérites de cet ouvrage. Nous regrettons que l'éditeur n'ait pu nous dire le nom de cet accoucheur dont la présence d'esprit a préservé le duc d'Enghien d'un si grand danger.

Une autre dame, la princesse de Poix, la même qui, arrivée à un âge très-avancé, disait avec tant de sens qu'*en vieillissant il fallait redoubler de propreté et d'indulgence*, se permit un jour une singulière plaisanterie. Jeune alors et en mal d'enfant, au milieu des tortures d'un accouchement laborieux, elle s'écria : Comprend-on qu'il faille tant souffrir pour accoucher d'un petit Poix! Il y a là, on en conviendra, une singulière liberté d'esprit. Si Deslandes, qui a fait un assez joli petit livre (en 1758) intitulé : RÉFLEXIONS SUR LES GRANDS HOMMES QUI SONT MORTS EN PLAISANTANT, avait voulu étendre et varier son thème lugubre, il eût dû recueillir des mots comme celui-ci, et je ne doute pas que les accoucheurs ne lui en eussent fourni un grand nombre. On comprend que l'abbé Bourdelot, médecin de la reine Christine de

Nous ne ferons qu'indiquer ces rapprochements au point de vue du mécanisme de la formation de la tumeur herniaire, du développement des diverticulum, de leur étranglement, des indications pratiques que réclame cette variété de hernie.

Cette nouvelle hernie affecte dans la région du pli de l'aine la même situation que la forme ordinaire de la hernie crurale : elle est en rapport avec le bord concave du ligament de Gimbernat et suit le bord interne de la veine iliaque externe; au moment où elle traverse le fascia cribriformis, elle présente un rétrécissement, un véritable collet herniaire. Du côté de la région fémorale, elle occupe la fosse ovale; vers sa partie inférieure, elle envoie un ou plusieurs diverticulum qui traversent le fascia superficialis, disposition qui la différencie de toutes les autres variétés de la hernie crurale. Chacun des diverticulum présente à son passage à travers l'aponévrose un rétrécissement qui constitue un véritable collet pour la tumeur herniaire secondaire.

Quelle est la cause de la formation de ces diverticulum? Comme nous l'avons dit pour la hernie crurale en général, comme nous l'avons écrit pour la hernie de Hesselbach, il faut admettre le défaut de résistance du fascia superficialis dans les points où se sont formés ces prolongements herniaires.

Nous regardons aussi le développement des diverticulum de la hernie d'Astley Cooper comme s'étant fait successivement, et nous adoptons complétement la théorie d'Arnaud que nous avons invoquée pour la hernie de Hesselbach. La première observation que nous avons rapportée de la hernie d'Astley Cooper est surtout très-favorable pour la démonstration de cette formation des diverticulum herniaires consécutivement à la hernie principale. Une même cause, l'influence des efforts, qui, dans une hernie, tend sans cesse à faire sortir une nouvelle quantité de viscères, a agi de la même manière dans ce cas particulier, et la hernie assez volumineuse, recouverte seulement par le fascia superficialis, a traversé cette aponévrose par une ouverture assez étroite et a produit la formation d'un nouveau sac herniaire communiquant avec le premier. La résistance inégale du fascia superficialis peut aussi seule expliquer la formation successive des diverticulum multiples de la seconde observation.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES.

Au point de vue pratique, s'il survient des phénomènes d'étranglement dans cette variété de hernie, il y aura les mêmes difficultés comme dans la hernie de Hesselbach pour distinguer si les symptômes sont produits par l'étranglement de la tumeur herniaire générale ou d'une des tumeurs secondaires, d'un des diverticulum. Mais si dans la hernie de Hesselbach nous ne pouvions émettre qu'une hypothèse sur l'opération à pratiquer dans ce cas, parce que nous ne possédions aucun fait, l'opération pratiquée par Astley Cooper sur la variété de la hernie crurale à laquelle nous avons donné son nom, montre bien que le chirurgien doit débrider successivement les deux collets du sac herniaire, puisque tous les deux font obstacle à la rentrée de l'intestin dans l'abdomen.

Enfin dans cette variété, le chirurgien doit apporter la plus grande attention lorsqu'il pratique l'incision des téguments extérieurs, puisque le sac herniaire est placé, dans quelques cas, immédiatement au-dessous de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Quant à la direction à donner à l'incision, elle ne présente rien de particulier à noter, le second débridement sur le collet de la tumeur herniaire générale devant être pratiqué suivant les règles qui dirigent le chirurgien dans l'opération de la forme ordinaire de la hernie crurale.

Ainsi une disposition anatomique des parties tout à fait semblables, un mode de formation et de développement tout à fait identique, des accidents qui sont soumis aux mêmes règles opératoires, toutes ces ressemblances justifient la comparaison que nous venons d'établir entre la hernie avec diverticulum à travers le fascia cribriformis ou hernie de Hesselbach, et la hernie avec diverticulum à travers le fascia superficialis ou hernie d'Astley Cooper.

CHIRURGIE PRATIQUE.

TROIS OBSERVATIONS DE TUMEURS CANCÉREUSES DU SEIN AYANT ACQUIS UN TRÈS-GRAND DÉVELOPPEMENT, ET GUÉRIES PAR L'OPÉRATION SANS RÉCIDIVE, APRÈS DOUZE, NEUF ET TROIS ANNÉES; par MM. les docteurs MANEC et LABOULBÈNE. (Note communiquée à la Société de Biologie.)

Les affections cancéreuses du sein ont, sous leurs formes nettement caractérisées, une telle tendance à se reproduire, qu'il est exceptionnel de les voir guérir après l'ablation chirurgicale. Cette dernière ressource est d'ailleurs périlleuse à employer chez des personnes affaiblies par l'âge, qui doivent difficilement résister au travail de cicatrisation d'une large plaie. Les souffrances causées par une opération laborieuse n'existent plus, heureusement pour les malades, depuis l'intervention des agents anesthésiques; mais ce n'est pas sans crainte que l'opérateur soumet les personnes exténuées par de longues douleurs et par des pertes abondantes de sang, à l'inhalation du chloroforme.

Ces réflexions nous sont suggérées par les trois faits qui suivent et qui sont trois remarquables exemples de tumeurs énormes du sein, de nature cancéreuse, dont l'analyse élémentaire a été faite au moyen du microscope. L'ablation, aidée par l'emploi de l'éther et du chloroforme, a été suivie d'un succès qui ne s'est pas démenti après douze années, neuf années et trois années de date. La santé est revenue florissante; elle est actuellement aussi parfaite que possible pour chacune des trois malades dont nous allons sans plus tarder rapporter l'histoire.

CANCER ENCÉPHALOÏDE ÉNORME DU SEIN GAUCHE CHEZ UNE FEMME DE 70 ANS; ABLATION DE LA TUMEUR; EMPLOI DU CHLOROFORME POUR L'OPÉRATION; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. I. — Toffier (Marie-Marguerite), veuve Desponty, née à Paris, blanchisseuse; entrée le 17 juin 1850 à l'infirmerie générale de la Salpêtrière, dans le service de M. Manec; opérée le 21 juillet; guérie le 1er septembre.

Cette malade, couchée au n° 18 de la salle Sainte-Anne, est d'une taille moyenne, avec le dos un peu voûté et la tête branlante; son teint est jaunâtre; ses cheveux, primitivement bruns, sont entièrement blancs. Elle entre à l'infirmerie avec une tumeur très-volumineuse du sein gauche.

Elle assure que ses parents n'ont jamais eu de tumeur d'aucune sorte. Son

---

Suède, que Gassendi, Hobbes et autres philosophes, aient envisagé froidement le terme fatal de la vie; mais les femmes, quand elles sont en proie aux derniers paroxysmes de la douleur, ont bien plus de mérite à braver le mal et à plaisanter au moment où elles se croient près de mourir.

La médecine humorale était en faveur à l'époque dont nous parlons. L'abbé Barthélemy se faisait vieux (il naquit en 1716), mais son esprit charmant ne perdait rien de sa grâce et de sa finesse. Il écrivait à madame du Deffand, sous la date du 30 juillet 1778, une lettre pleine des plus aimables témoignages de son affection, et j'en extrais le passage suivant : « Vous n'avez pas » répondu à ma dernière lettre, vous aimez mieux jouer au loto. Je ne pour» rais pas en faire autant; ma *tête n'est pas assez forte*, mon imbécillité se » perfectionne et mes ennemis augmentent tous les jours. Outre les maux de » nerfs, on prétend que j'ai trois humeurs : humeur de dartre, humeur de » rhumatisme, humeur de goutte; ces trois humeurs n'en font qu'une. Je ne » sais où je les ai prises. Je les attaque par les bains et par le régime. »

On faisait alors beaucoup de médecine empirique, ainsi madame du Deffand écrivant à son ami Walpole (6 août 1766) le prie de lui envoyer pour le prince de Beauvau de la poudre fébrifuge du docteur James. « Il y en a de deux » sortes, ajoute-t-elle, l'une est douce et l'autre violente. Il en faut pour un » louis de chaque façon. » C'est un mélange de sulfate d'antimoine, de phosphate de chaux et de nitrate de potasse, à moins que l'on adopte une autre formule dans laquelle on ne trouve que de l'oxyde blanc d'antimoine et du *muriate doux de mercure sublimé six fois* dans la proportion de un de cette dernière substance contre vingt d'antimoine.

Je croirais volontiers que le remède de Vèze, cité à la page 411 du tome II, n'est autre chose que le fameux antilaiteux de Weiss, espèce de tisane purgative dans laquelle le *galium luteum* joue un rôle très-problématique. Quoi qu'il en soit, dit madame du Deffand, « madame Wiart (la femme de son se» crétaire) prend ce remède. Jusqu'à présent, il ne produit pas grand effet; » mais il y a tant de personnes qui s'en sont bien trouvées que j'espère qu'elle » sera du nombre. »

P. MENIÈRE.

(La suite prochainement.)

— Les ouvriers de Sheffield (Angleterre) ont tenu un meeting afin de se concerter en vue de souscrire pour une somme de 40,000 schellings (50,000 fr.) aux frais de construction d'un hôpital dans cette ville. Il paraît que, moyennant une cotisation de 3 fr. par an, ils jouiraient du droit d'avoir trois billets d'admission à cet hôpital.

père est mort à 43 ans d'un *rhume négligé*; sa mère avait 70 ans quand elle a succombé à une maladie aigue abdominale. Elle a été l'aînée de quatre frères et sœurs, qui sont tous morts de maladies non carcinomateuses.

Elle a eu sept enfants : quatre vivent encore et sont en bonne santé, à l'exception de sa dernière fille, atteinte depuis quatre ans d'une affection utérine, que notre malade ne peut pas caractériser suffisamment.

Cette femme, d'une constitution ordinaire, a très-longtemps joui d'une excellente santé. Elle n'a conservé le souvenir d'aucune maladie grave. A 15 ans elle a été très-éprouvée par ce qu'elle appelle *son effort d'âge manqué*. Les règles ont paru à 17 ans et ont toujours été abondantes et régulières. Elle s'est mariée à 25 ans, et elle a eu son dernier enfant dans sa quarantième année. Elle a été trois fois nourrice et néanmoins ses seins étaient peu volumineux. L'époque critique a eu lieu à 51 ans sans secousses.

Sa vie s'est passée au milieu des privations pour élever sa famille, mais elle n'a jamais été très-malheureuse.

Il y a un an environ qu'elle remarqua une petite *glande* à la partie supérieure du sein gauche. Elle était douloureuse à la pression, grossissait très-vite et au bout de six mois égalait le volume du poing. Le traitement fut insignifiant, se bornant à quelques frictions avec différentes pommades.

Un chirurgien qu'elle consulta voulut enlever la tumeur. La malade ne voulut jamais y consentir; mais le mal empirant tous les jours et ayant pris un grand développement, elle fut admise à l'hôpital de la Salpêtrière comme incurable.

Elle n'assigne point de causes précises à son mal. C'est accidentellement qu'elle s'est aperçue de sa présence. Elle compare les douleurs qu'elle a éprouvées en dernier lieu à celles d'un panaris qui mûrit.

Elle refuse obstinément l'opération, quoiqu'elle se préoccupe sans cesse de son mal au sein.

ÉTAT ACTUEL. Le sein gauche présente, vers sa partie supérieure, une tumeur considérable, formée de trois masses superposées et bosselées. Son volume total est à peu près celui d'une grosse tête d'enfant; sa circonférence, mesurée avec un fil, fournit 45 centimètres. Elle est exactement située à la partie supérieure du sein, qu'elle a refoulé en bas, ainsi que l'indique le mamelon, bien conservé; sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Elle paraît encore mobile sur le grand dentelé et les parois thoraciques; pas de ganglions indurés dans l'aisselle.

Les tumeurs principales et leurs bosselures sont d'une consistance pâteuse; l'intermédiaire surtout est molle, mais sans offrir de fluctuation bien sensible; la peau qui les recouvre toutes est adhérente, d'un rouge violacé, d'une coloration plus foncée dans certains endroits, sillonnée de cordons bleuâtres formés par les veines hypertrophiées. Une plaque de peau, légèrement indurée et violette, s'étend de la tumeur jusqu'auprès du creux axillaire; de même, à la partie interne de la tumeur, la peau présente, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, une vascularité et une épaisseur insolites, mais sans tubercules nummulaires cancéreux, sans aucune saillie morbide petite et limitée.

Le sein droit est atrophié, ridé, et à la partie inférieure de la tumeur, le sein gauche offre en partie le même aspect.

L'intelligence est nette. Rien de notable par la percussion et l'auscultation du thorax. 70 pulsations à l'artère radiale, fortes, régulières; appétit médiocre; constipation habituelle. Urines trouvées normales quand on les a examinées par la chaleur et l'acide azotique.

DIAGNOSTIC. Encéphaloïde du sein, à marche probablement rapide. (Tisane de gomme sucrée, deux portions, cataplasmes de ciguë.)

La bosselure moyenne devient de plus en plus violacée et fait éprouver des douleurs encore plus vives. L'appétit diminue; la durée du sommeil, assez longue jusqu'alors, s'abrége sensiblement. (Cataplasmes fortement laudanisés.)

Pendant le mois de juin et le commencement du mois de juillet, les douleurs sont des plus vives; la tumeur moyenne, après s'être un peu plus ramollie, a laissé suinter du sang par une de ses bosselures. L'appétit se perd, la respiration est pénible à cause des douleurs qu'elle provoque, le sommeil est à peu près nul.

17 juillet. Limonade, une portion qu'elle mange à peine.

19. Une hémorrhagie très-abondante a en lieu pendant la nuit. Douleurs des plus vives; face décolorée, un peu bouffie. La malade réclame l'opération. Nuit mauvaise; même état d'anxiété.

20 juillet. M. Manec croit l'opération praticable, néanmoins il désire avoir l'avis de ses collègues, MM. Barth, Gillette, Lélut, Mitivié et Trélat. Il les réunit en consultation et leur fait remarquer l'âge avancé de la malade, le volume de la tumeur, son développement rapide. Il insiste sur la probabilité de la mort qui arrivera dans très-peu de temps si l'hémorrhagie se renouvelle. La production morbide est d'ailleurs mobile sur les parois thoraciques, les plaques de peau indurée peuvent n'être telles que par la vascularisation augmentée; enfin les ganglions axillaires, devenus volumineux et sensibles, sont peut-être engorgés et non imprégnés de matière cancéreuse. Ces ganglions enlevés pour plus de sûreté, la malade peut ne pas récidiver. Si, avec des soins multipliés, la malade résiste aux premières périodes de cicatrisation de sa plaie, la vie sera prolongée d'autant. Il en conclut qu'il faut opérer au plus vite.

Après avoir longuement discuté les chances favorables et les dangers de l'opération, celle-ci est décidée et remise au lendemain.

21 juillet. OPÉRATION. M. Manec confie à MM. les docteurs Gillette et Trélat le soin de faire inspirer le chloroforme pendant l'opération, à l'aide du petit appareil de Charrière, formé d'une poche de soie, munie d'un fond en tissu épais. L'insensibilité arrive sans peine après une minute 15 secondes d'attente. Les incisions sont pratiquées, deux ligatures appliquées; la dissection de la tumeur va bon train; la malade pousse alors quelques plaintes et se débat. On verse du chloroforme dans l'appareil et on l'applique de nouveau. Quelques secondes s'écoulent; l'opération marche. M. Gillette constate que le pouls baisse et devient tout à coup insensible, les lèvres blanchissent, la respiration s'arrête, la mort est imminente. On jette de l'eau au visage, on donne de l'air en ouvrant les fenêtres; on enlève la patiente et on lui fait prendre une cuillerée de vin de Bagnols. Une demi-minute se passe, le pouls recommence à battre, la poitrine se dilate, enfin l'opération est terminée sans que la malade manifeste aucune souffrance, sans nouvel emploi du chloroforme.

L'opération a été pratiquée de la manière suivante :

Quand l'insensibilité est devenue suffisante, M. Manec, avec un fort couteau à tranchant convexe, fait deux incisions demi-elliptiques, s'étendant du creux axillaire au bord inférieur de la dernière fausse côte. Il commence par l'incision inférieure, afin de ne point être gêné par le sang. Ces deux incisions circonscrivent la tumeur, font disparaître la peau indurée du côté de l'aisselle et ne laissent qu'une petite portion du tégument vascularisé situé au côté interne de la tumeur. Le sang coule en nappe; il est absergé avec des éponges imbibées d'eau hémostatique (1). Deux ligatures sont appliquées. La tumeur est saisie à pleine main, disséquée largement. Section du grand pectoral, qui adhère à l'enveloppe fibreuse; il est coupé à son tiers externe et à 5 centimètres de ses attaches sternales. Deux nouvelles ligatures. Les muscles sous-jacents sont à l'état normal. Les ganglions axillaires paraissent hypertrophiés; ils sont saisis et enlevés. Une nouvelle ligature placée dans l'aisselle.

L'opération dure 20 minutes. Il y a peu de sang répandu, grâce à l'eau hémostatique.

PANSEMENT. Réunion des bords des deux incisions par quatre points de suture entortillée, placés en haut et en bas, réunissant de la sorte les commissures. Cinq larges bandelettes de diachylon ne peuvent, malgré une forte traction, rapprocher les lèvres de la plaie qu'à une distance de 4 à 5 centimètres. Petites boulettes de charpie roulées dans la colophane en poudre, posées dans les intervalles; linge cératé; charpie et compresses imbibées d'eau fraîche, maintenues par un bandage de corps modérément serré. Enfin un tampon dans l'aisselle, pour aider au recollement de la peau et empêcher la formation d'un clapier.

La malade, placée dans son lit, met une heure au moins à revenir à elle et à reconnaître les objets qui l'entourent. Une infirmière veille auprès d'elle et imbibe de dix en dix minutes, au moyen d'une éponge et d'eau froide, les pièces de pansement reposant sur la plaie. (Gomme sucrée; Bagnols, 125 grammes; quelques cuillerées de consommé.)

Pendant la journée, la malade a beaucoup de peine à rassembler ses idées; elle n'a aucun souvenir de l'opération; elle ne dort point pendant la nuit.

22 juillet. La journée se passe sans accidents. Suintement séro-sanguinolent peu abondants; 100 pulsations régulières. (Même régime; potion antispasmodique.)

23. Même état.

24. Levée du premier appareil; plaie soigneusement débarrassée des grumeaux de colophane qui s'y trouvent; bandelettes de diachylon changées de place; un tampon dans l'aisselle; arrosement avec l'eau froide comme précédemment.

25. Nuit calme. Une ligature inférieure se détache. L'inflammation est bornée au bord des piqûres d'épingle et des solutions de continuité. Epingles de la suture entortillée enlevées; réunion des parties qu'elles affrontaient. La suppuration s'établit convenablement. Bandelettes soigneusement changées de place; plaie débarrassée de nouveau des grumeaux de colophane qui restaient.

26-28. Trois nouvelles ligatures se détachent. Le sommeil est paisible toutes les nuits; pouls à 90. L'arrosement avec l'eau froide n'a plus lieu toutes les dix minutes, mais seulement d'heure en heure.

29. On cesse l'arrosement. La dernière ligature s'est détachée. La suppuration est remarquable par des grumeaux purulents, disséminés sous forme de petits grains et de pellicules. On fait mâcher une côtelette avec défense d'en avaler les morceaux. La malade est fort triste, parce qu'elle redoute extrêmement le neuvième jour après l'opération, qu'elle s'imagine être funeste pour les opérés.

30. Plaie lavée avec l'infusion de feuilles de noyer; charpie du pansement imbibée de la même eau. Suppuration abondante. Bandelettes changées de place comme les jours précédents. La malade est toujours triste et préoccupée, malgré tous les encouragements qu'on lui prodigue.

31. Dévoiement pendant la journée; plaie douloureuse. On recommence à l'arroser d'eau froide toutes les fois que les douleurs sont plus vives. (Bouillon, potages.)

1er août. Nuit calme. La plaie se rétrécit beaucoup; la peau de l'aisselle est recollée. Inquiétudes dissipées. La malade mange un peu de poisson frit.

2. La plaie est large d'un travers de doigt et longue d'un décimètre environ. 200 grammes de vin de Bordeaux en remplacement du vin de Bagnols; une côtelette.

(1) Cette eau était simplement distillée sur de la térébenthine; elle a rendu de véritables services dans le cas actuel, en amoindrissant l'écoulement sanguin chez cette malade, si profondément anémiée.

3. Nuit calme; état général très-bon. Le régime est tous les jours changé selon le goût de la malade.

5. Il n'y a plus que deux bandelettes de diachylon, qui sont changées de place à chaque pansement. La plaie est vermeille, d'un bel aspect.

14. Bandelettes supprimées; plaie lavée avec de l'eau blanche; suppuration séreuse, jaunâtre, au lieu d'être grumeleuse comme précédemment. Pansement avec une lamelle de caoutchouc pour obtenir une cicatrice plane et régulière.

Ce pansement, continué pendant huit jours, laisse une dépression sur la cicatrice déjà existante. La suppuration augmente; la plaie reste stationnaire. On revient au linge cératé recouvert de charpie.

26. Il reste seulement deux petites plaies vermeilles, de 2 et 3 centimètres d'étendue en longueur, d'un demi-centimètre de largeur, séparées par une belle cicatrice.

1er septembre. Plaies entièrement cicatrisées après trois cautérisations au nitrate d'argent pour affaisser les bourgeons charnus. La cicatrice est régulière et mobile sur les parois thoraciques. La malade est guérie.

1er novembre. La cicatrice s'est éraillée dans l'étendue de 2 centimètres, dans sa partie supérieure, mais l'aisselle est tout à fait libre. La petite plaie n'a point un mauvais aspect.

8. Cicatrisation de l'éraillure.

Examen de la tumeur après l'ablation. — La tumeur présente la forme déjà indiquée; elle est bosselée dans sa partie adhérente comme dans sa portion cutanée; son poids est de 1,320 grammes; elle offre 16 centimètres environ de diamètre; sa circonférence est de 50 centimètres.

Incisée longitudinalement, elle se montre parfaitement enkystée; l'enveloppe est fibreuse, très-résistante et adhère au grand pectoral qui ne paraît point malade; sa couleur est d'un blanc jaunâtre; elle est traversée par des tractus blancs fibreux; elle est presque *hexagonale* à angles arrondis; les trois bosselures externes, les seules visibles après l'extirpation, s'allongent ainsi que les internes vers un centre commun. Les bosselures externes sont le siége d'un travail de destruction; elles sont très-vascularisées et la moyenne est criblée d'épanchements sanguins sur un fond blanc rosé. Le travail de désorganisation s'étend jusqu'à la partie centrale.

De toutes les parties de la tumeur on extrait par la pression un suc lactescent.

La partie du sein, isolée du produit morbide par la membrane d'enveloppe déjà indiquée, est atrophiée mais sans altération apparente.

Les ganglions axillaires sont hypertrophiés, vascularisés, mais ils n'ont point l'aspect cancéreux; il ne s'en écoule point de suc lactescent par la pression.

M. Laboulbène reconnaît, par l'examen microscopique, que le suc exprimé de la tumeur non ramollie est riche en globules dits cancéreux sphériques ou un peu elliptiques de 0,02 à 0,025 de millimètre de diamètre, renfermant un noyau ayant l'aspect graisseux, à bords très-nets, pourvu lui-même d'un ou deux nucléoles volumineux. Les globules sont parsemés de granulations moléculaires.

Il trouve des noyaux isolés et dépourvus de leur enveloppe globulaire dans la portion ramollie. Ces noyaux cancéreux sont mélangés à quelques rares globules déjà signalés et à des globules rouges du sang. Ces derniers sont presque tous crénelés sur leurs bords. Le reste du champ du microscope est rempli de granulations ayant l'aspect graisseux, variables dans leur diamètre. On voit enfin des fibres cellulaires de 0,002 environ de diamètre, composant sans nul doute la trame fibreuse de la tumeur.

L'examen de cette pièce à l'œil nu et au microscope démontre donc jusqu'à l'évidence l'existence d'une production cancéreuse encéphaloïde du sein, déjà désorganisée en quelques endroits.

Il n'est pas besoin de faire longuement ressortir tout l'intérêt de cette observation. Nous avons, à diverses reprises et tout récemment encore (mai 1859), revu la femme Toffier, qui a une bonne santé et chez laquelle il n'y a eu aucune récidive. Les ganglions axillaires qui, ainsi que nous l'avons dit, ont été enlevés parce qu'ils étaient hypertrophiés, ne renfermaient point de cellules à grands noyaux. Aucune des parties périphériques de la cicatrice, revenues à l'état normal après l'opération, n'est devenue sensible depuis l'époque à laquelle cette malade a quitté l'infirmerie générale. Les régions axillaires, sus et sous-claviculaires n'ont pareillement jamais été engorgées.

L'inhalation du chloroforme a été surveillée avec un soin extrême par MM. les docteurs Gillette et Trélat. L'introduction si délicate de l'agent anesthésique dans les organes respiratoires d'une femme aussi âgée et surtout aussi affaiblie n'était point sans dangers. On a signalé à juste titre la résistance très-différente qu'offrent les malades avant d'arriver à un degré complet d'insensibilité. M. Manec avait pris pour habitude, à la Salpêtrière, de soulever le bras de la malade; et quand elle le laissait retomber inerte, dans un état de relâchement musculaire, qu'elle s'agitât ou non dans d'autres parties du corps, qu'elle parlât ou même poussât des cris, il opérait sans hésiter. Après l'opération, les malades disaient constamment n'avoir pas éprouvé de douleur. M. Manec n'a jamais eu d'accidents en agissant de la sorte.

La suppuration grumeleuse, qui a été observée pendant quelque temps chez la femme Toffier, n'est pas rare chez les vieillards; elle offre des caillots fibrineux ayant un aspect caséiforme.

On a pu remarquer l'éraillure que la cicatrice a éprouvée. Ces éraillures se présentent assez souvent. Les vieilles opérées ont des intermittences de guérison cicatricielle complète et de suppuration séreuse peu abondante, après une opération chirurgicale suivie de succès. Il n'y a pas eu de végétations sur la cicatrice, ni aucune production nouvelle de tissu, dans ces conditions très-propres à favoriser une récidive.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. EDINBURGH MEDICAL JOURNAL.

L'ARSENIC. SES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES; RÉFLEXIONS SUR LES RELATIONS DE CERTAINES MALADIES; LEUR COMMUNE ORIGINE ET LEUR TRAITEMENT; par M. JAMES BEGBIE.

Ce mémoire, lu à la Société médicale d'Edimbourg, y a obtenu le plus grand succès; il a été regardé par les membres les plus éminents de cette compagnie comme un des plus intéressants et des plus instructifs qui lui aient jamais été présentés.

L'arsenic donné d'une manière soutenue à la dose modérée de cinq gouttes de liqueur arsenicale diluée largement dans de l'eau, deux ou trois fois par jour, produit tôt ou tard, généralement en huit ou dix jours, l'élévation de la chaleur et la sécheresse de la peau, l'accélération du pouls, un sentiment d'ardeur et de prurit des paupières qui deviennent douloureuses et gonflées; la conjonctive s'enflamme, il y a photophobie, l'orbite est cerné d'un cercle noir. En même temps la langue se revêt d'un léger enduit d'un blanc argenté, comme si l'on avait touché sa surface avec une solution légère de nitrate d'argent. L'auteur est le premier qui ait décrit ce phénomène. La gorge devient sèche et douloureuse, les gencives sensibles et tuméfiées; si l'on continue l'arsenic, la salivation se montre. On peut ajouter à ces traits les nausées, les vomissements, la diarrhée, la dépression nerveuse, la faiblesse, le tremblement; mais le praticien judicieux suspendra l'usage du médicament longtemps avant l'apparition de ces derniers symptômes. Aux premières manifestations de l'action physiologique, il diminuera la dose, en éloignera les prises, mais sans les suspendre tout à fait. Les premiers signes de l'action de l'arsenic sont souvent accompagnés d'une augmentation notable dans la quantité de l'urine, avec un abondant dépôt de sels. Joignons-y encore une petite éruption papuleuse, qui, çà et là, se couvre de fines écailles, de couleur brune, comme si la peau avait été mal lavée.

Amélioration marquée de la santé générale; l'appétit augmente, la physionomie exprime la vigueur; l'énergie musculaire et l'activité sont accrues.

Dans tous les cas où le médicament s'est montré efficace, il sera bien d'en continuer l'usage en diminuant les doses ou en les espaçant davantage, de manière à maintenir pour quelque temps, dans leur expression la plus bénigne, les premiers signes de son action physiologique. Dans les cas obstinés qui ont fini pourtant par céder à son pouvoir, cette règle sera plus impérative, et il est nécessaire de prolonger plus longtemps l'administration de l'arsenic.

Ce médicament échoue quelquefois dans des cas semblables en apparence à ceux contre lesquels il réussit le mieux. Si l'on recherche attentivement la cause de cette différence, on trouve souvent qu'un autre élément morbide est en jeu; qu'une trace de syphilis, de mercure, de goutte ou de quelque autre poison se cache dans la constitution et déjoue les effets de l'arsenic employé seul. Sans renoncer à ce remède, combinons-le avec un autre agent, la quinine ou l'iode, ou l'iode et le mercure à la fois, adjoignons-lui le colchique, la bebeerine ou d'autres puissants auxiliaires, et leur influence combinée achèvera le succès.

L'auteur cite des exemples très-bien choisis de ces cas complexes; il montre ensuite, par des observations admirablement tracées, et qui sont des exemples de la manière dont il faut gouverner la médication arsenicale, les résultats qu'elle produit dans le rhumatisme chronique, les névralgies qui y confinent, le tic douloureux, la chorée, les affections cutanées, pustuleuses, papuleuses, vésiculeuses et squammeuses dans leur forme chronique et non contagieuse. Il remarque à ce sujet que les premiers signes de l'action physiologique de l'arsenic sont

assez souvent accompagnés d'une aggravation momentanée de l'éruption.

Cette circonstance ne doit pas détourner de ce moyen, mais encourager au contraire à y persister.

Les maladies les plus obstinées de l'utérus sont fréquemment liées aux affections chroniques de la peau. Eh bien! l'arsenic exerce aussi sur elles, conjointement ou séparément, une influence puissante : témoin les observations du docteur Hunt et du docteur Simpson, etc., etc.

M. Beghie, rappelant encore l'efficacité de l'arsenic dans quelques autres affections, se demande si ces formes multiples de maladies n'ont pas une origine commune et une relation mutuelle qui les soumette à l'action du même agent thérapeutique.

Mettant à part, pour le moment, le mode d'action de l'arsenic dans les fièvres d'accès, je crois qu'on trouvera que son efficacité réside dans son action altérante sur le sang. Il n'échappera pas que les maladies sur lesquelles il a le plus d'empire sont toutes des manifestations d'une affection dominante du sang qui se montrent dans la diathèse rhumatismale et se développe pleinement dans le paroxysme de la fièvre rhumatismale.

Cette lésion du sang dans son début, ses progrès, son déclin dans ses formes plus ou moins aiguës ou chroniques, montre des traits plus ou moins semblables à ceux des autres maladies du sang; elle a surtout cela de commun avec ces dernières, qu'elle manifeste une tendance à choisir certains organes et certains tissus pour y fixer l'élément morbide qui lui est essentiel, et qu'elle y poursuit ses effets pernicieux, destructeurs, jusqu'à ce que cet élément soit éliminé du système. Les affections secondaires ainsi engendrées ont des caractères communs avec ceux des autres maladies du sang, mais elles en diffèrent en ce qu'elles sont soumises à des agents thérapeutiques spéciaux.

C'est ainsi que les affections cutanées qui surviennent par suite d'une diathèse goutteuse, se laissent maîtriser par un traitement auquel résistent les affections cutanées qui proviennent d'une habitude rhumatismale de l'organisme. La névralgie rhumatismale cédera à des moyens impuissants à combattre la névralgie goutteuse, les dermatoses et les douleurs névralgiques des diabétiques et des personnes atteintes de la maladie de Bright déferont les remèdes qu'on pourrait appeler spécifiques pour ces dermatoses et ces névroses, lorsqu'elles tiennent à une constitution rhumatismale ou goutteuse.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans le développement ingénieux de cette théorie. Disons seulement qu'il regarde l'arsenic comme un altérant spécial dans la diathèse rhumatismale, et qu'il s'efforce de rattacher à cette diathèse la plupart des affections dans lesquelles l'arsenic se montre efficace.

Néanmoins, le docteur Beghie ne limite pas son pouvoir curatif à cette seule altération du liquide sanguin. Il rappelle qu'il a des vertus spécifiques dans une autre classe de lésions du sang, celles que produit la malaria. Il pense que l'arsenic agit contre elles par son action altérante sur le sang et non sur le phénomène de périodicité qui n'est que secondaire.

Ces larges et audacieuses synthèses ont été accueillies avec une faveur marquée par nos savants et judicieux confrères d'Édimbourg. Nous y mettrions peut-être plus de réserve. Il est vrai qu'on a un peu plus que nous, en Écosse, le don de seconde vue.

DE L'ADHÉRENCE DU PÉRICARDE, SON DIAGNOSTIC, SES RÉSULTATS; par HENRY KENNEDY (de Dublin).

Une étude attentive d'un grand nombre de cas recueillis aux meilleures sources, et quelques observations propres à l'auteur le conduisent à ces conclusions :

1° L'anatomie pathologique des adhérences du péricarde offre des lésions très-variées.

2° Les résultats de l'adhérence du sac péricardique sont funestes dans la grande majorité des cas, dans la proportion de 50 à 30.

3° L'hypertrophie en est la conséquence la plus funeste.

4° La dilatation des cavités existe dans plus du quart des cas.

5° L'atrophie du cœur n'en est que rarement la suite.

6° A l'exception des cas observés dès le début de la péricardite jusqu'à la période d'adhérence, le diagnostic n'est pas encore édifié.

7° En tout cas, il ne peut être fondé sur un seul signe.

Ces conclusions ont été attaquées sur quelques points par le docteur Gairdner, qui avait lui-même publié le résultat de ses recherches sur le même sujet en février 1851.

« M. Kennedy, dit-il, trouve des maladies secondaires à l'adhérence du péricarde dans les deux tiers des cas, je n'en trouve qu'un tiers dans ceux que j'ai rapportés. Est-ce parce qu'il a choisi ses exemples en grande partie dans les catalogues des musées anatomiques, au lieu de les recueillir à toutes les sources? Je suis disposé à le penser. »

Le docteur Gairdner regarde les cas d'atrophie comme tout à fait exceptionnels. D'un côté, il a peu de peine à rejeter l'opinion de Hope et des autres auteurs qui attribuent aux adhérences du péricarde une tendance rapidement et invariablement fatale; mais, d'un autre côté, il les tient pour une cause de trouble très-capable de précipiter le cours des autres affections de la circulation, et d'amener, tôt ou tard, l'hypertrophie et la dilatation du cœur.

Rappelons que le docteur Bellingham pense qu'on peut toujours diagnostiquer les cas d'oblitérations simples du péricarde par les quatre signes suivants :

1° Absence de l'impulsion à son siége normal;

2° Présence de l'impulsion au-dessus du point normal, communiquée par la masse du cœur et non par sa pointe;

3° Sonoréité à la percussion sur le cartilage de la cinquième côte gauche, et plus bas sur le siége normal de la pointe du cœur;

4° Mouvement d'ondulation à l'épigastre, au-dessous du cartilage xyphoïde.

Dans les cas compliqués où il y a adhérences du péricarde avec la paroi costale, le diagnostic se tire en grande partie de la persistance de la matité au même point, malgré les changements de position du malade. C'est dans ces cas qu'on rencontre d'ordinaire le signe de Skoda, savoir une dépression, à chaque systole, de l'espace intercostal correspondant à la pointe du cœur.

COMMUNICATION DE L'INFECTION DE LA FIÈVRE (typhus) PAR LES INGESTA; par M. MICHAEL WAISTELL TAYLOR (de Penrith).

La nature et les propriétés des levains infectieux, les sources d'où ils émanent, les milieux à travers lesquels ils peuvent être disséminés, les modes suivant lesquels ils se développent et agissent sur l'économie animale; les maladies même qui peuvent être propagées de la sorte, n'ont pas encore une détermination assez précise pour qu'on puisse établir d'une manière absolue les lois de l'infection.

Néanmoins, on s'accorde généralement jusqu'ici à ne reconnaître qu'un seul milieu par lequel les semences morbides puissent arriver d'un corps malade a un corps sain, c'est-à-dire l'air qui porte ce germe dans les poumons et l'introduit par la respiration dans l'économie. L'auteur se propose de montrer qu'il est une autre voie par laquelle le poison peut pénétrer dans l'organisme, savoir l'estomac, au moyen des *ingesta*.

OBS. — Une jeune fille, E. O., en service à Liverpool, y contracte le typhus; elle est, dans cet état, reconduite chez ses parents, à Penrith, où elle arrive encore fort malade; elle communique l'affection à deux de ses frères ou sœurs. Les malades étaient couchés dans une cuisine attenante à une étable où se trouvaient quelques vaches. La mère de E. O. vendait ce lait à plusieurs familles de la ville. Quand elle avait trait ses vaches, elle apportait le lait dans la cuisine où il restait plus ou moins longtemps en contact avec l'air vicié par les malades. Ce lait était débité dans la cuisine même à quelques pratiques ou porté à domicile par E. O. lorsqu'elle fut rétablie. On peut observer que le typhus éclata d'abord dans les maisons où le lait avait été transporté et plutôt chez les individus qui en avaient fait usage que chez ceux qui avaient été en contact avec la jeune E. O.

L'auteur suit avec soin la trace et les circonstances de cette transmission; il montre que les maisons où le lait fut porté et consommé devinrent autant de foyers d'où le typhus se propagea secondairement en d'autres lieux. Il trouve un exemple analogue de propagation dans le choléra, et il croit pouvoir conclure de toutes ces données que les exhalations cutanées et les effluves de la fièvre peuvent être absorbées par des fluides dont l'ingestion peut constituer *un* des moyens de propagation de la maladie.

DE L'INFLUENCE DES MANUFACTURES DE LAINE SUR LA SANTÉ; par M. J.-B. THOMSON.

Dans l'EDINBURG MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE (octobre 1853), le professeur Simpson a publié un travail ingénieux sur les onctions graisseuses, dans lequel il établit d'une manière très-satisfaisante les conclusions qui suivent :

1° Les ouvriers des fabriques de laine forment une classe saine, et les graisses au milieu desquelles ils travaillent contribuent sans aucun doute à leur bonne santé.

2° Les graisses, dans les manufactures, sont absorbées principalement par la peau, mais peut-être aussi par le poumon.

Elles ont pour effet d'améliorer la constitution.

3° Les graisses introduites par les frictions cutanées ou les bains sont des moyens importants pour arrêter ou détourner les maladies qui proviennent d'une nutrition défectueuse.

4° Les ouvriers qui manient les graisses jouissent d'une singulière immunité dans les épidémies.

5° Les onctions graisseuses méritent d'être employées au moins comme adjuvant pour prévenir ou traiter les scrofules, la phthisie, etc.

Le docteur Thompson a fait des recherches statistiques sur le poids des ouvriers des fabriques de laine, dans le but de vérifier les propositions du professeur Simpson. Les résultats obtenus les ont complétement confirmées. Le poids des ouvriers augmente très-rapidement d'une manière notable aussitôt après leur admission dans ces fabriques, leur santé s'améliore, leur constitution se fortifie, ce qui est en opposition formelle avec ce qui se passe dans d'autres manufactures, et notamment dans celles de coton.

Le fait de l'extension progressive des fabriques de laine peut donc avoir un résultat des plus favorables sur la santé des populations ouvrières.

Est-il nécessaire de faire remarquer la concordance de ces observations avec les effets que l'on obtient de l'administration de l'huile de foie de morue et des graisses dans le scrofule et la phthisie?

DE L'INFLUENCE DES LIEUX SUR L'ASTHME NERVEUX; par M. HYDE SALTER.

1° La résidence dans une localité peut guérir, d'une manière radicale et permanente, un asthme qui a résisté à tous les moyens dans une autre localité.

2° Les localités les plus efficaces au plus grand nombre des cas sont les grandes et populeuses villes, à l'atmosphère enfumée.

3° C'est probablement l'air de ces villes qui produit cet effet.

4° En général, moins l'air est bon pour la santé générale, meilleur il est pour l'asthme; sous ce rapport, les lieux les plus malsains d'une ville sont ceux qu'il faut préférer.

5° Cependant il n'en est pas toujours ainsi. On observe quelquefois tout le contraire : l'air des villes peut n'être pas supporté, et l'air pur peut effectuer la guérison.

6° Rien ne peut rendre raison de ces caprices apparents de l'asthme, il guérit au milieu d'un air dont les qualités peuvent être tout opposées.

7° Par conséquent, il est impossible de prédire les effets d'un air donné; mais l'asthmatique sera guéri probablement dans un air tout à fait différent de celui où il souffre le plus.

8° Quelques-unes des différences qui déterminent la présence ou la cure de l'asthme paraissent être des plus légères; elles sont capricieuses et insaisissables.

9° Le fait seul de la résidence dans telle localité peut produire l'asthme chez une personne qui n'en avait jamais paru suspecte, et qui n'aurait probablement jamais été asthmatique si elle n'était venue s'établir dans cette même localité.

10° Il y a donc probablement beaucoup d'asthmatiques qui ne l'auraient jamais été s'ils avaient résidé ailleurs.

11° Et il n'y a *peut-être* pas de cas d'asthme qui ne puisse guérir si on lui trouvait l'air qui lui convient.

12° La disposition à l'asthme n'est pourtant pas détruite, mais seulement suspendue, dans ces cas, car l'asthme reparaît lorsqu'on le ramène dans l'air qui lui était d'abord nuisible.

13° Le changement d'air, en tant que changement, est préjudiciable.

14° Les caprices de l'asthme dérangent souvent la constance des résultats dans un cas donné.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

DE L'ACTION CURATIVE ET PROPHYLACTIQUE DU BROME CONTRE LES AFFECTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES; par M. OZANAM.

(Commissaires, MM. Serres, Dumas, Velpeau.)

La note que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, se lie à un travail sur le brome que je lui ai précédemment présenté. Poursuivant l'étude de ce métalloïde encore peu employé, je me suis efforcé de démontrer : 1° son action curative contre les affections pseudo-membraneuses devenues si fréquentes; 2° son action préservatrice dans les mêmes circonstances.

Il importait de connaître le meilleur mode d'emploi de ce corps. Je crois avoir démontré que deux corps seulement, l'eau et la glycine, le dissolvent sans l'altérer; que la faculté dissolvante varie suivant le degré de chaleur et la succession plus ou moins prolongée; enfin que la solution au millième remplit complétement le but que se propose la thérapeutique.

L'Académie renvoie à l'examen de la commission du concours pour le prix dit des arts insalubres une lettre de M. de Cavaillon, qui pense avoir des droits à un des prix fondés par M. de Montyon à raison d'un moyen qu'il a imaginé pour faire servir plusieurs fois les mêmes sangsues.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique communique :

1° Un arrêté par lequel il autorise l'Académie à administrer, au cas où l'Association des médecins de la Seine cesserait d'exister, la fondation du docteur Moulin, destinée à attribuer, dans un lycée de Paris, une bourse au fils d'un médecin pauvre;

2° Une pétition adressée à S. M. l'empereur, par le sieur Lorenzo Giordano (de Naples), dans le but d'obtenir l'autorisation d'expérimenter, dans les hôpitaux, des remèdes infaillibles contre la plupart des maladies considérées comme incurables (Comm. des remèdes secrets et nouveaux).

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Sanuois (de Metz), sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville, en 1858 et 1859;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1858, dans le département de l'Orne;

3° Le rapport final de M. le docteur Noirol (de Dijon), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Darrois et de Hanteville (Comm. des épid.);

4° Un rapport de M. le docteur Tellier, sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-Lancy, pendant l'année 1857;

5° Un rapport de M. le docteur Loubier, sur le service médical des eaux minérales de Propiac (Drôme), en 1857 (Comm. des eaux minérales).

— La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. H. Larrey, qui offre en hommage à l'Académie les mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse et de la Société des sciences de Lille;

2° Des lettres de MM. Becquerel et Réveil, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène, de toxicologie et de médecine légale;

3° Un mémoire en espagnol sur un nouveau mode d'extraction de la quinine et de la cinchonine, par M. le docteur Joaquin Aldir y Fernandez (de Madrid) (Comm. : MM. Caventou, Bouchardat);

4° L'exposé sommaire des principaux symptômes observés pendant l'épidémie de typhus au bagne de Toulon, en 1856, par M. le docteur Barallier, deuxième médecin en chef de la marine (Comm. : MM. Michel Lévy, Ferrus, Mélier, Beau);

5° Un travail de M. le docteur A. Legrand, intitulé : « Observation d'un cas d'hématurie idiopathique heureusement combattue par les injections froides et les préparations ferrugineuses à l'intérieur; »

6° Un mémoire sur la scillitine, par M. Mandet, pharmacien à Tarare (Commiss. : MM. Chevalier et Boudet);

7° La description et le dessin d'une sonde de femme, double, par M. Charrière;

8° Deux lettres de réclamation de M. Sales-Girons et de M. Mathieu (de la Drôme), à propos de l'appareil dit *néphogène*, présenté dans la dernière séance par M. Mathieu, fabricant d'instruments, au nom de M. Thirman, élève en médecine.

M. le docteur Sales-Girons réclame contre le texte de cette présentation, qui réduit l'eau en brouillard pour la rendre respirable. Ce néphogène opère par l'eau soufflée.

Après avoir établi sa priorité même à l'idée d'un instrument qui divisât l'eau par la ventilation, M. le docteur Sales-Girons dit qu'il a dû préférer celui qu'il a adopté, et qui divise les liquides sans les souffler. Si l'agitation altère la combinaison des eaux minérales, la ventilation, qui est la plus grande des agitations, doit la détruire.

Le docteur Sales-Girons soupçonne le néphogène de faire passer l'eau à l'état vésiculaire, qui est une sorte de distillation; cet appareil serait dès lors bien nommé néphogène; seulement, un liquide médicamenteux réduit en brouillard doit avoir perdu de ses propriétés par ce fait même.

L'instrument rendu portatif et d'usage privé, pour faire aspirer toutes

sortes de liquides, qu'a présenté M. Sales-Girons, pulvérise l'eau en la fragmentant, et chaque fragment est l'eau minérale elle-même; ainsi, du reste, que M. O. Henry l'a constaté par l'analyse.

La théorie des respirations curatives de M. Sales Girons accusant l'oxygène de l'air d'une action phlogistique sur les lésions pulmonaires, et la ventilation, augmentant la quantité d'oxygène respiré, doit être exclue, comme moyen plus que défectueux.

M. Sales-Girons termine en disant qu'il ne réclame pas pour la confection des appareils pulvérisateurs; l'idée de la pulvérisation des liquides, qu'on ne saurait lui contester, lui suffit. (Comm. déjà nommée)

9° Une nouvelle lettre de M. Dumesnil, en réponse à la lettre adressée à l'Académie par M. Labourdette dans la dernière séance (Renvoyé à la commission chargée du rapport sur le mémoire de M. Labourdette).

— M. Depaul fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Rotureau, du premier volume d'un travail sur les eaux minérales de l'Europe. Ce premier volume traite des eaux minérales de France.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Blaud (de Beaucaire), membre correspondant.

ÉLECTION.

L'Académie procède à la nomination, par la voie du scrutin, d'un associé national.

La liste présentée par la commission portait :

En première ligne, M. Léon Dufour.
En deuxième ligne, M. Girardin.
En troisième ligne, M. Filhol.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 58, les suffrages sont ainsi répartis :

M. L. Dufour obtient 45 voix.
M. Girardin 7
M. Filhol. 6

En conséquence, M. Léon Dufour est proclamé associé national.

RAPPORTS. — EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales :

1° Un rapport sur l'eau minérale de deux sources découvertes à Coudes (Puy-de-Dôme). Ces deux sources ont une grande analogie de composition chimique et doivent provenir d'un même foyer; ce sont des eaux froides, acidules, bicarbonatées, sodiques et calcaires, et très-notablement arsénicales.

2° Un rapport sur la source minérale d'Oriole (Isère), qui appartient à la classe des eaux acidules, bicarbonatées, ferrugineuses et calcaires.

La commission propose d'accorder l'autorisation demandée d'exploiter ces différentes sources. (Adopté.)

LECTURE. — THÉRAPEUTIQUE.

M. Piorry donne lecture de la première partie d'un travail intitulé : De la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle, et de la thérapeutique empirique et spécifique.

Nous extrayons de ce travail qui, par sa nature, échappe à l'analyse, les passages suivants.

Après avoir indiqué comment la réaction des doctrines de Broussais avait jeté beaucoup de médecins dans un empirisme absolu, dans la recherche de remèdes spécifiques, M. Piorry poursuit :

Les progrès de la médecine organo-physiologique n'ont pas empêché les empiristes, qui se disent thérapeutistes, de continuer leurs attaques, non plus contre la doctrine de l'irritation, mais contre les études sévères. Le positivisme, l'exactitude de la science n'a pas été de leur goût. Ils se sont évertués à étudier des médicaments spécifiques contre des maladies spéciales; ils ont supposé que leurs cachexies, leurs diathèses, leurs génies, leurs vices, leurs génies épidémiques, étaient des *choses* qui devaient être traitées par d'autres *choses*, susceptibles de combattre la première, ou, suivant quelques illuminés, capables d'agir utilement dans le même sens que la maladie. Ils ont feuilleté Leuwenhoek, imité Raspail, ils ont vu ou plutôt supposé partout des parasites plus ou moins analogues à ceux que les organiciens avaient découverts dans la gale, etc., et gratuitement admis des ferments du même genre que les ferments chimiques. Ils se recommandent au hasard pour la découverte ultérieure de ces agents dits spécifiques; ils les ont recherchés dans les indigestes formules des Arabes. Ils les ont demandés, comme le docteur noir, aux sauvages, aux garde-malades, au commérage des vieilles femmes, aux recettes des charlatans.

Il est temps de protester contre ces folies ou ces légèretés.

Des médecins qui depuis longues années se sont dévoués à l'étude clinique et à de laborieuses investigations, sentent le besoin de s'élever contre de telles doctrines qui ne sont pas dignes de notre temps. Voulant appuyer sur des bases solides les raisonnements que je pourrai faire sur les méthodes curatives, j'exposerai sommairement de nombreux faits dans lesquels les applications des connaissances anatomiques, physiologiques et hygiéniques, sont d'une utilité de premier ordre pour pallier et même pour guérir les états morbides les plus divers.

La digitale agit spécialement sur le cœur et ralentit ordinairement ses mouvements. Bien que M. Bouillaud ait utilement rationalisé son emploi, la plupart des praticiens y voient un médicament dangereux, infidèle, et qui ne peut être employé avec succès que dans des cas bien déterminés. Elle ne remédie en rien à la cause organique des accidents et pallie tout au plus certains symptômes.

Le traitement des états pathologiques dont le cœur et les gros vaisseaux sont susceptibles repose entièrement sur les applications anatomiques et physiologiques : chercher à calmer par le repos les contractions trop énergiques des ventricules, proportionner la masse du liquide qui circule au degré de l'action du cœur et à la dimension des orifices rétrécis; se donner garde d'exténuer cet organe par l'abstinence dans la crainte qu'il ne fonctionne alors que difficilement, etc.

Il n'est pas de médicament qui diminue immédiatement le volume du cœur hypertrophié; l'iode, prôné par Magendie, est ici sans efficacité. Or l'abstinence, rationnellement prescrite, atrophie à coup sûr les ventricules.

Il est à peine resté quelques-uns des innombrables médicaments prônés comme styptiques, comme antiphlogistiques, etc. Or il suffit, en tenant compte de l'influence de la pesanteur sur le cours du sang, de placer la partie malade sur un plan supérieur à celui des autres régions, ou même de comprimer légèrement, de refroidir les organes affectés pour calmer l'inflammation et quelquefois pour y remédier.

La quinine soluble et les substances qui en contiennent préviennent souvent, dira-t-on, le retour des fièvres intermittentes; mais l'anatomisme et le physiologisme ont tout à fait rationalisé ce spécifique-là; ils ont prouvé que la rate devenue malade à la suite du miasme paludéen est le point de départ des accès; dès lors l'expérimentation positive, l'exactitude du calcul ont donné et fixé des indications absolues qui forment une des parties les plus belles de la thérapeutique.

Les spécifistes veulent-ils bien nous dire s'ils connaissent, contre la pyémie, la septicémie, d'autres moyens que les indications anatomiques suivantes : vider les foyers des liquides altérés qu'ils résorbent; empêcher la formation ultérieure de nouvelles matières délétères, etc. ?

Qu'est-ce que la médication spécifique a fait contre la coqueluche? Rien, absolument rien. Tout au contraire, le sulfate de quinine administré à de hautes doses contre la périodicité des quintes, par des praticiens rationalistes, a calmé et éloigné les accès de cette toux névropathique.

Les dentistes vendent d'innombrables spécifiques d'une parfaite inutilité contre le déchaussement des dents, la tuméfaction des gencives, etc. Or, le plus souvent, il suffit d'enlever chaque matin des concrétions salivaires qui se forment entre le rebord gingival et le collet des dents pour faire dissiper ces accidents.

Est-ce par des spécifiques que l'on guérit les toxigastries? N'est-ce pas par des évacuants, des dissolvants, des neutralisants, qu'on les combat avec succès ?

L'ipécacuanha et quelques substances qui portent des noms étrangers ont été prônés comme antidyssentériques spécifiques, tandis qu'ils agissent comme purgatifs et rentrent dans la médication anatomo-physiologique, laquelle conduit, lorsqu'il s'agit d'évacuations alvines abondantes, à établir le traitement sur les indications suivantes : 1° tenir les surfaces enflammées ou ulcérées dans un état de propreté convenable, au moyen de purgatifs, de boissons et d'injections aqueuses; 2° évacuer les matières altérées et délétères que contiennent les intestins; 3° et surtout chercher à reconnaître et à détruire les causes organiques qui entretiennent le mal.....

M. Piorry terminera sa lecture dans la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Smithsonian contributions to knowledge. — Investigations chemical and physiological relative to certain american vertebrate. (Investigations chimiques et physiologiques relatives à certains vertébrés américains); by Joseph Jones, M. D., professeur de chimie au collège médical de Savannah. — Washington, publié par les soins de la société Smithsonienne, juillet 1856. — New-York, Putnam and Co.

Sous le titre de Recherches chimiques et physiologiques, le docteur Joseph Jones publie le résumé de longues et patientes observations et expérimentations entreprises sur ces éléments de l'économie animale qui peuvent ressortir à la juridiction de la balance. Elles peuvent être considérées en effet comme une contribution apportée au domaine de la science par le Nouveau-Monde lui-même, car d'après le nombre considérable et l'étendue des résultats numériques obtenus sur une faune entière qui nous est presque inconnue, il semble que ce soit le règne animal américain qui vienne nous parler lui-même le langage des faits. L'auteur a fait ces nombreuses observations sur des animaux vivants et morts de la vallée du Missisipi (comté de Liberté, état de Géorgie), utilisant ainsi avec une rare persévérance l'opportunité favorable d'observation qui lui était offerte. Les physiologistes qui aiment à faire appel aux richesses de l'anatomie comparée, tiendront certainement en grande estime les données nouvelles que leur

apporte ce travail, froid comme la statistique, mais vrai comme elle en tant qu'on ne lui arrache pas par la torture des révélations qu'elle n'entend point donner d'elle-même. Notre confrère américain est, en effet, très-sobre de suppositions, d'inductions et de conclusions. Il expose les résultats fournis par la balance : aux lecteurs et aux physiologistes appartiendra ultérieurement le soin de tirer parti de ces faits touts nus.

Le premier objet des recherches de M. Jones est la constitution du sang dans les classes suivantes d'animaux :

Les poissons, les batraciens, les ophidiens, les sauriens, les chéloniens, les oiseaux, et enfin les mammifères (pour la plupart pris dans la faune américaine; nous passons les noms d'espèces peu intéressants pour notre point de vue particulier de physiologistes.)

Après avoir exposé dans une discussion comparative avec celle des physiologistes qui l'ont précédé, la méthode d'analyse qui lui a paru devoir être adoptée pour fixer la quotité des éléments du sang, M. Jones cherche d'abord à préciser avec la plus grande approximation possible, la proportion en poids du sang à celui des sujets dans ces diverses classes.

D'après M. Jones, il serait du 10e au 19e chez les animaux à sang froid, notablement moindre, par conséquent, que chez les animaux à sang chaud. Nous ne croyons pas que les physiologistes acceptent sans contradiction cette assertion; suivant Burdach, nous voyons le poids du sang varier de la 22e à la 25e partie de celui du corps entier chez un grand nombre de mammifères. Les causes de cette divergence ne seraient-elles pas dans les procédés d'analyse. Ce sujet sera certainement critiqué par les physiologistes.

S'occupant ensuite des quantités relatives des éléments du sang, notre confère arrive à cette conclusion que les chiffres lui fournissent « que l'on peut considérer comme une loi générale qu'à mesure que les organes et les appareils d'une espèce deviennent plus développés, la température et l'intelligence s'accroissent d'une façon correspondante, et le sang devient plus riche en principes constituants organiques.

L'analyse de l'étude des globules du sang le conduit aux mêmes résultats : le sang, considéré comme organe, devient plus élevé au point de vue de cette organisation à mesure que se développe le système cérébro-spinal, et ce progrès se remarque dans le nombre relatif des globules.

L'ingénieux auteur fait, à cet égard, une remarque digne d'intérêt : on a, dit-il, supposé que le principal objet des globules du sang est de servir à l'absorption de l'oxygène, et à l'exhalation de l'acide carbonique. Mais, objecte M. Jones, on ne peut assigner ce rôle aux globules de façon exclusive, et le liquide du sang y doit parfaitement et également coopérer. En aucun point du système capillaire, on n'observe, en effet, que les globules soient jamais en contact avec les membranes vasculaires; toujours une couche de sérum les en sépare. Spallanzani d'ailleurs a depuis longtemps démontré que tous les corps organisés sont en propriété d'absorber de l'oxygène et d'exhaler de l'acide carbonique. Sans doute, les globules ont un rôle à remplir vis à vis du sang, et nous aurons occasion de nous en occuper tout à l'heure; mais ils ont des objets plus complexes encore à remplir.

Mais une chose frappe l'observateur américain. C'est la ressemblance fonctionnelle que présente le globule sanguin sous le rapport de sa nutrition, de son développement, de sa structure même avec tous les agents actifs d'élaboration, de sécrétion, d'excrétion. Qu'est, en effet, la cellule sanguine? une vésicule soumise à toutes les lois de l'endosmose et de l'exosmose, observées dans les autres régions de l'économie.

Comme on l'observe dans tous les organes chargés d'un rôle d'élaboration dans l'économie, l'enveloppe du globule est un intermédiaire doué de la propriété d'opérer une modification séparative graduée et lente entre le liquide qu'elle contient et celui où elle nage. Dans l'eau pure, elle se renfle, puis elle éclate; dans une solution plus dense que son intérieur, c'est l'inverse, elle se vide, se ride et s'aplatit. Les variations éprouvées par la densité du sérum pendant les actes divers de la vie, la digestion particulièrement, doivent donc s'accompagner dans les globules du sang de modifications de cet ordre. On doit d'autant plus le penser que Schmidt, Liebig, ont démontré que les globules du sang contenaient, dans leur intérieur, une quantité prédominante de sels de potasse et de phosphates, tandis que le sérum possédait en grand excès le chlorure de sodium et le phosphate de soude.

Il serait donc entièrement conforme aux faits de considérer le rôle rempli par les corpuscules du sang comme celui d'une glande immense qui élabore en tous points de son long parcours une séparation méthodique entre les éléments reçus par le sérum et ceux qu'il doit fournir en échange aux tissus qu'il traverse. Ce point de vue est assurément ingénieux et philosophique; nous ignorons s'il est absolument neuf : il l'est au moins pour nous.

M. Jones a répété sur le sang, des expériences déjà maintes fois entreprises et ayant pour objet l'influence des gaz les plus communs sur la forme et la taille des globules. Contrairement aux assertions de Muller, il accuse l'acide carbonique d'une action totalement destructive de la forme des globules. Comme observation de détail, il mentionne ce fait accessoire qui se liera ultérieurement à d'autres, que pendant l'asphyxie correspondant à cette immersion des globules dans un bain d'acide carbonique, l'urine contenait de la glycose.

Le gaz oxyde de carbone arrête immédiatement les effets de l'oxydation qui se passe dans les tissus, il enchaîne et anéantit bientôt la vie, mais sans altérer la forme des globules; il n'en change que la couleur qui devient et demeure écarlate sans être modifiée ensuite par le contact de nouveaux gaz.

L'absence complète d'air respirable produisait des effets comparables à ceux fournis par l'acide carbonique; il était aisé de le prévoir.

Nous trouvons, pour terminer cette étude du sang de l'état physiologique, une longue table contenant le rapport en poids de la fibrine à la masse du sang. L'étude de ce tableau nous montre un rapport remarquable de la quantité relative de la fibrine avec les qualités vitales, organiques et intellectuelles de la classe.

Chez tous les invertébrés la fibrine est absente; sauf pourtant un petit nombre offrant le type d'une organisation plus élevée, surtout au point de vue du système cérébro-spinal. Chez les vertébrés inférieurs, comme les poissons et les batraciens, elle est instable, changeante, molle, et se transforme vite en albumine. Chez les ophidiens et les chéloniens, quoique plus fixe et ne se dissolvant plus, sa structure est cependant encore molle et sans fermeté, et est comparable, sous bien des rapports, avec la fibrine des animaux à sang chaud épuisés par des déperditions successives de sang ou de leurs forces vitales.

L'examen comparatif des parties fixes (salines) contenues dans le sang, forme également un tableau bon à consulter à l'occasion. Aucune conclusion saillante ne peut en être cependant tirée quant à présent. Il ressort seulement du tableau que la proportion des matières salines fixes contenues dans le sang est généralement assez fixe.

Le chapitre III de l'auteur reproduit, sur les animaux à sang froid principalement, les belles recherches de M. Chossat sur l'inanitiation, la consomption par la faim et la soif. Voici les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé; nous regrettons de ne pouvoir trouver de remarques ni de chiffres relevés, quant à la température, aux différentes époques de l'expérimentation.

Dans tous les cas, pendant l'abstinence forcée des sujets, l'eau du sang diminuait plus rapidement que les parties solides : cette diminution de la partie aqueuse, plus rapide (sans doute eu égard à la température?) chez les animaux à sang chaud, semblait liée à la somme de résistance vitale de ces animaux. Les globules ont diminué comme les autres éléments du sang, montrant par là l'importance de leur office et leur rôle actif dans la nutrition et l'entretien des pouvoirs vitaux.

La fibrine diminue durant l'inanitiation.

Contrairement à ce qui s'observe chez les animaux à sang chaud, l'estomac et les intestins chez ceux à sang froid ne s'enflamment ni ne s'ulcèrent.

La graisse est de tous les tissus celui qui disparaît le plus vite; la manière dont elle rentre dans la circulation, ajoute l'auteur, nous ne la conjecturons pas.

Dans toutes ces circonstances, il est à remarquer que la rapidité de ces modifications éprouvées par les animaux est en raison de leur intelligence, de leur température propre, de leurs forces vitales et musculaires, en un mot, du degré de leur organisation. Mais la perte du poids du corps est demeurée, en somme, à peu près la même chez les animaux à sang froid et à sang chaud.

Le maintien relativement si court de la vie chez ces derniers réclamait l'emploi, là combustion d'un poids de matériaux organiques aussi élevé que pouvait l'exiger une durée dix fois plus longue d'existence chez les animaux à sang froid. Un chien en six jours, une tortue en soixante, ne perdaient l'un et l'autre que le tiers de leur poids.

Ces résultats sont en parfait accord, du reste, avec les aperçus un peu approximatifs qu'on peut tirer de la considération de la rapidité d'exercice des fonctions de respiration et de circulation.

Après ces considérations d'ensemble, M. Jones étudie, au point de

vue fonctionnel, le rôle et les variations de grandeur, d'importance et de situation de quelques-uns des organes les plus intéressants de la vie organique, à savoir : le pancréas, le foie, la rate, les reins. Dans ces recherches, l'auteur a procédé par voie plutôt conjecturale et analytique que par des expérimentations précises et par la méthode éliminatrice. Relativement au pancréas, ses conclusions sont les mêmes que celles présentées déjà par M. Cl. Bernard ; mais nous devons dire qu'elles ne sont pas contradictoirement établies et qu'elles sont antérieures, du reste, à la publication faite sur le même sujet par MM. Bérard et Collin.

Pour M. Jones, le pancréas, d'après son développement et sa situation, devrait être exclusivement destiné à l'émulsionnement des matières grasses. Cette vue inductive n'est pas appuyée, comme elle devrait l'être pour avoir aujourd'hui du poids contre les propositions nouvelles, sur des expériences comparatives faites chez des animaux privés artificiellement de pancréas.

Un des traits les plus intéressants des études de M. Jones sur la fonction de l'organe hépatique est relatif au rôle de cette glande au point de vue de la production du sucre de raisin. M. Jones adopte, on le voit, sans discussion, la théorie du savant professeur du collége de France, et ne doute point de la production de la glycose dans le foie au moyen des éléments azotés circulant dans l'économie. Cette doctrine semble d'ailleurs admise aujourd'hui : elle a au moins en sa faveur certains faits encore inexplicables en dehors d'elle. Sans prétendre y contredire, n'ayant ici que des inductions à offrir, nous trouvons cependant un certain ordre de faits, dans la physiologie, qui pourraient permettre de penser que cette production de la glycose pourrait bien avoir lieu au moyen des corps gras de l'économie. Ainsi, dans ses nombreuses expériences sur l'inanitiation, M. Jones a remarqué, comme fait prédominant dans l'inspection du foie, la présence dans cet organe d'une grande quantité de matières grasses, concurremment avec de notables proportions de glycose. Or, dans la consomption par inanition, ce qui disparaît le plus vite et de la façon la plus saillante, ce sont les éléments gras. Pour M. Jones, que ne domine aucune préoccupation contraire à la doctrine du collége de France, cette relation est frappante chez les animaux affamés, entre la déperdition de la graisse et la production de la glycose et leur présence simultanée dans le foie. Il y a là certainement une vue à prendre en considération. Sous le rapport chimique, la distance est bien moins grande entre la molécule sucrée et la molécule de graisse, qu'entre la première et l'atome de matière protéique : ajoutez quelques équivalents d'oxygène à la graisse, et vous formez le sucre de raisin. Or quel dédoublement plus complexe ne faut-il pas imaginer pour faire opérer la même métamorphose à un élément albuminoïde !

L'étude de la rate, faite toujours sur un nombre vraiment énorme de sujets, conduit notre confrère aux résultats suivants :

La rate serait, à ses yeux, un organe d'une importance secondaire ; elle est absente chez tous les invertébrés, même chez l'amphioxus, qui forme le lien entre la classe des poissons et les genres les plus élevés parmi les mollusques.

Chez les oiseaux et les reptiles, cet organe est si petit qu'il ne saurait avoir à remplir un rôle bien considérable dans l'économie. Quoi qu'on ait dit de son influence sur la formation des globules colorés du sang, c'est encore là une induction à écarter ; sa taille n'a aucun rapport avec le nombre relatif des globules, ni la rapidité de composition et de décomposition des éléments organiques.

En somme, on ne connaît rien de ses fonctions, et M. Jones, dans les classes inférieures, au moins, ne la croit aucunement nécessaire à la vie.

Le dernier chapitre de M. Jones est consacré à l'étude des reins et de leur produit de sécrétion. Ce chapitre ne contient rien de bien particulier ni de bien nouveau, et se borne à une remarque assez rationnelle, et qui nous obligerait à rectifier le dernier mot de notre dernière phrase. C'est que les reins ne sont et ne sauraient être un appareil de sécrétion, mais bien d'excrétion. Il éliminerait seulement une ou des substances toutes formées dans le sang et ne sécréterait rien d'essentiel. Cette remarque semble juste et fondée sur une observation très-judicieuse. C'est que jamais une glande sécrétante n'est suppléée dans l'économie par une autre glande ; on ne voit pas de larmes après l'ablation des glandes lacrymales, point de sperme se produire après la castration, point de lait après l'amputation des seins ; on voit, au contraire, les poumons, la peau, le tube digestif exhaler de l'urée après la soustraction des reins ; pour une excrétion, les organes deviennent volontiers complémentaires, jamais pour une sécrétion.

Nous ne nous arrêterons donc pas davantage sur ce sujet, et terminerons ce compte rendu en rendant hommage à la longue et sagace patience de l'auteur, tout en regrettant qu'il n'ait pas flanqué ses observations d'une série d'expériences contradictoires reposant sur l'ablation de chacun des organes à l'étude. Par ce procédé, il serait arrivé, sur bien des points, à une grande apparence de probabilité, tandis qu'il ne formule guère que des appréciations inductives. Néanmoins ce recueil est sérieux, et sera certainement consulté avec fruit par les chercheurs en matière de physiologie expérimentale.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

— Par décrets du 27 avril dernier, ont été nommés :

Président de la Société locale des médecins du département de la Gironde, M. le docteur Arthaud.

Président de la Société locale des médecins de l'arrondissement de Dijon (Côte-d'Or), M. le docteur Vallée.

Plusieurs autres sociétés locales en voie d'organisation ou déjà organisées, attendent les autorisations nécessaires et la nomination de leur président.

— Par décret du 4 mai, M. le docteur Pellarin (Constant-Jacques), a été nommé chirurgien principal de la marine. Cet officier de santé continue ses services à la Martinique.

— Par suite des nominations effectuées le 7 mai dans le corps médical de la marine, ont été destinés pour le service des colonies :

Guyane : MM. Gourrier, de 1re classe ; Bisch, de 2e classe ; Blanchon, de 3e classe.

Sénégal : MM. Chastang, aide-major aux tirailleurs sénégalais ; Delpeuch, Gillet, Forné, de 2e classe ; Quintin et Dagorne, de 3e classe.

Martinique : M. Baquié, de 2e classe.

Guadeloupe : MM. Brannellec, de 2e classe ; Couturier, pharmacien de 3e classe.

ARMÉE D'ITALIE. — *Ordre du jour.* Le médecin inspecteur, médecin en chef de l'armée d'Italie, a l'honneur de prévenir MM. les médecins de tous les grades qu'il sera suppléé au grand quartier général par M. le médecin principal de première classe Boudin, désigné d'avance par son ancienneté de grade et par l'autorité de son savoir.

— La médecine nantaise vient de perdre son doyen d'âge, M. le docteur Rouillard, ancien médecin du roi de Westphalie, Jérôme Bonaparte, et qui, à 84 ans, se livrait encore avec zèle à l'exercice de son art et aux bonnes œuvres.

— On lit dans le dernier numéro du JOURNAL DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE :

Dans une séance extraordinaire, tenue le 27, la Société a tranféré le titre de membre honoraire à MM. Troussean, baron Larrey et Guibourt, à Paris, en remplacement de MM. Bérard, Bégin et Soubeiran, qu'elle a eu la douleur de perdre dans le courant de l'année académique.

— M. le professeur Denonvilliers, inspecteur général de l'Université dans l'ordre des études médicales, a visité l'École de médecine et de pharmacie de Toulouse, les 5 et 6 avril. Après avoir assisté aux cliniques et aux cours de l'École, et visité les collections, il a réuni les professeurs en séance générale. Ce haut fonctionnaire a témoigné, avec bienveillance, toute sa satisfaction sur leur zèle et leur dévouement, a demandé à chacun d'eux les améliorations dont il pensait que son enseignement pourrait devenir l'objet, et leur a fait entrevoir qu'elles seraient très-prochainement réalisées. (MONITEUR DES HÔPITAUX.)

— On lit dans LA PRESSE :

Les correspondances et les journaux de la Réunion nous annoncent une grave nouvelle.

Le 17 mars, le choléra a éclaté à Saint-Denis, et a fait dans la classe des engagés, Cafres et Malgaches, des ravages très-sérieux. De cette classe, le fléau s'est étendu aux familles pauvres, aux nouveaux affranchis, comme aux travailleurs africains et malabars.

L'épidémie a envahi ensuite Saint-Louis et plusieurs autres communes ; mais, dans ces dernières, elle a été sans beaucoup de gravité. On a organisé partout des ambulances, et le gouverneur M. Darrican, accompagné du maire de Saint-Denis, les a plusieurs fois visitées.

La commission sanitaire a fait publier de son côté des instructions sur les premiers soins à donner aux cholériques, et l'évêque de Saint-Denis a ordonné des processions, des neuvaines et des prières publiques pour la cessation du fléau.

On croit que le choléra a été introduit à la Réunion par les barques mascareignes qui font le service entre cette île et Madagascar. On espère que la salubrité du pays ne permettra pas au fléau de causer de plus de grands ravages.

— M. le docteur Duchenne-Duparc ouvrira son cours pratique sur les maladies de la peau, mardi prochain, 24 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ EN OBSTÉTRIQUE. — NOUVEAU CAS DE GUÉRISON D'ANÉVRISME PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER.

En 1850, M. le préfet de la Seine, dont l'attention avait été mise en éveil par le service de la vérification des décès de la ville, avait communiqué à l'Académie de médecine les remarques faites sur les chiffres annuels de la mortalité des enfants pendant le travail de la parturition, attribuant les augmentations observées depuis un certain nombre d'années à l'usage intempestif, à l'abus du seigle ergoté. Ce magistrat réclamait de la savante compagnie un avis sur cette question, et lui demandait si, au cas où son jugement sur les faits serait le même, il n'y aurait pas lieu à interdire aux sages-femmes l'emploi de cette substance active dans les accouchements.

Chacun se rappelle le très-remarquable rapport de M. Danyau sur ce triple point de science, d'art et d'administration, rapport dans lequel furent établies avec une haute autorité de talent, d'expérience et de raison, les indications et les contre-indications de l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements, et la nécessité, de la part des médecins, de ne les point perdre un seul instant de vue dans les circonstances qui sembleraient en réclamer l'administration. Ce judicieux travail a fait loi depuis en la matière : c'est, pourrait-on dire, le code du praticien éclairé sur ce point spécial de la thérapeutique obstétricale.

Après neuf années d'intervalle ou d'expérience, la question, tranchée autant qu'elle pouvait l'être, par le rapport de l'honorable académicien, vient d'être rappelée sur le tapis. Le 8 février dernier, un médecin, inspecteur des décès de la ville de Paris, M. Deville, crut devoir saisir de nouveau l'Académie d'une accusation sérieuse contre le seigle ergoté, et pour la seconde fois nous avons eu l'avantage d'entendre sur ce même sujet l'opinion de M. Danyau.

Si l'on veut bien se reporter aux pièces du premier procès, on y verra que, dans sa note à l'Académie, M. le préfet de la Seine, après lui avoir demandé une étude régulière sur les indications du seigle ergoté, limitait la question de la prophylaxie administrative à la proposition d'interdire aux sages-femmes l'usage de cette substance dangereuse entre des mains inhabiles. M. Deville est plus radical : les investigations administratives lui fournissent un certain nombre de morts prématurées de l'enfance, un septième environ, dont il ne peut se rendre compte que par leur coïncidence avec l'emploi du seigle ergoté pendant l'accouchement; sur cette base, M. Deville conclut que le seigle ergoté est toujours dangereux pour la vie des enfants, qu'il est généralement donné sans que l'on tienne compte des conditions scientifiques imposées à son emploi, mais que, *même en suivant les règles prescrites par la science et par l'expérience*, les gens de l'art ne sont jamais sûrs de la vie des enfants qui naissent alors que le seigle ergoté a été administré pendant le travail de l'accouchement.

De là à une interdiction absolue du médicament qu'on demanderait à la loi de prononcer, il n'y a qu'un pas : si la plume de M. Deville n'en a pas formellement fait la proposition, la conclusion seule manque à son syllogisme, mais le doute sur l'intention ne peut être logiquement admis.

Pour donner sans hésitation une formule aussi décisive sur une matière de cette importance, il faut une opinion solidement conçue, et nous ne mettons pas en doute l'énergie des convictions de notre confrère. Mais quand nous rapprochons son travail des éléments premiers du débat, exposés dans le rapport de 1850, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer, comme M. Danyau l'a fait avec une parfaite courtoisie, combien cette instruction nouvelle est légère et fragile, comparée avec la netteté des points de science qu'il était indiqué de discuter et de résoudre. La vie des enfants est toujours menacée, dit M. Deville, quand on fait emploi du seigle ergoté. Mais, lui demande M. Danyau, avez-vous établi par des observations précises la part à faire dans cette accusation au médicament ou à la condition morbide ou anormale qui en a nécessité l'emploi? Aucunement : votre remarque est toute statistique; il y a eu plus d'enfants mort-nés qu'autrefois, voilà tout. Mais puisque notre seule base de recherches est ici la statistique, que l'observation médicale n'y est pour rien, nous demanderons à notre tour à M. Deville s'il a pu tenir compte de *toutes* les circonstances au milieu desquelles ont été relevés les chiffres des deux périodes comparées, et s'il est non-seulement probable, mais démontré que le seul élément qui ait varié de l'une à l'autre soit absolument et exclusivement l'introduction, dans la thérapeutique, d'un agent nouveau, le seigle ergoté. Est-il certain, par exemple, que les accouchements clandestins n'aient pas augmenté dans Paris, par suite des mesures prises dans tant de départements contre le secret des accouchements illégitimes? Est-il certain, ce n'est pas au point de vue administratif que nous nous mettons ici, mais au point de vue médical, qu'un plus grand nombre de mères placées dans des circonstances difficiles, délicates ou dangereuses, n'aient pas dû leur délivrance à l'emploi de l'excitant du système utérin? M. Deville, non plus que nous-même, n'en sait rien. Beaucoup de ces naissances-là ne lui ont fourni aucun renseignement. Il ne peut même pas dire quel est le nombre relatif d'enfants qui ont survécu après l'administration à la mère de la poudre stimulante, rapport indispensable à connaître, cependant, pour apprécier avec quelque approximation l'influence propre du seigle, scientifiquement administré, sur la vie des enfants.

La statistique, substituée à l'investigation scientifique, a cela de dangereux qu'elle permet de faire porter sur un ensemble de faits, seuls visibles et reconnaissables, la responsabilité encourue par un ordre d'influences entièrement méconnues ou ignorées. Et nous devons reconnaître, avec M. Danyau, que le mémoire de M. Deville n'est, au plus, qu'une impression statistique à l'adresse du parquet, plutôt peut-être qu'à celle de l'Académie. Mais, sur une simple impression, proscrire un élément thérapeutique de la valeur du seigle ergoté! Sommes-nous donc si riches en matière médicale!...

La statistique vous révèle, dites-vous, un accroissement de la mortalité à la naissance; mais lui avez-vous demandé si le salut relatif, dans les hémorrhagies graves, n'avait pas augmenté depuis l'emploi de la substance accusée? Car enfin, si les accoucheurs peuvent avoir conçu des doutes sur l'innocuité des rapports de l'administration du seigle avec la vie des enfants, ils n'en ont pas, que je sache, sur la

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

CORRESPONDANCE INÉDITE DE MADAME DU DEFFAND; précédée d'une notice, par M. le marquis de SAINTE-AULAIRE.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

L'abbé Barthélemy était un singulier personnage. Profondément versé dans la littérature grecque, numismate de premier ordre, collecteur infatigable de tous les monuments capables d'éclairer l'histoire des peuples orientaux, il joignait à ces mérites d'un ordre supérieur l'esprit le plus vif, le caractère le plus doux, une gaîté charmante, beaucoup de bonhomie, et enfin une sagacité profonde, créatrice, merveilleuse faculté qui se développait spontanément, en se jouant, et dont nous ne pouvons mieux faire connaître la nature et l'importance que par la citation suivante. Il adressait à madame du Deffand, le 8 août 1772, une longue lettre qui débutait ainsi : « Je pense » souvent à une expérience qui ferait notre bonheur. Je ne l'ai peut-être pas » bien comprise, mais comme il s'agit de physique, vous me redresserez. » On dit qu'avec deux pendules dont les aiguilles sont également aimantées, » il suffit de mouvoir une de ces aiguilles pour que l'autre prenne la même » direction, de manière qu'en faisant sonner midi à l'une, l'autre sonnera à » la même heure. Supposons que l'on perfectionne les aimants artificiels » au point que leur vertu puisse se communiquer d'ici à Paris (Chanteloup, entre Tours et Amboise, 200 kilomètres.) Vous aurez une de ces pendules, nous en aurons une autre; au lieu des heures, nous tracerons sur » le cadran les lettres de l'alphabet. Tous les jours, à une certaine heure, » nous tournerons l'aiguille, M. Wiart assemblera les lettres et lira : « Bonjour, chère petite fille, je vous aime plus tendrement que jamais! » Ce » sera le grand'maman qui aura tourné. Quand ce sera mon tour, je dirai à » peu près la même chose. Vous sentez qu'on peut faciliter encore l'opération; que le premier mouvement de l'aiguille peut faire sonner un timbre » qui avertira que l'oracle va parler. Cette idée me plaît infiniment. On la » corromprait bientôt en l'appliquant à l'espionnage dans les armées et dans » la politique; mais elle serait bien agréable dans le commerce de l'amitié. »

Le commencement de cette étonnante citation, *on dit*, etc., semble indiquer une chose étudiée, apprise, et cependant il est impossible de supposer que l'abbé eût rien rencontré de semblable dans les livres de physique existant à cette époque. Nous trouvons dans l'excellent RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DE L'ÉLECTRICITÉ ET DU MAGNÉTISME, par MM. Becquerel père et fils (Paris, Didot, 1858, in-8), une indication des premières tentatives faites dans le but de créer la télégraphie électrique. Un Écossais dont on ne sait pas même le nom, paraît en avoir eu l'idée en 1753; un Français, Lesage, établi à Genève, en 1774, fit le premier pas dans l'accomplissement de cette œuvre miraculeuse. Lomond, en 1787; Reiser, en 1794, et d'autres y ajoutèrent chacun sa

valeur héroïque du médicament dans les hémorrhagies utérines graves présentes, ou *menaçantes*. Beaucoup d'entre eux n'en ont pas plus sur l'heureuse influence de cette substance sur les inerties utérines postérieures à l'accouchement, sur ces états passifs de la matrice où l'on commence à reconnaître, depuis la communication de M. J. Guérin, l'origine de plus d'une infection puerpérale. Le progrès va-t-il donc consister dorénavant à entraver la science dans ses recherches, parce que la bureaucratie croit apercevoir dans ses papiers des déplacements de chiffres ?

Mais il est bon de rappeler à l'administration, et même peut-être au corps médical, des lois économiques que la science n'a pas la prétention de renverser. Elle ne se croit le pouvoir ni d'annuler ni même de diminuer les chiffres de mortalité absolue ; elle n'ignore pas les lois de la population, et sait n'avoir d'autre objet possible que d'opérer des déplacements dans la mortalité relative. Et si dans le cas qui nous occupe, le débat à vider se trouvait par hasard entre les chiffres de la mortalité parmi les mères, et les chiffres de la mortalité parmi leurs produits, nous nous garderions bien de crier à l'aveugle haro sur la cause présumée des différences observées. Le fait fût-il bien constaté, nous semblerait devoir réclamer réflexion et non un arrêt de proscription prononcé *ab irato*. Nous verrions peut-être avec regret qu'en un trop grand nombre de cas le salut d'un des sujets compromît l'autre, car ils sont malheureusement pour eux bien liés et bien connexes. Et dans plus d'un cas de cet ordre le médecin peut éprouver un cruel embarras. Chacun, suivant sa conscience, doit faire, en telle conjoncture, la part des chances et des probabilités relatives, et prendre alors conseil du sentiment de son devoir. Mais qui croirait le remplir en jetant à l'avance le flacon de seigle ergoté par la fenêtre pour n'avoir pas à délibérer.

Non. La science est la science, la recherche de la vérité; il faut qu'elle s'éclaire constamment ou qu'elle abdique. Tous les médicaments imprudemment mis en usage, employés par des mains inhabiles, peuvent devenir des poisons ; confiés à des classes de praticiens imparfaits, ce sont des dangers publics. Rayerons-nous donc le mot *médicament* et la chose pour nous en tenir à l'observation et au pronostic, ou bien, au contraire, ne devrons-nous pas nous évertuer à créer des corps de praticiens plus éclairés, ou à mieux éclairer ceux qui existent? Au lieu de proscrire le remède, ne devrions-nous pas plutôt nous attacher à mieux répandre les préceptes de son emploi judicieux? La civilisation et le progrès vont-ils avec les barrières et les entraves et ne marchent-ils pas au contraire à la suite des principes bien étudiés? A cet égard, et sur le point qui nous occupe ici, nous ne pouvons que renvoyer au premier rapport de M. Danyau, et reproduire les conclusions scientifiques établies par ce savant, et adoptées par l'Académie en 1850. Le seigle ne doit être donné aux femmes en travail que lorsque *l'ampleur du bassin, la bonne conformation des parties molles, l'absence de tout état pléthorique, les dimensions convenables et la bonne présentation du fœtus, la régularité de la position, la complète dilatation ou l'extrême dilatabilité de l'orifice utérin, la souplesse du plancher périnéal et de la vulve, toutes conditions essentielles, sont réunies, et qu'il n'y a d'autre obstacle à l'accouchement que la longueur, la suspension, en un mot l'insuffisance des contractions utérines.* »

Mais employé dans ces conditions, et si les circonstances réclament une fin rapide du travail et le retrait sur lui-même de l'utérus, ce médicament acquiert un grand prix. Combattons l'abus, montrons où il existe, mais respectons la conquête.

—L'heureuse découverte dont M. Vanzetti (de Milan) a enrichi la thérapeutique chirurgicale au chapitre des anévrismes, et qui consiste, comme on se le rappelle sans doute, dans la compression intermittente exercée par les doigts pendant un petit nombre de jours sur le trajet supérieur de l'artère malade, ne doit pas pourtant faire absolument oublier les méthodes précédemment employées et auxquelles on a dû des succès. Nous devons donc une marque d'attention à une communication faite sur la fin de la séance par M. le docteur Debout, sur un nouveau cas d'application de la méthode de Pravaz, qui a réussi entre les mains de M. Dieulafoy (de Toulouse). Cette communication est intéressante au point de vue de la science elle-même, l'observation du malade, suivant une expression malheureusement pittoresque, étant complète, c'est-à-dire étant fortifiée par le témoignage de l'observation anatomique. Le malade, guéri de son anévrisme, a succombé au bout de quarante jours à des causes étrangères à cette affection chirurgicale, et la dissection de la partie lésée a pu montrer le succès complet de l'injection coagulante. L'examen de la pièce a exposé le caillot parfaitement organisé, oblitérant l'entrée du sac et l'artère jusqu'à son origine, le véritable caillot actif.

Or l'enseignement principal qui résulte de cet examen est tout entier en faveur des injections de perchlorure de fer à un faible degré de concentration. Les faits cliniques dont l'Académie a été jadis entretenue ont dû faire rejeter les injections à 45° proposées par Pravaz. Les lésions anatomiques constatées sur la pièce de M. Vallette ont fait voir que des dangers sérieux pouvaient suivre les injections à 30°. La pièce communiquée par M. Dieulafoy montre la puissance coagulante encore extrême des injections à 20°. Tout doit donc porter à réduire encore la concentration du liquide coagulant. M. Debout, dans des expériences sur les animaux, obtient de promptes coagulations avec de très-faibles solutions. Inutile de faire remarquer que la promptitude des coagulations doit aussi être considérée au point de vue de la coagulabilité normale et spontanée, si facile dans certaines espèces. Avis donc aux chirurgiens qui seraient conduits par les circonstances à l'emploi de cette méthode ; ils devront n'employer que de faibles injections, et, de plus, l'examen des pièces anatomiques nous l'apprend encore, ménager le lieu de la ponction faite à l'artère, la lésion traumatique du tissu artériel n'étant jamais légère ni indifférente.

Sous ce double rapport, la communication de notre confrère est digne de toute l'attention du chirurgien, et devra prendre sa place dans l'histoire de la méthode.

Giraud-Teulon.

---

part d'action, mais il fallait bien d'autres perfectionnements pour la rendre praticable et vraiment utile.

On conviendra sans peine qu'il y a dans ce jeu de l'imagination de l'abbé Barthélemy, une merveilleuse prescience, et que les travaux d'Œrsted, d'Ampère, de MM. Becquerel et Faraday ont singulièrement répondu au vœu si nettement exprimé par cet esprit inventif. La se trouve une des preuves les plus saisissantes de l'activité intellectuelle de certains hommes, d'une perspicacité qui devance le temps et l'expérience, qui franchit tout à coup des intervalles inconnus pour arriver de plain-pied à l'intuition d'un phénomène que l'avenir se chargera de réaliser. Eh bien ! cette même lettre, qui est en quelque sorte illuminée par une étincelle électrique si brillante et si pure, se termine par une plaisanterie que nous devons consigner ici, car elle est tout à fait de notre compétence. L'abbé dit : « En ouvrant par hasard, ces jours » passés, un volume des mémoires de Mademoiselle, je tombai sur une » phrase qui m'a paru charmante. La voici à peu près : Dans ce temps-là, » M. le duc du Maine eut une rage de dents si forte qu'il en devint boiteux. » C'est peut-être en vertu d'une sympathie analogue et voisine que l'on a cru devoir cautériser l'oreille pour guérir la sciatique.

Madame du Deffand a eu des amis dont la santé l'occupait beaucoup. Ainsi le président Hénault était menacé de congestion cérébrale ; il était sourd, s'endormait partout, et se laissait tomber sans pouvoir se relever. Horace Walpole souffrait de la goutte, il en avait de fréquents et longs accès qui lui ôtaient l'usage des pieds et des mains, et qui tourmentaient beaucoup ses amis. Madame du Deffand parle, en effet, des graves accidents qui survinrent en 1766, « lorsque cette goutte se jeta sur *l'estomac* et conduisit le malade à » deux doigts de la mort. »

Pont de Veyle, un des intimes de la dame, était toujours malade, et dans une circonstance grave, ayant la fièvre depuis six jours, son médecin, M. Pomme, était malade lui-même, et il n'avait de confiance qu'en lui. Plus tard, nous le voyons soigné par Poissonnier. « Il a toujours la fièvre; on » traite sa maladie de fièvre humorale, on pourrait peut-être dire putride, » mais Poissonnier prétend qu'il a empêché qu'elle ne le devînt. » Et la dame ajoute : « Ce pauvre Poissonnier est le meilleur homme du monde; mais il » n'y a jamais eu de vanité semblable à la sienne. Elle est sans orgueil, sans » fierté, sans art; elle est tout platement à découvert; mais c'est un bon » homme. » En cherchant bien, on trouverait encore quelques Poissonniers parmi nous.

La putridité était alors le grand épouvantail des malades et des médecins. Ainsi « madame Adélaïde a eu une forte indigestion (tome II, page 220) ac- » compagnée et suivie d'une grosse fièvre ; on craignait hier que cette fièvre » ne devînt putride », dit madame du Deffand à la duchesse, et cette expression revient assez souvent dans leurs lettres. Et comme au milieu de ces maladies graves la mort survenait quelquefois, la dame s'en prenait à la Faculté et disait à propos de l'état dangereux où se trouvaient certains personnages éminents : « Les nouvelles d'hier étaient qu'on avait beaucoup d'espé- » rance pour les malades (26 mai 1774, Mesdames avaient la petite vérole); » si l'ange exterminateur arrive, les médecins le secondent bien. » Et tout en nous lançant ce trait banal, la dame ajoute un petit détail qui montre sa

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

DE L'AUSCULTATION APPLIQUÉE AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'OREILLE; mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 5 mai 1857; par le docteur P. MENIÈRE, agrégé de la Faculté et médecin de l'Institut impérial des Sourds-Muets.

Les idées médicales qui dominent à notre époque, dans notre pays et surtout à Paris, poussent naturellement les esprits dans une voie de constatation précise et rigoureuse des phénomènes physiques des maladies. Élevé dans ces principes et cherchant à suivre l'exemple de nos maîtres les plus autorisés, les plus compétents; laissant de côté la recherche des subtilités étiologiques ou des manifestations imaginaires de certains états pathologiques séparés des organes sans lesquels ils ne peuvent exister, nous avons, dès le début de nos études sur un point isolé du cadre nosologique, cherché à reconnaître le terrain sur lequel des circonstances fortuites nous avaient placé. L'appareil auditif, dont les conditions anatomiques sont assez bien décrites, nous offrait, dans son étroite circonscription, un sujet d'études qui avait du moins l'avantage de ne pas contenir, dans ses deux premières parties, d'éléments inconnus, et nous nous mîmes à l'œuvre avec l'espoir fondé de soumettre à une analyse exacte la plupart des conditions matérielles des maladies que nous allions avoir à traiter.

En conséquence, et pour procéder avec méthode, nous fîmes un examen attentif, scrupuleux, de toutes les parties qui constituent l'appareil auditif externe, et cela n'était pas difficile, puisque l'œil y pouvait atteindre et que l'état normal étant bien constaté, les diverses modifications pathologiques qui s'y montraient pouvaient être appréciées aussi exactement que possible. Nous ne dirons rien de cette entrée en matière qui a été exposée par nous avec quelque détail dans d'autres publications.

L'oreille moyenne ou cavité tympanique se trouve dans des conditions différentes, la vue ne s'applique qu'à une très-faible portion de son étendue. La membrane du tympan, qu'il n'est pas toujours facile d'examiner, même quand on sait le mieux s'y prendre pour explorer le fond du méat externe, la membrane du tympan, cette cloison qui ferme la caisse à sa partie externe, offre divers changements de forme, de couleur, qui sont des signes physiques de certaines lésions de l'oreille moyenne, mais cette exploration ne peut suffire à tout, il y a un grand nombre d'états morbides de cette cavité qui n'influent pas d'une manière appréciable sur le tympan. Il fallait donc chercher ailleurs et cela était facile; Itard et bien d'autres devanciers avaient tracé la voie à suivre pour atteindre le but. Le cathétérisme des trompes est un moyen artificiel d'un usage commode; j'y avais recours; j'insufflais de l'air dans la cavité de l'oreille moyenne pour savoir en quel état se trouvait la caisse, mais il me semblait nécessaire d'user d'un moyen plus simple encore. On ne sonde pas une vessie dont l'urine peut sortir librement; il est inutile de pousser de l'air dans la caisse s'il peut y pénétrer de lui-même, et je voulus savoir comment l'air y arrive. Or par quel procédé peut-on se rendre compte de cette opération naturelle? comment les deux surfaces du tympan sont-elles en contact avec l'air? quel est l'agent à l'aide duquel s'accomplit ce phénomène physiologique?

Il fallait, pour vider cette question préalable, examiner les trompes; mais pendant la vie elles ne sont pas accessibles à l'œil, et sur le cadavre rien n'indique comment se fait le passage de ce fluide gazeux à travers un long tuyau fort étroit et dont les parois sont à peine extensibles. Mes recherches anatomiques constataient que la membrane muqueuse qui tapisse ce conduit est partout en contact avec elle-même, comme les parois de l'urètre, comme celles de tous les canaux excréteurs, et il y a là un fait intéressant à noter, car la trompe n'a pas mission de livrer passage à une matière devenue étrangère et qui doit être expulsée de la cavité où elle est renfermée.

Si la trompe, dans l'état normal, n'est pas un conduit tubuleux, béant, si elle n'est pas toujours ouverte comme l'appareil respiratoire, on se demande par quel mécanisme l'air qui parcourt les narines et le pharynx peut arriver dans la caisse. Il y a là évidemment un phénomène spécial; il faut une force active, capable de vaincre la résistance qu'opposent les surfaces en contact, et cette force réside dans les contractions de la partie supérieure du pharynx, dans cette réunion de mouvements qui constituent le phénomène complexe appelé déglutition.

On ne peut pas considérer la cavité de l'oreille moyenne comme un annexe de l'appareil respiratoire, car elle n'est pas placée sous la dépendance immédiate du diaphragme et des côtes; l'accomplissement de sa fonction spéciale demande l'intervention d'un système musculaire différent. C'est là, pour le dire en passant, une de ces particularités dont on ne tient pas assez compte; on est enclin, en physiologie comme en pathologie, à isoler les organes et les fonctions, tandis que le plus souvent ces choses ont des connexions nécessaires avec des parties voisines. Tâchons donc de pénétrer ce petit mystère.

Il y a des individus qui ont le conduit auditif externe fort large et peu profond, de sorte qu'en plaçant l'oreille en face d'une fenêtre bien éclairée et de façon qu'un rayon de soleil arrive sur le tympan, on peut soumettre cette membrane à une inspection rigoureuse et prolongée au gré de l'observateur. En pareil cas, on constate que les mouvements respiratoires, même les plus exagérés, n'exercent aucune action sur le tympan; il conserve une immobilité parfaite, sa surface n'offre aucune ride, et tout indique que si l'air entre dans la caisse pendant et avec l'aide de la respiration, cet acte est si restreint, si doux, que la cloison mobile n'en est pas ébranlée. J'ai pu répéter cette observation sur des asthmatiques qui respiraient avec de grands efforts; j'ai invité les personnes que je soumettais à cet examen à exagérer autant que possible les deux temps de la respiration; j'ai continué cette recherche pendant les quintes d'une toux violente chez des enfants affectés de coqueluche, et jamais je n'ai remarqué aucun mouvement de la cloison tympanique. Ainsi, lorsque les voies aériennes sont libres, l'air n'exerce aucune action appréciable sur le tympan, ce qui tend à démontrer que ce fluide ne pénètre pas dans la caisse avec assez de force pour agiter une surface *très-mobile*.

S'il me fallait justifier cette dernière expression, je dirais que le tympan, maintenu dans un équilibre permanent par la pression atmosphérique qui s'exerce sur ses deux faces, se meut dès qu'un bruit

---

confiance en nous, son goût pour la médecine humorale comme on la faisait alors : « La maréchale est désolée de ce que son départ pour Chanteloup est » retardé de huit ou dix jours. Il faut que sa petite-fille soit purgée et médi- » camentée auparavant; vous savez qu'elle a eu un clou. » Dans un autre endroit, la duchesse dit à sa petite fille : « Si vous avez besoin d'être conduite, » vous aurez l'abbé et nous tous pour vos bâtons; si vous êtes infirme, vous » aurez tous les secours de la Faculté et tous les soins de l'amitié, sans » l'importunité des visites comme à Paris. » (T. I, p. 252.) On voit qu'à l'occasion la médecine était bonne à quelque chose, et que ces moquenses n'en faisaient pas toujours fi!

En étudiant la vie des gens du grand monde de ce temps-là, on se demande comment elle n'était pas troublée par des accidents plus terribles. On soupait alors, et ces soupers avaient une importance extrême dans le régime alimentaire de cette société si avancée en esprit et si peu en hygiène. Les mémoires de Saint-Simon nous montrent la cour de Louis XIV abandonnée à une goinfrerie qui nous étonne; le grand roi faisait plus de quatre repas, et l'on ne comprend guère comment il avait le temps de digérer l'énorme quantité de grosses viandes qu'on lui servait. Sous Louis XV, les estomacs semblent avoir perdu de leur capacité, l'appétit diminue, mais enfin l'ordinaire de cette époque nous paraît encore tellement surabondant que les indigestions les plus violentes en étaient la conséquence nécessaire. Aussi reviennent-elles à chaque instant dans les lettres de ces dames. Voici un type qui se reproduit sans cesse : « Vous a-t-on écrit, dit madame du Deffand à la du- » chesse (juin 1775), la frayeur que la maréchale nous donna chez M. de » Gontant? Elle avait trop soupé et peut-être un peu trop bu; elle s'assou- » pit, et, voulant parler, elle avait la langue embarrassée, et l'on crut qu'elle » allait tomber en apoplexie. On envoya chercher Tronchin. On prit autant » de précautions qu'il fut possible pour ne la point inquiéter, et elle ne pa- » rut pas inquiète dans le moment; mais hier et avant hier, je l'ai trouvée » bien triste et l'air préoccupé. Elle m'a confié que Tronchin lui avait dit » qu'il soupçonnait qu'elle avait le scorbut. (On disait aujourd'hui qu'elle » était anémique.) Elle n'en est point fâchée, parce qu'elle croit avec raison » qu'il y a bien des remèdes pour ce mal, et que tout ce qui la détourne de » l'idée de l'apoplexie la rassure et la satisfait. »

On lit tome II, p. 5 : « Je reçus hier un billet de la maréchale pour me dire » d'avertir son frère d'aller à Versailles pour une troisième indigestion. » Ceci se rapporte au roi lui-même. Et un peu plus loin, madame du Deffand ajoute : « L'estomac, les entrailles, c'est d'où partent les oracles qui décident » du sort des humains. Ils commencent à vouloir parler. Je suis fort attentive » à ce qu'ils diront. » On attendait le renvoi du ministère, et les amis du duc de Choiseul voyaient dans cette maladie du roi un motif d'espérer la chute de leurs ennemis politiques. Dans plusieurs circonstances analogues, ces dames argumentent sur l'influence de l'estomac en pareilles affaires.

Madame du Deffand se plaignait toujours de ses nerfs, de ses vapeurs, de son ennui, et la duchesse de Choiseul, en femme de bon conseil, lui disait (mai 1767) : « De tout ceci, je conclus que vous êtes malade et ennuyée, et » cela me fâche; vous êtes triste et ennuyée parce que vous êtes malade, et » vous êtes malade parce que vous êtes triste et ennuyée. Soupez peu, on-

très-aigu ou très-grave vient à le frapper. Les muscles qui agissent sur la chaîne des osselets déterminent une tension plus ou moins grande de la cloison membraneuse, sa forme concoïde augmente ou diminue, et l'on peut observer ce phénomène avec assez de facilité quand on sait réunir des conditions favorables.

Mais cette mobilité du tympan devient bien plus apparente dès que l'air introduit dans la caisse y arrive en plus grande quantité et d'une manière subite. Pour produire ce phénomène, il suffit de prier le sujet d'exécuter un mouvement de déglutition. En l'absence de bol alimentaire et quand un peu de salive descend dans le pharynx, il se fait une sorte de compression méthodique sur la quantité d'air qui remplit la bouche, et ce bol aérien, forcé de suivre une voie nouvelle, s'engage à la fois dans la trompe et dans l'œsophage. Toutes les parois du pharynx se contractent avec un ensemble parfait, mais il se passe alors, dans la trompe, un phénomène qui, du moins que je sache, n'a jamais été signalé.

J'ai donné des soins pendant longtemps à une pauvre femme qui avait eu le malheur de perdre successivement les cornets et la cloison des fosses nasales. La dépression du nez s'en était suivie, mais cet organe, très-gros et très-mobile, se prêtait facilement à l'examen des parties intérieures, et comme il y avait chez la malade un état catarrhal très-marqué de l'oreille moyenne, il était nécessaire de pratiquer le cathétérisme des trompes. Ma sonde s'égarait dans cette vaste cavité dont la disposition normale était détruite, j'allais au hasard à la recherche du pavillon de la trompe, et l'idée me vint de regarder la marche de mon instrument. Un rayon de soleil pouvait être introduit dans ce lieu et en éclairer les parois, et dès lors j'aperçus le bord saillant de l'orifice guttural de la trompe. Le cathéter en argent fut conduit dans cette ouverture; mais à l'instant du contact, je vis l'organe que je touchais s'élever brusquement et s'abaisser aussitôt. J'avais souvent observé, dans le cathétérisme ordinaire, que la sonde engagée dans la trompe se mouvait quand les malades parlaient ou avalaient leur salive, mais je n'avais pas pu apprécier l'étendue de ce mouvement, tandis que dans cette circonstance nouvelle je voyais le pavillon de la trompe s'élever et s'abaisser de plus de deux centimètres.

Ainsi je ne pouvais douter que la trompe ne fût douée d'une mobilité considérable, et, de prime abord, je me crus en droit de conclure qu'une seule chose de cette observation, à savoir : que sous l'influence d'une stimulation directe le pavillon, en raison de sa sensibilité spéciale, exécutait des mouvements d'une étendue très-notable. Ce fait rapproché de celui dont je viens de parler, c'est-à-dire la mobilité de la sonde introduite dans ce canal, m'engagea à faire une autre expérience, et je priai la malade d'avaler sa salive. Je ne perdais pas de vue le pavillon de la trompe, et à l'instant où les muscles pharyngiens se contractèrent successivement de haut en bas, le pavillon s'abaissa et se releva comme cela s'était fait par suite du contact de mon cathéter. J'avais acquis dès lors la démonstration de ce fait important, la mobilité de la portion cartilagineuse de la trompe, et je me demandais quelle était l'utilité de ces mouvements alternatifs.

Je ne sais pas encore jusqu'à quel point la physiologie expérimentale pourrait résoudre cette question, si parmi les faisceaux musculaires qui entourent le pavillon de la trompe ou qui s'insèrent sur ses bords, il y en a qui ont plus spécialement pour office de dilater ou de resserrer cette ouverture, de produire des phénomènes capables de favoriser le passage de l'air jusque dans la caisse. Je ne veux rien hasarder à ce sujet, et je remets à une autre époque la publication de quelques travaux entrepris dans le but d'élucider ce point de physiologie. Quoi qu'il en soit, il demeure acquis à la science que la trompe d'Eustachi est mobile, très-mobile même, et que cette mobilité doit jouer un rôle dans l'accomplissement de la fonction qui lui est départie.

Mais outre cette action directe des muscles du pharynx sur la trompe, il y a un autre fait qui me paraît en être la conséquence directe. Dans les efforts de déglutition, si l'observateur a l'œil fixé sur le tympan, il peut reconnaître que de temps en temps une certaine quantité d'air arrive dans la caisse et produit deux petits phénomènes assez faciles à constater quand on sait s'y prendre et que les circonstances sont favorables. Le premier, celui que l'œil peut apercevoir, c'est la légère mobilité du tympan, en vertu de laquelle sa concavité diminue; et si la quantité d'air est plus considérable, si son arrivée dans la caisse a été retardée et que le tympan se soit déprimé par suite du défaut d'équilibre entre les pressions externe et interne, alors cet équilibre rétabli refoule la membrane à sa place accoutumée, et elle se ride légèrement en perdant un peu de son étendue. Son élasticité est mise en jeu de telle sorte que de très-brillante qu'elle était par l'excès de tension, elle se plisse en revenant à son état normal.

Mais si l'on substitue l'oreille à l'œil, si l'on ausculte avec soin la région auditive, il se passe dans la caisse un autre phénomène qui n'est pas moins caractéristique que le précédent : c'est une espèce de cliquetis produit par la bulle d'air qui franchit l'orifice externe de la trompe. J'ai constaté un grand nombre de fois ces deux faits, dont les caractères physiques sont facilement appréciables et dont la nature ne peut entraîner aucune méprise. On trouve d'ailleurs fort souvent des personnes qui savent faire passer à volonté une certaine quantité d'air dans la caisse, et chez celles-là le double phénomène que je viens de décrire s'observe avec la plus grande facilité. Il s'agit d'une sorte de déglutition aérienne, comme celle qui a lieu dans l'estomac à l'approche du vomissement. Le bol alimentaire, comme le bol aérien, engagés l'un et l'autre dans l'œsophage, cheminent lentement, arrivent peu à peu à l'orifice cardiaque et pénètrent dans l'estomac sans que l'on ait la conscience de ce voyage. Je pense qu'un phénomène analogue se passe dans la trompe d'Eustachi et que la bulle d'air, dont la marche est favorisée par les oscillations du pavillon, franchit la route étroite où elle est engagée et arrive dans la caisse où sa présence est nécessaire.

Ce qui est ici du ressort de la physiologie se présente très-souvent dans les lésions catarrhales du nez et de la gorge. Le plus léger coryza donne lieu, dans quelques cas, à une surdité passagère résultant du gonflement de la muqueuse qui tapisse la trompe. Cette augmentation d'épaisseur de la membrane, si faible qu'elle soit, obstrue le canal, et l'air ne peut plus passer au delà. Il faut pour vaincre cette résistance, des efforts répétés; on sent alors très-bien tous les temps de cette petite opération qui se fait à notre insu dans les conditions normales; la sensibilité morbide des parties fluxionnées nous donne la conscience du phénomène, et les malades, même peu attentifs, se rendent compte de ce qui se passe chez eux.

Ainsi je puis établir en fait que l'air ne pénètre pas dans la cavité

» vrez vos fenêtres, promenez-vous en carrosse, et appréciez les choses et » les gens. » *Soupez peu* me semble charmant, surtout quand ce prudent conseiller, dans une autre lettre datée de novembre 1773, écrit ceci : « Vous » savez que je suis gourmande; je ne puis manger avec tout le monde sans » manger de tout ce que l'on sert pour tout le monde, et je suis toujours » punie de mon intempérance, sans en être corrigée, par de continuelles in» digestions. On a trouvé que le meilleur moyen de mettre mon estomac et » moi à la raison était de me faire manger seule et de ne me servir que les » choses qu'on me permet de manger, afin que je fisse, comme on dit, de » nécessité vertu. » C'est toujours le *video meliora proboque, deteriora sequor*. Et notez que ces dames, si sages en théorie, si légères en pratique, ne pouvaient prétexter d'ignorance; entourées de gens qui menaient la vie grand train et ne se refusaient aucune des jouissances permises ou non, elles cédaient à l'entraînement de l'exemple tout en disant : « Il ne suffit pas » d'être sage, il faut encore ne pas vivre avec des fous. Je parie que le geôlier » des petites maisons a été pris plus d'une fois pour un des locataires de » l'hôtel. » (T. I, p. 62.)

Qu'on nous permette de terminer ce chapitre de la mangeaille par une plaisanterie de l'abbé Barthélemy, qui se rapporte précisément à ce sujet capital. Le 2 juin 1771, l'abbé adressait à sa vieille amie, madame du Deffand, une lettre qui commence ainsi : « Je vois tous nos écrivains, grands et pe» tits, ne plus se souvenir des faits, ou ne s'en occuper que pour remonter » à leurs causes et se mettre en état de suivre le progrès de nos idées; car » nous ne sommes plus dans le siècle frivole de Racine, où l'on ne cherchait » qu'à plaire, mais dans le siècle de la raison, où l'on ne cherche qu'à con» naître. Nous pensons, et c'est ce qui fait que nous sommes si raisonnables » et si gais. Eh bien ! je vais penser aussi. Je vous avais parlé du genre de » vie que nous menons ici; je dois vous rendre compte des changements » qui s'y sont introduits, et des motifs qui les ont occasionnés. J'espère » que ce détail pourra quelque jour figurer dans l'histoire de l'esprit hu» main.

» Nous ne faisions qu'un repas qui était fixé à cinq heures. Il a été retardé, » et successivement nous soupons à présent à huit heures. La cause de ces » variations tient au système général de la nature et à la mobilité de ses » mouvements. Autrefois le jour finissait à cinq heures, et il est prouvé par » l'astronomie qu'il doit finir plus tard à mesure qu'on avance vers le solstice » d'été. Il est aussi prouvé par la physique que les jours sont plus chauds en » été qu'en hiver; enfin il est démontré, en médecine, qu'en été il est plus » avantageux de se promener à six heures du soir qu'à trois heures après » midi. Il a donc fallu reculer le souper, et comme dans une société bien » policée on ne peut, suivant Platon, faire la moindre innovation qu'elle » n'influe sur le système de cette société, il a fallu supprimer la lecture qui » se faisait après souper; car le plus ou le moins d'intervalle qui est entre » le repas et le coucher doit procurer plus ou moins d'amusements et d'oc» cupations. Je crois que cela est prouvé par l'algèbre. Dès que nous ne li» sons plus, il est clair que nous n'avons plus d'idées; nous ne pouvons » vous écrire, cela est prouvé par l'expérience. »

On sent tout ce qu'il y a de piquant dans une critique de ce genre, et com-

de l'oreille moyenne à la façon de celui qui va remplir l'appareil respiratoire, c'est-à-dire en suivant une voie ouverte, une série de canaux élastiques et béants, librement et sans avoir à vaincre aucune résistance. La caisse formée de parois solides ne contient aucun agent capable de déterminer l'entrée de ce fluide dans sa cavité; les cellules mastoïdiennes et celles de la base du rocher, vastes annexes de l'oreille moyenne, sont absolument inextensibles, et toute cette partie de l'appareil auditif se trouve dans des conditions telles qu'elle reste nécessairement passive à l'égard du fluide élastique qu'elle doit contenir et qui est indispensable à l'exercice de ses fonctions. Je ne pense pas que l'on m'objecte la mobilité et l'élasticité du tympan qui forme la paroi externe de la caisse; cette cloison membraneuse ne peut être transformée en un appareil capable de déterminer, par ses mouvements, l'entrée de l'air dans la caisse, car ces mouvements sont passifs et occasionnés par des causes autres que celles qui dépendent de sa propre organisation.

Voilà le fait physiologique que j'ai voulu établir et dont la démonstration me paraît complète. Examinons maintenant quelles conséquences on en peut tirer. Et d'abord, quels sont les phénomènes fournis par l'auscultation directe ou médiate de l'oreille? On doit penser que, placé dans des conditions toutes spéciales, en présence d'un grand nombre de maladies d'oreilles occupant les diverses régions de l'appareil auditif, j'étais conduit à rechercher avec soin les moyens les plus rationnels d'arriver à un bon diagnostic, et que, par conséquent, l'auscultation devait être placée en première ligne, puisque certains phénomènes acoustiques se produisaient habituellement dans la cavité de l'oreille moyenne. Mais avant de chercher à reconnaître les symptômes d'une maladie quelconque ayant son siége au sein de cette cavité, je dus m'enquérir de la manière dont se passent les choses dans l'état naturel. Si j'ai beaucoup de sourds sous la main, je vois aussi bien des gens doués d'une audition parfaite, et il me fut facile de choisir, parmi ceux-ci, les individus chez qui le sens de l'ouïe jouissait de toute sa finesse et chez qui toutes les parties de l'oreille étaient dans une intégrité absolue. Or je déclare que chez ces personnes entendant une montre ordinaire à plusieurs mètres de distance, l'auscultation la plus attentive, la plus persévérante, ne m'a jamais fait percevoir aucun bruit ayant son siége dans la caisse, quand les mouvements respiratoires conservaient leur rhythme normal. J'ai répété cette expérience sur un grand nombre d'individus d'âge et de sexe différents, et jamais aucun bruit se produisant dans l'oreille moyenne n'est arrivé jusqu'à moi. Ne voulant pas m'en rapporter exclusivement à mes propres sensations, j'ai eu recours à plusieurs médecins fort habitués à ces sortes de recherches et dont le sens auditif intact est perfectionné par un long exercice, et ceux-ci, pas plus que moi, ne sont arrivés à recueillir un son produit dans la cavité tympanique. Il n'en était plus de même dès que les sujets soumis à ces expériences effectuaient un mouvement de déglutition, et surtout quand, fermant le nez et la bouche, ils faisaient un effort d'expiration. Alors, en effet, des bulles d'air, arrivant subitement dans la caisse, produisaient un bruit explosif facile à saisir, et la membrane du tympan, refoulée en dehors, faisait entendre un léger cliquetis répondant à son plissement passager.

Dès l'année 1840, j'ai consigné la plupart de ces résultats dans un mémoire intitulé : EXPLORATION DE L'APPAREIL AUDITIF, inséré dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. Depuis cette époque, le même travail a été réimprimé dans les additions que j'ai faites au TRAITÉ DES MALADIES DE L'OREILLE, de M. Kramer (de Berlin) et enfin j'en ai donné un extrait qui a été placé par MM. Barth et Roger, dans leur excellent TRAITÉ PRATIQUE D'AUSCULTATION, dont la première édition, publiée en 1841, a été suivie de trois autres reproduisant le même texte auquel ces observateurs habiles et consciencieux n'ont pas cru devoir apporter le moindre changement.

Ces faits me paraissaient avoir acquis une sorte de notoriété scientifique suffisante pour mériter une réfutation directe si de nouvelles observations étaient venues infirmer les miennes; aussi n'ai-je pas été médiocrement surpris de lire dans un journal le texte d'une communication faite récemment à l'Académie des sciences. Un médecin à qui l'on doit de nombreux travaux a fait connaître à ce corps savant que l'auscultation de l'appareil auditif pouvait conduire au diagnostic d'un grand nombre de maladies de l'oreille moyenne, et la lecture attentive d'un article qui, il est vrai, n'est pas signé du nom de l'auteur, mais que l'on doit regarder comme venant de lui, ou du moins comme ayant été écrit sous son inspiration, m'a prouvé qu'aucun fait sérieux ne servait de base à ce nouveau chapitre de la pathologie auditive.

On parle des bruits que fait naître dans l'oreille moyenne la propagation des vibrations sonores de l'acte respiratoire, de la toux, de la voix, du sifflement labial modifié de diverses manières. On ajoute que chaque expiration fait retentir dans la caisse un bruit de souffle grave, doux, éloigné; que l'inspiration produit d'autres phénomènes, et enfin que ces phénomènes eux-mêmes subissent d'étranges modifications suivant que la trompe est libre ou engorgée, suivant que la cavité tympanique est pleine de mucus ou de pus, suivant qu'il y a carie des surfaces osseuses ou toute autre lésion des parois de la caisse et de ses annexes. Je ne puis reproduire ici tous les signes indiqués par l'auteur, non plus que les explications dont il les accompagne; je renvoie au texte même de l'article imprimé dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, numéro du 6 septembre 1856.

Je n'ai qu'une seule objection à faire à ces assertions un peu précipitées, ce me semble, et qui se trouvent en opposition formelle avec tout ce que l'observation la plus attentive a pu me fournir de renseignements sur un point de séméiotique auquel j'ai consacré bien du temps, bien des efforts. La plupart des phénomènes indiqués par l'auteur de cette note se rapportent au bruit pharyngien que produit l'air en traversant les premières parties de l'appareil respiratoire. Quand on se propose d'ausculter attentivement la région auditive d'un individu sain, on perçoit le bruit de souffle doux qui résulte du passage de l'air inspiré ou expiré, et ces deux temps de la même fonction donnent un résultat absolument identique; c'est un léger frôlement que l'on est tenté de prendre pour l'écho affaibli des bruits qui se passent dans le thorax. Les fosses nasales, le pharynx, traversés par une masse d'air en mouvement, vibrent doucement et de manière à produire un petit ébranlement perceptible aux moyens ordinaires d'auscultation médiate ou directe. Mais il faut bien se garder de croire que ce bruit se passe dans la caisse et lui appartient en propre. J'ai pu vérifier depuis un mois, sur un grand nombre de malades, l'exactitude de mes assertions premières. Quel que soit le genre de lésion ayant son siége dans la cavité

---

bien sont justes les reproches adressés à cette manie de tout soumettre au raisonnement et à l'expérience, comme si cette dernière était toujours une base solide, indestructible, et comme si les déductions qu'on en tire avaient toujours droit à l'infaillibilité. Mais laissons là ce persiflage si charmant du grand abbé, comme l'appellent ses amies, et passons à quelque chose de plus sérieux.

On trouve dans la correspondance de Voltaire une lettre dans laquelle il exalte les mérites de Catherine, impératrice de Russie, celle qu'il désigne sous le nom de la Sémiramis du Nord. Madame la duchesse de Choiseul venait de lire cette lettre qui lui inspira des réflexions non moins justes que sévères communiquées à madame du Deffand, sous la date du 14 juin 1767. Voltaire disait : « Je sais bien qu'on lui reproche quelques *bagatelles* au sujet » de son mari; mais ce sont des affaires de famille dont je ne me mêle pas. » Or ces bagatelles sont un meurtre, un assassinat, avec des circonstances horribles, et ce crime n'est pas le seul; la grande souveraine encensée par Voltaire avait semé de cadavres les marches du trône ou elle était montée. « Demandez à Poissonnier son histoire, dit la duchesse; il quittait la Russie; » on le croyait déjà bien loin; la cour était à la campagne : un contre-temps » l'arrête à Pétersbourg deux jours de plus qu'il ne comptait. Il y apprend » que le premier médecin d'Élisabeth vient de mourir avec tous les symptômes les plus incontestables du poison, et la jeune cour est publiquement » accusée de cet empoisonnement. *Ce médecin était un habile et honnête* » *homme, impossible à gagner, difficile à tromper;* attaché à sa maîtresse, il » était le premier degré pour arriver jusqu'à elle. »

Ces particularités nous semblent bonnes à recueillir; elles montrent le médecin tenant sa place et jouant son rôle dans les hautes régions sociales, et les éloges qu'on adresse à celui-ci ne sont pas suspects de partialité. Nous pouvons ajouter qu'il se trouve dans la lettre que nous citons un passage contenant un éclaircissement sur le genre de mort de l'empereur Pierre II. Voltaire, qui traite cette affaire si cavalièrement, ajoute *qu'il n'est pas mal qu'on ait une faute à réparer*. « Voltaire, dit la duchesse, pense-t-il justifier » Catherine en disant que son mari était un imbécile, et son fils un enfant? » Mais quels droits seront donc certains si ceux des enfants ne le sont pas, » et si l'on donnait la *colique hémorrhoïdale* à tous les sots? » On sait quel rôle jouent dans la santé des Russes les hémorrhoïdes, et combien l'on est disposé à leur attribuer la plupart des accidents qui terminent les maladies.

On trouve, T. I, p. 254, une petite phrase ainsi conçue : « Il paraît qu'on » fera le divorce : *pour le médecin, il sera exécuté.* » La lettre est du 5 février 1771. Que dites-vous de cette petite nouvelle, jetée là, sans préambule, sans réflexion, comme s'il s'agissait d'un serin mort ou d'une chatte noyée? Tâchons d'éclaircir ce mystère, et cela sera facile, grâce à cette petite note due à M. le marquis de Sainte-Aulaire. Caroline Mathilde, reine de Danemarck, petite-fille de l'infortunée Dorothée de Brunswick, épousa, à l'âge de 15 ans, son cousin germain Christian VII. Persécutée par sa belle-mère, délaissée par son mari, cette pauvre jeune femme connut et apprécia, auprès du lit de son enfant malade, un médecin, homme de cœur et de grandes facultés, nommé Struensée, qui lui donna des conseils, lui recruta des partisans, et finit par

de l'oreille moyenne, qu'il y ait ou non affection catarrhale ou phlegmasie plus profonde, que le tympan soit intact ou perforé, que les trompes soit libres ou obstruées, jamais les actes successifs d'inspiration ou d'expiration, même en les exagérant autant que possible, ne donnent lieu dans la cavité de l'oreille moyenne à des bruits particuliers à cet organe. Que la caisse soit pleine de mucus ou de pus, ou bien qu'elle ne contienne que de l'air, la région temporo-maxillaire, auscultée avec le plus grand soin, laisse entendre le bruit doux causé par le passage de l'air au travers du nez et du gosier, mais ce bruit est transmis au dehors comme tous les bruits le sont par les corps solides, et j'ajoute que la disposition normale ou morbide de l'oreille moyenne ne modifie pas cette propriété physique des os et des parties molles qui composent la région latérale de la tête et de la face. Il en est de même pour la voix, pour le sifflement labial, pour tous les bruits produits dans la bouche, dans les narines et dans le pharynx. Les ébranlements sonores qui se communiquent à l'oreille de l'observateur, quels que soient leur point de départ et leur siége, leur nature et leur caractere, ces divers phénomènes n'ont aucune influence sur ce qui se passe dans la caisse et ne peuvent en rien servir au diagnostic des maladies développées dans cette cavité.

Notons ici un fait singulier qui est en quelque sorte une auscultation interne, intuitive, pratiquée par le malade lui-même sur lui-même, et qui contribue à éclairer le médecin sur l'existence de certains états pathologiques de l'oreille. Très-souvent les individus affectés de lésions catarrhales des trompes éprouvent une difficulté réelle à s'entendre parler; il leur semble que leur voix est altérée, que son timbre habituel n'est plus le même, que l'émission du son se fait avec peine, et cette observation devient un sujet de graves inquiétudes pour les personnes qui doivent parler en public, qui chantent qui professent, etc. En vain leur dit-on que cette crainte est illusoire, que leur voix n'a rien perdu de son éclat, de sa force, de son charme, que la différence qu'ils croient apercevoir est le résultat d'une lésion de l'oreille; ces arguments ne peuvent les convaincre, et il faut recourir au cathétérisme des trompes, insuffler de l'air dans les caisses, pour les ramener à des idées plus justes, plus consolantes.

Cent fois, chez des malades affectés de cette indisposition légère, j'ai voulu savoir si l'auscultation directe de cette oreille à perceptions fausses me donnerait une sensation analogue à celle qu'accusait le patient, et jamais je n'ai pu y parvenir. Le malade parlait, chantait, déclamait, et les sons arrivaient à mes deux oreilles avec des caractères identiques. Mais allons encore un peu plus loin, et cela est facile, car les maladies de l'oreille sont assez fréquentes et assez variées pour que l'on puisse multiplier les expériences.

J'ai vu un grand nombre de tympans perforés. Cette lésion si commune n'est pas toujours facile à constater à première vue, car elle a souvent son siége dans une partie de la membrane que l'œil ne peut atteindre. Si les phénomènes ordinaires de la respiration exerçaient autant d'influence qu'on veut bien le dire sur le tympan, il suffirait d'ausculter l'oreille du malade pour arriver aussitôt à un diagnostic certain; mais je déclare qu'il ne m'est jamais arrivé d'entendre sortir une seule bulle d'air au travers de cette ouverture accidentelle, tant que le malade ne faisait pas une expiration forcée, le nez et la bouche étant fermés. Sans doute, dans ces dernières conditions, l'air comprimé peut s'échapper par la voie nouvelle qui lui est ouverte, mais combien ne voyons-nous pas d'individus chez lesquels cette perforation reste imperméable à l'air, quelque bonne volonté qu'ils mettent à exécuter la manœuvre indiquée plus haut! Il se rencontre des cas nombreux dans lesquels les trompes engorgées résistent aux plus violents efforts d'expiration, et l'auscultation, en pareil cas, n'est d'aucune utilité pour arriver à un bon diagnostic. Il faut recourir alors à un moyen complémentaire, à une abondante injection d'eau tiède dans le méat externe, et souvent le malade indique le passage de quelques gouttes de liquide dans le haut du phaynx, ou bien on le voit s'échapper des narines. On rencontre des tympans perforés que l'eau injectée ne peut traverser, tandis que d'autres, perméables à l'eau, ne le sont pas à l'air. Cela tient à certaines conditinns matérielles dont il n'est pas toujours aisé de se rendre compte.

La position de la fistule du tympan, son volume et le genre d'altération concomitante de cette membrane, sont des circonstances qui influent beaucoup sur la nature des bruits que fait l'air en franchissant cette ouverture. Souvent ce bruit existe, non pas aux bords de la perforation, mais bien à l'orifice tympanique de la trompe, et les signes particuliers que peut recueillir un observateur exercé, forment une partie importante autant que délicate de la séméiotique des maladies de la caisse. Je ne puis les exposer ici, mais je dois faire remarquer que ces choses ont été omises par l'auteur du travail en question, ou confondues avec les divers sons qui ont leur siége dans la cavité de l'oreille moyenne.

Je ne pousserai pas plus loin ce travail, qui est beaucoup moins une réfutation de l'article dont j'ai parlé que la démonstration de faits déjà anciennement exposés, et auxquels j'ai cru devoir donner un plus haut degré d'authenticité. Les recherches que j'ai entreprises, il y a déjà longtemps, sur ce sujet, méritent, je le crois, d'être soumises à l'examen de la jeune génération médicale qui poursuit avec un zèle si louable l'étude des symptômes matériels des maladies. Les hôpitaux fournissent des occasions nombreuses et favorables à ces sortes d'expériences. Il suffit de signaler ce sujet de recherches pour amener promptement des résultats utiles, et je me féliciterai d'être entré dans une voie où il est facile de me suivre et de dépasser le point où je suis arrivé.

En attendant que des observateurs attentifs fassent connaître de nouvelles acquisitions au bénéfice de la science et des malades, je me crois en droit de formuler les conclusions suivantes:

1° L'inspiration et l'expiration, même exagérées, n'exercent aucune influence appréciable sur l'air contenu dans la cavité de l'oreille moyenne.

2° L'air qui circule dans le haut du pharynx ne peut traverser la trompe pour pénétrer dans la caisse qu'à l'aide d'un mouvement de déglutition.

3° L'arrivée du bol aérien dans la caisse trouve un auxiliaire puissant dans les oscillations de la trompe d'Eustachi.

4° La fonction respiratoire, à l'état normal, ne peut fournir aucun signe diagnostique des maladies de l'oreille moyenne.

5° Ces signes ne deviennent évidents par suite des mouvements de déglutition, ou quand une forte expiration, le nez et la bouche fermés, pousse l'air dans la caisse.

---

devenir lui-même premier ministre et tout-puissant. Mais il gouverna en réformateur un peu philosophe qu'il était, accorda au Danemarck l'inappréciable bienfait de la liberté illimitée de la presse, moyennant quoi il fut, en moins d'une année, déconsidéré, calomnié, vilipendé odieusement, lui et sa royale amie, enfin jugé, condamné, écartelé, et sa tête fut exposée sur les murs de la ville où elle resta plus longtemps qu'il n'était resté lui-même au pouvoir. — Quelques biographes disent que cette catastrophe arriva dans les derniers jours d'avril 1772. C'est un fait assez considérable pour que nous ne lui refusions pas une place dans ces souvenirs.

Le duc de Choiseul avait la gravelle; la duchesse, sa femme, parle dans une lettre du 13 juin, « d'un accès de néphrétique le plus violent qu'il ait encore » éprouvé. Il a rendu le plus énorme et le plus raboteux gravier, et a retrouvé en un moment la santé, comme s'il n'eût été jamais malade. » Un peu plus tard il avait un petit rhume qui le tenait au lit et lui faisait *cracher le sang*. La duchesse, en pareil cas, se mettait à la *casse* et au régime, s'abstenait de parler et faisait cette médecine d'instinct qui est souvent familière aux dames, le repos, la chaleur, la diète, des boissons rafraîchissantes et autres moyens d'un emploi si facile et si efficace dans la plupart des petites indispositions qu'on arrête au début.

Les maladies éruptives tenaient une place importante dans la médecine de ce temps-là. Voici quelques lignes de l'abbé Barthélemy (20 août 1778) qui sont bonnes à noter: « Nous avons été dans de cruelles alarmes pendant quelques jours; vous en aurez su le sujet: madame la princesse Charlotte était » menacée de la petite vérole ou d'une fièvre maligne, et peut-être de toutes » les deux ensemble: fièvre violente avec plusieurs redoublements dans une » même journée, oppression dans la poitrine, douleurs dans les reins, mal de » tête avec des élancements insupportables, éruption de boutons sur tout le » corps. Tout cela s'est heureusement terminé par une fièvre rouge, dont il » ne reste que quelques faibles traces. » Il y a là une si bonne description des symptômes qu'il est possible que le savant abbé en ait conféré avec le docteur Poissonnier, ou avec son ami Gatti. Madame du Deffand, moins habile, se contente de dire, en parlant de la maréchale de Beauvau, qu'elle avait des rougeurs, que ce n'était point la rougeole, mais une ébullition.

Une seule fois dans toute cette correspondance, je trouve la mention d'une nécropsie, c'est celle de la maréchale de Fitz-James: « Il y avait un *abcès près » du cœur*, formé par le contre-coup de sa chute, et qui s'est crevé. Ce qui est » surprenant, c'est qu'elle n'avait point eu de fièvre. » Nous ne nous chargerons pas d'expliquer ce phénomène. La fièvre est le grand cheval de bataille des gens du monde, c'est la maladie par excellence, un être de raison. Il a fallu bien du temps pour le détrôner, pour lui donner sa véritable signification et le réduire à l'état de symptôme, au moins dans l'immense majorité des cas. Mais madame du Deffand était bien de son siècle sous ce rapport, elle en avait tous les préjugés, toutes les croyances, et son esprit si distingué savait encore en tirer parti. Dans une lettre charmante qu'elle adresse à sa chère duchesse (3 février 1773), je lis le passage suivant: « Vous savez qu'il y a des gens qui » ont dans les entrailles et l'estomac le ver solitaire, et que ce ver absorbe » tous leurs aliments et les fait mourir d'inanition; eh bien! j'ai dans l'âme » un ver du même genre qui s'appelle l'*ennui*, qui fait sur mon âme le même

6° Les bruits respiratoires nasaux ou pharyngiens sont perçus à l'auscultation des parties latérales de la tête, mais ils n'ont pas de valeur comme signes d'une affection quelconque de l'oreille.

CHIRURGIE PRATIQUE.

TROIS OBSERVATIONS DE TUMEURS CANCÉREUSES DU SEIN AYANT ACQUIS UN TRÈS-GRAND DÉVELOPPEMENT, ET GUÉRIES PAR L'OPÉRATION SANS RÉCIDIVE, APRÈS DOUZE, NEUF ET TROIS ANNÉES; par MM. les docteurs MANEC et LABOULBÈNE. (Note communiquée à la Société de Biologie.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

CANCER ENCÉPHALOÏDE DU SEIN GAUCHE, TRÈS-VASCULAIRE, ULCÉRÉ, AYANT PRODUIT UNE HÉMORRHAGIE TRÈS-ABONDANTE; EMPLOI DE L'ÉTHER POUR L'OPÉRATION; GUÉRISON.

OBS. II. — Madame X..., âgée de 49 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, mère de plusieurs enfants, était d'une bonne santé habituelle, lorsqu'il y a deux ans environ (1845), elle s'aperçut « qu'elle avait une boule dure dans le sein gauche. » Elle consulta M. Manec, qui trouva, dans la partie inférieure de la glande mammaire, au-dessous du mamelon, une tumeur du volume d'un œuf de poule, recouverte par une peau saine, mobile, sans coloration anormale.

La tumeur grossit beaucoup à partir de cette époque, et dans l'espace d'une année, elle avait acquis un très-grand volume. Pendant la deuxième année qui suivit le premier examen fait par M. Manec, la tumeur devint le siége de douleurs lancinantes, spontanées, extrêmement pénibles pour la malade. La peau adhéra avec la tumeur, les veines s'y développèrent; elle devint tendue, violacée, lisse; elle s'amincit beaucoup, et finalement s'ulcéra. Des hémorrhagies eurent lieu; l'une d'elles fut très-considérable et mit les jours de la malade en danger. Le professeur Marjolin, MM. Sestier et Manec, réunis en consultation le 23 novembre 1847, constatèrent l'existence d'une tumeur volumineuse du sein gauche, de nature encéphaloïde, profondément ulcérée, avec les bords de l'ulcération renversés. La consistance était rénitente, quelques endroits paraissaient ramollis, très-vascularisés.

Le diagnostic ne parut douteux à aucun des consultants. Ils sont en outre frappés de l'état général anémique, de la décoloration complète des téguments, avec infiltration des extrémités inférieures et une bouffissure légère du visage.

L'avis général est qu'une hémorrhagie, même peu considérable, enlèverait la malade, et l'opération est résolue comme ultime ressource.

L'ablation du sein gauche fut pratiquée le lendemain 24 novembre. Madame X... fut soumise à l'inhalation de l'éther. Elle n'éprouva pas de souffrances, quoiqu'elle criât à plusieurs reprises et demandât constamment à respirer de l'éther.

La tumeur fut enlevée au moyen de deux incisions semi-elliptiques faites dans la direction des fibres du grand pectoral.

Le tissu morbide adhérait fortement à ce muscle. Dans la nécessité de laisser perdre à la patiente le moins de sang possible, le professeur Marjolin veut que M. Manec ne cherche pas à enlever toutes les traînées de tissu morbide qui, sous forme de petits amas ou de petits nodules rougeâtres et jaunâtres, se trouvent disséminés dans les fibres du grand pectoral.

Un grand nombre de ces grains rougeâtres et jaunâtres sont enlevés, mais M. Manec en laisse beaucoup et réunit la plaie par première intention, au moyen de sept points de suture entortillée et de larges bandelettes de diachylon placées entre les fils. Un tampon est appliqué dans la partie latérale de la poitrine pour ramener la peau vers la région mammaire. La plaie est recouverte de gâteaux de charpie imbibés d'eau fraîche et arrosés de dix minutes en dix minutes avec la même eau, ainsi que les diverses pièces de pansement situées au-dessus de la solution de continuité.

La tumeur enlevée pèse 700 grammes. Elle offre à la coupe un tissu encéphaloïde jaunâtre et rougeâtre, très-vascularisé, ecchymosé en plusieurs points.

M. le professeur Natalis-Guillot fait l'examen microscopique de la pièce pathologique. Il y trouve les éléments anatomiques du cancer encéphaloïde, et dit à M. Manec : « Cette tumeur est de la pire espèce et de celles qui récidivent presque toujours. »

Le pansement avec l'eau froide est continué pendant une semaine. La levée du premier appareil n'a rien présenté de particulier. Il n'est survenu aucune hémorrhagie, aucun érythème, aucune complication qui mérite d'être notée.

La plaie est cicatrisée vers la fin du mois de décembre. La cicatrice s'est érodée à plusieurs reprises, mais sans gêne pour la malade.

Ces érosions se sont reproduites depuis la guérison, mais elles n'ont jamais pris un mauvais aspect.

Chez madame X..., comme chez la femme Toffier, l'examen microscopique révélait une de ces tumeurs du sein regardées par tous les cliniciens comme étant de la pire espèce, comme se reproduisant le plus souvent. Le professeur Marjolin avait insisté pour que l'opération fût terminée rapidement, et lorsqu'il eut vu les parcelles de tissu suspect interposées entre les fibres du grand pectoral et disséminées en quantité sous forme de petites masses, il n'avait conservé, disait-il, aucun espoir de succès. La tumeur n'était point limitée comme dans l'observation précédente et dans celle qui va suivre. Disons, toutefois, que les ganglions axillaires n'étaient point hypertrophiés.

La suppuration a duré longtemps. A-t-elle fait disparaître les petits îlots de substance rougeâtre et jaunâtre déposés entre les fibres du grand pectoral? Quoi qu'il en soit, la guérison ne s'est pas démentie, et madame X... jouit aujourd'hui d'une santé parfaite, après avoir été opérée *in extremis* le 24 novembre 1847.

CANCER ENCÉPHALOÏDE DU SEIN GAUCHE, TRÈS-VASCULAIRE, ULCÉRÉ, FOURNISSANT UNE GRANDE QUANTITÉ DE LIQUIDES SANIEUX ET DE DÉTRITUS SPHACÉLÉS; OPÉRATION RÉCLAMÉE PAR LA MALADE, PRATIQUÉE APRÈS L'INHALATION DU CHLOROFORME; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. III.—Madame Z..., âgée de 60 ans, d'un tempérament nerveux, n'ayant jamais fait de maladies graves, a été atteinte, en 1840, d'une affection mal déterminée du bout du sein gauche. Madame Z..., avait constaté qu'à chaque époque menstruelle, il survenait un gonflement d'une portion du mamelon, et il se développait une végétation du volume d'une framboise, saignant au moindre contact. Le sein était douloureux. Tous ces symptômes disparaissaient avec les règles, et, dix ans plus tard, la cessation complète des époques menstruelles amena la guérison de cette petite affection, jugée douteuse par le professeur Marjolin, et de mauvaise nature par M. le professeur Velpeau.

En 1854, madame Z... s'aperçut accidentellement de l'existence d'une petite glande dans le même sein gauche. Cette petite tumeur siégeait vers la partie inférieure de la mamelle; elle était de la grosseur d'une noisette. Peu à peu le volume s'accrut, et il se déclara des douleurs lancinantes qui, d'abord

---

» effet que le solitaire fait sur le corps. » La pauvre femme était aveugle, vieille, malade; mais de tous ses maux le plus cruel était une défiance d'elle-même et des autres qui empoisonnait sa vie en la faisant douter des plus vifs et des plus sincères témoignages d'affection que lui prodiguaient les amis les plus dévoués. Elle ne pouvait pas croire qu'on l'aimât, et il est vraiment curieux de voir avec quel talent et quelle persévérance l'abbé Barthélemy combattait cette idée fixe, traitait cette monomanie triste, et cela, il faut le dire, sans le moindre succès.

Nous aurions pu recueillir un bien plus grand nombre de passages ayant une couleur médicale très-tranchée; mais en voilà assez pour apprécier le mérite de cette correspondance. On peut être assuré que nulle part on ne rencontrera, à un degré aussi éminent, ce genre d'esprit qui appartenait plus spécialement au caractère français à une époque qui brillait surtout par là et qui n'a jamais été égalée. Madame du Deffand, comme le dit avec tant de justesse et de raison M. de Sainte-Aulaire, est au dix-huitième siècle ce que madame de Sévigné est au dix-septième; mais, pour nous, elle a un autre mérite; elle s'occupe bien plus des personnes que des choses et nous peint au naturel le monde au milieu duquel elle vivait. Son talent pour faire ce qu'on appelait alors des portraits était si remarquable, elle savait si bien analyser les qualités morales des individus, qu'après avoir lu celui de madame du Châtelet, Thomas s'écria : Madame du Deffand me rappelle cette naïveté d'un médecin de ma connaissance : *Mon ami tomba malade, je le traitai; il mourut, je le disséquai!* Redoutable scalpel, en effet, que celui de cette femme douée d'une si admirable perspicacité, et dont la plume élégante a laissé des pages réputées classiques aux yeux des maîtres de la critique littéraire. Demandez plutôt à M. Sainte-Beuve.

Dans l'été de 1780, elle se plaint d'être plus faible, plus languissante, elle redoute plus que jamais la solitude et l'insomnie. Pour conjurer ces maux, elle fit venir son cuisinier et lui recommanda de redoubler de bonne chère. Les soupers devinrent plus recherchés que jamais. C'était un des grands éléments de la sociabilité dans ce temps-là. « Le souper, lui disait un jour un de » ses amis, est une des quatre fins de l'homme; je ne me rappelle pas quelles » sont les trois autres. » Au mois d'août, elle fut prise de fièvre ardente et dut garder le lit; les maréchales de Mirepoix et de Luxembourg, dont il est si souvent mention dans ses lettres, ne quittèrent pas son chevet. Elle put encore écrire à son ami Walpole le 22 août : « Ma voix est éteinte, je ne puis » me donner aucun mouvement; j'ai le cœur *enveloppé*, j'ai de la peine à » croire que cet état n'annonce pas une fin prochaine. » Elle n'expira cependant que le 24 septembre suivant, dans sa quatre-vingt-quatrième année.

P. MENIÈRE.

— Le docteur P. Fabrizi, connu par quelques travaux estimables sur divers points de médecine opératoire, est mort à Nice le 5 mai 1859.

faibles et irrégulières, augmentèrent d'intensité avec le développement graduel de la tumeur.

Pendant dix-huit mois, le volume n'excéda pas celui d'une noix; on mit en œuvre, pour favoriser la disparition du mal, les pommades résolutives iodurées et en même temps l'iodure de fer et de potassium à l'intérieur; mais il ne survint aucun changement appréciable.

Au commencement de l'hiver de 1855, la tumeur subit un accroissement rapide, et la santé générale commença à s'altérer.

En janvier 1856, la tumeur du sein gauche avait acquis le volume du poing; elle faisait une saillie considérable sous la peau, qui était amincie, violacée; les veines du sein étaient devenues volumineuses et la région sous-claviculaire un peu empâtée. Du reste, la tumeur elle-même paraissait mobile sur le tissu cellulo-lamineux de la région mammaire; on la déplaçait facilement. La glande mammaire était comprise dans la portion supérieure de la tumeur. Les douleurs étaient devenues extrêmement vives et continues.

Au commencement de février, la peau amincie de la région inférieure s'ulcéra, et par cette issue, les tissus sous-jacents végétèrent en forme de champignon. Un suintement ichoreux très-fétide s'établit, ainsi que des hémorrhagies peu abondantes, et surtout nu spacéle des parties les plus superficielles, qui tombèrent en détritus répandant une odeur des plus infectes. Ces accidents affaiblirent extrêmement la malade au physique et au moral. Elle dut s'aliter.

Jamais, depuis le début de la tumeur jusqu'à la fin de la maladie, il n'a existé d'engorgement ganglionnaire, soit de l'aisselle, soit de la région sous-claviculaire; les douleurs sont toujours restées limitées au sein.

L'opération seule pouvait débarrasser la malade. M. Moissenet la lui conseillait, et elle finit, non-seulement par l'accepter, mais encore par la réclamer, tant elle était incommodée par l'odeur putrilagineuse de la plaie. Ses forces étaient complétement anéanties, le teint jaunâtre, l'appétit perdu.

Après un nouvel examen de l'état local, et prenant surtout en considération l'état général, qui s'aggravait de jour en jour, MM. Manec et Moissenet pratiquèrent l'opération le 15 août 1856.

La malade ayant été chloroformée, on enlève toute la tumeur, en constatant qu'elle était environnée de tous côtés par du tissu cellulo-graisseux abondant. Plusieurs ligatures furent posées, la plaie réunie longitudinalement, maintenue avec des bandelettes de diachylon et recouverte de gâteaux de charpie imbibés continuellement d'eau froide.

La tumeur, examinée par MM. Manec et Moissenet, avait à l'intérieur l'aspect de l'encéphaloïde du sein, et l'examen microscopique, fait avec soin, fait constater les cellules à noyaux volumineux et ces mêmes noyaux isolés.

La plaie se réunit par première intention. Il n'y eut de traces de suppuration que dans le petit canal destiné au passage des fils.

Le quatorzième jour, la malade se levait complétement guérie.

Le soir même de l'opération, les accidents du côté du système nerveux ainsi que des organes digestifs et respiratoires, nausées, vomissements, anxiété précordiale, etc., qui existaient avant l'opération, avaient disparu.

Aujourd'hui (mai 1859), madame Z..., opérée depuis trois ans, est d'une santé générale très-bonne; il n'est survenu aucun accident du côté du sein; les mouvements du bras gauche sont complets; la cicatrice rouge est déprimée, soulevée en quelques points par les amas graisseux qui se sont faits dans le voisinage. Le seul symptôme observé par madame Z... consiste en l'apparition de quelques douleurs pendant les grands froids de l'hiver et au moment des changements de saison.

Cette observation, quoiqu'elle n'ait pas encore l'ancienneté des deux qui précèdent, rentre dans la même catégorie. L'analyse microscopique a montré qu'il s'agissait d'un tissu morbide ayant la même structure.

Nous devons rappeler ici combien les accidents de fonte putrilagineuse de la tumeur avaient altéré profondément la constitution de la malade. Ce sont eux qui l'ont décidée à une opération qu'elle redoutait par-dessus tout. Les conditions d'enkystement de cette tumeur et l'intégrité des ganglions axillaires étaient, du reste, favorables, malgré l'aspect vraiment repoussant et l'horrible fétidité de la plaie.

Si nous sommes parvenus à bien exposer l'état antérieur et le résultat de l'opération chez ces trois malades, on voit, comme nous le disions en commençant, qu'il s'agit de tumeurs cancéreuses encéphaloïdes du sein, reconnues telles sur l'avis unanime de cliniciens expérimentés; le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique. Il est incontestable que ces cancers sont restés guéris après l'opération, et cela pendant un laps de temps considérable pour deux, au moins, des malades.

Ces trois faits, que nous nous gardons bien de poser comme règle, et que nous considérons, au contraire, comme exceptionnels, viennent s'ajouter à ceux qui ont fait admettre à M. le professeur Velpeau « l'existence de guérison radicale, par l'opération, de cancers les mieux conditionnés. » (MALADIES DU SEIN, 2e édit., p. 565.)

Nous ne quitterons pas ce sujet sans faire remarquer les avantages de l'eau froide employée en arrosements intermittents sur les plaies réunies par première intention. L'eau employée de la sorte, ainsi qu'on a pu le voir par les détails de l'observation première, produit d'excellents résultats. Elle modère l'inflammation sans empêcher le travail adhésif des parties rapprochées pour la réunion immédiate. Elle calme admirablement les douleurs. M. Manec, après avoir suspendu son emploi au bout de huit jours chez la femme Toffier, n'a pas balancé à y recourir de nouveau, parce que la plaie était devenue rouge et douloureuse.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

IV. REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros du deuxième semestre de 1857 et du premier semestre de 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la fièvre typhoïde et de son traitement*; par M. Liégard. 2° *Des étranglements herniaires*; par M. O. Crocq. 3° *Du dosage du chloroforme dans les inhalations*; par M. Robert. 4° *De la durée de la grossesse*; par M. Smith. 5° *Opération de l'anus contre nature par l'écrasement linéaire*; par M. Chassaignac. 6° *De la teigne faveuse*; par M. Chapelle. 7° *De l'épilepsie*; par M. Michéa. 8° *Méningite aiguë suivie d'épanchement*; par M. Hiard. 9° *De la cataracte congéniale*; par M. Chassaignac. 10° *Du traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine*; par M. Leclerc. 11° *De l'ivresse*; par M. Poitevin. 12° *Contagion de la fièvre typhoïde*; par M. Pelletier. 13° *Cas de mort par l'amylène*; par M. Soow. 14° *Traitement de la pustule maligne par les feuilles fraîches de noyer*; par M. Nélaton. 15° *Kyste ovarique guéri par l'injection iodée*; par M. Champenois. 16° *Cure radicale des hernies et prolapsus utérins*; par M. Hiard. 17° *Des injections iodées dans les cavités purulentes*; par M. Boinet. 18° *Du drainage appliqué aux abcès froids*; par M. Chassaignac. 19° *Observations d'accouchements prématurés artificiels au moyen de douches d'eau chaude*; par M. Godefroy. 20° *Des opérations qui se pratiquent sur la partie supérieure de l'arbre aérien*; par M. Boullard. 21° *Traitement du varicocèle par l'écrasement linéaire*; par M. Chassaignac. 22° *Remarques sur la lithotritie*; par M. Heurteloup. 23° *Des injections iodées*; par M. Jousset. 24° *Des tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulies*; par M. Saurel. 25° *De la pneumonie des enfants à la mamelle*; par M. N. Guillot. 26° *Du massage dans l'entorse du pied*; par M. Terrier. 27° *De l'ablation de la partie moyenne du maxillaire inférieur*; par M. Chassaignac. 28° *Des moyens de prévenir la récidive du cancer du sein après son extirpation*; par M. Bonnet. 29° *Des moyens d'employer les caustiques sans douleur*; par M. Massart. 30° *Des eaux minérales de France et de l'étranger*; par M. Durand-Fardel. 31° *Rupture de la symphyse pubienne*; par M. Calès. 32° *De la vaccination comme moyen curatif et prophylactique de la syphilis*; par M. Lukouski. 33° *Traitement de la colique de plomb par l'électricité*; par M. Briquet.

L'HYDROCOTYLE ASIATICA.

C'est une ombellifère nouvellement importée d'Asie à l'île de France et de là en Europe. Elle est herbacée, vivace et croît, comme l'indique son nom, dans les endroits humides, sur les cours d'eau et aux bords des étangs. Elle est vénéneuse, comme la plupart des ombellifères qui poussent dans des lieux humides, et elle se range, par ses principes arcotico-âcres, à côté des ciguës et de l'*œnanthe crocata*.

L'hydrocotyle se présente sous la forme d'une racine ronde, charnue, grisâtre, plus ou moins longue. Elle est très-hygrométrique et doit assez mal se conserver, même en poudre; aussi M. Devergie signale-t-il comme la seule préparation sur laquelle on doive compter l'extrait alcoolique préparé à une bonne température. Ce produit est vert foncé et possède une odeur vireuse fort prononcée.

M. Devergie commence l'emploi de cet extrait par la dose très-minime de 25 milligrammes qu'il n'augmente que graduellement et à plusieurs jours d'intervalle. Quelquefois il n'est supporté à aucune dose; mais, dans d'autres cas, on a pu le porter graduellement jusqu'à 20 à 30 centigrammes, sans produire des accidents toxiques.

M. Cazenave n'a pas obtenu de l'hydrocotyle des résultats bien marqués. Il croit seulement qu'elle pourrait réussir dans les éruptions vésiculeuses et dans les hyperesthésies avec ou sans papules. Il a obtenu de l'amélioration dans un cas d'éléphantiasis des Arabes.

Les résultats les plus saillants qu'ait à signaler M. Devergie ont été observés sur des malades atteints d'eczéma chronique rebelle; il en

a guéri quelques-uns dans un temps assez court, sans observer d'accidents.

DU CHLOROFORME GÉLATINISÉ.

Suivant les expériences de M. Aldiz y Fernandez, la gélatinisation à froid du chloroforme se fait dans les proportions de parties égales d'albumine (blanc d'œuf) et de chloroforme. Le mélange étant agité prend d'abord la consistance du collodion, et, après trois heures de repos, il a acquis la forme gélatineuse. Le chloroforme pur, qu'il faut toujours préférer, donne une préparation plus blanche et plus consistante que celle qu'on obtient avec le chloroforme du commerce.

Pour la gélatinisation par le bain-marie, les proportions ne sont plus les mêmes. On mêle une partie d'albumine et quatre parties de chloroforme pur dans un flacon qu'on plonge entièrement dans un bain-marie de 50 à 60°. On obtient par ce procédé la gélatinisation en quatre minutes.

M. le docteur Massart emploie la préparation à froid, plus simple et qui lui a toujours réussi. Le chloroforme gélatinisé est un excellent topique qui s'adresse à la douleur dans toutes ses variétés pathologiques. Il s'emploie en frictions sur la partie douloureuse ; il est rare que deux ou trois frictions ne suffisent pas pour amener l'anesthésie. Mais il faut que la friction soit faite rapidement, car si on laisse un instant en contact avec la peau, quoiqu'à l'air libre, la quantité de topique à employer, ou si l'on frictionne avec une dose trop forte, la peau est cautérisée superficiellement, et cette cautérisation de la surface s'accompagne d'une douleur très-vive.

La friction de chloroforme gélatinisé laisse sous les doigts des grumeaux d'albumine inertes, dont l'agent anesthésique a été exprimé, et qu'il faut balayer avec la main.

Les douleurs névralgiques et rhumatismales sont rapidement calmées par ce moyen.

DU PRONOSTIC DE L'ÉPILEPSIE ET DU TRAITEMENT DE CETTE MALADIE PAR LE VALÉRIANATE D'ATROPINE; par le docteur MICHÉA.

Les chances de guérison définitive de l'épilepsie sont-elles aussi restreintes, aussi insignifiantes, aussi équivoques que beaucoup de médecins très-distingués, chargés du service des épileptiques dans les hospices, le prétendent?

Oui, sans doute, si l'on observe avec eux *dans les hospices*, parce qu'on y a toujours affaire à des cas plus ou moins complexes, chroniques, où le médecin n'est presque jamais sûr que le traitement prescrit par lui a été fidèlement exécuté. Mais il n'en est pas de même si l'on n'envisage le pronostic de l'épilepsie que dans des cas simples, et surtout si on le considère dans chacune des espèces bien établies de cette affection.

Divisons d'abord l'épilepsie en deux genres.

1° *Idiopathique directe*, c'est-à-dire ayant son point de départ dans les centres nerveux;

2° *Sympathique* ou *réflexe*, dont l'origine est ailleurs.

Dans le premier genre, on trouve : *a*, *l'épilepsie organique; b*, *l'épilepsie nerveuse* ou *dynamique*. Dans le deuxième genre se rangent l'*épilepsie, a) vermineuse, b) dentaire, c)* des *femmes en couche, d) utérine*.

Il est très-certain que le pronostic varie suivant les espèces. « Bien que l'épilepsie *sympathique* ou *réflexe* survive parfois aux irritations qui lui ont donné naissance, il n'est pas moins vrai, comme l'avait déjà dit Boerhaave, qu'elle cède plus facilement que l'épilepsie idiopathique ou directe. En effet, l'épilepsie *dentaire* disparaît souvent avec le travail de la dentition ; l'épilepsie *vermineuse*, après l'expulsion des ascarides, des oxyures ou du ténia ; l'épilepsie des *femmes en couche*, quand cesse la compression exercée sur les nerfs sacrés par la tête de l'enfant ; l'épilepsie *utérine*, lorsque la direction de la matrice est tout à fait passagère; quand il n'existe ni dysménorrhée ni aménorrhée trop tenace, ainsi que le fait observer avec beaucoup de justesse M. Marotta.

Relativement à l'épilepsie *idiopathique* ou *directe*, il faut soigneusement distinguer, au point de vue du pronostic, l'épilepsie *organique* de l'épilepsie simplement *nerveuse* ou *dynamique*.

La première comporte deux variétés qui ont des chances de guérison incontestables : je veux parler de l'épilepsie *syphilitique* et de l'épilepsie *saturnine*. Cyrillo et Joseph Frank, et après eux Cullerier, ont triomphé dans plusieurs cas de la première. M. Tanquerel des Planches dit que sur 43 malades atteints d'épilepsie *saturnine*, 32, c'est-à-dire un peu moins des deux tiers, ont guéri.

Quant à l'épilepsie *nerveuse*, ou *dynamique* elle renferme aussi deux variétés : l'épilepsie *héréditaire* et l'épilepsie *accidentelle*, d'un pronostic bien différent.

Quelques faits prouvent que la première n'est pas absolument incurable. La seconde a moins de chances contraires, et elle en a beaucoup de favorables si la maladie se développe dans l'enfance ou la jeunesse, et si les accès sont éloignés, courts et peu intenses.

En général, l'âge est beaucoup à considérer dans cette question de pronostic. D'un côté la méthode numérique démontre que cette maladie est plus fréquente dans l'enfance et dans la jeunesse que dans l'âge adulte et la vieillesse; mais Sennert et Boerhaave pensaient qu'il ne fallait jamais désespérer complétement de la guérison des malades qui n'avaient pas dépassé la vingtième année. L'épilepsie des adultes ne doit pourtant pas être regardée comme tout à fait incurable.

Les médicaments réputés antispasmodiques comparés entre eux, au point de vue de l'influence qu'ils peuvent avoir sur les batraciens, sont loin d'avoir la même valeur. La valériane et surtout la belladone tiennent le premier rang. Ces substances diminuent considérablement l'exagération du pouvoir excito-moteur, et loin de laisser mourir les grenouilles strychnisées dans l'état de roideur tétanique, elle les plongent, au contraire, dans un relâchement musculaire extrême.

Si le *pouvoir réflexe* joue un grand rôle dans l'épilepsie, comme l'a établi la physiologie moderne, si beaucoup d'attaques du mal caduc sont une pure conséquence du retentissement sur la moelle allongée ou la moelle épinière d'une foule d'irritations ayant leur origine dans les nerfs sensitifs centraux ou périphériques, l'influence plus spécialement anticonvulsive de la belladone se conçoit aisément, car elle déprime plus particulièrement les nerfs moteurs, et partant le système musculaire.

Le meilleur moyen de s'assurer la stabilité d'action de la belladone est sans contredit de la remplacer par son principe actif. Il faut donc s'adresser à l'*atropine* et l'associer à l'acide valérianique, d'après cette loi de Lordyce, qu'une combinaison de remèdes similaires ou analogues dans leur action sur l'économie produit un résultat plus certain, plus rapide et plus considérable qu'une dose équivalente d'une substance unique.

En somme (conclut le docteur Michéa), le valérianate *acide* d'atropine, convenablement préparé est (selon moi) le plus puissant antispasmodique connu jusqu'à présent. Je suis fortement convaincu, par une expérience déjà assez longue, que les praticiens qui l'emploient avec discernement, méthode et persévérance, parviendront à guérir radicalement beaucoup plus de malades qu'ils n'en pourraient guérir avec n'importe quel autre antiépileptique, et même avec tous les autres antispasmodiques réunis.

Quant à l'amélioration que ce médicament produit dans les cas d'épilepsie incurable, je ne crains pas d'avancer qu'elle est presque constante.

Je prescris des granules argentés qui ne contiennent chacun qu'un demi-milligramme de valérianate d'atropine. En se bornant à l'administration d'un ou deux granules par jour, on n'a rien à craindre de ce remède, même chez les très-jeunes sujets. J'augmente successivement les doses en me guidant sur la nature, et l'intensité des phénomènes physiologiques produits. Chez certains sujets je suis arrivé progressivement à faire prendre jusqu'à un centigramme et même plus de valérianate d'atropine par jour.

En général, on doit en suspendre l'emploi dès que la dilatation des pupilles, la céphalalgie, la sécheresse de la bouche, etc., se manifestent avec une intensité notable. Il est bon d'ailleurs de ne pas trop en prolonger l'usage, afin que l'habitude n'en affaiblisse pas l'action. Il faut donc quitter et reprendre le valérianate à des intervalles variables, en se guidant autant que possible sur la capacité de saturation individuelle pour le médicament.

Ajoutons que, pour être efficace, le traitement ne doit pas se borner à quelques semaines de durée, mais bien se prolonger pendant des mois, et souvent des années.

MORVE FARCINEUSE CHRONIQUE TERMINÉE PAR LA GUÉRISON; par le docteur HIP. BOURDON.

Les cas de morve chronique chez l'homme, publiés jusqu'à ce jour, prouvent suffisamment que cette maladie est excessivement grave, pour ne pas dire nécessairement mortelle.

Certains cas, il est vrai, ont été cités à l'étranger comme des exemples de guérison; mais ils sont considérés comme fort contestables. Mais un fait observé à l'hôpital Lariboisière est de nature à les confirmer. Bien que le sujet de l'observation n'ait pas présenté *tous* les

symptômes que peut offrir la morve chronique, d'une part l'opinion de médecins très-compétents qui ont suivi le malade, et, d'autre part, l'origine probable, la marche, la succession, la physionomie des phénomènes morbides, l'impossibilité de les rattacher à une autre affection, ne laissent aucun doute sur la certitude du diagnostic. Dans quelles conditions a-t-on obtenu une guérison si exceptionnelle?

On a joint aux toniques et aux bains sulfureux un médicament qui n'avait pas encore été employé contre la morve: *l'iodure de soufre*. Ce médicament a-t-il eu une action réellement efficace? Nous le croyons, car quelques troubles des fonctions digestives en ayant fait suspendre l'emploi, les symptômes parurent s'aggraver; puis après, le traitement ayant pu être repris, l'amélioration se montra de nouveau pour ne plus s'arrêter dans sa marche.

Pendant tout son traitement le malade a été placé dans des conditions hygiéniques remarquables. Il a habité une salle de l'hôpital Lariboisière dans laquelle la ventilation par insufflation est tellement active que chaque malade reçoit 124 mètres cubes d'air neuf par heure.

Ce fait semble permettre de conclure:

1° Qu'il ne faut pas désespérer dans tous les cas de la guérison de la *morve chronique*, même quand elle est *farcineuse*;

2° Que les moyens qui semblent le plus favorables à la guérison sont les préparations d'iode et en particulier l'iodure de soufre et les bains sulfureux unis aux toniques et à une ventilation très-active;

3° Que les ouvertures des abcès pratiquées de bonne heure paraissent prévenir leur dégénérescence ulcéreuse et hâter leur guérison.

TRAITEMENT DU MUGUET; par M. NATALIS GUILLOT.

Le traitement employé par M. le professeur N. Guillot depuis des années pour guérir le muguet est fort simple et d'une efficacité constante; c'est-à-dire que, par lui, on détruit à coup sûr le cryptogame jaune parasitaire sans modifier en rien l'état général.

Après s'être enveloppé un doigt d'un morceau de toile un peu dure, on s'en sert pour frotter avec une certaine rudesse toute la bouche de l'enfant, de façon à en bien nettoyer tous les recoins et à enlever tout ce qui existe du produit étranger qui, du reste, se laisse facilement détacher.

Lorsqu'on s'est assuré que tout est bien enlevé, on promène légèrement le crayon de nitrate d'argent sur la langue et sur les parois de la bouche.

Les enfants supportent très-bien cette petite opération, pendant laquelle on a besoin de faire tenir les mâchoires écartées par un aide. Après avoir crié quelques instants, les petits opérés se calment et ils prennent le sein volontiers, sans paraître se ressentir de ce qui leur a été fait.

Le plus souvent la guérison est complète après une seule application de ce traitement; plus rarement il se reproduit un peu de muguet les jours suivants, mais on le fait disparaître par le même procédé. Il est tout à fait exceptionnel que l'on soit obligé d'y recourir une troisième fois.

ABLATION DU VARICOCÈLE PAR LA MÉTHODE DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE; par M. CHASSAIGNAC.

Voici le mode opératoire conseillé:

Le malade étant debout, afin de favoriser la dilatation des veines, le chirurgien retient de la main gauche le canal déférent et l'isole très-exactement des veines spermatiques; puis il plonge de la main droite vers la partie la plus élevée du varicocèle une première aiguille armée d'un fil. Cela fait, il jette une anse autour de cette première aiguille, et la serre afin de fermer au sang veineux toute retraite du côté de l'abdomen. Une seconde, puis une troisième aiguille sont placées sur le trajet d'une ligne descendante à partir de la première aiguille et à distance l'une de l'autre d'un demi-travers de doigt. On a soin que l'aiguille la plus déclive ne descende point assez bas pour être exposée à transpercer la tunique vaginale.

Les aiguilles une fois placées, on engage une anse de fil qui passe sous ces trois aiguilles à la fois, les ramène de la profondeur vers la surface, et qui, étant serrées, donne lieu à un pédicule dans lequel les aiguilles sont implantées.

C'est sur ce pédicule qu'est appliquée la ligature métallique, et il est très-important de la faire tomber dans la rainure même tracée par l'anse de fil, sous peine d'attirer et d'emporter un lambeau du scrotum.

On obtient ainsi une perte de substance qui donne lieu à une plaie non saignante. On fait deux points de suture et on panse par occlusion.

RUPTURE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE CHEZ UN HOMME DE 70 ANS; par M. CALÈS.

OBS.—Reynaud (Jean), âgé de 70 ans, fit le 25 mai 1854, une chute de cheval si violente qu'il perdit connaissance; il ne put se relever et on fut obligé de le transporter à domicile. Quelques jours après l'accident le malade fut trouvé dans l'état suivant:

Décubitus dorsal, les jambes écartées; immobilité complète, car les moindres mouvements étaient très-douloureux.

Les bourses, d'un rouge violacé, offraient un gonflement considérable, résultat de la contusion, et peut-être aussi d'un épanchement sanguin provenant de la déchirure des parties internes.

Le ventre distendu présentait deux tumeurs volumineuses situées un peu au-dessus de la région crurale et sur la même ligne que les vaisseaux fémoraux.

Ces tumeurs avaient été considérées comme deux hernies et on avait vainement tenté la réduction.

A la palpation, on reconnut deux saillies osseuses.

La région ayant été examinée avec soin, on constata que les branches horizontales et descendantes du pubis n'étaient plus dans leur position ordinaire.

Les épines du pubis et les surfaces articulaires, écartées de leur rapport normal, étaient séparées par un intervalle de 20 à 25 centimètres.

La distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la saillie qui formait l'angle de réunion des branches horizontales et descendantes fut trouvée la même de part et d'autre.

A droite et à gauche, la mensuration de l'articulation coxo-fémorale aux points désignés plus haut, fournit un résultat identique; ce qui donne à penser qu'il s'agissait d'une rupture du ligament interpubien, et qu'il fallait écarter toute idée de fracture.

Des sangsues furent appliquées. On employa ensuite des compresses résolutives.

La réduction se fit facilement en soulevant les membres pelviens et en les ramenant dans leur position normale. Les os du bassin vinrent d'eux-mêmes reprendre leurs rapports naturels. Un bandage de corps et un lien qui réunissait les genoux servirent au maintien des parties. Les membres inférieurs furent établis sur un double plan incliné formé avec des coussins.

Au bout de deux mois, le malade marchait aidé de béquilles. Progressivement il se débarrassa de ses soutiens et reprit sa vie active. Il finit par ne se ressentir aucunement de son accident.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

—M. GRIMAUD (d'Angers), qui avait précédemment adressé un paquet cacheté concernant sa méthode de traitement du cancer, paquet ouvert sur sa demande dans la présente séance, lit un mémoire sur cette méthode et sur les résultats qu'il en obtient.

—M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet un mémoire de M. Harembert (de Verneuil), sur la phrénologie.

Ce mémoire, qui est accompagné d'un atlas, est envoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres et Geoffroy-Saint-Hilaire.

—M. JOMARD transmet une note de M. Peney, médecin en chef des armées du soudan égyptien, sur l'ethnographie, l'anatomie, la physiologie et la pathologie des races qui habitent cette partie de l'Afrique.

Cette note, qui est destinée à répondre à quelques-unes des questions posées par l'Académie des sciences à l'occasion d'une expédition projetée vers les sources du Nil, est, comme celle que l'auteur avait précédemment adressée, renvoyée à la commission qui avait rédigé les instructions pour le voyage de M. d'Escayrac de Lauture.

SUR LA SUSPENSION DE LA RESPIRATION, CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DES ACCIDENTS FUNESTES QUI ONT ÉTÉ OBSERVÉS PENDANT L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE, CAUSES QUI LA PRODUISENT, ET MOYEN D'Y REMÉDIER; par M. C. DESPRÉS.

(Commissaires: MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet.)

Le titre de cette note en indiquant suffisamment l'objet, il serait superflu d'en donner ici une courte analyse, mais nous reproduirons dans les termes de l'auteur la partie qui a rapport au moyen qu'il a mis en pratique pour remédier à la suspension de la respiration.

L'action du chloroforme peut, dit M. Després, se diviser en périodes: 1° de répulsion; 2° d'excitation ou convulsion; 3° de résolution. La suspen-

sion de la respiration est un phénomène qui peut se manifester dans chacune de ces périodes. Quand elle se manifeste, elle reconnaît pour causes; dans la première, l'occlusion volontaire de la glotte, que le malade ferme instinctivement pour échapper à la sensation désagréable que font éprouver les vapeurs chloroformiques dès les premières inhalations; dans la seconde, l'occlusion convulsive et involontaire de la glotte, déterminée par la contraction musculaire qui caractérise cette période, contraction qui s'étend du système musculaire général aux muscles de la glotte; dans la troisième enfin, l'occlusion mécanique et involontaire de l'ouverture supérieure du larynx, qui est fermée par le refoulement en haut et en arrière de la langue quand on administre le chloroforme le malade étant assis, ou par le prolapsus de la base de la langue sur cette ouverture quand on l'administre le malade étant couché sur le dos.

Je remédie à la suspension de la respiration au moyen d'un procédé qui consiste à introduire le doigt indicateur dans l'arrière-gorge, jusqu'à la base de l'épiglotte, à le recourber en forme de crochet, pour soulever la base de la langue, et l'attirer en haut et en avant dans la direction d'une ligne qui partirait de la base de l'épiglotte, pour aboutir à la partie supérieure de la symphyse du menton.

— M. Sappey adresse une note sur les anastomoses qui font communiquer le système veineux abdominal avec le système veineux général. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Tigri, qui avait précédemment adressé au concours pour le prix de physiologie expérimentale un travail sur la digestion gastro-intestinale chez le fœtus et sur le liquide du thymus, envoie, comme faisant suite à cette seconde partie de son travail, des Recherches sur la constitution du mucus. (Renvoi à la commission du prix de physiologie expérimentale.)

— M. Hilairet, auteur d'un mémoire sur l'Apoplexie cérébelleuse, déjà présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, adresse, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

— M. Saucerotte adresse, dans le même but, une analyse de son mémoire sur la Topographie médicale de Lunéville. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Mallez soumet au jugement de l'Académie un instrument de son invention pour la guérison des rétrécissements de l'urètre. (Commissaires: MM. Velpeau, J. Cloquet, Civiale.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mai 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Lot et du Pas-de-Calais (Comm. des épid.);

2° Un mémoire de M. le docteur Caillat, intitulé : De l'emploi des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault dans les hémiplégies par hémorrhagie cérébrale;

3° Deux rapports de M. le docteur Bailly sur le service médical des eaux minérales de Bains (Vosges), pendant les années 1856 et 1857 (Comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre des membres de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, qui prient l'Académie de préciser les proportions de codéine qui doivent entrer dans le sirop de ce nom (Comm. des remèdes secrets et nouveaux);

2° Une observation de guérison d'une péritonite très-grave, obtenue promptement sous l'influence des cataplasmes d'amidon appliqués sur tout le ventre, par M. le docteur Jacquot (de Saint-Dié) (Comm., M. Depaul);

3° Une note sur l'efficacité du sulfate de quinine administré simultanément par la bouche et par l'anus, dans les cas de fièvre intermittente rebelle et invétérée, par M. Delfrayssé, officier de santé à Pradines (Lot);

4° Une note de M. le docteur E. Fournier sur un nouveau mode de traitement des rétrécissements de l'urètre (Comm., M. Laugier);

5° La description d'un appareil nommé *fluidue* destiné à faire des injections d'air et d'eau dans les organes, construit par M. Charrière en 1834 (Renvoyé à M. Gavarret);

6° Un pli cacheté de M. le docteur Gaudriot, contenant la description d'un nouveau moyen de guérir une affection grave qui atteint particulièrement les soldats (Accepté).

M. Gibert dépose sur le bureau de l'Académie, au nom de l'auteur, M. Renouard :

1° Un travail manuscrit Sur les doctrines médicales;

2° Une brochure sur le Traitement de la fièvre typhoïde par le tartre stibié.

Lecture. — Variole.

M. Marc d'Espine lit, au nom de la Société de médecine de Genève dont il est le délégué, le résumé d'un travail sur l'épidémie de variole qui règne depuis le mois de mars 1858 dans le canton de Genève.

Après avoir énuméré les différents caractères de cette épidémie qui ne s'éloignent pas sensiblement des phénomènes classiques, l'auteur signale la fréquence de la forme hémorrhagique qui s'est rencontrée dans toutes les localités envahies.

« La forme hémorrhagique de la variole, dit-il, s'est présentée sur tous les points du bassin du Léman que la variole a atteints, mais la fréquence des cas hémorrhagiques a varié selon les localités, et elle a été surtout considérable dans le canton de Genève. La forme hémorrhagique a été deux fois plus fréquente chez les non-vaccinés que chez les vaccinés. Mais en éliminant les cas très-légers et en comparant seulement des deux parts les cas sérieux, on trouve plus de cas hémorrhagiques chez les vaccinés; et en comptant les décès on trouve 23 pour 100 des décès de non-vaccinés offrant la forme hémorrhagique, et 6 pour 100 chez les vaccinés. »

C'est principalement entre 20 et 40 ans que la forme hémorrhagique s'est montrée fréquente chez les vaccinés. (Renvoyé à la commission de vaccine.

Rapports. — Transmission des accidents syphilitiques secondaires.

M. Gibert, en son nom et au nom d'une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Devergie et Depaul, lit un rapport officiel en réponse à une lettre ministérielle sur la question de la contagion des accidents secondaires de la syphilis.

M. le docteur Auzias-Turenne, dit M. le rapporteur, qui a été l'occasion de la mission ministérielle, pose les deux questions suivantes, dont il demande la solution à l'Académie :

1° Les accidents syphilitiques constitutionnels sont-ils contagieux?

2° Au point de vue de la contagion, le produit de ces accidents a-t-il, chez les enfants à la mamelle, des propriétés différentes que chez l'adulte?

Ces questions, depuis longtemps résolues pour le praticien dans le sens de l'affirmation, avaient été obscurcies par les expériences et les dénégations de Hunter, dans le siècle dernier, et plus encore, à notre époque, par un système expérimental nouveau, qui tendait à réformer les doctrines généralement reçues sur la syphilis, d'après les résultats obtenus de l'inoculation artificielle.

La contagion des accidents secondaires avait fini par être révoquée en doute, ou même complétement niée par plusieurs médecins de cette nouvelle école, bien que les partisans des anciennes doctrines, s'appuyant à la vérité presque exclusivement sur l'observation clinique, continuassent de chercher à faire prévaloir l'autorité des faits cliniques sur les lois posées par la doctrine nouvelle.

Les faits prouvent surabondamment que, non-seulement les accidents secondaires ou consécutifs de la syphilis sont contagieux (du moins dans certaines conditions), mais encore, contrairement à l'une des lois nouvellement établies, que l'inoculation artificielle (soit par la lancette, soit au moyen du vésicatoire, soit par d'autres procédés encore), peut reproduire ces accidents, non-seulement sur une région saine du sujet déjà infecté, mais encore sur un sujet tout à fait sain.

Ainsi, les *papules muqueuses*, ou tubercules plats, l'*ecthyma syphilitique*, l'*ulcère du gosier* lui-même ont pu être inoculés par des expérimentateurs dont il n'est possible de contester ni les lumières ni la bonne foi et dans des circonstances qui ne pouvaient laisser matière à aucun doute.

M. Gibert, malgré une répugnance profonde pour l'inoculation, a cru devoir, dans l'intérêt de la science, faire aussi des expériences; elles l'ont conduit aux mêmes résultats que les observateurs précédents, savoir :

1° Les lésions locales consécutives à l'inoculation des accidents secondaires n'apparaissent jamais avant la fin de la deuxième semaine, et, en général, elles n'ont lieu qu'après la quatrième semaine. *La longueur de l'incubation est un fait caractéristique.*

2° La première altération, consécutive à l'inoculation, se fait toujours au point où l'inoculation a eu lieu. Elle reste pendant longtemps limitée dans le même siége; elle a une marche essentiellement chronique, à ce point que, lorsqu'il n'y a point eu de traitement, l'accident local persiste encore à l'époque où surviennent les symptômes généraux.

3° L'affection locale se produit sous forme de tubercules, qui s'ulcèrent au bout de quelque temps, peuvent devenir fongueux et entraînent le plus souvent le gonflement des ganglions lymphatiques.

4° Les symptômes généraux ne débutent guère qu'au bout d'un mois, et souvent beaucoup plus tard, après les premières manifestations locales.

Or tous ces caractères, qui appartiennent à la syphilis consécutive ou secondaire, diffèrent essentiellement de ceux qui ont été assignés à la syphilis *primitive*, soit spontanée, soit inoculée, et suffiraient seuls à prouver le caractère contagieux des accidents consécutifs auxquels on avait formellement refusé ce caractère.

En effet, dans la doctrine des anticontagionistes, on admet que le *chancre* est toujours le seul symptôme caractéristique de la syphilis à son début; que le chancre vénérien type, le chancre *induré*, le chancre *infectant*, comme on dit aujourd'hui, est un ulcère ordinairement précédé d'une *pustule* (qui débute *sans période d'incubation*), ulcère qui s'indure plus ou moins rapidement, mais toujours dans le premier septénaire qui suit le coït infectant. En sorte que; défaut d'incubation, forme élémentaire *pustuleuse*, ulcération, indura-

tion *toujours consécutive à l'ulcération*, tels sont les caractères imposés au *chancre primitif*; tandis que : *période d'incubation* de dix-huit à vingt jours, de plus forme *papuleuse* primitive, puis tuberculeuse, enfin ulcéro-croûteuse, tels sont les caractères du phénomène *consécutif* ou *secondaire*.

Il est vrai que M. Rollet, s'éloignant complétement de l'opinion de M. Ricord sur ce point, veut que l'accident *secondaire* soit regardé, de même que le *primitif*, comme un *chancre induré*; mais notre opinion, conforme à celle de M. Auzias-Turenne, est que, dans tous les cas où l'on a cru trouver dans la marche et les phénomènes de l'accident local une complète analogie entre le chancre induré *primitif* et l'ulcère *secondaire*, on s'en est laissé imposer par des idées préconçues et que l'on a pris pour des accidents *primitifs* des lésions locales dues à une véritable communication d'accidents secondaires on *consécutifs*, accidents dont l'expérimentation directe a démontré le caractère contagieux.

M. le rapporteur entre ensuite dans le détail des expériences qu'il a entreprises conjointement avec M. Auzias-Turenne, et qui ont eu pour témoins plusieurs membres de la commission et deux médecins de l'hôpital Saint-Louis (MM. Bazin et Hardy). Ces expériences, suivant lui, ne permettent plus d'élever aucun doute sur la contagion de la syphilis consécutive ou secondaire.

En résumé, dit en terminant M. le rapporteur, nous proposons à la compagnie de répondre aux deux questions posées dans la lettre ministérielle, de la manière suivante :

1° Il y a des accidents secondaires ou constitutionnels de la syphilis manifestement contagieux. En tête de ces accidents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat.

2° Cette règle s'applique à la nourrice et au nourrisson, comme aux autres sujets, et il n'y a aucune raison de supposer que, chez les enfants à la mamelle, le produit de ces accidents ait des propriétés différentes de celles qu'on lui connaît chez l'adulte.

M. Gibert fait observer que l'un des commissaires, M. Ricord, s'est réservé de présenter quelques observations sur l'interprétation des faits contenus dans le rapport.

M. Ricord étant absent, la discussion du rapport est renvoyée à l'une des prochaines séances.

SEIGLE ERGOTÉ.

M. Danyau, en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Depaul, lit un rapport sur un mémoire de M. Deville, intitulé : Recherches statistiques sur l'action du seigle ergoté dans la parturition.

M. Deville, dans l'espace de 49 mois, a fait 5,180 inspections de décès; sur ce nombre, 621 sont relatives à des enfants déclarés mort-nés; 106 enfants, toutefois, avaient vécu trop peu de temps pour être présentés à l'officier de l'état civil. M. Deville les déduit, et sur les 515 restants, il retranche encore tous les cas dans lesquels la mort a pu être assignée à une cause autre que l'ergot. Il arrive enfin au chiffre de 72 qui représente le nombre des cas dans lesquels le seigle a été administré, et semble ne pouvoir se soustraire à l'accusation qui pèse sur lui.

« Nous ne sommes pas suspect de prédilection pour le seigle ergoté, et pourtant, dit M. Danyau, nous ne pouvons considérer la statistique de notre honorable confrère comme parfaitement démonstrative des fâcheux effets de ce médicament. En effet, M. Deville, dans les faits qu'il a produits, a été dans l'impossibilité de connaître exactement toutes les circonstances de l'accouchement. Est-il à même de dire si les mères étaient primipares ou multipares, si la présentation (en supposant qu'il se soit toujours agi du sommet) était régulière, quelle était la position, l'état de l'orifice, celui des contractions et surtout celui des pulsations fœtales, avant l'administration du seigle? Peut-il renseigner sur les modifications survenues dans les contractions utérines ou dans les bruits du cœur des fœtus après l'ingestion du seigle, sur le temps écoulé entre cette ingestion et la puissance de l'enfant, enfin sur l'état de celui-ci immédiatement après l'expulsion? Tous ces détails essentiels manquent à la statistique de M. Deville, puisqu'elle n'est pas fondée sur des faits d'observation personnelle. Les renseignements qu'il a pris auprès des personnes présentes à sa visite ont été forcément incomplets et insuffisants. »

M. Danyau présente aussi des objections au sujet de quelques-unes des catégories que M. Deville a cru devoir éliminer. Ainsi, « dans les cas où une commotion physique, une émotion morale et des excès, une présentation des pieds ou des fesses, une version pratiquée pour remédier à une présentation vicieuse, l'existence de jumeaux, l'application du forceps, celle même du céphalotribe, pouvaient être justement invoquées pour expliquer la mort, M. Deville est-il bien sûr qu'à une époque quelconque du travail, l'enfant vivant encore, le seigle n'ait pas été administré et n'ait pas eu une force considérable dans le résultat? »

Après avoir passé en revue un certain nombre de faits donnés par M. Deville, et montré ce qu'ils ont d'incomplet, M. le rapporteur exprime le regret de ce que M. Deville n'ait pas décrit les signes à l'aide desquels il distingue la mort des nouveau-nés produite par l'action du seigle azoté, de la mort par asphyxie due à d'autres causes. Il insiste ensuite sur les dangers de l'administration du seigle ergoté; sur ce point, il abonde dans le sens de M. Deville; mais, ajoute-t-il, « cette conformité de vues ne va pas jusqu'à me faire accepter les documents nécessairement vagues et insuffisants sur lesquels il a établi sa statistique. Cependant les faits qu'il signale sont de nature à inspirer à l'autorité administrative d'utiles recommandations à défaut de mesures restrictives que repousseut, à certains points de vue, l'état actuel de la législation et l'intérêt bien entendu des femmes. »

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

— M. Danyau lit ensuite un second rapport, relatif à un mémoire adressé il y a quelques années à l'Académie, par M. Chrestien (de Montpellier), et destiné à démontrer l'innocuité et les avantages du seigle ergoté dans l'accouchement.

Ce travail, dit M. le rapporteur, se compose de deux parties; dix observations détaillées forment la première; c'est, à proprement parler, la substance du mémoire. La seconde est consacrée à prouver longuement ce qui n'est contesté par personne, à savoir qu'avant la découverte des propriétés obstétricales du seigle ergoté, il arrivait quelquefois que l'enfant succombait pendant le travail, et que de nos jours même pareil malheur arrive encore sans que l'ergot ait été administré.

En vingt-trois ans, sur 1,300 accouchements, M. Chrestien a administré vingt-cinq fois le seigle ergoté pour hâter l'accouchement; or sur ces vingt-neuf cas, on compte un cas de mort pendant le travail, un cas de mort apparente qui, malgré le rappel à la vie, fut suivi peu tard de mort réelle, enfin, un cas de mort apparente après lequel on obtient une résurrection définitive. Est-ce donc là une statistique qui démontre l'innocuité du seigle ergoté? Si dans quatre cas où le seigle a été donné sans succès, il n'a pas produit d'accidents, cela s'explique, pour l'un, par l'absence d'effet sensible; pour les autres, par la nature, non toujours ergotique des contractions provoquées, et par leur durée assez courte.

Nous ne croyons donc pas que M. Chrestien ait démontré l'innocuité absolue du seigle. C'était là surtout ce qui était en cause. Quant à ses avantages dans un certain nombre de cas bien déterminés, il ne sauraient être mis en doute.

M. Danyau propose d'adresser des remercîments à l'auteur et déposer son travail dans les archives de l'Académie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. Robin donne lecture, en son nom et au nom de MM. Barth et Robert, de la première partie d'un rapport sur un mémoire de M. Sappey intitulé : Sur un point d'anatomie pathologique relatif a l'histoire de la cirrhose.

REMARQUES SUR UN NOUVEAU CAS D'ANÉVRISME GUÉRI PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER; par M. Debout.

Dans le mois de novembre 1853, alors que M. le professeur Malgaigne venait signaler les dangers de l'expérimentation de la méthode Pravaz, M. Debout présenta à l'Académie, au nom de M. Valette (de Lyon), l'observation d'un nouveau cas de guérison d'un anévrisme du pli du coude. Ce fait était remarquable, surtout en ce que le succès de la tentative n'avait fait courir aucun danger au malade, et ce résultat, M. Debout n'hésitait pas à le rapporter à la moindre densité de la solution de perchlorure qui avait été employée par ce chirurgien.

M. Debout communique aujourd'hui à l'Académie une nouvelle observation que lui a adressée M. Dieulafoy (de Toulouse), avec les dessins de la pièce anatomique faits sous les yeux de M. Debout lui-même. Voici l'observation, dépouillée de tous les détails étrangers à la lésion artérielle et au mode opératoire mis en usage.

Anévrisme de l'artère cubitale droite; injection au perchlorure de fer; mort, le quarantième jour après l'opération, de causes étrangères a l'anévrisme; réduction extraordinaire du volume de la tumeur démontrée par l'autopsie. — « Le 7 juillet 1857, je fus appelé par mon confrère, le docteur Raffy, auprès de M. R***, officier supérieur de cavalerie en retraite, âgé de 58 ans. M. R*** est malade depuis longtemps; les fatigues de la guerre et un long séjour en Afrique ont profondément altéré sa santé. A cet état de souffrances presque continuelles est venue se joindre une nouvelle affection grave, un anévrisme de la partie supérieure de l'artère cubitale du bras droit. La tumeur, dont l'apparition remonte à peu de mois, a déjà acquis un volume considérable; elle présente dans ses deux diamètres 81 millimètres sur 54 millimètres. Elle est devenue superficielle; aussi les mouvements de dilatation, d'expansion dont elle est le siége sont-ils très-sensibles à l'œil, à plus forte raison au toucher; ainsi donc, diagnostic certain. Depuis quelques jours, une douleur violente s'est développée dans la tumeur et, parfois, cette douleur s'étend dans tout le membre, que le malade ne peut alors remuer.

» En présence d'un tel anévrisme, de son développement sensible et journalier; en présence de la gravité d'une telle maladie, il était urgent de ne pas perdre de temps; mais à quelle méthode de traitement fallait-il recourir? quelle était celle qui devait offrir le plus de chances heureuses? Nous ne pouvions pas songer évidemment à mettre en usage les moyens topiques, réfrigérants, styptiques, non plus que la méthode générale de Valsalva. La compression devait être rejetée de même; des essais avaient été faits depuis quelques jours, et nous prouvaient que la douleur étaient considérablement augmentée. Nous ne pouvions pas non plus recourir à la ligature de l'humérale, car cette artère, très-superficielle, roulait sous le doigt, semblait avoir des points ossifiés dans ses tuniques; restaient donc *l'électricité* et les *injections coagulantes*. Nous donnâmes la préférence à cette dernière méthode, et tout naturellement au perchlorure de fer, comme agent chimique.

» Après avoir obtenu du perchlorure de fer de Burin-Dubuisson, à 18 ou 20 degrés, il s'agissait de déterminer la quantité que nous devions en injecter dans la poche anévrismale pour produire la formation du caillot chimique.

Pour atteindre un résultat le plus satisfaisant possible, il s'agissait de cuber la tumeur; or nous avons déjà dit qu'elle mesurait 81 millimètres sur 54 millimètres. D'où il suit qu'en la regardant comme un ellipsoïde de révolution, on trouve que sa capacité est de 12,4 centilitres, ou bien un peu plus de 12 centilitres.

» Ces données une fois acquises, fallait-il, comme le recommande M. Broca, injecter autant de fois 20 gouttes que nous trouvions de centilitres? Nous fûmes effrayé de l'énorme quantité d'agent coagulant (240 gouttes); et puis, M. Broca ne dit-il pas lui-même : « L'excès de perchlorure n'est pas seulement dangereux, en ce sens qu'il exerce sur les tissus une action de plus en plus nuisible, il a l'inconvénient plus grand encore de produire un caillot moins résistant. » Pénétré de ces réflexions, je résolus de m'éloigner des préceptes formulés par M. Broca et je décidai, après avoir pris l'avis de notre excellent confrère M. Debout, que je ne ferais exécuter au piston de la seringue que dix-huit ou vingt demi-tours représentant, comme on sait, 18 ou 20 gouttes de liquide. A part cette modification dans la quantité du perchlorure, le manuel opératoire et les divers temps de l'opération furent exécutés ainsi que le recommande M. Broca. Notons cependant encore une modification dans le mode d'injection. Les 20 gouttes de liquide furent injectées à de très-courts intervalles dans la poche anévrismale, dans quatre ou cinq points différents de son intérieur, en donnant à l'instrument une légère inclinaison à droite, à gauche, en bas, en haut. Ces divers centres d'injection étaient destinés à devenir le noyau de caillots chimiques multiples. Cette manière de faire nous réussit à merveille, car après cinq ou six minutes, la tumeur nous parut suffisamment durcie dans toute son étendue.

» Les phénomènes qui suivirent immédiatement cette opération furent un abaissement considérable de température dans tout le membre, et quelques minutes après, des douleurs intolérables se déclarèrent, dans la face externe principalement. L'emploi de légères frictions avec des linges chauds, une pommade au chloroforme et au cyanure de potassium, secondées par l'usage de l'opium à l'intérieur, amenèrent le calme au bout de quelques heures.

» Le lendemain de l'opération, la tumeur était toujours dure, sans battements, sans changement de couleur à la peau; un bandage modérément compressif fut ajouté au traitement de la veille, et les douleurs ne reparurent plus.

» A partir de cette époque, l'état général du malade sembla s'améliorer sous l'influence de la disparition de la douleur et d'un sommeil bienfaisant qu'il put paisiblement goûter; mais cette amélioration ne fut pas de longue durée; une vieille maladie de l'estomac et de l'intestin, jointe à un catarrhe et à une paralysie de vessie, reprirent un nouvelle intensité et notre malade succomba au moment où nous pouvions le considérer comme à peu près guéri de son anévrisme, dont le volume de la tumeur avait diminué. Il mourut le quarantième jour après l'opération.

» L'autopsie qu'il nous a été possible de faire et l'examen de la pièce pathologique nous permettent de regarder ce cas comme un véritable succès des injections coagulantes. En effet, et ainsi qu'on peut en juger par le dessin que nous joignons à l'observation, la réduction de volume qu'a subie la tumeur est vraiment remarquable; elle a à peine la grosseur d'un noyau de pêche et ne présente plus dans ses grandes dimensions que 30 millimètres de diamètre d'une part, et 15 millimètres dans l'autre. On se rappelle que nous avons indiqué primitivement 81 millimètres sur 54 millimètres.

» Nous ne dirons rien du contenu de cette tumeur, nous ne l'avons pas ouverte, mais le toucher donne la sensation d'un caillot assez résistant. Sur la partie antérieure et supérieure, un peu à droite, existe une ouverture qui laisse échapper, par la pression, des débris de caillots de sang décoloré; c'est évidemment le point par lequel a pénétré le trocart, au moment de l'opération.

» L'artère sur laquelle est développée la tumeur est oblitérée supérieurement dans toute son étendue, jusqu'à son origine, la bifurcation de l'humérale, par un caillot qui paraît très-résistant. La partie inférieure de cette artère est libre, un stylet arrive jusqu'au-dessus du niveau de la poche anévrismale; il en est de même du tronc commun des artères interosseuses; un stylet est arrêté seulement lorsqu'il arrive à son point d'émergence de la cubitale, point sur lequel s'est développée la maladie actuelle. »

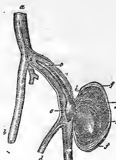
Conformément au désir de M. Dieulafoy, je procédai à l'examen anatomo-pathologique de cette pièce.

Une coupe longitudinale pratiquée suivant l'axe du grand diamètre de l'anévrisme, laisse voir son intérieur complétement rempli par deux caillots. L'un, périphérique *g*, occupe la plus grande partie de la poche; il est composé de couches concentriques de fibrine tout à fait semblables à celles qu'on rencontre dans les tumeurs en voie de guérison spontanée; au centre de ces couches se trouve un caillot *h*, dont la couleur foncée tranche fortement sur la teinte jaunâtre des couches fibrineuses. Ce caillot chimique présente son grand diamètre dans le sens de la largeur de la poche, 2 centimètres, il en occupe presque toute l'étendue; son autre diamètre est moitié moindre; ce caillot n'est pas limité à l'intérieur de la poche, mais il se prolonge par l'ouverture de communication de celle-ci *e* avec l'artère cubitale, dans la partie supérieure de ce dernier vaisseau. Au niveau de la naissance de la radiale, ce caillot *c* cesse brusquement; sa longueur est de 3 centimètres.

Au-dessous du sac anévrismal l'artère cubitale est vide et son calibre conservé. Il n'en est pas de même de l'interosseuse *d* dont les parois se sont rétractées, et qui se trouve ainsi transformée en un cordon fibreux.

Une particularité importante à noter est l'ouverture que la poche présente à sa partie supérieure *i*; ouverture qui, suivant toute probabilité, correspond au point par lequel a pénétré le trocart de la seringue à injection. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce fait, afin d'en tirer la déduction pratique qui en découle.

De l'examen comparé des deux pièces fournies par les malades de MM. Va-



lette et Dieulafoy, on peut tirer quelques enseignements utiles : 1° quant à l'action traumatique exercée par les ponctions du trocart; 2° quant au degré de la densité des solutions du perchlorure de fer.

Le petit volume du trocart de la seringue construite par M. Charrière avait conduit Pravaz à penser que les ponctions des parois artérielles seraient complétement inoffensives. Les faits cliniques, aujourd'hui nombreux, semblent prouver qu'il en est ainsi. Toutefois, l'examen des pièces ci-dessus témoigne que l'action traumatique de cet instrument se fait sentir d'une manière plus sensible que ne le croyait l'auteur du procédé.

Sur toutes les artères carotides des chevaux soumis aux expérimentations, on distinguait le point où l'instrument avait pénétré dans le vaisseau. La lésion de la paroi artérielle restait la même, quel que fût le degré de la solution injectée.

Les faits observés chez l'homme prouvent que, malgré la différence d'organisation des artères et des sacs anévrismaux, cette lésion se montre la même, c'est-à-dire proportionnelle à l'action traumatique exercée par l'instrument. Ainsi, sur la pièce fournie par M. Valette, quoique la solution du perchlorure fût à 30°, la piqûre du sac s'est cicatrisée. La lésion consécutive a consisté, malgré les accidents inflammatoires provoqués par le haut degré de concentration ou d'acidité du sel de fer, en une légère élevure du volume d'un grain de chènevis, tandis que sur la pièce présentée par M. Dieulafoy, nous voyons l'ouverture pratiquée au sac s'ulcérer et s'agrandir de manière à présenter des dimensions sept à huit fois plus considérables que celle de la canule du trocart.

Ce danger, dont l'examen de ces pièces nous révèle l'importance, doit faire rejeter le conseil donné par Pravaz, de fractionner la dose de l'agent coagulant, en projetant la solution dans les divers points du sac anévrismal, dans le but de multiplier les centres de coagulation. Mieux vaudrait certainement tenter d'assurer le résultat en malaxant la tumeur après l'injection; encore cette manœuvre doit-elle être pratiquée avec une grande réserve.

Les faits cliniques ont suffi pour proscrire l'emploi des solutions à 45 degrés proposées par Pravaz. Les légions anatomo-pathologiques constatées sur la pièce de M. Valette montrent les dangers auxquels on s'expose en se servant des solutions à 30 degrés. L'examen de la pièce de M. Dieulafoy ne doit pas nous rassurer complétement sur la mise en œuvre des solutions réduites à 20 degrés, puisque l'une des artères, l'interosseuse, a été oblitérée. Il est vrai qu'on peut rapporter les accidents inflammatoires autant à l'action traumatique produite par l'instrument qu'à l'action topique du liquide injecté.

Puisque tous les faits connus, et ils sont aujourd'hui nombreux, montrent que l'innocuité de l'emploi de la méthode nouvelle est en raison directe de la moindre densité de l'agent coagulant, pourquoi n'abaisserait-on pas encore le degré de concentration du perchlorure de fer et n'essayerait-on pas des solutions à 15 degrés et même à 10 degrés? Nos expérimentations sur les animaux ont prouvé qu'on obtient une coagulation complète du sang avec ces faibles solutions.

En résumé les points sur lesquels nous appellerons l'attention des expérimentateurs, car ils résultent des faits qui précèdent, sont :

1° L'action traumatique exercée par la piqûre du trocart et qui doit faire réduire la manœuvre opératoire à la simple ponction de l'anévrisme et à la projection du perchlorure en un seul point de la tumeur.

2° La nécessité d'exercer une compression sur l'artère, au-dessus et au-dessous de l'anévrisme, afin de prévenir la migration des caillots provoqués.

3° Le danger de dépasser le chiffre de 20 degrés pour le titre des solutions du perchlorure destinées à ces opérations, sous peine de s'exposer à des accidents inflammatoires.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

VADE-MECUM DES HERBORISATIONS PARISIENNES, CONDUISANT, PAR LA MÉTHODE DICHOTOMIQUE, AUX NOMS D'ORDRE, DE GENRE ET D'ESPÈCE DES PLANTES SPONTANÉES ET CULTIVÉES EN GRAND DANS UN RAYON DE TRENTE LIEUES AUTOUR DE PARIS; par M. EUG. DE FOURCY, ingénieur en chef des mines. — Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Voici le printemps, saison des fleurs, époque marquée pour l'entrée en campagne des botanistes, étudiants demandant aux champs et aux bois la connaissance pratique des plantes médicinales qu'ils devront reconnaître à leur examen, et plus tard employer pour la cure des maladies, attachés des ministères, administrateurs, gens du monde de toutes classes, docteurs et pharmaciens de tous âges venant s'initier à une science aimable ou se retremper à la source pure des plus douces jouissances.

L'apparition d'une flore, surtout quand les flores anciennes sont épuisées, est un événement pour cette pléiade de gens heureux qu'on voit, chaque dimanche, de floréal à messidor, se diriger aux embarcadères en costume frère de celui des chasseurs, la boîte verte de fer-blanc ou le cartable au dos, le *chourin* de Groulon en ceinture, et appuyés sur la houlette pioche-marteau, invention moderne tenant lieu de canne et servant encore à arracher les plantes, à abaisser les branches des arbres et à échantillonner les roches. Ce dernier point est essentiel, car aujourd'hui que, suivant la voie ouverte par de Humboldt et P. de Candolle, M. Alphonse de Candolle nous a donné sa GÉOGRAPHIE BOTANIQUE RAISONNÉE, ouvrage dans lequel la hauteur des aperçus est en parfaite harmonie avec la science des détails, et que M. Lecoq, le savant pharmacien de Clermont-Ferrand, a rattaché la GÉOGRAPHIE BOTANIQUE DE L'EUROPE à celle du plateau central de la France, tout botaniste doit être un peu géologue.

Il vient donc d'apparaître une flore, et, ce qui est encore mieux pour les botanistes des champs, une FLORULE ou VADE-MECUM, petit livre facile à placer dans un coin de la poche. C'est à peu près le format de Bautier que nous avons tous pratiqué et recherché, pour son format surtout. Que les étudiants qu'effarouche parfois le passage des portes de la botanique (qui ne sont cependant pas les portes de fer,) que les gens du monde, que les amateurs qui cherchent dans l'étude des plantes une agréable distraction, se rassurent; ce n'est pas un homme du métier, c'est un des leurs qui a connu ce qu'on appelle les *difficultés* (mot un peu fort, mais consacré) des commencements, c'est un *ingénieur des mines* qui a fait pour eux, en élaguant de ses descriptions les caractères d'une observation trop délicate, un livre qu'il regrettait de ne pas trouver écrit pour lui-même.

L'auteur du VADE-MECUM DES HERBORISATIONS déclare qu'il n'a point voulu faire une FLORE DE PARIS. Il se plaît à reconnaître qu'il y aurait témérité à recommencer unepareille œuvre après celle dont MM. Cosson et Germain ont doté la science. Le but qu'il s'est proposé est beaucoup plus modeste, et son très-petit livre, facile à emporter, facile à consulter dans une rapide herborisation, doit seulement servir de guide au commençant, de memento au botaniste exercé.

Parmi les ouvrages du même genre qui ont précédé ce petit volume, on ne peut citer que le SYNOPSIS DE LA NOUVELLE FLORE DES ENVIRONS DE PARIS, par Mérat, le TABLEAU ANALYTIQUE DE LA FLORE PARISIENNE, par le docteur Bautier, et le SYNOPSIS ANALYTIQUE DE LA FLORE DES ENVIRONS DE PARIS, par MM. Cosson et Germain. Mais la florule de Mérat, manquant de clef analytique, ne permet pas d'arriver rapidement au nom des espèces, tandis que les florules des autres auteurs, réduites aux seules clefs, n'offrent pas de moyens de contrôle des déterminations faites à l'aide de celles-ci. La petite phrase descriptive qui suit la détermination de chaque plante, l'indication de la rareté plus ou moins grande de celle-ci, et, quand cette rareté est notable, la citation des principales localités, donnent au VADE-MECUM son caractère, et consacrent son utilité. Ajoutons que l'indication sommaire de son emploi, tant en médecine que dans l'économie domestique, et la mention, s'il y a lieu, de sa culture comme plante d'ornement, terminent le plus souvent la description de chacune des espèces. On comprend à peine que, même par le choix d'un fin caractère pour les descriptions spécifiques, et par l'emploi d'abréviations appropriées, M. de Fourcy ait pu mettre tant de choses dans un in-18 de 300 pages seulement. C'est que l'auteur, et ceci, qui serait un inconvénient pour une flore, est parfaitement approprié au caractère d'une florule, a placé au premier rang la diagnose des espèces, laissant sur le second plan les caractères des familles et des genres. Un vocabulaire des mots techniques (et des abréviations) employés dans l'ouvrage commence celui-ci, que termine une table des familles, des genres, et, ce qui est fort commode dans les recherches, des espèces elles-mêmes avec leur principale synonymie. Dans cette table se trouvent aussi les noms français les plus usités.

Le système de clefs dichotomiques adopté par M. de Fourcy mérite aussi une mention. Établi sur un plan nouveau, il laisse successivement apparaître, par un simple artifice de numérotage, les ordres, les genres et les espèces à leur place naturelle, ce qui n'avait point été fait jusqu'ici. Ce système repose d'ailleurs sur les caractères les plus visibles des plantes, tels que taille de la tige, forme des feuilles, couleurs de la fleur, nombre des étamines et des styles.

On dira que, pour son petit livre, M. E. de Fourcy a mis à contribution la FLORE DE LORRAINE, la FLORE DE FRANCE, par MM. Greuier et Godron, la FLORE DE PARIS, par MM. Cosson et Germain, etc. C'est vrai, l'auteur a trop herborisé pour ignorer qu'on ne doit se désaltérer qu'aux bonnes sources. Mais s'il a profité des grandes flores, il s'acquitte envers la science par un VADE-MECUM auquel d'autres, soyez-en sûrs, viendront puiser à leur tour.

En ce temps d'anarchie des classifications, où chaque botaniste se croit appelé à être législateur, nous savons du reste bon gré à M. de Fourcy de s'être tout simplement rangé sous le drapeau classique de l'auteur du PRODROMUS SYSTEMATIS NATURALIS et du BOTANICON GALLICUM, drapeau qui devrait seul abriter, peut-être longtemps encore, tous les auteurs des flores ou florules françaises.

Il faut finir. Nous le ferons par cette phrase de la préface du VADE-MECUM DES HERBORISATIONS PARISIENNES : « Nous nous sommes laissé » persuader que la publication de ce petit livre ne serait pas sans utilité. Puisse-t-il être favorablement accueilli par ceux qu'attire l'é» tude d'une science aussi salutaire au corps que douce à l'esprit, » science charmante qui nous a procuré d'agréables instants, et dont » nous voudrions aujourd'hui faire partager à d'autres les douces et » faciles jouissances! »

CHATIN.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur L'héritier est nommé médecin-inspecteur des eaux de Plombières, en remplacement de M. le docteur Sibille, appelé à d'autres fonctions.

Par le même arrêté, M. le docteur Delacroix, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Luxeuil, est nommé inspecteur adjoint des eaux de Plombières.

— Par décret du 17 mai, M. le chirurgien de première classe Valther (Charles) a été promu au grade de chirurgien principal de la marine.

— MM. Constant et Antelme ont été appelés aux fonctions d'inspecteurs de deuxième classe des asiles d'aliénés.

— PRIX PROPOSÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE. — La Société médicale de Genève décernera, en 1860, un prix de 1,000 francs et un accessit de 500 francs aux auteurs des deux meilleurs travaux inédits sur les questions relatives à la variole, à la varioloïde, à la varicelle, à la vaccine et aux revaccinations.

Les concurrents devront s'attacher plus particulièrement aux points suivants :

1° Rechercher, par la comparaison des principales épidémies de variole qui ont sévi en Europe dans le dix-neuvième siècle, si cette maladie tend de nouveau à augmenter de fréquence et quelle sont les formes sous lesquelles elles se présente aujourd'hui chez les sujets vaccinés.

2° Déterminer si les sujets revaccinés sont complétement et définitivement préservés de la variole; dans le cas contraire, indiquer le degré et la durée de la préservation.

3° Résumer sous forme de conclusions pratiques, les données fournies par la solution des questions précédentes.

Les mémoires, rédigés en français, en allemand, en anglais, en italien ou en latin, devront être adressés franco, avant le 1er juin 1860, au secrétaire de la Société.

Le nom de chaque auteur devra être renfermé dans un pli cacheté annexé au mémoire.

La Société se réserve le droit de publier, à ses frais et en français, tout ou partie des mémoires couronnés.

Dans le cas où aucun des travaux reçus ne serait jugé digne, soit du prix, soit de l'accessit, la question sera remise au concours.

Au nom de la Société médicale.

Le Président, H.-C. LOMBARD.

Le Secrétaire, A.-J. DUVAL.

— Dans son assemblée générale tenue le 22 mai, l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux a voté son annexion à l'Association générale, à la majorité de 26 voix sur 28 votants.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE LA CONTAGION DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

Nul médecin n'est étranger (le public lui-même ne l'est pas) aux longues incertitudes, aux plus longues discussions élevées sur cette importante question de syphiliographie : les accidents syphilitiques secondaires sont-ils contagieux? Cette question n'en est plus une. Il y a des accidents secondaires contagieux. Ainsi, en ces mêmes termes, l'a reconnu, il n'y a que quelques heures, la plus grande, la plus considérable autorité en la matière. Nous n'avons pas besoin de nommer M. Ricord.

Le dépôt et la lecture d'un rapport très-net présenté à l'Académie par M. Gibert, dans la dernière séance, en réponse à une lettre ministérielle, avait mis cette question à l'ordre du jour de la séance à laquelle nous venons d'assister. Dans ce rapport, que l'on a pu lire dans notre dernier numéro, les points en discussion avaient été éclairés d'une lumière nouvelle. Rédigé avec la précision qui forme un des attributs les plus saillants du talent de l'honorable médecin de Saint-Louis, ce travail circonscrivait fatalement la discussion sur le terrain même des faits. Il ne laissait de place à aucune subtilité de la dialectique; le formel rédacteur avait amené son antagoniste à ne pouvoir plus répondre, sur un point du moins, que par oui ou par non. Mis en demeure de repousser ou d'accepter les conclusions hostiles à toutes les lois qu'il a posées, M. Ricord était appelé à s'expliquer au moins sur l'une d'elles, la seule véritablement et sérieusement contestée : la transmissibilité des accidents secondaires.

Les faits recueillis de diverses parts depuis une dizaine d'années ne laissaient plus guère, il faut en convenir, de place au doute. Déjà un ordre d'observations tout à fait nouveau et infirmatif de sa doctrine, en ce point du moins de la transmissibilité des accidents constitutionnels, avait imposé une concession spontanée à M. Ricord. Il avait lui-même constaté, puis proclamé la réalité de ce phénomène singulier, mis surtout en lumière à l'étranger, qu'un père porteur d'accidents secondaires très-chroniques, infectant son produit, transmet par son intermédiaire et *pour la seule durée de la grossesse*, des accidents de même espèce à la femme qu'il a rendue mère.

Mais en établissant cette transmissibilité, les faits sur lesquels elle reposait dénotaient quelque chose de spécial, de particulier, d'exceptionnel dans les conditions de la transmission; et cette particularité, cette aptitude propre au fœtus, et jusque-là en apparence exclusive à son âge, indiquait avec quelque probabilité que, s'il fallait repousser en tant qu'absolue la loi de M. Ricord, il y avait certainement lieu, en admettant la proposition contraire, à l'entourer de plus d'une réserve. Employer trente années à établir la transmissibilité d'accidents malheureusement aussi communs que ceux dont il s'agit ici, c'est démontrer péremptoirement que si ces accidents sont contagieux, ils ne le sont guère, ou le sont bien rarement.

Quoi qu'il en soit, scientifiquement, absolument, exactement, ils le sont, ou du moins ils peuvent l'être : certains d'entre eux ont été transmis.

La contestation sur ce point n'est et n'était plus possible, le nombre des observations, non, *des expériences*, la qualité des expérimentateurs devaient exclure le doute. Devant les résultats apportés à la commission de l'Académie, M. Ricord a dû de lui-même convenir qu'il avait été trop absolu, que l'entraînement trop naturel à un chef d'école avait rendu le philosophe trop sévère pour les propositions émanées du parti contraire.

Disons pourtant à la décharge du savant syphiliographe, de l'ingénieux observateur, que jusqu'à aujourd'hui avaient fait défaut, dans la discussion, les éléments nécessaires à emporter d'assaut la conviction, à savoir : les enseignements de *l'expérience*. Les exemples cités avaient-ils, en effet, le caractère nettement scientifique? n'était-il pas d'échappatoire possible pour éviter leur pression prématurée? en quoi consistaient-ils? En rapports de malades sur des sujets où la mauvaise foi est de fondation.

M. Ricord pouvait se croire fondé à exiger, pour changer d'avis scientifique, qu'on lui apportât des résultats incontestables, ceux que donne l'expérimentation directe. Qu'il n'ait point voulu entreprendre semblables expériences, c'est un honneur qu'il lui faut rendre, sans blâmer pourtant ceux qui, plus hardis, viennent de lui en apporter les enseignements. Les rôles étaient dans cette affaire si singulièrement engagés, si complexes, que les expériences d'inoculation de la syphilis à des sujets sains ont été instituées par ceux même qui avaient le plus énergiquement blâmé les inoculations de la syphilis sur son propre terrain, les inoculations autochthones, pourrions-nous dire. Nous disons cela sans reproches, car il n'y en a ici de mérites par personne, chacun ayant certainement obéi à sa seule conscience. Mais, comme rapprochement, le fait n'en est pas moins curieux.

M. Ricord pouvait donc se croire autorisé à retarder jusqu'à démonstration sans réplique, l'opinion qu'il devait avoir un jour, qu'il a confessée aujourd'hui. Il le pouvait d'autant plus que sur le terrain de l'école anatomique dont ses adversaires sont tout autant que lui les adeptes, il lui était permis de trouver leurs observations discordantes, et en dissonance leurs assertions. Le pus des accidents secondaires inoculé à des individus sains ne produisait-il pas chez l'un une papule, chez l'autre une pustule, chez un troisième une bulle, etc., sans trace de filiation avec l'accident qui avait fourni le virus? Ces considérations, qui sont loin d'être capitales dans notre opinion, pouvaient et devaient même avoir une valeur dans celle de tous les prenant part à la discussion. Aucun d'entre eux, en effet, ne professe de dédain pour l'analyse histologique, ne relègue au second plan les questions de forme et d'évolution locales. Si M. Ricord n'eût pas tiré de ces éléments tout l'avantage qu'il pouvait y rencontrer pour sa cause, nous nous assurons que c'est à la conscience de la grandeur de la concession qu'il était obligé de faire qu'on doit attribuer cette faiblesse relative de son argumentation. Trop absolu dans ses premières assertions, il a été sur le point d'en trop abandonner. Il y a de ces esprits pleins d'ardeur pour qui l'infériorité dans une escarmouche prend rapidement les proportions d'un naufrage.

Si nous relevons ici cette faiblesse en un point circonscrit de la dé-

FEUILLETON.

MONTAIGNE.

SES PÉRÉGRINATIONS A QUELQUES EAUX MINÉRALES.

Peu de nos confrères, je présume, ont eu l'occasion de lire le JOURNAL DU VOYAGE DE MICHEL DE MONTAIGNE EN ITALIE, PAR LA SUISSE ET L'ALLEMAGNE, EN 1580 ET 1581. J'avoue que, pour mon compte, j'en connaissais à peine le titre. Aussi ne fus-je pas médiocrement surpris lorsque, l'été dernier, le hasard ayant fait tomber cet ouvrage entre mes mains, je reconnus que Montaigne avait précisément exécuté le voyage que j'allais entreprendre, et que son principal but aussi avait été de visiter les eaux minérales du nord de l'Italie. On se demandera sans doute d'où put lui venir cette passion pour les eaux, car non-seulement il n'était point médecin, mais, de plus, il professait pour notre art le plus souverain et le plus injurieux mépris. Écoutons-le nous raconter lui-même les motifs qui l'engagèrent à voyager : c'est un malade qui expose, non sans quelque aigreur, ses misères, ses déceptions et ses espérances.

« Je suis aux prises, dit-il dans ses ESSAIS, avec la pire de toutes les maladies, la plus soubdaine, la plus douloureuse, la plus mortelle et la plus irrémédiable; j'en ay desjà essayé cinq ou six bien longs accez et pénibles. Jusqu'à l'âge de 45 ans, j'avais vescu en une heureuse santé. Je vouldrais bien que, de plusieurs aultres présents que peut faire la libéralité des ans, ils en eussent choisi quelqu'un qui m'eust esté plus acceptable; ils ne m'en eussent sceu faire que j'eusse eu plus en horreur, dez mon enfance. Il est à croire que je doibs à mon père cette qualité pierreuse, car il mourut à 74 ans, merveilleusement affligé d'une grosse pierre qu'il avait en la vessie. » Montaigne, tout en insistant sur cette hérédité, remarque que, de ses frères et sœurs, il est le seul qui ait été atteint de la gravelle ou, comme il l'appelle plus ordinairement, de la *colique*. Puis il continue : « Que les médecins excusent un peu ma liberté; car, par cette mesme infusion et insinuation fatale, j'ai receu la haine et le mespris de leur doctrine; cette antipathie que j'ay à leur art m'est héréditaire. Mes ancestres avaient la médecine à contrecœur; la veue mesme des drogues faisait horreur à mon père. Il peult estre que j'avais cette propension; mais je l'ay appuyée et fortifiée par les discours qui m'en ont estably l'opinion que j'en ay. » Suit une longue tirade contre la médecine et les médecins. C'est un feu roulant d'épigrammes, de plaisanteries et d'anecdotes, ramassées sans choix tant chez les anciens que chez les modernes, brutales pour la plupart ou du moins saupoudrées d'un gros sel fort peu attique. Les diatribes de Molière sont presque des aménités à côté de celles-là. Mais le véritable grief de Montaigne, bien qu'il n'ose l'avouer, c'est que la médecine a été impuissante à le guérir.

S'il n'a pu se débarrasser de sa gravelle, ce n'est pas faute, pourtant, d'avoir essayé de bien des remèdes. Sa philosophie n'a rien de commun avec celle

fense, ce n'est pas que nous attachions, nous, aucune importance à cette question de forme dans la manifestation des effets de l'inoculation. Les doctrines de la GAZETTE sur ce sujet sont suffisamment connues. Que l'inoculation enfante par une papule muqueuse, un tubercule plat, prenne les traits d'une bulle ou d'une papule, ou même d'une squamme, nous ne songeons pas à nous en étonner. L'affection est la même, la maladie est différente; le poison est un, la réaction de l'économie est multiple, cela ne nous révolte pas plus dans la syphilis que dans le choléra ou dans la grippe.

Ainsi donc, *urbi et orbi*, il a été édicté aujourd'hui qu'il y avait des accidents syphilitiques secondaires manifestement contagieux; que ces accidents étaient la papule muqueuse ou le tubercule plat.

Ce qui veut dire non moins nettement que les autres formes de la syphilis ne sont pas jusqu'ici contagieuses.

Nous tenons à bien préciser ces points, qui, en renversant la proposition trop absolue du chef d'école, confirment par le fait lui-même qu'elles consacrent, les autres lois de l'école, et donnent, même dans l'échelle des probabilités, une valeur très-respectable encore à la loi renversée au nom des principes. D'après la déclaration même contenue dans la première conclusion du rapport, en prenant en outre en considération le temps exigé pour l'établir, il n'est pas contestable que la probabilité relative de la transmission d'un accident secondaire donné quelconque ne penche notablement vers la négative. Parce qu'un principe, sur un point de détail, avait été poussé trop loin, gardons-nous de brûler, *ab irato*, des autels que nous avons encensés vingt ans. Les remarquables travaux que l'on doit au savant clinicien de l'hôpital du Midi sont heureusement toujours debout, et nous ne devons pas lui laisser dire ni penser que, par suite de sa juste concession de mardi, aucun esprit impartial se croie replongé dorénavant dans les ténèbres du seizième siècle.

Ajoutons que, dans ce débat un peu solennel, l'ingénieux continuateur de Hunter n'a eu de pire ennemi que l'émotion qui le dominait. Un esprit mortel ne triomphe pas impunément durant vingt-cinq années. Au jour où il est contraint à sacrifier quelques parcelles d'un bagage si chèrement acquis, le moral réagit trop sur l'intelligence. Est-ce au début de ses luttes que M. Ricord eût laissé passer sans la dissoudre la seconde des conclusions du rapport? Est-ce en présence des révélations fournies par l'observation de ces mères qui reçoivent de l'enfant qu'elles portent en elles des manifestations syphilitiques secondaires destinées à s'éteindre après la délivrance, qu'il était permis de dire « qu'il n'y avait aucune raison de supposer que, chez les enfants à la » mamelle, le produit des accidents secondaires ait des propriétés dif- » férentes de celles qu'on lui connaît chez l'adulte? » Est-il donc devenu tout d'un coup si différent de ce qu'il était dans le sein maternel cet enfant de 15 jours qui reçoit de sa nourrice ou qui lui imprime le cachet syphilitique secondaire? Et celle-ci, durant son allaitement, a-t-elle, de son côté, dépouillé si parfaitement les caractères constitutionnels attachés à l'état de grossesse? N'a-t-elle plus rien des susceptibilités physiologiques propres à la femme enceinte? Ou nous nous abusons, ou si elle se croyait obligée à répondre à la seconde question de la lettre ministérielle, la commission pouvait formuler une réponse moins compromettante, et surtout plus près des probabilités, puisqu'on ne sait encore rien de certain en cette matière. Car il est positif quo s'il y a des raisons de supposer quelque chose à cet égard, c'est que les enfants et les nourrices sont plus et peut-être même *autrement* susceptibles que les adultes ordinaires, en fait de contagion syphilitique. Jusqu'au moment où ont été apportées les expériences qui ont décidé la question en litige, les seuls exemples discutés, les seuls cités ou peu s'en faut, n'étaient-ils pas empruntés à la classe des allaitements? Vous voyez combien il est facile, même en ayant raison au fond, de se laisser emporter trop loin.

On a entendu, dans ce court débat, de très-singulières choses: cette séance a été celle des étonnements. Après celui causé par l'abjuration quasi-fougueuse et inattendue, dans cette forme au moins, de M. Ricord, l'Académie n'a pas entendu sans surprise un des plus anciens adversaires de l'école forcée à la retraite, s'étonner lui-même des questions posées par le ministre. Pour un peu, M. Velpeau, sauf son respect incontesté, aurait accusé Son Excellence de curiosité. Deux minutes plus tard, un des médecins légistes de l'assemblée veut qu'on ne réponde au ministre qu'un oui à peine accentué, sur une question essentiellement médico-légale: le médecin expert, nous dit-il, se forme une opinion d'après les circonstances de l'espèce, non d'après les théories scientifiques. Ce qui le réduirait au rôle de juré sans connaissances spéciales sur un point de science. Un moment vraiment on se serait cru présent à l'une des scènes de la satire Ménippée où chaque orateur parle, sans en avoir conscience, en sens contraire du rôle qu'il remplit.

Prenons donc ici la défense du chef de la magistrature, qui a parfaitement intérêt, ne fût-ce que pour en faire l'objet d'une instruction à ses parquets, à savoir ce que pense la science sur ces cas délicats de contagion dans lesquels le ministère public a toujours une part à prendre, une part impartiale et désintéressée, celle de la vérité, pour laquelle chacun lui doit témoignage.

Voilà pourquoi nous aurions désiré qu'après avoir voté la première conclusion de la commission, l'Académie eût remplacé la seconde par une réponse pleine de réserve et de doute, marquant l'hésitation de la science et indiquant au magistrat celle qu'il doit encore conserver sur ces sujets épineux.

GIRAUD-TEULON.

HYGIÈNE MILITAIRE.

DE L'EXCÈS DE MORTALITÉ DU A LA PROFESSION MILITAIRE; NATURE ET CAUSE DE LA PHTHISIE ENDÉMIQUE DE L'ARMÉE; MOYEN DE DIMINUER LA MORTALITÉ DES ARMÉES EN TEMPS DE PAIX ET EN TEMPS DE GUERRE; par M. le docteur THOLOZAN.

I.

DÉLAISSEMENT DES ÉTUDES HISTORIQUES. — PAS DE PROGRÈS RÉEL SANS DE NOUVELLES MÉTHODES D'OBSERVATION. — LA STATISTIQUE CONSTITUE POUR L'HYGIÈNE UN MOYEN DE RECHERCHE INCONNU A NOS DEVANCIERS.

On croit trop que les travaux des modernes sont supérieurs à ceux des anciens. On attache un intérêt trop grand à des observations qui

---

de Zénon, car, « encore bien qu'il se contente de gémir sans brailler, » il est loin de mépriser la douleur. Voyez plutôt dans quels termes il parle de la santé : « C'est une précieuse chose et la seule qui mérite à la vérité qu'on y employe, non le temps seulement, la sueur, la peine, les biens, mais encores la vie à sa poursuitte; d'autant que, sans elle, la vie nous vient à estre pénible et injurieuse; la volupté, la sagesse, la science et la vertu, sans elle, se ternissent et esvanouïssent. » N'est-ce pas là un langage quelque peu singulier dans la bouche d'un philosophe? Si donc Montaigne ne tente pas de nouveaux moyens, « ce n'est ni par dépit ni par gloriole, » c'est parce qu'il lui répugne d'admettre qu'un médicament dirigé contre un organe souffrant, puisse se rendre sans encombre à son adresse. « Les promesses de la médecine sont, dit-il, incroyables. Ils nous vont persuadant que, de leurs ingrédients, cettuy-cy eschauffera l'estomach, cet aultre refreschira le foye; l'un a sa charge d'aller droict aux reins, voire jusques à la vessie, sans estaler ailleurs ses opérations; l'aultre asseichera le cerveau; celuy-là humectera le poulmon. De tout cet amas, ayant faict une mixtion de bruvage, n'est-ce pas quelque espèce de resverie d'espérer que ces vertus s'aillent divisant et triant de cette confusion et meslange, pour courir à charges si diverses? Je craindrais infiniement qu'elles perdissent ou eschangeassent leurs étiquettes et troublassent leurs quartiers. » Pour qu'il consentit, malgré ses préventions, à essayer encore de quelques remèdes, il lui faudrait un médecin *spécialiste*. Les spécialités en médecine sont donc loin d'être d'invention moderne! Elles le sont si peu, qu'au dire de Montaigne, elles étaient déjà en très-grande faveur dans l'antique Égypte. Laissons-le parler lui-même; « Les Ægyptiens avaient raison de rejecter ce général mestier de médecin et de descouper cette profession; à chasque maladie, à chasque partie du corps, son œuvrier; car cette partie en estait bien plus proprement et moins confusément traictée, de ce qu'on ne regardait qu'à elle *spécialement*. Les nostres ne s'advisent pas que, qui pourveoit à tout ne pourveoit à rien; que la totale police de ce petit monde leur est indigestible, et que, pendant qu'ils craignent d'arrester le cours d'un dysenterique, pour ne luy causer la fiebvre, ils me tueront un amy qui valait mieulx que tous tant qu'ils sont. » La morale de tout ceci, selon Montaigne, « c'est que les médecins hastelant et haguenaudant aux despens des malades, ceulx-ci, en ce trouble, doivent se laisser doulcement conduire à leur appétit et au conseil de nature, et se remettre à la fortune commune. »

Cependant il se ravise et, comme s'il trouvait lui-même ses conclusions un peu absolues, il consent à faire une exception en faveur des eaux minérales. Voici, à cet égard, sa curieuse profession de foi : « J'ay veu, dit-il, par occasion de mes voyages, quasi touts les bains fameux de chrestienté, et, depuis quelques années, ay commencé à m'en servir, car, en général, j'estime le baigner salubre. Encores que je n'y aye apperceu aulcun effect extraordinaire et miraculeux, ains que, m'en informant un peu plus curieusement qu'il ne se faict, j'ay trouvé mal fondez et fauls touts les bruits de telles opérations qui se sèment en ces lieux-là, et qui s'y croyent (comme le monde va se pipant ayseement de ce qu'il désire), toutesfois aussi n'ay-je veu gueres de personnes que ces eaux ayent empiré, et ne leur peult-on sans malice refuser cela qu'elles n'esveillent l'appetit, facilitent la digestion, et nous prestent

n'ont souvent d'autre mérite que leur actualité. Préoccupés d'un petit nombre de faits qui sont le fonds intellectuel de notre époque, nous en sortons bien rarement pour faire excursion dans le monde de faits et d'observations que nos devanciers ont parcourus avant nous. L'histoire de notre art, qui en est la partie la plus intéressante, la plus élevée et la plus fertile en considérations pratiques, est celle qui est la plus délaissée. C'est aux corps enseignants, aux académies, aux sociétés savantes qu'il appartient de relever l'importance des études historiques. Notre époque, toute riche qu'elle est en découvertes ingénieuses, n'a pas encore réalisé pour les sciences médicales un grand progrès. Ce qui le montre, c'est l'incertitude et le doute qui règnent sur toutes les questions théoriques et pratiques de notre art.

Avant de développer les faits qui sont l'objet de ce mémoire, je dois rappeler ces principes. Il n'y a pas d'observation complète sans l'analyse rétrospective des vues et des idées de nos devanciers. L'histoire de l'hygiène militaire et celle des maladies des armées montre que depuis les guerres du commencement de ce siècle jusqu'à nos jours il ne s'est produit aucun perfectionnement notable dans la doctrine et dans la pratique des questions sanitaires relatives aux armées. Quelques érudits seuls connaissent les travaux des observateurs du dix-septième et du dix-huitième siècle sur cette partie si intéressante et si négligée de la médecine que Plonquet, dans sa LITTÉRATURE MÉDICALE, désigne sous le nom de *medicina castrensis*. Je fais allusion à cette liste assez longue d'écrits importants parce qu'on y trouve déjà tous les préceptes qui font loi de nos jours. Le fond est le même et la forme du travail est à peine altérée, bien que les observateurs actuels n'aient point consulté leurs devanciers. C'est qu'avec une même méthode et des mêmes procédés on arrive à des résultats analogues. Les séries d'observations s'échelonnent sans modifications, et cette répétition du même travail est improductive.

Aujourd'hui un instrument nouveau a semblé devoir donner des résultats plus précis. Les calculs si simples sur lesquels repose la statistique médicale avaient déjà été appliqués avec succès en Angleterre il y a une vingtaine d'années au problème de la mortalité des armées. Repris et continué dans ces derniers temps, ils ont établi d'une manière définitive un fait qui était seulement signalé d'une manière vague et incomplète par quelques écrivains des siècles passés: je veux parler de l'excès de maladivité et de mortalité des armées en temps de paix. Dans quelles circonstances a été constaté ce fait; quelle en est l'importance et le degré de certitude; telles sont les données que je vais d'abord passer en revue.

II.

DÉTERMINATION DE L'ÉTAT SANITAIRE DES ARMÉES EN TEMPS DE PAIX.

Quelles sont les conditions sanitaires des armées en temps de paix? Cette première question paraît si élémentaire, qu'on suppose qu'il n'y a qu'à prendre à ce sujet des conclusions toutes faites. Depuis à peu près un demi-siècle, les médecins et les hygiénistes avaient eu l'occasion d'étudier la mortalité du soldat dans les circonstances ordinaires de la vie de garnison. Mais malheureusement, par un vice inhérent à l'éducation médicale et aux habitudes scientifiques de l'époque, ils n'avaient pas plus que les observateurs anciens précisé le nombre ni le genre des décès. Aussi, à part quelques résultats partiels que la statistique a enregistrés, n'a-t-on pas de données comparables entre elles sur la mortalité des différentes armées européennes et sur ses causes. L'Angleterre seule fait exception à cet égard. Un écrivain distingué et laborieux a fait connaître en France, il y a une quinzaine d'années, les beaux travaux sur la statistique médicale de l'armée anglaise publiés par le colonel Bulloch, aidé de l'inspecteur adjoint Marshall et ensuite du docteur Graham Balfour. Nous avons analysé nous-même dans la GAZETTE MÉDICALE, en 1856, le dernier volume de ces documents dû à la plume du docteur Balfour. Depuis lors une commission, composée de notabilités scientifiques, militaires et administratives, chargée par le gouvernement d'étudier les principales questions relatives à l'hygiène militaire, a traité de nouveau la question de la mortalité de l'armée dans un rapport remarquable et très-développé (1). C'est à ses différentes sources que nous avons emprunté les données numériques que nous allons faire connaître.

De 1839 à 1853 la population mâle d'Angleterre, à l'âge du service militaire, a perdu annuellement 9 individus environ sur 1000; tandis que dans l'armée, à la même époque la mortalité s'est élevée à 33 sur 1000. Il est vrai que l'armée est exposée aux vicissitudes de tous les climats, et qu'elle occupe un grand nombre de localités insalubres. Pour avoir des données comparables entre elles, il faut prendre la mortalité de la partie de l'armée qui stationne en Angleterre. La statistique officielle donne pour ces corps de troupe les chiffres suivants:

Mortalité annuelle	17,5 sur 1000.
Soit pour la cavalerie	11,0
Pour les dragons de la garde	13,3
Pour les gardes à pied	20,4
Pour l'infanterie de ligne	18,7

On peut comparer à différents points de vue ces proportions avec celles de la population civile. Pour l'Angleterre et le pays de Galles, à l'âge du service militaire, il meurt annuellement dans les districts ruraux et urbains, 9,2 individus sur 1000. Dans les districts ruraux seuls, la mortalité n'est que de 7,7, et dans l'une des villes les plus insalubres, Manchester, elle est de 12,4.

J'ai pris la mortalité de tous les hommes civils ou militaires âgés de 20 à 40 ans; si l'on recherche ce que deviennent ces proportions à différentes époques de cette période de vingt années, on obtient le tableau suivant:

Agé de 20 à 25 ans.	civils	8,4	décès sur 1000.
	militaires	17,0	— —
Agé de 25 à 30 ans.	civils	9,2	— —
	militaires	18,3	— —
Agé de 30 à 35 ans.	civils	10,2	— —
	militaires	18,4	— —

(1) REPORT ON THE REGULATIONS AFFECTING THE SANITARY CONDITION OF THE ARMY, THE ORGANISATION OF MILITARY HOSPITALS AND THE TREATMENT OF THE SICK AND WOUNDED. (Rapport sur l'état sanitaire de l'armée, l'organisation des hôpitaux militaires, et le traitement des malades et des blessés. Londres, 1858.)

---

quelque nouvelle alaigresse, si on n'y va pas trop abattu de forces, ce que je desconseille de faire; elles ne sont pas pour relever une pesante ruyne; elles peuvent appuyer une inclination legiere, ou prouveoir à la menace de quelque altération. Qui n'y apporte assez d'alaigresse, pour pouvoir jouir à plaisir des compagnies qui s'y treuvent, et des promenades et exercices à quoy nous convie la beauté des lieux où sont communément assises ces eaux, il perd sans doubte la meilleure pièce et plus asseurée de leur effect (1). »

Rendons ici pleine justice à Montaigne, encore bien qu'à nous autres médecins il l'ait rendue si rarement. Certes il était impossible de juger avec plus de sagacité et de mesure qu'il ne l'a fait, la valeur réelle des eaux minérales. Comme lui j'ai visité, dans mes voyages, les bains les plus fameux, tant en France qu'à l'étranger, et, comme lui aussi, m'informant curieusement, j'ai trouvé que la plupart des vertus merveilleuses qu'on leur attribue ne reposent que sur de vagues rumeurs ou des affirmations mensongères. Sans doute, les eaux peuvent rendre et elles rendent réellement d'importants services au double point de vue de la thérapeutique et de l'hygiène; elles sont surtout éminemment propres à remonter les forces de l'organisme; mais, ainsi que le remarque très-judicieusement Montaigne, on ne doit pas attendre, pour y recourir, que la constitution ait été trop profondément détériorée, sans quoi elles échoueraient. Quant à ce qu'il dit de l'heureuse influence des sites, des promenades et de la société, il faut bien admettre avec lui que ce sont là quelquefois de puissants auxiliaires de la médication thermale, et qu'on ne saurait, sans injustice, leur refuser une certaine part dans les résultats.

Nous voilà suffisamment renseignés sur l'état de santé de Montaigne: il avait la gravelle; et sur ses opinions relatives à la médecine: il ne croyait qu'aux eaux. Ouvrons maintenant son JOURNAL.

Le JOURNAL de Montaigne est la relation détaillée, étape par étape, de tout ce qui lui est arrivé chaque jour pendant les dix-sept mois qu'a duré sa tournée à diverses eaux minérales. En vain y chercheriez-vous un plan, de la méthode, du style; c'est moins un livre qu'un carnet de voyage où il a scrupuleusement consigné ce qui se rattache à lui personnellement et jusqu'aux plus petites particularités de son état tant physique que moral. Je doute fort que son intention ait été de le publier, tel du moins que nous l'avons aujourd'hui, car il en eût eu parfaitement le temps, sa mort n'étant arrivée qu'en 1592, c'est-à-dire plus de dix années après son retour d'Italie: or rien ne prouve qu'il y ait jamais songé. Le manuscrit ne fut même découvert que cent quatre-vingts ans plus tard au fond d'un vieux bahut, puis livré à l'impression sans qu'on osât, par respect pour Montaigne, toucher à une syllabe du texte. De là le décousu de l'ouvrage écrit moitié en mauvais français, et moitié en plus mauvais italien, tantôt de la main de Montaigne, tantôt au contraire de celle d'un secrétaire illettré; de là aussi certains détails intimes dont un malade est quelquefois forcé d'entretenir son médecin, mais dont un auteur ne devrait jamais maculer sa plume. Je comprends à merveille que les gens du monde se soient très-médiocrement épris de sem-

(1) Tous les passages guillemettés qui précèdent sont extraits des ESSAIS.

Agé de 35 à 40 ans. { civils. . . . 11,6 — — ; militaires. . 19,3 — —

III.

MORTALITÉ COMPARÉE DE L'ARMÉE ET DES DIFFÉRENTES PROFESSIONS CIVILES.

En poussant plus loin l'enquête, on a comparé la mortalité de l'armée à celle de quelques professions qui se rapprochent du métier des armes sous le rapport des influences hygiéniques. On a trouvé ainsi que dans les gardes à pied la mortalité était 3 fois et 1/3 plus forte que celle des laboureurs et autres travailleurs ruraux. Pour l'infanterie de ligne la proportion est de 2,9; pour les dragons, de 2 1/5; pour la cavalerie, de 1 4/5. Cela revient à dire que s'il meurt par an 6,056 sur 1000 individus appartenant aux professions rurales, il en meurt 11,1 dans la cavalerie, 13,5 dans les dragons, 17,9 dans l'infanterie de ligne, et 20,4 dans l'infanterie de la garde.

Les ouvriers appartenant à des professions qui s'exercent en plein air, dans les villes, ont une mortalité un peu supérieure à celle des travailleurs ruraux. Elle est de 8,53 sur 1000. La mortalité de la cavalerie lui est supérieure de 1 3/10, celle des dragons de 1 1/2, celle de l'infanterie de 2 1/10, celle des gardes à pied de 2 1/3.

Un groupe d'autres professions urbaines s'exercent en partie à l'intérieur des ateliers, en partie au grand air. Ces professions donnent une mortalité de 8,449 sur 1000; chiffre inférieur de 1 3/10 à la mortalité sur la cavalerie, de 1 1/2 à la mortalité des dragons, de 2 1/10 à la mortalité de l'infanterie, de 2 1/3 à celle des gardes à pied.

IV.

CONSÉQUENCES ÉTIOLOGIQUES ET HYGIÉNIQUES; DISCUSSION DES DONNÉES PRÉCÉDENTES.

Il résulte de ces diverses comparaisons un premier enseignement : ce ne sont ni les exercices en plein air, ni l'habitation des villes, ni la qualité des aliments, ni les vêtements, agents hygiéniques dont l'action s'exerce d'une manière bien plus favorable et bien mieux réglée pour le soldat anglais que pour l'ouvrier civil, qui déterminent le surcroît de mortalité que l'on constate. On dira peut-être que les veilles et le service de nuit sont une des causes les plus puissantes de maladivité et de mortalité ; l'hygiène a à ce sujet des lieux communs qui, passés dans la science, servent de démonstration, et sont adoptés par les esprits les plus éclairés. Il faut, nous l'avons déjà fait sentir à plusieurs reprises (1), chercher dans les faits bien étudiés et classés par la statistique le contrôle de ces assertions, qui n'ont d'autre fondement que des idées théoriques. C'est ainsi que Parent-Duchâtelet, que Villermé chez nous, que W. Farr, que Sutherland, que G. Balfour en Angleterre, sont arrivés à la constatation de données qui sont les seules véritables bases de l'hygiène. En procédant avec cette méthode rigoureuse, on trouve que les ouvriers imprimeurs, qui passent six nuits sur sept à leur travail, ont une mortalité de 9,09 sur 1000, soit un chiffre 1 fois 2/10 moins élevé que celui de la cavalerie, 1 fois 4/10 que celui des dragons, 2 fois que celui de l'infanterie, 2 fois 2/10 que celui des gardes. On remarquera que le service de nuit, si rude pour les imprimeurs, est très-peu de chose dans l'artillerie et dans la cavalerie, n'a rien d'excessif dans la ligne et ne prend dans la garde qu'une nuit sur cinq. Nous parlons ici de l'armée anglaise ; en France le service de nuit peut être évalué à une nuit sur trois ou sur quatre.

On peut objecter que le service de nuit des imprimeurs s'exerce dans des ateliers bien clos, tandis que les sentinelles de l'armée sont exposées à l'air. Les policemen de Londres ont aussi des gardes nocturnes en plein air ; elles sont plus fréquentes et durent plus longtemps que celles des militaires. Malgré ces conditions désavantageuses, la cavalerie perd 1 fois 1/3, les dragons 1 fois 4/10, l'infanterie de ligne 2 fois, les gardes à pied 2 fois 2/10 plus d'hommes que la police, où la mortalité est de 8,92 sur 1000.

Il n'y a pas jusqu'aux professions qui s'exercent sous le sol, et où les ouvriers travaillent le jour et la nuit, les mineurs, par exemple, dont la mortalité de 10,31 ne soit inférieure à celle de l'armée.

V.

MÉTHODE A SUIVRE POUR DÉTERMINER LES CAUSES DE LA MORTALITÉ DE L'ARMÉE.

Quelle est donc la cause d'une mortalité aussi insolite qui s'appesantit sur 60000 hommes de troupes dispersées par fractions, dont la plupart ne s'élèvent pas au-dessus de 1000 hommes, au milieu de 28 millions d'habitants, dans l'une des contrées les plus salubres de l'Europe ? On vient de voir que le service de nuit n'explique en aucune façon ce surcroît de décès. Est-ce le manque d'exercices et d'occupations convenables? est-ce l'intempérance et la débauche? est-ce l'agglomération des hommes dans les casernes, l'insuffisance de la ventilation, les défauts de l'alimentation? Est-ce une ou plusieurs de ces deux causes réunies?

On se demande comment une question semblable a pu rester dans l'ombre pendant de longues années sans que des esprits éclairés aient cherché à la résoudre. C'est ainsi qu'on croyait fermement, et que beaucoup de personnes croient encore aujourd'hui le problème résolu. On connaissait à peine la mortalité de l'armée; on n'avait point comparé cette mortalité à celle des professions civiles, et l'on pensait en connaître les causes. Cette croyance domine tous les travaux qui ont été faits sur la médecine des armées ; j'en excepte seulement l'immortel ouvrage de Pringle, où l'on trouve l'analyse des faits précédant toujours la recherche des causes. Depuis ce profond observateur jusqu'à nos jours, on semble avoir oublié les préceptes relatifs à la détermination précise des influences étiologiques. Est-ce la température ou l'humidité de l'air? est-ce la fatigue, la mauvaise qualité des aliments, le mode de campement? Quelle est, de toutes ces influences morbides, celle qui a agi plus particulièrement dans une circonstance donnée? On sait avec quel art et quelle exactitude de détails Pringle a observée l'action des différents agents hygiéniques, avec quelle sûreté

(1) In Gazette médicale, 1855.

---

blables confidences, racontées le plus souvent en termes d'une révoltante crudité (1). J'avoue même bien franchement que j'ai senti plus d'une fois, en le lisant, le volume prêt à m'échapper des mains. Si donc, faisant taire mes scrupules, je viens en donner ici une analyse succincte, mais châtiée (2), c'est qu'il renferme de précieux renseignements qu'on chercherait vainement ailleurs, sur la manière dont on prenait les eaux il y a bientôt trois cents ans. C'est aussi qu'il nous fait connaître Montaigne, notre ennemi personnel quant à la violence et à la continuité de ses attaques, tel qu'il était réellement, et non tel qu'on est dans l'habitude de le juger d'après ses Essais. Or, combien de philosophes, surpris ainsi en déshabillé, sembleraient tout autres qu'ils ne paraissent dans leurs écrits, alors qu'avec une feinte bonhomie, ils se drapaient pour la postérité!

Ceci posé, reportons-nous par la pensée au 22 juin 1580. L'auteur des Essais (il en avait déjà publié les deux premiers livres) quitte son château de Montaigne, en Périgord, accompagné de plusieurs gentilshommes de ses amis, et s'achemine, tantôt en voiture, le plus souvent à cheval (1), dans la direction de Plombières. Il a 47 ans. Voilà deux ans seulement qu'il souffre de la gravelle, car, il nous l'a dit lui-même, c'est à 45 ans qu'il en a senti les premières atteintes. Après s'être arrêté quelque temps au siége de La Fère, formé par le maréchal Matignon, l'un des chefs de la Ligue, il arrive le 8 septembre à Épernay. « Là, dit-il, j'accostai, au sortir de l'église, M. Maldonat, jésuite duquel le nom est fort fameux à cause de son érudition en théologie et philosophie, et eûmes plusieurs propos de savoir ensemble lors et après dîner. » Le R. Père arrivait précisément de Spa. Voici ce qu'il apprit à Montaigne au sujet de ces eaux : « Ce sont, raconte-t-il, des eaux extrêmement froides, et on tenait là que les plus froides étaient les meilleures. Au-

(1) Cette littérature cynique était, du reste, dans les goûts et dans les mœurs licencieuses de l'époque, témoins les œuvres beaucoup trop vantées de Brantôme et de Rabelais. Et qu'on ne dise pas que ce sont les termes qui ont vieilli. Quelques-uns, sans doute, ont été détournés, avec l'âge, de leur signification première, mais d'autres, par les objets ou les actes qu'ils désignent, n'auraient jamais dû se rencontrer sous une plume un peu châtiée. Montaigne le comprenait si bien lui-même qu'après une phrase de ses Essais, encore plus ordurière que de coutume, il s'écrie gaillardement : « Il faut laisser aux femmes la vaine superstition des paroles. » Belle excuse! Comme si le respect de soi-même et des autres n'était qu'une simple affaire de pruderie.

(2) Cette analyse sera *châtiée* en ce sens qu'il me faudra faire un choix parmi les citations que j'emprunterai au Journal, et que, même pour les passages reproduits textuellement, je serai obligé d'en rectifier l'orthographe qui, par ses excentricités burlesques et parfois inintelligibles, indique que le secrétaire de Montaigne n'était autre que son valet de chambre.

(1) Montaigne aimait tout particulièrement l'exercice du cheval : « Je me tiens, dit-il, à cheval sans démonter, tout coliqueux que je suis et sans m'y ennuyer, huit à dix heures, *vires ultra sortemque senectæ*. » (Essais, liv. 3)

de métbode et de jugement il les a passés en revue, et combien il apporte de précision dans l'énonciation des causes. Pour faire comme l'anteur du TRAITÉ DES MALADIES DES ARMÉES, il faut observer les faits daos leur ensemble et dans leurs détails, il faut suivre l'effet des canses générales dans tontes leurs particularités. Si l'on n'avait pas été séduit par l'apparente solution qui arrête la plupart des esprits, on aurait étudié les moyens d'éclaircir le problème si important des causes de la mortalité de l'armée. Si l'on avait dressé avec soin la statistique des maladies qui sont canse de mort, si l'on avait ensuite comparé ce compte rendu détaillé des décès de l'armée à celui des professions civiles, on aurait été frappé d'un fait d'une bien graode importance pour l'hygiène et l'étiologie : je veux parler de l'accroissement du chiffre des affections chroniques de l'appareil respiratoire dans l'armée.

(*La suite au prochain numéro.*)

OBSTÉTRIQUE.

DE LA VERSION DU FOETUS PAR UN SEUL PIED, ET DE LA GÉNÉRALISATION DE CETTE MÉTHODE; par M. le docteur J. KUHN, médecin à Niederbronn.

Lorsque la version pelvienne est indiquée, on doit, d'après les préceptes généralement admis, saisir les deux pieds à la fois pour les amener au dehors, ou bien, si cela n'est pas facilement possible, n'en prendre qu'un d'abord, puis introduire une seconde fois la main dans l'utérus pour chercher l'autre. Dans le cas où il serait impossible d'atteindre le second pied, on peut se contenter d'un seul, et faire ainsi l'extraction de l'enfant.

Telle est à peu près la marche suivie et conseillée de nos jours. La version par un seul pied n'est admise, comme on voit, que par exception, et, en quelque sorte, comme dernière ressource.

Cependant beaucoup d'accoucheurs, surtout en Allemagne, ont déjà vanté les avantages de la version par un seul pied; ils ont insisté sur l'innocuité de cette méthode, et quant au fœtus et quant à la mère; ils ont fait voir que le procédé était plus facile et plus simple pour le médecin, moins long et moins douloureux pour la femme.

Parmi les accoucheurs qui ont prôné cette méthode, je citerai Wigand (1), Jœrg (2), Stein (3), Rossbirt (4), Freffurt (5), Letellier (6), E. de Siebold (7), Ritter (8), Arneth (9), Busch (10) et Kilian (11). Il me serait facile de faire des citations plus nombreuses; mais, malgré ces témoignages réitérés d'hommes spéciaux, la version *monopode* n'a pas encore été adoptée comme méthode générale. Ceci tient moins aux inconvénients plus ou moins chimériques qu'on a reprochés à la méthode, qu'au défaut de préceptes pour la pratiquer d'une manière convenable.

Il y a dix-sept ans environ j'ai été appelé à faire une version chez une femme de Reichshoffen pour une position de l'épaule. J'eus assez de peine pour avoir l'un des pieds, parce que l'utérus était fortement contracté; et, lorsque je me disposai à introduire une seconde fois la main pour aller à la recherche de l'autre pied, la femme me pria instamment de lui épargner cette douleur, et ne voulut à toute force pas consentir à l'achèvement régulier du procédé obstétrical. Je me décidai alors, ne pouvant pas faire autrement, à opérer des tractions sur le membre sorti, afin de dégager le pelvis avec l'autre membre relevé sur l'abdomen, et de terminer l'accouchement par un procédé que j'avais toujours regardé comme anormal, comme pouvant entraîner une foule d'inconvénients. Cependant le tout alla avec une facilité remarquable, et le pelvis put être extrait sans le moindre effort; aucune violence ne fut exercée, aucune lésion ne fut remarquée ni du côté de la mère ni du côté du fœtus.

Ce succès m'encouragea à essayer de nouveau le même procédé. Les occasions ne se firent pas attendre, et je me suis si bien trouvé de la version par un seul pied que, depuis, je n'ai plus été tenté de reprendre la méthode enseignée et recommandée dans les traités classiques. J'ai fait jusqu'à présent trente-quatre versions monopodes; toutes ont réussi, et j'ai constamment eu lieu de me féliciter d'avoir donné la préférence au procédé par un seul seul pied sur le procédé ordinaire.

Dès mes premières tentatives dans ce sens, je me suis aperçu qu'il y avait une certaine manœuvre opératoire par suite de laquelle le dégagement du fœtus se faisait plus facilement; qu'il ne s'agissait pas seulement de tirer sur le membre abdominal, mais qu'il fallait encore imprimer à ce membre une certaine direction, et surtout un léger mouvement de rotation autour de son axe.

Une position quelconque pouvant exiger la version étant donnée, voici comment je procède : j'introduis la main d'après les préceptes ordinaires, et je cherche à atteindre l'un des pieds, n'importe lequel, que je tire au dehors. Le pied sorti hors de la vulve et bien fixé au moyen d'un linge, je commence les tractions dans le sens de l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire en abaissant le membre vers le périnée. Mais tout en tirant, j'imprime à la jambe du fœtus un petit mouvement de torsion ou de rotation autour de son axe, de manière à porter la pointe du pied en dedans; ainsi un *mouvement rotatoire interne*. Ce mouvement, dont la direction diffère, par conséquent, selon que c'est le pied droit ou le pied gauche que l'on tient, doit être exécuté d'une manière graduelle et sans efforts; il doit être continué jusqu'à ce que le pelvis commence à s'engager dans l'excavation.

On arrive de la sorte à faire décrire au membre une rotation d'un quart de tour ou d'un demi-tour environ. Une fois le pelvis arrivé dans l'excavation, on relève le membre sortant vers le pubis, comme cela se pratique toujours, afin de dégager les fesses en modifiant les tractions selon les inflexions de l'axe du bassin.

(1) DIE GEBURT DES MENSCHEN, Berlin, 1820.
(2) HANDBUCH DER GEBURTSHÜLFE, Leipsig, 1820.
(3) PRACTISCHE ANLEITUNG ZUR GEBURTSHÜLFE, Marbourg, 1805.
(4) DIE GEBURTSHÜLFL. OPERATIONEN, Erlangen, 1842.
(5) GEBURTSHULFL. ABHANDLUNGEN, 1843.
(6) BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, oct. 1848.
(7) NEUE ZEITUNG F. GEBURTSHÜLFE, F. 26.
(8) RHEIN. MONATSCHRIFT F. PRACT. ŒRZTE, sept. 1850.
(9) DIE GEBURTSHÜLL. PRAXIS, Vienne, 1851.
(10) LEHRBUCH DER GEBURTSKUNDE, Marbourg, 1829.
(11) DIE GEBURTSLEHRE, Francfort, 1847.

cuns qui en boivent entrent en frisson et horreur; mais bientôt après on se sent une grande chaleur à l'estomac. Il en avait remarqué la force par le mal qu'elles ne lui avaient pas fait, en ayant bu plusieurs fois tout suant et tout ému. Il a vu, par expérience, que grenouilles et autres petites bêtes qu'on y jette se meurent à l'instant, et ouï dire qu'un mouchoir qu'on mettra au-dessus de ladite eau se jaunira incontinent (1). » On en boit quinze jours ou trois semaines pour le moins. C'est un lieu auquel on est très-bien accommode et logé, propre contre toute obstruction ou gravelle. » Ces renseignements, surtout le dernier, auraient peut être donné à Montaigne l'idée de se rendre à Spa; mais le père Maldonat ayant ajouté que « ni M. de Nevers ni lui n'en étaient revenus guère plus sains, » il n'en fut plus autrement question.

Montaigne continua son chemin par Châlons-sur-Marne, Bar, Donremy, Mirecourt, Épinay, récoltant en passant quelques anecdotes un peu grivoises. Ainsi c'est une jeune fille qui se fait passer pour homme, se marie, puis est pendue « pour inventions illicites à suppléer au défaut de son sexe. » C'est une autre qui, tout d'un coup, devient réellement homme en sautant un fossé, et dont une légende populaire raconte la subite métamorphose. Puis d'autres encore. Enfin, le 16 septembre, il arrive aux

BAINS DE PLOMBIÈRES. « Ce lieu, dit-il, est assis aux confins de Lorraine et de l'Allemagne, dans une fondrière, entre plusieurs collines hautes et coupées qui le serrent de tous côtés. Au fond de cette vallée naissent plusieurs sources, tant froides que chaudes; l'eau chaude n'a nulle senteur ni goût, et est chaude tout ce qui peut s'en souffrir au boire, de façon qu'on est contraint de la remuer de verre à autre. Il y en a deux seulement dont on boit, celle qui tourne le dos à l'orient et qui produit le bain qu'ils appellent le *Bain de la reine*, laisse en la bouche quelque goût doux comme de réglisse, avec je ne sais quoi de fer. L'autre qui sourd de la montagne opposite, a un peu plus d'âpreté et y peut-on découvrir la saveur de l'alun. » Je ne sais où Montaigne va chercher toutes ces particularités de saveur. Les deux sources qu'il désigne, les mêmes précisément dont on boit aujourd'hui, n'ont, il l'a dit lui-même en commençant, « nulle senteur ni goût. »

Voyons maintenant comment il s'exprime au sujet des bains : « Il y en a plusieurs, surtout un grand et principal, bâti en forme ovale, d'une ancienne structure. Il a trente-cinq pas de long et quinze de large. L'eau chaude sourd par le dessous, à plusieurs surgeons, et fait-on par le dessus écouler de l'eau froide pour modérer le bain, selon la volonté de ceux qui s'en servent. Les places y sont distribuées par les côtés avec des barres suspendues, à la manière de nos écuries, et jette-t-on des ais par dessus pour éviter le soleil et la pluie. Il y a, tout autour des bains, trois ou quatre degrés de marches de

(1) Ce dernier détail est inexact. Un mouchoir ne jaunira qu'autant qu'il sera plongé dans l'eau minérale elle-même : il faudra, de plus, un certain temps pour que celle-ci laisse déposer une partie de son carbonate de fer, lequel sel a effectivement une teinte jaune. Du reste, je ne puis que renvoyer à mon GUIDE pour tout ce qui touche aux assertions de Montaigne non-seulement sur Spa, mais sur les autres Bains dont il va nous entretenir.

Le mouvement combiné de traction et de rotation se fait en général plus facilement qu'on ne croit, parce qu'il se trouve être en concordance synergique avec le travail même de la parturition. Par ce genre de manœuvre, on vient en quelque sorte au devant des efforts de la nature en donnant aux parties du fœtus une direction et une disposition qui favorisent la descente du pelvis, et en rendent l'extraction plus facile.

Qu'on suppose, en effet, le mouvement rotatoire exécuté en sens inverse, c'est-à-dire en dehors, le membre inférieur resté dans la matrice, au lieu de s'appliquer contre le plan abdominal, s'écarterait du tronc, retenu qu'il serait par le frottement contre les parois utérines, et viendrait faire obstacle à la descente du pelvis. Si, au contraire, le mouvement rotatoire est fait en dedans, le membre abdominal non sorti vient naturellement s'appliquer contre le ventre; la traction exercée sur l'autre membre allonge les fesses en même temps que le mouvement de torsion tend à en diminuer le volume; par ce double mouvement, toutes les parties du fœtus se ramassent et se pelotonnent pour mieux se prêter à l'évolution et à l'extraction. En un mot, la rotation interne favorise le dégagement progressif du fœtus, tandis que la rotation en dehors le contrarie. Les tractions pures et simples, c'est-à-dire sans torsion, lors même qu'elles atteignent le but, exigent toujours une plus grande somme d'efforts que les tractions faites suivant la méthode que je viens de décrire.

On peut avoir à faire la version dans deux circonstances ou deux temps différents, avant ou après la rupture des membranes. Dans le premier temps, elle présente généralement peu de difficultés, comme on sait; mais une fois les eaux écoulées, les conditions changent et les difficultés augmentent. C'est principalement la version au second temps que j'ai eue en vue jusqu'à présent: c'est en effet celle qui se présente le plus communément dans la pratique civile, parce que l'accoucheur n'est ordinairement appelé que plus ou moins longtemps après l'écoulement des eaux. Si la version par un seul pied offre des avantages après la rupture des membranes, elle en offre à plus forte raison lorsque les membranes sont encore intactes: rien n'est plus facile alors que d'attirer l'un des pieds et de l'extraire en faisant subir au membre le mouvement de rotation déjà décrit. Le procédé monopode doit être préféré, dans ce cas, aux procédés généralement enseignés, et qui consistent, soit à introduire deux fois la main dans l'utérus pour avoir l'un après l'autre les deux pieds, soit à saisir les deux pieds à la fois et à les extraire ensemble, ce qui est difficile, souvent impossible, et toujours douloureux à cause du volume que prend la main de l'accoucheur. Comme la version faite avant la rupture des membranes permet, vu la mobilité de l'enfant, d'imprimer au membre qu'on attire telle ou telle direction, on doit tâcher de faire en sorte que le plan dorsal du fœtus vienne se mettre en rapport avec les parties antérieures du bassin, ce qui est toujours préférable; ainsi l'on saisira le pied de manière à porter la pointe en avant, mais inclinée vers la cuisse droite de la mère, si c'est le pied gauche, et vers la coisse gauche si c'est le pied droit du fœtus.

Le procédé monopode, à mon avis, doit être tenté dans tous les cas de version; il doit constituer la règle et non l'exception, d'abord parce qu'il abrége et simplifie le travail, et ensuite parce qu'il diminue la somme des douleurs, et, par conséquent, des suites plus ou moins mauvaises que toute parturition artificielle peut entraîner. De plus, il présente l'avantage comme méthode opératoire de reposer sur des règles fixes aussi simples que faciles à saisir.

Les principales objections qui ont été faites contre la version par un seul pied sont les suivantes:

1° Elle peut amener, a-t-on dit, la fracture ou la luxation de l'un des membres abdominaux;

2° Occasionner la compression du foie ou du cordon par le pied qui reste appliqué contre le plan abdominal;

3° Déterminer la rupture du périnée.

Ces objections reposent moins, ce me semble, sur l'observation clinique qu'elles ne me paraissent suggérées par des vues théoriques ou des idées préconçues.

Quiconque connaît l'organisation du fœtus doit savoir que les cuisses peuvent parfaitement s'appliquer contre l'abdomen sans qu'une luxation soit jamais à craindre. Au reste, l'expérience est là pour prouver combien une telle appréhension est illusoire. Quant à des fractures amenées par l'extraction du membre, elles ne pourraient être que le résultat de manœuvres violentes ou maladroites, manœuvres qu'on ne saurait supposer de la part d'un opérateur ayant tant soit peu de tact et d'habitude. Si de pareils accidents arrivent, ils doivent moins être imputés à la méthode qu'à l'accoucheur. La version monopode, d'ailleurs, n'expose pas plus aux fractures qu'aucun autre genre de version.

L'idée que le pied du fœtus pourrait exercer une compression fâcheuse sur l'organe hépatique ou sur le cordon a été mise en avant par Osiander (1), chez lequel il est facile, du reste, de reconnaître une grande prévention contre les versions par un seul pied. Il suffit cependant d'observer les choses telles qu'elles se passent pour se convaincre que de pareilles craintes sont au moins exagérées. La compression dont il s'agit ne pourrait s'exercer qu'au moment où l'abdomen du fœtus s'engage dans le détroit et franchit l'excavation. Or, tous ceux qui ont fait des versions monopodes ont pu remarquer qu'une fois le pelvis dégagé, la partie inférieure du tronc suit sans la moindre difficulté, bien que flanquée de l'un des membres abdominaux. La souplesse de ces parties fait qu'elles se plient aisément aux différentes sinuosités du passage, et la facilité ainsi que la promptitude avec laquelle s'opère en général leur sortie ou leur extraction, excluent toute idée de compression tant soit peu forte ou durable sur le foie ou sur le cordon. Au reste, je ne sache pas que des accidents de ce genre aient été relatés, et l'expérience semble donner le démenti aux opérations du professeur de Goettingue.

Je dirai la même chose par rapport aux ruptures du périnée. Le passage du pelvis et du tronc avec l'un des membres repliés sur le plan abdominal, se fait trop aisément dans la règle pour qu'il y ait lieu à rupture. Les déchirures périnéales sont le fait du passage de la tête, et non de parties qui, par leur souplesse, se prêtent avec une facilité remarquable au dégagement ou à l'extraction.

(1) HANDBUCH DER ENTBINDUNGSKUNST; Tubingue, 1830, t. II.

(La fin au prochain numéro.)

---

pierre, à la mode d'un théâtre, où ceux qui se baignent peuvent être assis ou appuyés. On y observe une particulière modestie, et il est indécent aux hommes de s'y mettre sans un petit braiet et aux femmes sans une chemise. » Depuis Moutaigne la disposition des bains a bien changé. Ainsi le grand bain oval (1) a complétement disparu, et sur son emplacement s'élève aujourd'hui le gracieux édifice appelé *Bain romain*. De même, hommes et femmes ne sont plus réunis pêle-mêle dans une commune enceinte; chaque sexe occupe un compartiment séparé; au lieu d'un petit braiet ou d'une simple chemise, tout baigneur est revêtu d'un long peignoir de laine; enfin les malades qui le désirent ont leur cabinet à part.

» La façon du pays, continue Montaigne, c'est seulement de se baigner, et cela deux ou trois fois par jour. Aucuns prennent leur repas au bain, où ils se font communément ventouser et scarifier, et ne s'en servent qu'après s'être purgés. S'ils boivent, c'est un verre ou deux dans le bain. Ils trouvaient étrange ma façon d'agir, qui, sans médecine précédente, en buvais neuf verres, revenant environ à un pot, tous les matins à sept heures; dînais à midi, et, les jours où je me baignais, qui étaient de deux jours l'un, sur les quatre heures, ne restais au bain qu'environ une heure: ce jour-là, je me passais volontiers de souper. Une saison dure pour le moins un mois. On préfère le printemps en mai et on n'y vient guère après le mois d'août, pour la fraîcheur du climat; mais nous y trouvâmes encore de la compagnie, à cause que la sécheresse et les chaleurs étaient plus grandes et plus longues que de coutume. » La manière actuelle de prendre les eaux de Plombières se rapproche beaucoup, à quelques particularités près, de celle qu'avait adoptée Montaigne. Il est à regretter qu'il ne nous donne pas de détails sur les maladies qu'on traitait alors à ces eaux. Il se contente de dire « qu'il y vit des hommes guéris d'ulcères et de rougeurs du corps. » Le seul fait un peu circonstancié dont il parle est relatif à un gentilhomme chez lequel tout un côté de la barbe et du sourcil était subitement devenu blanc, par le fait d'une vive émotion, tandis que le côté opposé avait continué d'être du plus beau noir. De pareils changements de coloration ne sont pas très-rares (1), seulement j'ignorais que les eaux minérales pussent y porter remède. Qu'avait-

(1) Ce bain, qui n'était autre qu'une ancienne piscine romaine, avait déjà subi de fortes réductions à l'époque où Montaigne vint à Plombières. Ainsi dans la description donnée par Caméraríos, une demi-siècle auparavant, on voit qu'il mesurait alors environ quatre cents pas de circonférence:

Quem circum paries datus coercet,
Passus qui bis habet fere ducentos.

(1) Mézerai rapporte que « Ludovic Sforce, surnommé *le More*, ayant été fait prisonnier par Louis XII, fut saisi d'une telle frayeur, que, la nuit qui devait précéder son supplice, son poil qui était fort noir devint tout blanc, de telle sorte que le lendemain ses gardes s'imaginèrent que c'était un autre homme. » Et, sans aller chercher nos exemples si loin, qui ne sait que les cheveux de l'infortunée Marie-Antoinette blanchirent de même en une nuit?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

V. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros du deuxième semestre de l'année 1857 et ceux de l'année 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Influence de la grossesse sur l'aliénation mentale*, par M. L.-V. Marcé. 2° *Symptômes physiques de la folie*, par M. Sauze. 3° *Observations sur l'influence pathogénique de l'insomnie*, par M. Renaudin. 4° *Considérations sur l'oblitération et l'aberration des fonctions relatives*, par M. Follet. 5° *De la paralysie générale d'origine saturnine*, par M. Desvouges. 6° *Etudes sur les causes de la folie puerpérale*, par M L.-V. Marcé. 7° *De la physiologie de la pensée*, par M. Lélut. 8° *Résumé d'observations relatives à l'histoire naturelle du crâne humain*, par M. P. Gratiolet. 9° *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*, par M. Foville fils. 10° *Du délire des affections ou de l'altération des sentiments affectifs dans les diverses formes de l'aliénation*, par M. Th. Auzouy. 11° *De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les dements paralytiques*, par M. Baillarger. 12° *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux*, par le même. 13° *Des rémissions pendant le cours de la paralysie générale*, par M. Sauze. 14° *Trois nouvelles observations de cancer du cerveau*, par M. Auzouy. 15° *De la forme du délire chez les aliénés pellagreux*, par M. Aubert.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT SUR LA GUÉRISON DE L'ALIÉNATION MENTALE ; par M. L.-V. MARCE,

CONCLUSIONS. — 1° On ne saurait trop s'élever contre la pratique des médecins qui conseillent ou permettent une grossesse aux femmes aliénées, car il résulte des faits mentionnés dans ce travail que, dans la grande majorité des cas, la grossesse et l'accouchement, loin d'avoir une influence favorable sur la guérison de l'aliénation mentale, semblent au contraire accélérer la marche de la maladie vers la démence ; si, dans certains cas exceptionnels (2 fois sur 16), la grossesse a suspendu la marche de la maladie, cette modification a été passagère et la folie a reparu après l'accouchement.

2° Dans quelques cas peu nombreux (4 sur 16), et remarquables surtout par la prédominance des manifestations érotiques, la grossesse a influé d'une manière heureuse sur la guérison.

3° Lorsque la folie se développe pendant la grossesse, très-souvent elle reste incurable, même après l'accouchement, ou guérit beaucoup plus tard, en sorte qu'on ne peut attribuer à ce dernier une influence réelle sur la terminaison de l'affection nerveuse.

4° Quelquefois cependant (3 fois sur 10) l'accouchement emporte avec lui la maladie, qui peut alors être regardée comme sympathique.

5° Chez les aliénées, le travail de l'accouchement est souvent remarquable par le peu d'intensité ou même l'absence complète de douleurs.

ÉTUDES SUR LES CAUSES DE LA FOLIE PUERPÉRALE ; par le même.

Cette étude est basée sur l'analyse de 60 observations.

L'auteur divise les causes de la folie puerpérale en prédisposantes et occasionnelles.

A la tête des premières se place l'*hérédité*. Sur 56 malades dont les antécédents ont été notés avec soin, 24 ont offert, soit chez leurs ascendants directs, soit chez leurs collatéraux, des cas d'aliénation mentale confirmée (sans tenir compte de la prédisposition héréditaire résultant de névrose autres que la folie).

La prédisposition à la folie puerpérale augmente avec le *nombre des grossesses*. Les grossesses nombreuses et très-rapprochées débilitent profondément l'organisme. Cet état d'épuisement, favorisé parfois encore par les hémorrhagies pendant ou après l'accouchement, laisse prise à tous les accidents nerveux.

C'est par la même raison que l'*allaitement* agit dans la production de la folie ; parfois cependant, si la folie survient à la suite du *sevrage*, elle peut être liée à un état de pléthore déterminé par la suspension d'une sécrétion abondante.

Un *accès antérieur* de folie puerpérale prédispose à un nouvel accès.

L'*âge* semble exercer une certaine influence.

La statistique confirme l'opinion de M. Baillarger : que les femmes ayant dépassé l'âge de la vie où la grossesse est plus fréquente et plus naturelle en même temps, sont, plus que les autres, exposées à la folie, suite de couches.

L'*état moral* de la femme pendant la grossesse ne peut être regardé comme une prédisposition que lorsqu'il dépasse les bizarreries de caractère, de goût, d'affection, si fréquentes dans la grossesse, et qu'il constitue une modification notable et persistante des facultés affectives et sensoriales.

Les principales causes *occasionnelles* qui peuvent faire éclater le délire chez les sujets prédisposés sont l'*époque du retour* des menstrues, les *convulsions* pendant l'accouchement, les *douleurs* qui accompagnent l'*adénite mammaire*, les *refroidissements*. Dans la grande majorité des cas, plusieurs de ces causes se trouvent réunies sur un même sujet, et de leur action combinée résulte un état morbide qui n'aurait peut-être pas été produit si elles avaient été isolées.

Lorsque, par ses antécédents morbides, une femme semble prédisposée à la folie, chacune de ces causes peut devenir l'objet d'une indication bien positive : s'élever contre les grossesses trop nombreuses et trop rapprochées ; combattre toutes les causes d'épuisement ; s'opposer à la lactation dans certaines circonstances données ; surveiller le retour des couches ; éviter enfin les émotions morales, etc.

DES SYMPTÔMES PHYSIQUES DE LA FOLIE ; par M. SAUZE.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes, qui expriment d'une manière très-nette les convictions personnelles de l'auteur sur des points dont quelques-uns pourraient être contestés. Nous soulignons les expressions qui nous paraissent discutables.

---

un promis à ce gentilhomme impressionnable en l'envoyant à Plombières ? Que le côté noir deviendrait blanc ou que le côté blanc reprendrait sa teinte noire ? C'est ce que Montaigne ne nous dit pas. Il est de même très-sobre de renseignements pour ce qui le touche personnellement. Nous savons seulement « que sa cure fut de onze jours, pendant lesquels il but neuf verres huit jours, et sept verres trois jours, et se baigna cinq fois. Il trouva l'eau aisée à boire, et le bain d'une très-douce température. L'appétit, il l'eut bon ; le sommeil, le ventre, rien de son état ordinaire n'empira. Le sixième jour, il eut la colique très-véhémente, et, après quatre heures de souffrances aiguës, rendit deux petites pierres, puis du sable. »

Montaigne se louait beaucoup de son séjour à Plombières. « Nous logeâmes, dit-il, à l'Ange, qui est le meilleur hôtel, d'autant qu'il répond aux deux bains. Tout le logis, où il y avait plusieurs chambres, ne coûtait que quinze sols par jour ; la nourriture des chevaux sept sols. (Quelle différence aujourd'hui dans les tarifs !) Toute autre sorte de dépense à bonne et pareille raison. Les hôtes fournissent partout du bois ; mais le pays en est si plein qu'il ne coûte qu'à couper. Le vin et le pain y sont mauvais. C'est une bonne nation, libre, sensée, officieuse (1). Tous les ans, ils rafraîchissent dans un tableau au-devant des grands bains, en langage allemand et en langage français, les lois ci-dessous écrites. » Ici Montaigne reproduit tout au long le règlement relatif à la police des bains ; j'en citerai seulement les articles les plus curieux :

» Inhibition est faite à toutes filles prostituées et impudiques d'entrer aux dits beings ny d'en approcher de cinq cens pas, à peine du fouet aux quatre carres des dits beings. Et sur les hostes qui les auront receues ou recelées, d'emprisonnement de leurs personnes et d'amande arbitraire.

» Sous mesme peinne est défendu à tous user envers les dames, damoiselles et autres fames et filles, estans aux dits beings, d'aucuns propos lascifs et impudiques, faire aucuns attouchements deshonnestes, entrer ni sortir des dits beings irrévéremment contre l'honnesteté publique. »

Ce sont là des prescriptions fort sages que les réformes opérées à Plombières rendraient aujourd'hui superflues, mais dont quelques autres bains devraient faire leur profit. Baden-Baden, par exemple, pourrait s'appliquer ce qui concerne les filles impudiques, et Loèche ce qui a trait à la décence du maintien dans les piscines.

(1) Camérarius la juge tout autrement. C'est d'elle qu'il dit dans son poëme sur Plombières :

Nam gens illa hominum est inhospitalis,
Stulte religiosa, iners, inepta.

Pourquoi tant d'injures ? C'est que Camérarius, grand ami de Mélanchthon et l'un des rédacteurs de la CONFESSION D'AUGSBOURG, avait été très-mal accueilli en Lorraine quand il vint y faire de la propagande réformiste. Il n'eût point trouvé cette nation *inhospitalière, sottement fanatique, inerte et inepte*, comme il l'appelle, si, reniant la religion de ses pères, elle eût accepté le schisme qu'il prêchait et rompu avec Rome.

1° La folie est une affection cérébrale caractérisée par de la céphalalgie, de l'insomnie avec désordres dans la sensibilité générale et les fonctions digestives, et par des troubles de l'intelligence.

2° Les deux ordres de symptômes, les uns physiques, les autres moraux, sont *également indispensables* pour *caractériser* la folie. Toute définition qui exclurait l'un des deux serait incomplète, inexacte, et donnerait une idée fausse de la maladie qu'elle représente.

3° Jusqu'à nos jours, on n'a guère étudié la folie qu'au point de vue des symptômes intellectuels; on a *négligé* les symptômes physiques et méconnu leur importance.

4° Les symptômes physiques sont surtout manifestes au début de la folie; mais on les observe également à la période d'état et à celle de déclin. Ils précèdent *toujours* de quelque temps l'explosion du délire.

5° C'est pour ne pas avoir tenu compte de ces symptômes physiques qu'on a donné de fausses définitions de la folie, qu'on s'est *trompé sur sa nature* et sur son traitement.

6° La folie étant une affection cérébrale, *en tout semblable aux autres maladies organiques*, réclame comme elles, avant tout, l'emploi d'un traitement physique.

7° Le traitement physique doit être appliqué dès le début. A cette époque, la folie est presque toujours curable.

8° Le traitement moral ne peut être *considéré que comme un adjuvant*; il constitue l'hygiène du cerveau.

9° *La folie ne devient incurable que parce qu'on a négligé de la traiter à son début et par des agents physiques.*

10° L'origine première de la folie se rattache, dans un grand nombre de cas, aux dégénérescences de l'espèce humaine et à l'existence des névroses.

OBSERVATIONS SUR L'INFLUENCE PATHOLOGIQUE DE L'INSOMNIE; par M. E. RENAUDIN.

« En général, quand une cause morale a été le point de départ de l'aliénation mentale, il est rare que l'insomnie n'ait pas joué un rôle important dans la pathogénie de l'affection qui, préparée par l'élément psychique, ne s'est définitivement organisée que quand l'élément somatique a été de la partie par suite de la perturbation fonctionnelle résultant de l'insomnie. »

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE D'ORIGINE SATURNINE; par M. DESVOUGES.

L'auteur établit, par l'analyse de six observations, l'existence incontestable de la paralysie générale.

Chez quatre des individus dont il rapporte l'histoire, tous avaient été soumis à l'intoxication saturnine. Y a-t-il là une simple coïncidence ou plutôt une relation étiologique? M. Desvouges se rallie à cette dernière opinion, par ce motif que, dans l'ordre des causes occasionnelles, aussi bien que dans celui des causes prédisposantes, on ne trouve, chez les sujets qu'il étudie, aucune de celles qui ont été signalées, soit dans le domaine de la physique, soit dans le domaine moral.

La marche de la maladie, le développement presque toujours simultané de l'intoxication et de la paralysie, la diminution de cette dernière quand le malade est soustrait à l'action saturnine, l'heureuse influence d'un traitement souvent opposé avec succès aux suites de l'intoxication par le plomb, ajoutent encore aux raisons tirées de l'examen étiologique seul.

La paralysie générale saturnine étant avérée, forme-t-elle une espèce à part, différente des autres variétés décrites par les auteurs?

M. Desvouges est ici beaucoup moins affirmatif, bien qu'il y ait lieu à remarquer dans cette forme certaines particularités, telles que la lypémanie au début des accidents cérébraux, le tremblement qui accompagnait la paralysie, la précédait ou la remplaçait complétement, l'anesthésie parfois très-complète, enfin la longue durée de la maladie à sa première période d'incubation, et surtout la possibilité d'une guérison momentanée par la suppression de la cause des accidents et l'application d'un traitement dont l'efficacité n'est pas douteuse dans un autre ordre de symptômes dus à la même influence.

Nonobstant ces nuances plus ou moins importantes, il est loin d'être démontré que la paralysie générale saturnine mérite une place à part dans le cadre nosologique, comme maladie caractérisée par des symptômes particuliers et parcourant une évolution régulière et toujours la même.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR LA MORTALITÉ RELATIVE DES AGES DE 20 A 25 ANS ET 25 A 30 ANS, EN FRANCE ET DANS D'AUTRES PAYS; par M. MARC D'ESPINE.

La mortalité de l'homme est plus forte de 20 à 25 ans que de 25 à 30 ans en France; l'inverse a lieu pour femme. M. Bertillon, dans sa savante étude sur la vaccine, signale ce contraste et l'explique par la conscription qui soumet à l'accroissement de mortalité de la vie de garnison une forte part des hommes de 20 à 25 ans.

Sans contester la part de l'influence de cette cause, je montre en étudiant la même question pour d'autres pays que, si les choses se passent en Belgique, en Hollande, en Prusse et dans le canton de Genève comme en France, l'homme meurt comme la femme, plus de 25 à 30 ans que de 20 à 25 en Angleterre et en Suède: il est vrai que ces derniers pays n'ont pas la conscription et enrôlent leurs soldats. Mais le canton de Genève, qui n'a pas d'armée permanente et perd cependant comme la France plus d'hommes de 20 à 25 ans que dans le lustre suivant, établit l'insuffisance de l'explication proposée.

Je cherche l'explication des mortalités relatives aux divers âges de la vie dans les tables que j'ai dressées, en classant selon les diverses causes de mort les décès de treize années du canton de Genève.

Je trouve par ce moyen la loi de fréquence relative des décès de 20 à 25 ans et de 25 à 30 ans de chaque sexe pour chaque cause de mort. Toutes les causes donnent des résultats parallèles pour les deux sexes, sauf deux causes importantes qui suffisent par leur influence combinée à expliquer la question pendante: *Les accidents extérieurs* et *les suites de couches*.

Les morts violentes sont cinq fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme entre 20 et 30 ans, et quoiqu'elles soient dans les deux sexes plus

---

Il est un autre article, maintenant encore en vigueur non-seulement à Plombières, mais dans tous les établissements bien tenus où existe l'usage du bain en commun. En voici le texte dans toute sa naïveté. « Et par ce que, par le bénéfice des dits beings, Dieu et nature nous procurent plusieurs guérisons et soulagements, et qu'il est requis une honneste mundicité et pureté, pour obvier à plusieurs contagions et infections qui s'y pourraient engendrer; est ordonné expressément au mestre des dits beings, prendre soigneuse garde et visiter les corps de ceux qui y entreront, tant de jour que de nuit, sans bruit, scandal ny dérision. Que si aucun personnage ne lui est à ce faire obéissant, il en fasse promptement délation au magistrat pour en faire punition exempleirement. »

Vient un dernier article par lequel « Il est prohibé et défendu à toutes personnes arrivant de lieux contagieux, de se présenter ny approcher de ce lien de Plombières, à peine de la vie, enjoignant bien expressement aux mayeurs et gens de justice d'y prendre soigneusement garde. » Quels étaient ces lieux contagieux dont les arrivants étaient frappés d'une pénalité si terrible? Le règlement ne les nomme pas, et il n'avait pas besoin de les nommer, car la rumeur publique les désignait suffisamment. On sait, en effet, que la fin du seizième siècle fut ravagée, en beaucoup d'endroits, par les plus meurtrières épidémies. En 1580, l'année précisément où Montaigne se trouvait à Plombières, la peste fit périr, à Paris seulement, plus de 40,000 personnes. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, surtout à une époque où les idées de contagion étaient universellement acceptées, on ait pris les mesures les plus sévères pour prévenir l'importation du fléau.

Montaigne quitta Plombières le 27 septembre. Mais, avant de partir, il eut grand soin de laisser « un écusson de ses armes en bois, qu'un peintre dudit lieu fit pour un écu, et le fit l'hôtesse curieusement attacher à la muraille par le dehors. » Voilà de ces petits traits de vanité dont Montaigne ne se vante pas dans ses ESSAIS, et dont peut-être il se fût fort égayé s'il s'était agi d'un autre que lui-même.

De Plombières Montaigne se rend en Suisse aux eaux de Bade, en passant par Remiremont, Mulhouse et Bâle. A Bâle, il va faire visite à Felix Platerus « médecin très-savant, lequel a dressé un livre de simples qui est déjà fort avancé, et, au lieu que les autres font peindre les herbes selon leurs couleurs, lui a trouvé l'art de les coller toutes naturelles si proprement sur le papier, que les moindres feuilles et fibres y apparaissent comme elles sont, et il feuillette son livre sans que rien en échappe. On voit aussi chez lui et en l'école publique des anatomies entières d'hommes morts qui se tiennent. » C'étaient probablement des squelettes articulés. Ce médecin a écrit en effet plusieurs ouvrages d'anatomie, mais je ne connais de lui aucun traité de botanique.

CONSTANTIN JAMES.

(La suite au prochain numéro.)

fréquentes de 20 à 25 aus que de 25 à 30 ans, dans les pays où les morts violentes sont très-nombreuses, la mortalité masculine de 20 à 25 ans sera plus marquée.

D'antre part, les suites de couches étant l'apanage exclusif du sexe féminin, et portant principalement sur l'âge de 25 à 30 ans, plus les décès de cet ordre seront nombreux dans un pays, plus la mortalité des femmes de 25 à 30 tendra à prédominir sur l'âge précédent.

C'est dans la fréquence relative de ces deux causes que se trouvera l'explication pour chaque pays de la mortalité des deux sexes dans les deux lustres étudiés.

La France n'étant pas encore en mesure de se rendre compte de la mortalité au point de vue des causes diverses de mort, et le nombre des morts violentes accusé par les comptes rendus de la justice criminelle étant, selon mes recherches (voyez mon ESSAI DE STATISTIQUE MORTUAIRE), trois fois moindre que la probable réalité, il n'est pas possible d'étudier pour la France la question sur les bases précédentes.

NOTE SUR LA RÉVIVIFICATION ET SUR LES ANIMALCULES RESSUSCITANTS;
par M. DOYÈRE.

(Commissaires : MM. Serres, Milne Edwards.)

Dans nn travail présenté à l'Académie il y a plus de vingt ans, mais qui a été récemment rappelé par M. Milne Edwards, à l'occasion de la discussion sur les générations spontanées, M. Doyère avait présenté une série d'expériences destinées à confirmer et à étendre les résultats obtenus par Spallanzani, résultats contestés depuis la mort de l'illustre observateur par plusieurs naturalistes. De nouveaux contradicteurs s'étant présentés depuis, M. Doyère a repris son travail, et, dans le présent mémoire, il s'attache à faire voir que le défaut de succès qu'ont éprouvé dans des tentatives de révivification certains expérimentateurs, tient à ce que d'importantes précautions ont été négligés, que la dessiccation, par exemple, n'a pas été conduite convenablement, de sorte qu'elle était loin d'être complète quand les animaux ont été exposés à une température qu'ils eussent supportée sans inconvénients une fois bien desséchés. Ces précautions, à la vérité, n'ont pas été omises par d'autres expérimentateurs, trop habitués à ce genre de recherches pour ne pas sentir l'importance de chacune des conditions de l'expérience; mais ce qu'ils ont peut-être ignoré, c'est que ce pouvoir de révivification ne paraît pas exister pour tous systolides. S'ils avaient expérimenté sur le rotifère des gouttières, ils ne nieraient plus probablement l'existence d'animalcules ressuscitants.

— M. DROUET communique la description d'un monstre cyclocéphale du sexe féminin, ayant vécu neuf jours.

Ce mémoire, qui contient une description anatomique très-développée de l'enfant monstrueux, est accompagné de plusieurs dessins et de quelques images photographiques. (Commissaires : MM. Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant, un mémoire sur le choléra-morbus adressé par une personne qui, supposant que pour ce concours les auteurs ne devaient pas se faire connaître d'avance, n'a distingué son mémoire que par une devise répétée sur l'extérieur d'un pli cacheté qui y est joint.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Différents rapports de M. le docteur Yvaren, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Avignon;

2° Un rapport de M. le docteur Millon, sur une épidémie de grippe qui a régné à Revelle (Haute-Garonne), en 1857 et en 1858;

3° Un rapport de M. le docteur Dehpey, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Rivèrenert, en 1858 et 1859;

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Aveyron, des Deux-Sèvres, du Doubs, de la Nièvre, de la Charente et de l'Allier (Comm. des épid.);

5° Les rapports sur le service médical pour l'année 1858 :
Des bains de mer de Dunkerque, par M. le docteur Lemaire;
Des eaux minérales de Lamotte (Isère), par M. le docteur Buissard;
D'Euzet et de Saint-Jean-de-Cyrargues (Gard), par M. le docteur Auphan;
De Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbottin;
De Plombières (Vosges), par M. le docteur Sibille;
De Chaponières (Rhône), par M. le docteur Finaz;
De Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Fabas. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Marc d'Espine, qui indique un nouveau mode de conservation des eaux minérales sulfureuses, consistant à recouvrir ces eaux d'une couche d'huile d'olive de 2 centimètres d'épaisseur;

2° La note suivante de M. le docteur Mattéi, intitulée : DE L'INFLUENCE QU'EXERCE LE CONTACT DE L'AIR SUR LA MANIFESTATION DES SYMPTÔMES SYPHILITIQUES :

La pratique médicale, depuis le moyen âge jusqu'à aujourd'hui, avait admis la transmission de symptômes syphilitiques que nous appelons aujourd'hui secondaires. Hunter et M. Ricord, ensuite, ont soutenu au contraire que le chancre primitif est seul transmissible. Si les faits et les arguments faisaient défaut, les aveux de M. Ricord lui-même suffiraient à juger le différend, car la syphilis constitutionnelle, qu'elle soit primitive, secondaire ou tertiaire, est transmissible par voie de génération, et, par conséquent, sans le chancre huntérien.

Pour moi, ce n'est pas la preuve de la transmissibilité des phénomènes secondaires et tertiaires qui manque, c'est l'explication de cette transmission avec ou sans le chancre huntérien; eh bien! cette explication, si étrange qu'elle paraisse de prime abord, peut être donnée par l'action qu'exerce le contact de l'air sur la manifestation de la maladie.

CAS Ier. — MALADIE ALLANT DE L'INTÉRIEUR A L'EXTÉRIEUR. Un enfant entaché de syphilis peut naître avec les apparences de la santé, mais quelques jours après la naissance, on remarque une éruption de pemphigus et le coryza; c'est-à-dire que les parties les plus exposées à l'air sont le siége de la première manifestation du virus. Pareille chose a lieu chez l'adulte; ainsi la roséole et les papules de la peau, les plaques opalines de la gorge et les pustules plates des organes génitaux sont les premiers symptômes de l'empoisonnement général; les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire sous-cutané, la carie des os du nez, du crâne, de la clavicule, du tibia, sont aussi les parties du corps qui offrent les premiers symptômes tertiaires, c'est-à-dire que tous ces symptômes commencent constamment par les tissus les plus exposés à l'air. Ce qui arrive pour la syphilis a lieu pour toute maladie qui est le résultat d'un empoisonnement virulent. Ce sont la muqueuse aérienne et la peau qui sont le siége principal de la maladie dans les fièvres éruptives. C'est encore à ces surfaces qu'apparaissent les gangrènes dans les empoisonnements septiques. Je pourrais multiplier les exemples, mais l'action du contact de l'air dans la manifestion de ces maladies joue un très-grand rôle.

CAS IIe. — MALADIES ALLANT DE L'EXTÉRIEUR A L'INTÉRIEUR. Il y a ici trois phases : 1° absorption de la matière morbifique; 2° multiplication de cette matière au sein de l'économie; 3° réaction locale ou générale des tissus.

L'absorption du virus est d'autant plus facile que la partie sur laquelle il est déposé remplit les conditions d'absorption (vascularité, humidité). L'air ne paraît pas avoir d'action sur l'absorption; cependant, si nous écoutons l'école huntérienne, toute syphilis acquise vient d'un chancre primitif; or ces chancres se montrent précisément dans les lieux exposés à l'air, et tout à l'heure nous verrons pourquoi.

Le virus une fois introduit dans l'économie s'y multiplie par une sorte de fermentation de nos liquides, et l'oxygène qui circule avec le sang n'est peut-être pas étranger à ce résultat. C'est à ce temps que correspond l'incubation et qui est variable selon la nature et la quantité du virus, l'idiosyncratie du sujet, la plasticité du sang, etc.

Ici de deux choses l'une : ou l'économie résiste, et tôt ou tard il y a réaction locale ou générale, comme cela a lieu dans la syphilis et les fièvres éruptives; ou bien l'économie succombe après une réaction insuffisante ou nulle, comme cela a lieu souvent dans le charbon, la piqûre anatomique, la fièvre puerpérale, le choléra, la fièvre jaune, etc.

Lorsque la réaction locale a lieu, c'est, comme nous avons vu, sur les parties exposées à l'air qu'elle apparaît surtout. Si la face est le siége le plus fréquent des éruptions exanthémateuses, c'est qu'elle est la plus vasculaire et la plus exposée des surfaces du corps; si la syphilis se montre de préférence aux organes génitaux externes et aux angles de la bouche, c'est qu'il y a là la vascularité et l'humidité si favorables à sa manifestation, même chez ceux où l'inoculation s'est faite loin de ces parties. L'air joue un grand rôle dans les deux cas.

Voyons maintenant ce que devient le point même où l'inoculation a eu lieu. Ceci constitue la principale question en litige.

L'inoculation peut se faire sur les parties qui sont exposées à l'air ou tout à fait à l'abri de ce fluide.

Lorsqu'elle se fait à la peau, rien n'apparaît pendant l'incubation, et la pustule qui est la réaction locale apparaît peu avant la réaction générale de la surface du corps. L'école huntérienne croit que l'empoisonnement général se fait après la pustule et de la pustule même : de là la cautérisation préventive; or des faits multipliés ont démontré que cette cautérisation n'empêche pas absolument l'intoxication générale. Ceci prouve que si la pustule est une nouvelle source d'intoxication, cependant l'absorption a pu se faire avant la réaction du point inoculé. Quant à ce point lui-même, s'il montre l'ulcération, l'induration et autres symptômes plus marqués que le reste du corps, s'il les précède même souvent dans ces manifestations, c'est parce qu'il a le plus de virus et parce qu'il est le plus exposé à l'air. La fermentation virulente est ici à son sommum d'intensité.

Lorsque l'inoculation se fait dans les parties éloignées du contact de l'air, l'absorption peut-elle se faire, et se faire sans ulcération primitive ni consé-

entive, et surtout sans induration des surfaces ulcérées? L'école huntérienne peut le nier, mais il est malheureusement démontré que le sperme, la salive, le lait et autres sécrétions ou excrétions introduites au fond des organes, en répétant surtout l'ingestion, peuvent parfaitement communiquer la vérole sans le chancre huntérien.

Si ces opinions n'étaient pas acceptées, un moyen direct pourrait décider bientôt la question, et il serait à désirer que la commission de l'Académie ou les personnes les plus intéressées dans cette question cherchassent à démontrer :

1° Si le virus des symptômes primitifs, secondaires et tertiaires, placé une ou plusieurs fois sur des surfaces internes qui sont à l'abri du contact de l'air ne devient infectant, et s'il ne produit pas d'ulcération sur le point de l'inoculation;

2° Si le virus placé sous l'épiderme et privé par un moyen efficace de tout contact de l'air ne devient infectant sans produire de pustule locale, et surtout sans produire l'induration des tissus qui servent de base à cette pustule.

Nous savons déjà que le canal de l'urètre et surtout le vagin, qui sont les lieux les plus exposés à la contagion, offrent cependant si rarement des chancres que quelques médecins en ont nié l'existence, et lorsqu'ils existent, ils n'offrent pas autant d'induration que lorsqu'ils apparaissent sur les lieux exposés à l'air; mais d'autres expériences sont nécessaires.

La syphilisation sur les animaux et même sur l'homme, dans les cas où elle est permise, pourrait bientôt éclaircir le fait.

S'il était démontré que le contact de l'air sur le point inoculé suffit à expliquer la présence du chancre induré, ce chancre ne pourrait plus servir de base à la doctrine huntérienne. Dans tous les cas, la thérapeutique trouvera dans la soustraction du contact de l'air, un moyen d'amoindrir la réaction locale et l'empoisonnement général, moyen qui ne sera pas inférieur à la cautérisation. (Commission déjà nommée.)

3° Une lettre de M. le professeur Courty (de Montpellier), qui sollicite le titre de membre correspondant;

4° Un mémoire sur les doctrines médicales, par M. Renouard (Commiss. : MM. Jolly, Gibert);

5° Un travail intitulé : DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES DE LA VESSIE ET DE CERTAINS CATARRHES VÉSICAUX, par M. le docteur Pétrequin (de Lyon) (Comm. : MM. Gavarret, Cloquet, Civiale);

6° Une note relative à l'influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénieux, considérée dans ses rapports avec la toxicologie, par M. Blondlot (de Nancy), candidat au titre de membre correspondant (Comm. : MM. Chevallier, Boudet, Devergie, Poggiale);

7° Un mémoire sur la circulation nerveuse, par M. le docteur Maire (du Havre) (Comm. : MM. Longet, Poiseuille, Robin).

— M. ROBIN dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Farget, une brochure intitulée : DES ANOMALIES DENTAIRES ET DE LEUR INFLUENCE SUR LES MALADIES DES OS MAXILLAIRES.

RAPPORT.

M. DEVERGIE donne lecture du rapport suivant :

M. Putégnat, correspondant de l'Académie, a posé à la compagnie la question suivante, dans une lettre en date du 20 mai 1859 :

Un praticien a-t-il le droit, malgré l'art. 378 du Code pénal, de faire connaître une forme *non encore décrite* d'une maladie et une cause *non encore connue* d'une autre affection qu'il a consciencieusement étudiée dans certains ateliers d'une manufacture?

Considérant que l'art. 378 du Code pénal est ainsi conçu :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes et toutes les autres personnes dépositaires par état ou profession *de secrets qu'on leur a confiés*, qui hors des cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, *auraient révélé* ces secrets, seront punis, etc.;

Considérant que le médecin qui est appelé à donner des soins dans une manufacture où il *reconnaît* une maladie *non encore décrite*, qui cause la mort ou compromet l'existence des ouvriers, et qui constate une cause non encore connue de maladie, n'est pas dépositaire d'un secret *qui lui a été confié* et ne rentre pas dans la catégorie des médecins spécifiés dans l'art. 378 du Code pénal;

Que s'il en était autrement, ce serait fermer une porte à la science de l'hygiène publique et privée;

Que ce serait enlever à une catégorie d'ouvriers les bénéfices d'une découverte qui peut les mettre à l'abri des maladies contractées dans l'exercice de leur état;

J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. Putégnat qu'elle pense que non-seulement il peut communiquer à l'Académie ou publier dans un journal scientifique le résultat de ses observations, mais encore que c'est pour lui un devoir de le faire dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

L'Académie adopte ces conclusions.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Gibert, relatif à la contagion des accidents secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Ricord.

DISCUSSION. — CONTAGION DE LA SYPHILIS.

M. RICORD : Messieurs, dans l'importante question qui nous occupe aujourd'hui et qui intéresse à un si haut degré l'hygiène et la médecine légale, j'ai cherché, comme tout le monde, la vérité, convaincu qu'il y avait autant de danger d'admettre à la légère la contagion des accidents secondaires, qu'à la repousser.

Peu satisfait, sous ce double rapport, des observations que possédait la science, et ne me contentant pas de l'opinion générale, qui n'est pas toujours la plus juste, j'eus recours, pour élucider la question, à un procédé d'exploration qui semblait promettre des résultats plus positifs que ceux ordinairement fournis par la clinique.

L'inoculation artificielle interrogée, au point où Hunter avait laissé la science, et où elle est encore aujourd'hui pour beaucoup de personnes, relativement à la nature des accidents réputés primitifs, me démontra, ce qui est encore vrai, que le chancre *seul* était inoculable à l'individu qui en était déjà affecté.

Pour ceux qui n'admettent qu'une seule espèce de chancre, et, si je ne me trompe, M. le rapporteur est de ce nombre, c'est une vérité qui reste encore inébranlable; et les lois que j'ai posées pour une des variétés, aujourd'hui, pour quelques personnes, une des espèces du chancre, le *chancre mou*, n'ont a subir aucun changement.

Il était admis, et il est encore admis par les antagonistes de mon école, qu'une première infection n'en empêchait pas une autre; la doctrine de *vérole sur vérole* avait cours dans la science, et est encore, je crois, professée par M. Gibert; car je ne sache pas qu'il admette celle que j'enseigne, à savoir : *que la diathèse syphilitique ne se double pas plus que les autres diathèses.*

Si donc je n'avais pas eu raison sur l'unicité de la diathèse, les accidents secondaires, s'ils étaient réellement contagieux, inoculables, devaient pouvoir s'inoculer aussi aux sujets déjà infectés.

L'auto-inoculation, *la seule que je me sois jamais permise*, resta toujours, dans mes mains, comme dans celles de beaucoup d'autres, absolument négative.

L'observation clinique, dans l'énorme majorité des cas, me dit alors, comme aujourd'hui, que les ulcères vénériens primitifs, envisagés d'une manière générale, et mieux déterminés par mes observations cliniques et par les recherches de mes élèves, étaient la source habituelle, générale de la contagion, pour se reproduire dans leur espèce. (MM. Bassereau, Clerc.)

Sans doute, sur un théâtre aussi vaste que celui où il m'a été donné d'observer, j'ai rencontré des exceptions qui échappaient à cette règle générale; mais alors on pouvait encore trouver des explications rationnelles, jusqu'à plus ample informé. Aussi, tout en formulant dans un premier traité, les caractères qui paraissent propres aux accidents secondaires, au point de vue de la non-contagion et de *leur non-inoculabilité sur le sujet déjà infecté*, je restai toujours dans une sage réserve, dont quelques-uns de mes disciples et surtout mes antagonistes ont cherché à me faire sortir.

J'aurais pu, cependant, me montrer plus absolu, car je pouvais m'appuyer, en outre, sur des faits négatifs, il est vrai, mais tirant une grande valeur du nom des observateurs et des circonstances dans lesquelles ils étaient observés, circonstances qui les rapprochaient, autant que possible, des conditions des faits d'expérience. Telles sont les observations consignées dans le mémoire lu, en 1854, à la Société de chirurgie, par mon distingué collègue, M. Cullerier, et dans un mémoire de mon excellent ami, M. Venot, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux.

Malgré ma lutte de 1852, contre des faits qui ne me paraissaient pas probants, voici ce que j'écrivais en 1840 dans les additions et notes de la première édition de Hunter (traduction de M. le docteur Richelot), et encore plus récemment dans les éditions de 1852 et de 1859 (page 786 de cette dernière édition) :

« Je partage ici complétement l'avis de M. Babington, seulement je pense » que, jusqu'à présent, on n'a pas encore bien déterminé la nature absolue » des accidents qui peuvent se transmettre des enfants aux nourrices, et que » tel accident réputé secondaire, transmissible, pouvait bien avoir été d'abord primitif, comme aussi, dans quelques cas, telle nourrice qui disait » avoir été infectée par son nourrisson, pouvait bien avoir contracté la syphilis autrement. Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science, si l'explication laisse encore beaucoup à désirer pour satisfaire complétement » tous les esprits, il existe un grand nombre d'observations incontestables de » syphilis transmise de nourrisson à nourrice, et *vice versâ*. »

Vous le voyez, messieurs, en manifestant une tendance personnelle, je me gardais bien de vouloir arrêter les progrès de la science. Je demandais, au contraire, de nouvelles observations, de nouvelles recherches, de nouvelles investigations, pour asseoir définitivement ce point de doctrine, afin d'indemniser de pauvres nourrices, si vraiment elles étaient victimes, ou bien faire condamner l'imposture et le *chantage*, malheureusement si fréquents.

Jusqu'à ce jour, j'ai laissé faire, j'ai laissé dire, j'ai laissé écrire; indifférent à quelques injustices, à de nombreux oublis, parfois même à l'ingratitude, j'observais dans le calme et j'attendais, dans le silence, que nous pussions être d'accord.

On croit aujourd'hui être arrivé à cet heureux résultat auquel, soyez-en bien convaincus, messieurs, je serais le premier à applaudir, car je ne sache rien de plus facile, pour moi, que de céder sur un point de doctrine en litige dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

J'arrive donc au rapport de notre honorable collègue.

J'ai fait partie de la commission, et membre obligé d'une opposition réservée, il m'a été impossible d'accepter ce rapport sans commentaires.

Je n'ai pas à discuter ici des faits cliniques qui ne sont pas rappelés, je ne m'occuperai que de la partie expérimentale qui sert de principale base au rapport.

Des personnes étrangères à la science syphiliographique et aux recherches faites depuis moi, pourraient, à en croire M. le rapporteur, penser que tous les expérimentateurs dont il invoque le témoignage sont absolument d'accord entre eux, et avec lui.

Eh bien, il n'en est rien!

Voyons d'abord le terrain sur lequel on a expérimenté.

J'ai dit, après Hunter, que l'inoculation restait négative sur le malade déjà infecté.

M. Waller a positivement dit et affirmé que l'inoculation des accidents secondaires restait sans effet sur le sujet déjà malade et ne pouvait réussir que sur un individu sain.

M. Rollet est aussi absolu, sinon plus, que Waller lui-même.

Wallace, probablement dans un esprit de conciliation, car il est impossible d'expliquer scientifiquement son opinion, dit que si l'accident secondaire ne peut pas être inoculé sur l'individu qui en a fourni le produit, ce produit peut, cependant, être inoculé à une autre personne déjà infectée.

Enfin, M. Vidal, que tous les contagionistes citent et n'ont peut-être pas songé à commenter, prétendait, comme l'ont prétendu, après lui, M. Bouley et d'autres observateurs, que l'accident secondaire était inoculable sur le malade lui-même ou sur un autre sujet déjà infecté.

Que répond à cela le chirurgien de l'Antiquaille?

Dans cette première catégorie de faits, où est la vérité, où est l'erreur?

Quant à la contagion d'un individu malade à un individu sain, tout le monde paraît d'accord ; je dis *paraît*, car nu de mes disciples les plus fervents malgré ses dissidences, M. Diday, chirurgien distingué de Lyon, admettant la contagion du nourrisson à la nourrice, est un de ceux qui ont le mieux combattu les faits de contagion d'accidents secondaires en dehors de la lactation. Que faut-il croire?

A quelle forme d'accidents secondaires le pus inoculé a-t-il été ordinairement emprunté?

C'est plus particulièrement aux *plaques muqueuses, tubercules plats, condylômes plats, tubercules muqueux, pustules plates humides*, synonymie d'une même forme d'accidents, ceux qui, d'ordinaire, succèdent le plus rapidement aux chancres, soit sur place, dans ce que j'ai appelé la tranformation, *in situ*, métamorphose facile à observer et à suivre ; soit à distance.

La forme ecthymateuse, que l'accident primitif, le moins contestable, peut affecter, a été aussi une source à laquelle on a quelquefois puisé. Cette forme, on le sait, lorsqu'elle appartient au *chancre mou*, est toujours inoculable sur le sujet lui-même ; mais, aussi, comme l'expérience me l'a démontré, ainsi qu'à M. Bassereau, elle peut parfois s'inoculer, lorsqu'elle appartient au chancre induré, quoi qu'en dise le chirurgien de l'Antiquaille. (Voir l'ouvrage remarquable de M. Bassereau, p. 297.)

Qu'ont produit les inoculations faites par les différents expérimentateurs?

Ce produit a-t-il toujours été le même?

On devrait supposer qu'il en serait ainsi : *Même graine, même fruit.*

Eh bien! sous ce rapport encore, il y a une dissidence manifeste. Les uns, M. Vidal en tête, ont donné lieu, tantôt à des vésico-pustules, à des pustules suivies d'ulcérations, tantôt à des ulcérations suivies de papules, et tantôt à des papules s'ulcérant et se couvrant de croûtes.

D'autres expérimentateurs, MM. Waller, Wallace, Bouley, et notre honorable rapporteur, affirment n'avoir produit que des *papules, plaques muqueuses, pustules muqueuses, condylômes plats*; accidents que M. Gibert, surtout, considère comme appartenant rigoureusement à la classe des accidents secondaires, absolument semblables à ceux auxquels ils doivent leur origine, et impossibles à différencier : d'où il suit, que si on les observait chez un malade chez lequel on ne les aurait ni plantés ni vus naître, il serait impossible de savoir s'ils sont le résultat d'une contagion ou le fait d'une infection antérieure.

Qu'il me soit permis de faire observer, en passant, qu'il est très-remarquable que des praticiens distingués, qui ont de la peine à admettre les différentes variétés du chancre et encore plus, les différentes espèces, créent, de toute pièce, une syphilis particulière, qui ne se transmet plus que sous la forme secondaire, promettant ainsi de faire disparaître dans l'avenir le véritable accident primitif : le *chancre*.

Sous le rapport des produits, viennent, en dernier ressort, MM. Langlebert et Rollet, qui s'éloignent beaucoup moins de moi que veut bien le dire M. le rapporteur; car, en éloignant de la discussion les diversités de dénominations et les différentes manières de diagnostiquer, si la syphilis secondaire, comme je serais disposé à l'admettre, est transmissible autrement que par la gestation et l'hérédité, c'est au chancre, *au chancre induré*, symptôme initial, obligé, ainsi que je l'ai toujours professé, qu'elle doit donner naissance.

Mais ce chancre, produit de la contagion secondaire, diffère-t-il de celui qui résulte de la contagion du chancre infectant primitif? A-t-il des caractères qui puissent le faire aisément distinguer, de telle façon que, sans la connaître d'avance, on puisse remonter à la source qui l'a fourni?

Eh bien! non....

Est-ce tout? Non encore, messieurs, les contradictions s'étendent jusqu'au siége où doivent se développer les produits de l'inoculation. Presque tous les expérimentateurs veulent que le résultat contagieux naisse sur le lieu même de l'inoculation : mais que font-ils alors de l'autorité tant invoquée de M. Waller, qui, plantant du sang syphilitique sur la cuisse d'un enfant affecté de lupus, vit pousser en même temps deux tubercules sur le point inoculé et un autre sur une épaule qu'il n'avait pas songé à inoculer?

Que fait-on des enfants qui, n'ayant rien à la bouche et ne présentant, par exemple, qu'un onyxis du gros orteil, ou d'autres accidents aussi éloignés des voies habituelles de la contagion, sont accusés d'avoir communiqué des chancres aux mamelons de leurs nourrices?

Voyons maintenant si l'incubation peut servir à quelque chose.

Dans la contagion accidentelle ou vulgaire de chancre à chancre; dans celle que nous avons étudiée par nos confrontations récentes si nombreuses, faites pour élucider la question si importante des deux espèces de chancres, l'époque d'apparition, ainsi qu'on peut s'en assurer tous les jours dans la pratique, et comme cela est, du reste, écrit par M. Gibert lui-même, est ordinairement beaucoup moins longue que celle qui a été notée dans le rapport pour la contagion des accidents secondaires.

Mais quelquefois, dans la contagion de chancre induré à chancre induré, on trouve des époques d'apparition très-tardives, si l'on en croit les malades ; tandis que, dans les faits d'inoculation d'accidents réputés secondaires, soit avec le pus de plaques muqueuses, soit avec le pus d'ecthyma, M. Vidal a constaté des développements aussi rapides et sans plus d'incubation que n'en donne le pus du chancre mou.

La longue incubation du pus fourni par les accidents secondaires peut-elle donc être rigoureusement considérée comme un signe différentiel suffisant pour distinguer des accidents nés d'accidents secondaires? La réponse est encore négative.

Ainsi, messieurs, vous le voyez, et la première conclusion du rapport en fait foi, c'est toujours la *plaque muqueuse* qui est donnée comme accident contagieux par excellence, sans qu'on ait pu déterminer la limite des autres formes contagieuses.

D'autre part, il n'y a aucune valeur réelle à accorder l'incubation, comme signe différentiel.

Enfin, les expérimentateurs ne peuvent même se mettre d'accord sur les formes produites.

D'où je conclus que le rapport qui sera adressé à M. le ministre, en réponse à sa demande, devra se renfermer dans la réserve la plus rigoureuse, admettant, si vous le voulez, la possibilité de la contagion des accidents secondaires, mais sans rien spécifier de plus quant à présent. *Fiat lux!*

M. Gibert : J'ai vraiment peine à comprendre sur quoi porte l'argumentation de M. Ricord. Il reproche aux partisans de la contagion des accidents secondaires de ne pas être d'accord sur la forme des lésions produites par l'inoculation; mais rien n'est plus naturel, parce que des lésions de formes très-diverses ont servi à ces inoculations; de ne pas s'entendre sur la durée de l'incubation; mais qu'importe, puisqu'il y en a eu une dans tous les cas, et que sa durée a été quelquefois de plusieurs semaines? Ceci devrait suffire à M. Ricord, qui n'admet pas d'incubation pour le chancre et suppose des erreurs d'observation dans tous les cas où elle a été constatée. Quelle qu'ait d'ailleurs été la pensée de M. Ricord, je persiste à dire que le fait de la contagion des accidents secondaires ne saurait plus être douteux et que les produits de cette inoculation ont une marche particulière. La contagion est même acceptée par les partisans exclusifs de l'inoculation. Pourquoi d'ailleurs M. Ricord ne changerait-il pas, lui qui a inscrit en tête d'un de ses ouvrages cet épigraphe

L'homme absurde est celui qui ne change jamais?

M. Ricord : Sans aucun doute ; M. Gibert n'a-t-il pas changé aussi? Qu'il se rappelle seulement ce qu'il a dit autrefois de la pustule muqueuse primitive. Il y avait loin de là aux conclusions de son rapport.

Mais je lui demanderai encore si l'inspection des produits fournis par l'inoculation des accidents secondaires permet de remonter à leur source, s'il n'est pas bien établi que l'inoculation des plaques muqueuses a reproduit d'autres formes. Je lui demanderai combien de temps il faut pour arriver de l'accident primitif à l'accident secondaire; si les trois ou quatre semaines qu'il faut pour cela diffèrent de l'incubation dans les cas où un accident secondaire aurait été transmis; si l'on pourrait se servir en médecine légale des caractères qu'il donne comme différentiels contre la contagion des accidents secondaires et celle des accidents primitifs. Je soutiens qu'il n'en est rien, et que vos caractères n'ont nullement la valeur absolue que vous leur attribuez.

M. Moreau : Les développements très-intéressants dans lesquels M. Ricord a cru devoir entrer soulèvent des questions tout à fait étrangères à celles posées par le ministre, et auxquelles il conviendrait de limiter la discussion. Les accidents contagieux sont-ils secondaires, oui ou non? C'est tout ce que l'on nous demande.

Qu'importe d'ailleurs que le fruit ne ressemble pas à la graine, si malgré la diversité des symptômes ta maladie transmise est la même?

M. Ricord : Elle importe beaucoup pour établir le fait même de la contagion, qui ne sera bien constaté que s'il repose sur l'analogie de la forme. Dire qu'il suffit que la maladie transmise soit la même, c'est revenir aux doctrines du seizième siècle.

M. GIBERT : Cela vant mieux que de poser des lois fausses.

M. RICORD : Et c'est contre les lois fausses que vous voulez nous imposer sous forme d'un arrêté ministériel que je m'élève, contre l'erreur qu'il y aurait à décréter comme absolus les caractères par lesquels vous prétendez distinguer la contagion des accidents secondaires de celle des accidents primitifs.

M. DEPAUL : M. Ricord n'a dit qu'un mot sur la question capitale, la seule dont nous ayons à nous occuper : le fait de la contagion, et nous devons lui savoir gré d'être, sur ce point, d'accord avec nous. Mais je ne comprends plus dès lors pourquoi M. Ricord ne signerait pas le rapport avec nous. Je désirerais d'autant plus qu'il signât que l'assentiment de M. Ricord fût officiellement constaté, que, jusqu'en 1852, M. Ricord niait encore, comme il l'avait toujours fait, la contagion.

M. GIBERT : Je désire ajouter un mot pour justifier les inoculations faites par la commission ; car je crois que les inoculations sont une mauvaise action et qu'il faut les regretter. Si nous y avons été forcés malgré nous, c'est uniquement par l'opposition de cette école, qui avait posé l'inoculation en arbitre souverain et n'admettait aucune observation pathologique comme concluante. Il fallait la suivre sur son terrain ; nous l'avons fait en limitant nos expériences au plus petit nombre possible. J'ajouterai d'ailleurs, comme M. Depaul, que nous devons accepter avec reconnaissance la bonne foi de M. Ricord, qui se range aujourd'hui à notre opinion.

M. VELPEAU : Tout ce qui vient d'être dit me prouve que nous avons une grande tendance à nous rapprocher, et pour mieux assurer cette union, je crois aussi qu'il sera bon de ne pas discuter des questions de détail sur lesquelles il serait plus difficile de s'entendre. Moins absolu que nous ne l'avions cru, M. Ricord admet avec nous que certains accidents secondaires sont contagieux.

Mais est-il convenable que l'Académie vote, décrète en quelque sorte cette loi? A quoi servira ce vote? Et quel intérêt cette loi peut-elle avoir pour M. le ministre? Il y a là quelque chose, pardonnez-moi l'expression, qui me semble assez mal engagé.

M. GIBERT : La lettre ministérielle dit expressément que cette enquête est ouverte dans l'intérêt de l'hygiène et de la médecine légale.

M. DEVERGIE : Je ne vois pas ce que la médecine légale peut y gagner. La théorie, les doctrines médicales importent aussi peu au médecin légiste qu'au magistrat, et l'observation, la constatation de l'évolution, du point de départ, de la forme d'accidents syphilitiques sont les seuls éléments dont ils tiendront compte dans un cas douteux de transmission.

M. GIBERT : Les théories médicales ont peut-être parfois plus d'importance en médecine légale que M. Devergie ne semble le croire : témoin un procès récent dans lequel les doctrines de M. Ricord lui ont fait donner une consultation qui faillit faire condamner une nourrice innocente.

M. GIBERT, sur l'invitation de M. le président, donne lecture de la première conclusion du rapport, qui est ainsi conçue :

« 1° Il y a des accidents secondaires ou constitutionnels de la syphilis manifestement contagieux ; en tête de ces accidents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat. »

M. DEVERGIE demande que la dernière phrase soit supprimée et que l'on ne spécifie rien.

M. RICORD appuie cette proposition.

M. BARTH propose d'ajourner le vote des conclusions.

M. BOUILLAUD : J'allais faire la même proposition ; nous venons d'assister à un événement. M. Ricord convient de la contagion des accidents secondaires! Mais cet événement ne doit pas être accepté précipitamment. Que dira l'école de M. Ricord quand elle apprendra que le maître s'était trompé?

J'ajouterai que si une chose me surprend, c'est que M. Ricord ait attendu aussi longtemps pour en convenir.

M. RICORD répond que s'il est toujours resté dans le doute, c'est parce qu'il n'y avait aucun accord entre ses adversaires, parce que les observations cliniques laissaient toujours prise au doute, et parce que lui-même a toujours reculé devant l'immoralité des inoculations faites sur un sujet sain.

Après quelques explications échangées entre MM. GIBERT, BARTH et RICORD, l'ajournement du vote, proposé par M. Barth, est mis aux voix et rejeté.

L'amendement proposé par M. Devergie, appuyé par M. Moreau, est également rejeté.

La première conclusion est ensuite adoptée à une forte majorité.

M. GIBERT donne lecture de la deuxième conclusion du rapport ;

« 2° Cette règle s'applique à la nourrice et au nourrisson comme aux autres sujets, et il n'y a aucune raison de supposer que, chez les enfants à la mamelle, la production de ces accidents ait des propriétés différentes de celles qu'on lui connaît chez l'adulte. »

M. BOUILLAUD ; Quelle *règle?* C'est une exception!

M. CAZEAUX croit qu'en votant cette conclusion, l'Académie voterait ce qu'elle ne sait pas : il ne s'agit pas ici d'un fait, mais du mode de transmission qui n'est pas connu.

M. GIBERT : Nullement. Il ne s'agit que du fait de la contagion, abstraction faite de toute théorie.

La deuxième conclusion, mise aux voix, est adoptée, sauf rédaction en ce qui concerne le mot *règle*.

CIRRHOSE DU FOIE.

M. ROBIN, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Barth et Robert, lit la deuxième partie d'un rapport sur un travail de M. Sappey intitulé : SUR UN POINT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RELATIF A L'HISTOIRE DE LA CIRRHOSE.

Il résulte de la discussion que vous venez d'entendre, dit M. le rapporteur en terminant, que des résultats annoncés par M. Sappey, les uns, tels que ceux qui concernent les veines portes accessoires, la direction du cours du sang dans ces veines dilatées, sont neufs et vrais en même temps ; que les autres, s'ils avaient déjà été vus, tels que la dilatation des veines du ligament falciforme et leur communication avec celle des parois abdominales, le premier il les a bien interprétés, et a tiré de l'erreur dans laquelle on était à leur égard.

En conséquence, la commission propose :

1° De remercier M. Sappey de sa communication, et de l'engager à faire part à l'Académie de la suite de ses recherches ;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

— M. BONCHUT présente une pièce d'anatomie pathologique relative à une coqueluche avec ulcération de la face inférieure de la langue ayant mis à nu le nerf hypoglosse.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE CHIMIE HYDROLOGIQUE; par J. LEFORT, pharmacien à Paris, membre de la Société d'hydrologie médicale. — Paris, 1859, chez Victor Masson.

Quoiqu'on ait beaucoup écrit et qu'on écrive beaucoup tous les jours, sur cette vaste question des eaux minérales qui tend à devenir une petite science à part, l'ouvrage dont nous nous proposons de rendre compte ici avait certainement un objet utile à remplir et manquait comme travail d'ensemble dans la bibliographie hydrologique. C'est un simple traité de chimie spéciale et pratique de l'hydrologie analytique, qui ne chevauche aucunement sur le terrain médical et qui forme aux publications médico-hydrologiques des dernières années un complément que l'on doit accueillir avec faveur. Il prendra sa place naturelle à côté du savant traité publié il y a deux ans par M. Durand-Fardel, qu'il complète au point de vue chimique spécial.

M. Lefort a divisé en quatre parties son ouvrage. La première est consacrée à l'examen des eaux douces, parmi lesquelles il range naturellement les eaux atmosphériques considérées sous les états liquide, solide et de vapeur. La seconde est réservée aux eaux minérales, les eaux des mers comprises. La classification, les propriétés physiques, la température naturelle, la minéralisation, y sont l'objet de développements et de discussions particulières. Comme les principes minéraux se rencontrent, sauf le mode de combinaison intime et la proportion, aussi bien dans les eaux douces que dans les eaux minérales, M. Lefort fait connaître, dans sa troisième partie, les différentes hypothèses émises jusqu'à présent sur la nature et l'origine de ces substances. Enfin, dans la quatrième, il indique les procédés les plus sûrs, et en même temps les plus simples, pour séparer, reconnaître et doser chacun de ces principes minéraux. Le livre se termine par un appendice dans lequel sont exposées les méthodes de préparation et de purification des réactifs employés plus spécialement dans l'analyse des eaux.

Pour tous les médecins et les chimistes, l'hydrologie est loin d'être arrivée à ce degré de perfectionnement que l'on constate dans beaucoup d'autres sciences, et M. Lefort n'est pas le dernier à reconnaître cette infériorité, ni les lacunes qui se rencontrent encore dans cette étude. Parmi les causes d'imperfection des résultats sur lesquels on peut s'appuyer, il en est une qui mérite de fixer l'attention des hydrologues : c'est l'habitude qu'ont prise les expérimentateurs de se borner à une seule détermination des principes isolés au moyen des réactifs. Nous ne saurions trop insister, dit-il, sur la nécessité de contrôler par une seconde, et même par une troisième expérience, les premiers résultats, afin d'en déduire des moyennes. Ajoutons que par ce moyen, surtout s'il est secondé par une certaine variété dans les méthodes analytiques, on peut arriver à des associations de bases et d'acides plus multipliées et offrant alors plus de chances de faire tomber sur l'association réelle la plus probable.

Après ce préambule, M. Lefort étudie sous un point de vue ingénieusement choisi toutes les eaux douces que l'on peut rencontrer à la surface du sol. Il expose ce que l'on sait sur leur origine, leur trans-

formations et surtout quant aux principes salins qu'elles recèlent. Sous le rapport de l'hygiène publique, il fournit des documents dont la médecine doit apprendre à tirer parti.

Abordant enfin les eaux minérales, l'auteur donne les raisons, très-plausibles d'ailleurs, qui lui font adopter, en matière de classification, les idées de M. Durand-Fardel.

L'origine du calorique des eaux tempérées et thermales lui fournit l'occasion d'un historique des hypothèses qui ont eu cours sur ce sujet. Il montre combien étaient gratuites et hasardées les conceptions mises en avant à ce propos, et que le calorique des eaux thermales ne saurait être différent du calorique que nous produisons dans nos foyers.

Pour apprécier l'opportunité de cette remarque, il faut savoir que parmi les nombreuses hypothèses qui ont été faites sur le mode d'action des eaux minérales, certains auteurs, doués de plus d'imagination encore que les autres, ont étendu au calorique des eaux minérales des propriétés particulières et que nous pourrions presque nommer vitales. Suivant ces poëtes, ce ne serait pas seulement les principes minéraux qui s'y verraient emprisonnés suivant des lois différentes de celles reconnues par la chimie, « le calorique lui-même, » que tous les faits nous ont montré jusqu'ici avec les attributs d'une force précise et mesurable, toujours identique à elle-même, et ne variant que par ses degrés, « se trouverait toujours dans les eaux minérales dans un état de combinaison tout particulier, qui leur imprime, par rapport à nos organes, des propriétés très-différentes de celles que nous pouvons communiquer à l'eau à l'aide de nos moyens artificiels de chauffage. »

C'est faire beaucoup d'honneur à cette supposition que de la discuter sérieusement.

Sous le titre de *Généralités sur la minéralisation des eaux*, M. Lefort consacre un chapitre intéressant à l'étude du mode de formation des eaux minérales. Il expose les diverses opinions produites aux différentes époques scientifiques pour rendre raison de la présence de tels et tels principes minéraux dans ces eaux, et comment telle eau minérale pouvait et devait souvent être différente d'elle-même aux deux extrémités de son parcours souterrain, eu égard aux matières qu'elle traverse dans son chemin.

Disons avec l'auteur qu'il y a encore une foule de points incertains, obscurs ou inconnus dans cette étude dont tant d'éléments se dérobent à nos moyens d'exploration. La chimie, n'en doutons pas, viendra à bout de ces difficultés ; car ce que l'on a pu obtenir jusqu'à ce jour ne permet pas d'assigner à la minéralisation naturelle des eaux d'autres origines que des causes chimiques et physiques dont la géologie a pour objet de nous découvrir les circonstances actives et passives, et de nous exposer le tableau.

Après d'utiles détails fournis sur le mode de captage, d'aménagement des sources, sur les règles qui doivent être observées dans l'échauffement artificiel des eaux froides et tempérées, sur le transport industriel de ces eaux, M. Lefort s'arrête à l'étude du type le plus complet d'une eau minérale, l'eau de mer. La mer n'est-elle pas, en effet, l'intégrale de toutes les eaux minérales ou douces du globe? L'auteur donne, dans son chapitre XI, un bon résumé des connaissances chimiques et physiques acquises sur ce sujet de premier ordre. Le médecin le consultera avec fruit, les détails qu'il renferme étant nécessaires à connaître pour la solution d'une foule de petites questions de pratique médicale ou d'hygiène.

L'objet, le plan et l'esprit de l'ouvrage que nous analysons ici sont d'ordre, avons-nous dit, exclusivement physique et chimique; si les premiers chapitres ressortissent un peu plus au domaine de l'histoire de l'hydrologie et à celui de la géologie, à mesure que nous rentrons davantage dans le travail de l'auteur, nous y voyons régner plus exclusivement, et enfin d'une façon quasi-complète, le pouvoir de la balance. Le chimiste, en un mot, y apparaît seul désormais. Ce n'est pas ici un reproche : le titre de l'ouvrage ne nous permet pas de le trouver mauvais; nous dirons même que, jusque-là, le chimiste nous avait paru très-tolérant pour les opinions anciennes ou extrachimiques qu'il a eues à critiquer.

Quoi qu'il en soit, le médecin des eaux peut seul, mais il le doit, donner aux détails qui constituent le reste de cette publication l'attention et l'étude qu'elle mérite. C'est de la chimie hydrologique pure. L'auteur y passe en revue chacun des principes chimiques reconnus dans les eaux douces ou minérales: gaz, acides, alcalis, sels, matières organiques, etc., et les fait connaître au point de vue de leur nature, de leur origine, de leur constitution chimique et de leur proportion dans les eaux. Il montre à chaque pas combien il est difficile, ayant fixé les quotités de chaque élément des sels minéraux dans une eau quelconque, de préciser le mode exact de l'association respective des acides et des alcalis. La température et la pression changent pendant les opérations préliminaires et du laboratoire, comme elles ont changé d'ailleurs pendant le parcours des canaux naturels, de telle sorte qu'il est impossible, en présence du tableau d'analyse le plus exact, le plus consciencieux qui soit, d'y voir autre chose qu'un calcul de probabilité.

Cela posé, disons que l'ouvrage de M. Lefort est appelé à rendre un service réel tant aux médecins hydrologistes qu'aux pharmaciens des contrées où des sources nouvelles ou anciennes devraient être étudiées. Pratique et théorique à la fois, ce traité constitue une excellente monographie spéciale qui doit prendre place dans la bibliothèque de tout praticien voué à l'étude de l'hydrologie.

Nous y avons remarqué en particulier une très-sage préoccupation de l'étude même des eaux douces, qui sont elles-mêmes, il faut bien le dire, de petites eaux minérales en miniature. Leur étude, fort négligée jusqu'ici, en même temps qu'une préparation, un acheminement vers les recherches plus considérables (comme chiffres au moins) de la minéralisation thermale, n'est-elle pas un objet de premier ordre au point de vue de l'hygiène publique. Mais malheureusement, eu égard à la faible quantité des éléments chimiques présents dans les eaux répandues à la surface du globe, leur analyse est aussi complexe que délicate et longue. C'est là sans doute ce qui les a fait si généralement négliger ou du moins les laisse encore en un tel état d'imperfection. Et pourtant quel ne serait pas le prix de bonnes études en ce genre, tant pour la salubrité et l'approvisionnement des villes que pour l'industrie elle-même considérée au point de vue administratif? Toutes les villes, tous les départements ne devraient-ils pas avoir leur tableau hydrologique complet, imprimé et affiché officiellement dans toutes les centres d'administration?

L'entreprise, nous le savons, a été, jusqu'à ces dernières années, vraiment considérable. La longueur et la difficulté des analyses n'a presque jamais permis à cet égard que des recherches incomplètes et très-circonscrites. En considérant surtout la variation de composition des sources avec les époques de l'année.

Un procédé nouvellement introduit dans la pratique des opérations de cet ordre, rend la chose aussi facile, aussi rapide aujourd'hui qu'elle a été jusqu'ici longue et quasi-inabordable. Ce procédé, dû à MM. Boutron et Boudet, et qu'ils ont nommé « hydrotimétrie » se fonde sur la propriété qu'a une solution savonneuse d'être décomposée par les sels terreux. Une solution titrée de savon de soude ou de potasse, employée d'après les principes de l'alcalimétrie ou de la chlorométrie de Gay-Lussac, permet de préciser avec une approximation très-suffisante, et en quelques minutes, les *quantités* de sels de chaux et de magnésie, la silice, les sels de fer et de magnésie, et par le calcul l'acide carbonique, contenus dans une eau douce quelconque. Une solution titrée de baryte donne le même résultat pour l'acide sulfurique. De telle sorte qu'en réalité on peut très-vite et d'une façon très-suffisante pour les besoins de la vie, dresser le tableau des eaux douces d'une ville : quelques heures y suffiraient pleinement. Rien n'empêcherait ensuite d'achever le travail, s'il était nécessaire, par une analyse plus détaillée, d'après la même méthode et sur une plus grande échelle; on arriverait ainsi assurément, et à très-peu de frais relativement, à dresser dans chaque département des tableaux de la plus grande utilité pour l'hygiène publique et l'industrie. On doit savoir gré à M. Lefort d'avoir reproduit dans son travail et décrit le procédé de MM. Boutron et Boudet; il est à regretter seulement que ce procédé n'ait été que reproduit et non scientifiquement discuté et critiqué dans les points qu'il laisse en lacune; critiqué, disons-nous, au point de vue de la science et pour le compléter en ce qu'il a d'insuffisant. Il y a là toute une branche d'explorations à ouvrir, non-seulement pour les eaux douces, mais encore dans les études de terrains pour l'agriculture. Si les eaux minérales donnent des aperçus très-positifs sur la composition des couches qu'elles traversent, les ruisseaux et les fossés peuvent nous donner des renseignements non moins utiles sur la composition chimique des terrains de la surface. Ces données sont loin d'être indifférentes à l'agriculture, et nous indiquons avec insistance aux jeunes chimistes toute une voie pratique à ouvrir, pour laquelle ils ne peuvent pas ne point recevoir d'encouragements de la part de l'administration. C'est, du reste, une de ces entreprises qui n'exigent pas des frais exagérés, et où le temps d'un travailleur intelligent ne manquerait pas de trouver bientôt une riche récompense, en même temps but plus noble, qu'un grand service serait rendu au pays.

F. X.

VARIÉTÉS.

— En témoignage de satisfaction des heureux résultats obtenus par les élèves de l'École de médecine du Caire, dont M. le docteur Burguières est le directeur, S. A. le vice-roi vient d'élever notre confrère à la dignité de bey.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vallon, professeur de clinique interne à l'École impériale de médecine de Constantinople, décédé le 6 avril à l'île de Rhodes.

Il y a deux ans, la Sublime Porte ayant demandé au gouvernement autrichien un médecin de l'École de Vienne pour la chaire de clinique, vacante par suite du départ de M. le docteur Rigler, M. Vallon fut désigné, et remplit depuis cette place avec distinction. La mort a enlevé M. Vallon à la science dans la fleur de l'âge.

M. Vallon a publié successivement, dans les feuilles médicales de Vienne, plusieurs travaux, dont le plus remarquable est celui qui a pour objet ses observations sur la maladie de Bright, recueillies dans la clinique du professeur Raiman (de Vienne), auquel il était attaché alors en qualité de chef de clinique.

— M. le docteur Leval, membre du Conseil de santé, est parti pour l'Égypte avec une mission relative aux institutions quarantenaires de l'Égypte. (GAZ. MÉD. D'ORIENT.)

— Toutes les formalités administratives relatives à l'installation de la Société centrale étant remplies, la commission d'organisation s'occupe des mesures à prendre pour cette installation, qui aura lieu très-prochainement.

— La Société médicale du Haut-Rhin, à la suite d'un rapport fait par M. Marquez, au nom d'une commission composée de MM. Molk, Weeber, Ant. Müller, Biécby et Marquez, a ajourné son agrégation à l'Association générale des médecins de France.

— Dans leur réunion du 10 mai dernier, les médecins du département du Puy-de-Dôme se sont constitués en Société locale agrégée à l'Association générale.

— PROGRAMME D'UN CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret impérial, en date du 12 juin 1856, détermine que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après une durée fixe de séjour à l'École instituée près la Faculté de Strasbourg et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aide-majors de deuxième classe, en passant un an à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

En conséquence, un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élève du service de santé militaire à l'École de Strasbourg, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 10 septembre 1859;
A Lyon, le 17 du même mois;
A Montpellier, le 21 du même mois;
A Toulouse, le 25 du même mois;
A Bordeaux, le 29 du même mois;
Et à Paris, le 5 octobre suivant.

Sont admis à ce concours les élèves ayant 4, 8 et 12 inscriptions pour le doctorat dans l'une des trois Facultés de médecine ou dans une École préparatoire de médecine, et qui ont subi, avec la note *satisfait*, le premier, les deux premiers, ou les trois premiers examens de fin d'année, suivant les trois catégories ci-dessus désignées.

Pour les élèves des deuxième et troisième catégorie, seront admises les notes obtenues aux examens de fin d'année qui présenteront la moyenne *satisfait*.

Les autres conditions d'admission sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français.

2° Avoir, au 1er janvier 1860, moins de 22 ans révolus avec 4 inscriptions; moins de 23 ans avec 8 inscriptions; moins de 24 ans avec 12 inscriptions (*ces limites d'âge sont absolues, et nul ne pourra être admis à les dépasser que dans les proportions de services civils ou militaires antérieurs, et pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite*);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins; elle pourra être vérifiée au besoin par l'inspecteur du service de santé, qui présidera le concours d'admission;

4° Être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences;

5° Souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études préparatoires et complémentaires.

Les élèves des trois catégories à 4, 8 et 12 inscriptions, une fois admis à l'École de Strasbourg, y resteront trois années, deux années et seulement une année pour arriver avec le grade de docteur à l'École du Val-de-Grâce.

Ces candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 6e, 8e, 10, 12e et 14e divisions. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque localité, la veille de l'ouverture des concours.

Les candidats des concours de Lyon, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Paris, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Strasbourg, une feuille de route portant allocation de l'indemnité attribuée au grade de médecin sous-aide.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Un certificat d'aptitude au service de santé militaire;

3° Le diplôme de bachelier ès sciences et les certificats d'examen de fin d'année. (*ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves*).

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours;

5° Pour les candidats comptant des services civils ou militaires, les pièces constatant ces services.

L'entrée des candidats à l'École de Strasbourg aura lieu du 10 au 15 novembre prochain.

Le concours a pour objet les matières qui sont enseignées pendant la première, les deux ou trois premières années de la scolarité médicale (selon la position des candidats).

Nature des épreuves. — I. Concours pour les élèves en médecine ayant 4 inscriptions :

1° Composition écrite sur un sujet de physiologie élémentaire;

2° Interrogations sur l'histoire naturelle, la physique et la chimie médicale;

3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Il sera accordé trois heures pour la composition; chaque épreuve d'interrogatioos pourra durer de quinze à vingt minutes.

II. Concours pour les élèves ayant 8 inscriptions :

1° Composition écrite sur un sujet de physiologie;

2° Interrogations sur l'anatomie descriptive;

3° Interrogations sur les éléments de pathologie interne et externe.

Mêmes conditions de temps.

III. Concours pour les élèves ayant 12 inscriptions :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie interne;

Le jury pourra interroger le candidat sur d'autres questions de pathologie interne;

2° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie;

3° Interrogations sur la pathologie externe, sur les règles générales des opérations et les principales méthodes, ou sur les principaux procédés qui s'y rattachent.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux officiers de santé militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats; en cas d'égalité de deux de ces candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

L'administration de la guerre se réserve de caserner les élèves à l'hôpital militaire de Strasbourg, si elle le juge nécessaire.

Les élèves du service de santé de l'armée de terre sont soumis aux règles de la discipline militaire. Ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital militaire de perfectionnement.

Il leur est accordé, dans ce but, une indemnité de première mise fixée à 250 francs, et payable à Strasbourg après la signature de l'engagement dont il est question ci-dessus.

Une subvention mensuelle de 50 francs pourra être allouée à un certain nombre d'élèves, aux mêmes conditions que pour les autres écoles militaires.

Les frais d'inscription, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont payés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Les candidats qui, en attendant le concours, auraient pris à leurs frais, et selon la catégorie à laquelle ils appartiennent, leur 5e, 9e ou 13e inscription, seront indemnisés du montant de cette inscription par l'administration de la guerre.

Paris, le 10 mai 1859.

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'État de la guerre,

RANDON.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON : LE CHLOROFORME ET L'ÉTHER. — RUPTURE DE L'ANKYLOSE DE LA HANCHE.

La Société de médecine de Lyon, qui soutient dignement la vieille réputation de la médecine lyonnaise, a discuté récemment deux questions pratiques d'un grand intérêt : la première relative aux dangers comparatifs du chloroforme et de l'éther ; la seconde relative à la rupture de l'ankylose de la hanche. Les observations présentées sur ces deux points par les membres compétents de la Société, et les résolutions auxquelles elles ont conduit, méritent d'être mentionnées et examinées.

Déjà la Gazette Médicale, à propos d'une discussion sur les dangers du chloroforme, suscitée au sein de la Société de chirurgie par M. Hervez de Chegoin (Gaz. Méd., 19 mars), a signalé la réaction inconsidérée qui s'opère dans les esprits contre l'emploi du chloroforme. Cette même réaction s'est manifestée d'une manière bien plus absolue encore au sein de la Société de médecine de Lyon. A Paris, la discussion n'avait abouti qu'à des réserves sages et à un nouvel appel à la prudence et à l'observation. A Lyon, on a conclu formellement, et pour ainsi dire sans opposition, à l'abandon du chloroforme pour l'éther. Cette résolution grave, exprimée dans les conclusions suivantes, mérite d'être examinée. Voici d'abord les conclusions votées à l'unanimité par la Société de médecine de Lyon :

» 1° L'éther employé pour obtenir l'anesthésie chirurgicale est moins dangereux que le chloroforme.

» 2° L'anesthésie s'obtient aussi constamment et aussi complétement par l'éther que par le chloroforme.

» 3° Si l'éther offre des inconvénients que le chloroforme ne présente pas au même degré, ces inconvénients ont peu d'importance et ne compensent pas le danger inhérent à l'emploi de ce dernier.

» 4° En conséquence, l'éther doit être préféré au chloroforme. »

La discussion n'a pas présenté un caractère moins absolu que les conclusions par lesquelles elle s'est terminée. Pas un membre n'a défendu le chloroforme des griefs qu'on lui reproche ; et il en est qui sont allés jusqu'à proposer de faire déclarer par la Société « qu'il y a » *imprudence* de la part d'un chirurgien à employer le chloroforme » comme anesthésique lorsqu'il a pu user de l'éther. » L'auteur a même fait remarquer, pour qu'on ne se méprît pas sur le sens de sa proposition, « que l'homicide par *imprudence* rentre dans la classe » des homicides *involontaires*. »

Pour se rendre compte de telles résolutions de la part d'un corps composé des hommes les plus éminents de la pratique, on est obligé de se demander sur quoi elles s'appuient. La chirurgie lyonnaise aurait-elle été plus malheureuse que celle des autres pays ? ou bien les honorables membres de la Société auraient-ils trouvé des raisons scientifiques nouvelles et péremptoires pour motiver cette proscription ? Nous avons lu attentivement les discours ou plutôt les réquisitoires prononcés : dans aucun, nous n'avons trouvé de raisons suffisantes. A Lyon, comme à Paris, on s'est ému des accidents nombreux produits par le chloroforme ; mais la pratique lyonnaise n'a pas été plus frappée que la pratique générale ; et la théorie physiologique des accidents n'y a rien révélé qui pût faire regarder comme inabordable la recherche des moyens propres à conjurer les dangers inhérents à l'emploi du chloroforme. Un seul fait relatif au nombre des cas de mort observés à Lyon nous a paru mériter quelque attention. Un membre, que personne n'a contredit, a déclaré que sur 4 ou 5 cas de mort arrivés à Lyon, il n'y en a eu *qu'un de publié*. Il a justement conclu qu'il pouvait en être de même ailleurs, et qu'une statistique exacte des accidents causés par le chloroforme paraissait dès lors impossible. Il y a longtemps que la Gazette Médicale a soutenu cette thèse, et nous-même l'avons des premiers opposée en pleine Académie à ceux qui se prévalaient de la faible proportion numérique des cas de mort.

Ainsi donc, à Lyon, comme à Paris, on s'est basé, pour détrôner le chloroforme en faveur de l'éther, sur une plus grande fréquence numérique des accidents. C'est le même raisonnement qu'à la Société de chirurgie. Nous l'avons fait remarquer alors : la sécurité des premiers temps n'avait d'autre base que la très-faible proportion des accidents ; cette proportion a grossi, en sorte que la sécurité, qui n'était que numérique, a fait place à une crainte qui n'est aussi que numérique. La Société de médecine de Lyon n'a rien ajouté de plus pour motiver l'abandon du chloroforme. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit avec développement ailleurs (Gaz. Méd., p. 183) pour combattre une telle doctrine, si contraire aux progrès de la science et à la conservation de ses conquêtes. Nous y renvoyons nos lecteurs, en exprimant le regret qu'aucun des membres si distingués de la Société de médecine de Lyon n'ait fait des réserves en faveur de cette question de principe, à savoir : que la science doit se préoccuper moins d'une statistique plus ou moins sévère des cas de mort causés par l'anesthésie, que de la recherche des causes et conditions des accidents et des moyens de les prévenir. Nous restons convaincu que tôt ou tard l'on s'engagera sérieusement dans cette voie, et que la solution de cette grave et si intéressante question sera le couronnement de l'importante découverte de l'anesthésie.

Cependant, il convient de le reconnaître en toute justice, la Société de médecine de Lyon, en proclamant la déchéance du chloroforme pour l'éther, ne s'est pas exclusivement appuyée sur une plus grande proportion numérique des accidents. C'eût été une base trop fragile, et il eût été trop facile de lui objecter que si l'éther a causé moins d'accidents, c'est qu'il a été beaucoup moins employé. La plupart des membres sont entrés, au contraire, dans l'examen des effets comparatifs du chloroforme et de l'éther. Il résulte de l'analyse approfondie à laquelle ils se sont livrés, que l'éther est physiologiquement moins dangereux que le chloroforme ; qu'il agit moins sur les centres respiratoires et circulatoires ; qu'il agit d'une manière moins brusque et n'expose pas à ces sidérations imprévues ; que son action peut être prolongée fort longtemps sans danger ; qu'enfin, s'il présente quelques inconvénients accessoires qui sont la conséquence même de la lenteur de son action, cette lenteur est un gage de sécurité dont on peut tirer grand profit sans être obligé d'en subir les inconvénients.

Il y a dans les motifs physiologiques qui ont dirigé la Société de médecine de Lyon un commencement de recherches scientifiques. Sans adopter ses conclusions, on ne peut qu'encourager ses tendances. Aujourd'hui la statistique a appris tout ce qu'elle pouvait apprendre.

FEUILLETON.

LETTRES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

(Première lettre.)

DE PARIS A NOVARE, PAR LE MONT CENIS.

L'imprévu et la mobilité sont les deux principaux traits de la carrière médicale militaire. Une preuve à ajouter à tant d'autres est ce qui vient d'avoir lieu pour nous récemment. Partis du fond du département d'Eure-et-Loir, où nous étions en tournée de révision, prendre le chemin de fer de Paris à Lyon, avec chevaux et bagages, passer par Culoz, le lac du Bourget, Aix-les-Bains, Chambéry, et arriver à grande vitesse à travers les gorges des Alpes jusqu'à Saint-Jean-de-Maurienne, tout cela ne fut l'affaire que de vingt-quatre heures de wagon. La voie ferrée finit à Saint-Jean-de-Maurienne, pays déjà élevé et dans la vallée resserrée de la rivière torrentueuse de l'Arque, un des principaux affluents de l'Isère. La courte station que nous avons faite dans la patrie de Fodéré, dont une belle statue, sur la principale place, reproduit les traits dans l'attitude de la méditation nous a permis de voir une population qui ne nous a paru ni aussi rabougrie ni aussi entachée de crétinisme qu'on a bien voulu le dire.

A partir de ce point, on met trois jours à remonter à cheval le cours de la rivière, par la magnifique route tracée par ordre de Napoléon Ier, et sur une pente assez ménagée pour que les diligences puissent la descendre au galop de leurs attelages.

Le contraste de la végétation de cette succession de vallées superposées est remarquable : les prairies plantées de mûriers, les arbres fruitiers, la vigne même arrivent presque à la limite des neiges qui en sont séparées par les bois de sapins. Les cimes neigeuses et nébuleuses les protégent contre le rayonnement excessif, et l'on passe par des couloirs qu'on pourrait dire à trois températures étagées. Dans le bas une douce et tiède température, vers le milieu du flanc des montagnes, la température de la neige fondante, sur les cimes celle des glaciers parcourus par les chamois seuls.

Les sites varient de pittoresque à chaque pas ; l'un des plus remarquables est celui qu'offre le massif quadrangulaire des rochers à pic où l'on construisit, en 1807, un fort considérable qui commande entièrement ce passage escarpé. Le torrent qui le circonscrit mugit de cascade en cascade, dans des fissures d'une profondeur plus abruptes et plus déchirées que celles du Rumel au pied de Constantine.

Lans-le-Bourg est le point le plus élevé de ceux où l'on arrive en remontant la pente des eaux. Nous avons goûté là avec surprise d'une espèce de pain dont nous devons dire un mot. Qu'on se figure un pain de munition qui se conserve assez tendre pour être mâché sans fatigue, qui le croirait ? *un an, deux ans* et plus sans durcir, sans avarie, sans moisissure, aussi bon en un mot, quoique d'une saveur miellée, que s'il n'était que de quelques jours, pourvu toutefois qu'on le fasse et tienne dans les conditions suivantes. Et

Que la proportion suivant laquelle le chloroforme a tué varie de deux ou trois millièmes en plus ou en moins qu'on ne l'a dit; cela ne fait rien au fond : cette proportion, susceptible de changer tous les jours, suivant les malades, les médecins et une foule d'autres circonstances, n'est utile à étudier ou à préciser qu'autant qu'elle mettra en lumière les conditions susceptibles de la faire varier. Or l'étude plus approfondie, d'une part, des différents modes d'action physiologique des anesthésiques, d'autre part, l'examen plus sévère des conditions individuelles, c'est-à-dire des indications et contre-indications, telle est, suivant nous, la marche à suivre pour arriver à une solution de cet important, mais difficile problème de thérapeutique générale.

— La seconde question discutée au sein de la Société de médecine de Lyon était encore plus de sa compétence. Composée de la plupart des élèves ou des émules de notre regrettable collègue, M. Bonnet, la Société de Lyon a pu parler avec une connaissance toute spéciale de la méthode régularisée par cet éminent chirurgien pour la rupture des ankyloses de la hanche. La GAZETTE MÉDICALE s'est occupée, à plusieurs reprises, de cet intéressant sujet. Elle saisit avec empressement cette occasion d'étayer ses principes et de fortifier ses critiques des faits produits par la discussion lyonnaise.

Il résulte de la plupart des membres qui ont pris part à la discussion que la rupture de l'ankylose de la hanche, telle que l'a conseillée et pratiquée M. Bonnet, n'est pas exempte de dangers, et n'offre que des avantages problématiques. Des malades ont été atteints d'accidents inflammatoires graves; d'autres sont morts, et chez la plupart on n'a fait que substituer une ankylose rectiligne à une ankylose angulaire. Réduite à ces termes, la question ne pouvait pas recevoir d'autre solution ; et après la mort de Bonnet, comme de son vivant, nous persistons à regarder la rupture de *l'ankylose vraie* comme une opération dangereuse et d'une utilité fort douteuse.

Mais la discussion lyonnaise ne nous paraît pas avoir suffisamment dégagé les vrais et bons principes de leurs applications empiriques et aventureuses. S'il paraît préférable de s'arrêter devant les ankyloses véritablement osseuses, il n'en est pas de même de celles qui ne consistent que dans une plus ou moins grande rigidité musculaire et ligamenteuse. Pour toutes celles de cette seconde catégorie, il y a lieu d'admettre, avec quelques réserves, le redressement plus ou moins extemporané, préconisé par M. Bonnet. Dans ces cas, en effet, les extrémités articulaires sont généralement intactes; la maladie n'a porté que sur les systèmes fibreux et musculaire, et l'on peut espérer, après le redressement, conserver ou rétablir le mouvement. Mais, pour atteindre ce double but, il n'y a pas deux méthodes possibles, comme ont paru le croire quelques-uns des collègues de M. Bonnet : il faut de toute nécessité recourir à la section sous-cutanée des muscles et des ligaments, à moins de préférer à cette opération, *absolument inoffensive et rationnelle*, l'opération barbare de la rupture en masse de tous les obstacles au redressement, telle que la produisait la machine de Louvrier.

Les dangers et les inconvénients imputés gratuitement par quelques membres à la méthode sous-cutanée sont tout à fait imaginaires : cela ne prouve qu'une chose, c'est que, malgré la grande notoriété des preuves fournies par la méthode, malgré les échecs de ses adversaires, réduits à l'impuissance, il reste toujours quelque chose des préventions qu'ils ont semées. A cette occasion, nous remercions volontiers notre ancien collaborateur, M. Diday, de s'être souvenu de ce qu'il a vu et entendu lorsque nous avions l'agrément de le compter parmi les nôtres. Aujourd'hui comme alors nous répétons avec lui : « Qu'on nous montre » un seul cas de suppuration à la suite de nos sections sous-cutanées. » Et nous ajouterons que tous ceux de nos confrères de Lyon ou d'ailleurs qui parlent encore d'inflammations suppuratives et d'abcès comme complications possibles des sections sous-cutanées, prouvent qu'ils ne connaissent pas encore la vraie méthode et qu'ils ne l'appliquent pas mieux. Nous rendrons plus de justice à notre regretté collègue M. Bonnet: il connaissait parfaitement la méthode sous-cutanée, l'appréciait ce qu'elle valait et l'appliquait on ne peut mieux : et en cela, son excellent élève M. Philippeaux ne paraît pas avoir très-bien compris et justifié son maître, en disant que la ténotomie sous-cutanée a ses revers comme les autres opérations. S'il a entendu par là qu'on a pu appliquer la méthode *inutilement* ou *sans fruit*, cela est possible; mais s'il a fait à ses collègues qui ont parlé de suppurations et d'abcès la concession que M. Bonnet aurait essuyé, dans les dernières années de sa pratique, des accidents de ce genre, nous lui opposerions les affirmations contraires que son maître n'a cessé de nous répéter. Non, les sections sous-cutanées, comme auxiliaires du redressement des fausses ankyloses, quand elles sont pratiquées suivant les règles, ne donnent lieu ni à des suppurations ni à des abcès; et leur intervention, comme élément du redressement de ces difformités, est toujours indispensable s'il s'agit de difformités anciennes.

Mais qu'on ne s'y méprenne pas, nous n'approuvons pas pour cela le redressement brusque et extemporané des fausses ankyloses; sans méconnaître les avantages dont cette pratique est susceptible, et sans nier non plus les succès réels qu'on lui doit, nous continuerons à lui préférer le redressement lent et gradué des mêmes difformités par les machines, préparé ou aidé par les sections musculaires et ligamenteuses, qui sont et seront toujours un auxiliaire indispensable du redressement par les appareils.

JULES GUÉRIN.

HYGIÈNE MILITAIRE.

DE L'EXCÈS DE MORTALITÉ DU A LA PROFESSION MILITAIRE; NATURE ET CAUSE DE LA PHTHISIE ENDÉMIQUE DE L'ARMÉE; MOYEN DE DIMINUER LA MORTALITÉ DES ARMÉES EN TEMPS DE PAIX ET EN TEMPS DE GUERRE; par M. le docteur THOLOZAN.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

VI.

SPÉCIFICATION DU GENRE DE MORT. — ACCROISSEMENT CONSIDÉRABLE DU CHIFFRE DES AFFECTIONS PULMONAIRES TUBERCULEUSES DANS LES ARMÉES.

Dans la vie civile et à l'époque qui correspond au temps du service militaire, les décès par suite d'affections pulmonaires sont de 6,3

d'abord on devine qu'il n'y a que la farine de seigle qui puisse permettre de faire un pain susceptible de se conserver frais aussi longtemps. On prend donc la quantité de farine qu'on veut employer et blutée au degré qu'on désire, selon que le pain doit être de plus ou moins belle qualité. Après avoir délayé le levain (nous ne sommes pas fixé sur la quantité de sel), on doit pétrir avec de l'eau bouillante; on se sert à cet effet de palettes à long manche comme le font les brasseurs. On emploie cinq voies ou cartes d'eau pour six cartes de farine de seigle. La carte pèse 9 kilogr. La pâte, une fois pétrie, reste vingt-quatre à trente heures avant de lever par la fermentation. On la divise alors par lots de façon à faire les pains de la dimension qu'on veut avoir. Celui dont nous avons pris un échantillon était de l'épaisseur d'un pain de munition, mais d'un tiers de plus en circonférence. Il suffit de deux heures et demie de cuisson dans un four très-chaud. La croûte, sans être brûlée, est un peu surprise et emprisonne ainsi l'eau de panification, qui doit maintenir le pain tendre un temps indéfini, puisqu'il peut, avons-nous dit, rester tel quel deux ans et plus. Toutefois on doit avoir soin, pour le conserver, de placer chaque pain non pas à plat ni superposé, mais isolément et de champ entre les barreaux d'un casier à claire-voie. Non-seulement ce pain se conserve frais et tendre, peut-être blanc si l'on blute à degré voulu, mais il a une saveur agréable et trempe très-bien à la soupe. Toute la population de Lans-le-Bourg jusqu'au fond de la haute vallée de Lans-le-Villard et Bonneval, en mangent exclusivement.

Or cette population nous a paru robuste, nous n'y avons pas vu de goîtreux, les familles comptent de nombreux enfants, d'où l'on peut conclure que le pain dont nous parlons, qui forme avec la pomme de terre et le laitage à peu près toute la nourriture du pays, contribue et suffit à une bonne nutrition.

Avec de pareilles qualités, nous nous sommes demandé immédiatement s'il n'y aurait pas quelque avantage à faire usage dans une certaine mesure et plus ou moins modifiée et améliorée, de cette espèce de pain biscuité en place du biscuit qui entre pour une large part dans les approvisionnements des armées. On est arrivé, nous le reconnaissons, à faire du biscuit de très-belle qualité, et du pain biscuité préférable encore; mais le biscuit est très-dur à mâcher, il ulcère souvent les gencives par action contondante; il contient si peu d'eau de panification que l'insalivation est insuffisante, et il pèse à l'estomac. D'autre part, si l'on veut le ramollir en l'humectant et l'exposant au feu, il donne fréquemment la diarrhée.

Le biscuit est plus blanc que le pain de seigle dont nous parlons, mais on pourrait aisément faire ce dernier plus blanc que nous ne l'avons vu. On pourrait aussi étudier la question des mélanges de farines de froment et de seigle dans les proportions voulues, pour avoir un pain mixte ayant les qualités requises pour rester bon et tendre.

On pourrait se demander si l'usage du pain de seigle en quantité notable n'exposerait pas à la longue à l'ergotisme. D'après les renseignements précis que nous avons pris, ce genre d'accident ne serait pas observé dans la contrée, par la raison que le seigle qu'on y récolte n'a pas d'ergot.

A partir de Lans-le-Bourg, on laisse à gauche la vallée supérieure de l'Arque pour gravir à droite en serpentant en zigzag les flancs du col du mont Cenis

sur 1.000; dans la cavalerie ils sont de 7,3; dans l'infanterie de ligne, de 10,2; dans les gardes, de 13,8. D'autre part, les maladies pulmonaires constituent dans la cavalerie 53 p. 100, dans l'infanterie 57 p. 100, dans les gardes 67 p. 100 du chiffre total des décès. On voit ainsi quelle part considérable les différentes maladies de l'appareil respiratoire prennent à l'accroissement de la mortalité de l'armée. Ces affections sont désignées 9 fois sur 10 dans les statistiques anglaises sous les appellations de *crachement de sang*, de *phthisie*, de *catarrhe chronique*, d'*asthme*. Leur fréquence est tellement grande qu'elles enlèvent dans l'infanterie un nombre presque égal, et dans la garde un chiffre supérieur au nombre total des décès des professions civiles du même âge.

Dans notre armée, le même fait s'observe dans des proportions au moins aussi marquées qu'en Angleterre. Le chiffre des affections chroniques ou subaiguës des organes respiratoires est tellement considérable qu'il dépasse toutes les prévisions. Les maladies tuberculeuses aiguës sont aussi très-nombreuses. Elles se développent souvent sur des sujets robustes dont les antécédents et la constitution auraient semblé devoir éloigner l'idée d'une semblable maladie diathésique. Ces hommes sont enlevés quelquefois par une seule grande éruption de granulations tuberculeuses dans les poumons. Parfois la maladie s'étend aussi aux viscères abdominaux et au cerveau. Alors c'est surtout au-dessous de la séreuse, ou dans cette membrane ou à sa surface, ou dans des dépôts plastiques préalablement sécrétés que se fait le développement hétéromorphe.

Dans un groupe plus nombreux de malades, l'affection a une marche moins rapide. Les éruptions tuberculeuses sont moindres, elles se répètent à des intervalles distincts, elles affectent les poumons dans la grande majorité des cas, et surtout le sommet de ces organes, qu'elles finissent par infiltrer complétement, et où elles donnent lieu à tous les accidents du ramollissement et du troisième degré de la phthisie.

A une troisième catégorie de cas appartiennent les hommes plus âgés, compris entre 30 et 40 ans et qui comptent déjà un certain nombre d'années de service. Généralement alors la maladie a une marche encore plus lente que dans le deuxième cas. La vie continue plus longtemps même avec des ulcérations étendues des parties supérieures des poumons parce que l'éruption tuberculeuse épargne comparativement les lobes inférieurs. Dans ces cas, la dissémination des tubercules est rare, la vie s'éteint lentement comme par l'effet de l'usure des poumons et de la diarrhée. Le péritoine est sain et les ulcérations de l'intestin, quand il y en a, ne reposent pas sur un fond tuberculeux, comme cela a lieu fréquemment dans les cas de la première catégorie. L'hémoptysie est un symptôme bien plus marqué et bien plus fréquent dans les derniers cas que dans les premiers; l'amaigrissement initial ne manque pas dans les uns et dans les autres faits.

A côté de ces faits j'en signalerai d'autres qui sont tout à fait analogues aux premiers et aussi importants, mais dont la véritable signification ne paraît pas avoir été comprise jusqu'ici: le nombre des épanchements pleurétiques est tellement considérable dans notre armée que nous avons vu souvent à certaines époques, dans les salles des hôpitaux militaires, les pleurétiques entrer pour un tiers dans le nombre total des malades. Souvent cette hydropisie est le prélude des tubercules, elle constitue une des formes et un des modes de la tuberculisation comme de nombreuses observations nous l'ont démontré pendant un séjour de vingt années dans les hôpitaux militaires. On ne voit pas fréquemment les pleurésies avec épanchement se développer sur des sujets déjà phthisiques. Par contre, dans un tiers des cas environ, des signes évidents de tuberculisation se montrent aussitôt après la résorption du liquide dans les hydropisies dont il est question. Dans un autre tiers des cas, le développement de la phthisie est plus graduel et plus lent. Ce n'est qu'après six mois, un an, deux ans même que les premiers symptômes de la tuberculisation pulmonaire apparaissent. Dans le troisième tiers environ des malades que j'ai pu observer pendant assez longtemps, il ne s'était montré au bout de deux années aucun signe positif de phthisie.

D'un autre côté on observe en France, dans les salles de blessés des hôpitaux militaires, un très-grand nombre de ganglionites strumeuses et tuberculeuses. Cette maladie a été remarquablement observée et décrite il y a quelques années par le baron Hippolyte Larrey, qui a été à juste titre frappé de sa fréquence. C'est surtout dans les régions sous-maxillaires, parotidiennes et cervicales que ces tumeurs lymphatiques se développent. Elles présentent dans la grande majorité des cas une grande résistance à tous les moyens de traitement. J'ai pu souvent reconnaître dans ces glandes extirpées la présence de dépôts tuberculeux sous les quatre formes d'infiltration grise, de granulations grises, d'infiltration blanche et de granulations blanches. Il ne faudrait pas croire que les sujets qui portent ces ganglionites spécifiques présentent en même temps des signes de dégénération tuberculeuse des poumons; c'est là l'exception.

Sans entrer dans plus de détails, on voit que le groupe des maladies tuberculeuses comprend en outre de la phthisie lente et de la phthisie aiguë certaines pleurésies et ganglionites trop communes dans l'armée.

J'ai lieu de croire que des observations analogues peuvent être faites dans les armées qui se trouvent dans des conditions presque identiques à la nôtre sous le rapport de l'habitation, de la discipline intérieure, de l'âge des sujets recrutés. C'est ainsi que la question dont il s'agit ici intéresse sans doute la plupart des armées européennes.

VII.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LA MORTALITÉ DE L'ARMÉE EST DIMINUÉE, AINSI QUE LA PROPORTION DES MALADIES TUBERCULEUSES.

Nous avons fait voir que ce n'étaient ni la nourriture, ni l'habillement, ni les veilles, qui pouvaient expliquer l'excès de mortalité de l'armée et l'augmentation des maladies tuberculeuses. La commission royale de Londres a attribué ces faits à la viciation de l'atmosphère des casernes, à l'encombrement, à l'insuffisance de la ventilation, et elle s'est fondée sur les raisons suivantes: La seule armée dont la mortalité n'excédait pas celle de la population civile dans laquelle elle se recrutait, était l'armée indigène de l'Inde. C'était aussi la seule armée qui ne fût pas casernée. Les cipayes recevaient une certaine somme pour se construire à chacun une cabane, et souvent ils couchaient en dehors de cette sorte de hutte.

J'en pourrais dire autant de la rareté de la phthisie pulmonaire dans l'armée persane; mais cette maladie me paraît aussi très-peu com-

---

garnis de forêts de sapins, de pins et de mélèzes. Là il faut douze mulets de renfort aux diligences, quand la route est déblayée des neiges qu'enlèvent constamment de nombreux cantonniers répartis en 23 stations, qui servent aussi de refuge aux voyageurs en cas de tourmente. Besoin ne fut pour nous de recourir à ces abris: le 17 mai le soleil étincelait sur les neiges des cimes et sur la surface du petit lac du monastère.

Le col du mont Cenis est un large et profond couloir de quelques kilomètres. Bientôt on arrive à la ligne de partage des eaux et à la *barriera di Francia*, pour descendre rapidement les versants est-sud-est de ces hautes montagnes. Les pentes du côté de l'Italie sont plus rapides, et à partir de Laferrière, vallée à minerai de fer comme son nom l'indique, on découvre au loin les belles et riches vallées des affluents de la Doire, qui traverse en grondant la vieille ville de Suze.

L'aspect de cette ville, qui fut de tout temps clef stratégique, est tout à fait moyen âge. Il y reste comme antiquité romaine un arc de triomphe érigé à César, tribun et pontife. Ce monument est dans un état remarquable de conservation; ses blocs, juxtaposés sans ciment, sont aussi immuablement d'aplomb qu'au jour de leur pose. C'est un modèle de solidité à étudier par les architectes modernes, qui sont trop enclins à mettre une cause prochaine de destruction à leurs œuvres par le mauvais mortier dont ils font abus.

Comme la ville, la population de Suze est de triste aspect: gens laids et rabougris, de mauvaise constitution, le plus souvent scrofuleux et surtout goîtreux. Beaucoup d'hommes notamment avec des goîtres doubles y sont hideux à voir.

Les nombreuses troupes de passage qui affluent à Suze n'ont fourni qu'un assez faible contingent proportionnel de malades. Généralement les tempéraments pléthoriques en descendant rapidement le mont Cenis et passant brusquement d'une température de zéro ou au-dessous, dans une vallée où l'air et le soleil sont déjà chauds, éprouvent quelques vertiges, des symptômes congestifs vers la tête, des céphalalgies; mais ces symptômes sont le plus souvent passagers. Pareillement il y a turgescence à la peau, plénitude de l'appareil circulatoire et respiratoire; quelques cas de congestion pulmonaire sont arrivés à l'hémoptysie, à la pneumonie et même à l'apoplexie pulmonaire: un général regretté en a fourni la preuve.

Il y a eu un assez grand nombre d'angines, de bronchites, des pleurites, beaucoup de courbatures dorso-lombaires et surtout des jambes, par suite aussi des rhumatismes musculaires et articulaires. Des accès fébriles, des fièvres intermittentes ont nécessité l'entrée à l'hôpital pour un certain nombre, et chez quelques fébricitants nostalgiques il y a eu des cas de fièvre typhoïde; mais, nous le répétons, tout cela en faible proportion quant aux effectifs des troupes de passage.

De Suze, la voie ferrée parcourt la belle vallée de la Doire pour toucher à Turin, et vous transporter à travers des plaines riantes et fertiles jusqu'à Asti et Alexandrie, au milieu de flots de populations enthousiastes.

A Alexandrie, aboutissant des arrivages de mer et de terre, par Gênes et les Alpes, et grand quartier général, lors de notre arrivée, il y avait une im-

mune en Perse. A côté de cette remarquable diminution de la phthisie en Perse, il faut noter la vie en plein air des Persans qui couchent pendant six mois sur les terrasses ou dans les jardins à l'air libre, et qui pendant la saison froide ont des habitations très-largement ventilées.

Il est aussi digne de remarque que la mortalité de l'armée anglaise campée sous Sébastopol en 1856, a été de près d'un tiers inférieure à celle de l'infanterie de ligne, et de deux cinquièmes moindre que celle des gardes casernés en Angleterre. En effet, de la fin de décembre 1855 à ta fin de mai 1856, le chiffre des décès en Crimée fut à raison de 12,5 sur 1000 par an, et on sait qu'en Angleterre ce chiffre est de 17,9 pour l'infanterie et de 20,4 pour la garde. Il est vrai de dire que jamais armée ne fut dans de meilleures conditions que les troupes expéditionnaires anglaises à cette époque, sous le rapport de l'alimentation, du vêtement, du logement, de la ventilation, des soins de propreté.

Mais, même en dehors de ces conditions hygiéniques supérieures qui abaissent d'une manière si marquée le chiffre total de la mortalité, dans les circonstances ordinaires de la guerre, quand la mortalité générale augmente considérablement, j'ai vu que le chiffre des affections tuberculeuses demeurait presque nul (1). Ce n'est donc encore une fois ni les fatigues excessives, ni le service de nuit le plus accablant, ni l'insuffisance du vêtement et des aliments, ni le froid de l'humidité qui sont causes des maladies tuberculeuses des armées. Pendant l'hiver de 1854 à 1855, les armées alliées étaient sous Sébastopol dans les conditions hygiéniques les plus défavorables : alimentation de qualité inférieure, habitation sous la tente, pluie, neige, froid rigoureux, fatigues excessives des travaux du siége. Dans ces circonstances, j'ai observé à Constantinople, dans le principal hôpital de l'armée française, pendant les mois de décembre 1854, janvier, février et mars 1855, que sur 1200 malades le chiffre des phthisiques était presque nul. Sur 79 autopsies, j'ai noté 21 fois des lésions pulmonaires ou pleurales, parmi lesquelles la tuberculisation ne figure que 5 fois, et 4 fois sur ces 5 cas les tubercules étaient en très-petit nombre, stationnaires, crétacés, et ne s'étaient révélés pendant la maladie nltime par aucun symptôme, par aucune réaction caractéristique.

Ainsi la phthisie très-commune dans l'armée, et qui figure en première ligne parmi les causes de mort, ne se retrouve en campagne que dans des proportions très-minimes. J'ai montré, dans mes RECHERCHES SUR LES MALADIES DE L'ARMÉE D'ORIENT, qu'il en avait été de même pendant l'hiver de 1854 à 1855 de la fièvre typhoïde fréquente dans nos hôpitaux en temps de paix, des fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine, et du rhumatisme articulaire aigu. L'histoire donne un enseignement très-formel à ce sujet, elle fait voir très-rarement à la suite des armées les exanthèmes fébriles, et très-rarement aussi le rhumatisme articulaire aigu et la phthisie.

Est-ce le cas de dire qu'il y a antagonisme entre ces affections et la dyssenterie, le scorbut, le typhus, maladies propres aux armées en campagne? Le mot *antagonisme* exprimerait, à mon sens, une idée fausse, car il n'y a pas opposition entre les maladies, ou plutôt entre leurs causes. L'expérience montre que les causes morbides les plus diverses peuvent coexister, se joindre les unes aux autres et superposer leur action sur l'organisme. Quand une ou plusieurs maladies comme celles dont nous parlons ici manquent complétement de la scène pathologique, ce n'est pas par une sorte d'opposition entre les espèces morbides, mais bien parce que les circonstances favorables à leur développement n'existent pas.

Quelles sont donc, en dernière analyse, les conditions étiologiques spéciales à la vie de garnison, et qui ne se produisent pas d'ordinaire au milieu des armées en campagne? On mettra peut-être en opposition l'agglomération des hommes dans les casernes avec leur vie à l'air libre dans les camps. Mais pour demander à la science sanitaire une solution rigoureuse à ce sujet, il faut lui fournir des mesures exactes et des évaluations numériques précises. Ces données, je les emprunterai en partie à un intéressant travail de mon savant ami W. Farr.

On sait que la densité de la population, c'est-à-dire le nombre des individus qui habitent sur une surface donnée de terrain, exerce une influence considérable sur la santé publique. Il peut sembler juste de supposer, en partant de ces prémisses, que l'accumulation des hommes dans les habitations militaires permanentes soit une des causes de développement des maladies qui déciment les armées en temps de paix. Mais pour que cette première induction ait quelque valeur, il est nécessaire de comparer la densité de la population militaire dans les camps avec celle de la population des villes ou des casernes. Cette œuvre de calcul une fois préparée, la comparaison ne devient pas seulement possible, elle éclaire singulièrement la question de l'hygiène des camps.

Les prescriptions relatives au campement donnent en France les règles suivantes d'arrangement et d'espacement des tentes et des baraques : les bataillons doivent être éloignés les uns des autres d'environ 16 mètres, les escadrons de 10 mètres, les régiments d'infanterie de 20 mètres, les régiments de cavalerie de 15 mètres, les brigades de 30 mètres, les divisions de 50 mètres. On laisse ordinairement un intervalle de 300 mètres entre les fronts de deux lignes, si l'on ne campe pas sur une seule. On calcule en général la capacité des tentes ou des baraques à raison de 1 mètre carré par fantassin et de 2 mètres 50 par cavalier. La tente d'ancien modèle ou canonnière contenait 8 fantassins ou 4 cavaliers ; elle mesurait 3 mètres 25 de long sur 2 mètres 60 de large. Elle était séparée des tentes voisines par une ruelle de 1 mètre 30 de large. La tente nouveau modèle contient 15 fantassins ou 8 cavaliers; ses dimensions mesurent 6 mètres de long sur 4 de large; la ruelle est de 2 mètres. Les dimensions des baraques susceptibles de loger 12 hommes sont de 3 mètres 80 de profondeur, de 4 mètres 60 de largeur, de 1 mètre de hauteur aux piedsdroits et de 3 mètres 30 de hauteur sous les arbalétriers au faîte. Le développement du lit de camp dans ces baraques se calcule à peu près à raison de 75 centimètres par homme.

En Angleterre, où les règlements relatifs au campement ne diffèrent pas, au fond, d'une manière notable de ce qu'ils sont chez nous, il y a trois modes partieuliers de castramétation. Le premier comporte

(1) RECHERCHES SUR LES MALADIES DE L'ARMÉE D'ORIENT. Paris, 1856.

mense affluence. Là on prend les dispositions et la direction pour rejoindre le corps dont on fait partie ; nous avons trouvé pour notre part le quatrième à Valenza, tout à fait sur la rive droite du Pô.

L'état sanitaire se maintient excellent, les pluies arriérées du printemps font place au beau temps, les cantonnements et campements sont généralement bons et commodes. Notre ambulance du quartier général est encore vide ; aussi manquerais-je d'éléments pour une lettre médicale, si je n'avais eu sous la main le résumé succinct de la clinique d'un confrère italien, M. le docteur Bocca, qui nous permet de dire ce qu'est la constitution médicale des rives du Pô et de la Lombardo-Vénétie ou nous allons entrer (1).

Dans les contrées du Pô supérieur, les maladies de l'appareil respiratoire occupent une large place dans le cadre pathologique, non-seulement pour le nombre, mais aussi pour la gravité des affections. Il est a noter que le plus souvent les fluxions de poitrine sont précédées d'accès fébriles qui laissent pendant quelques jours le diagnostic incertain, et peuvent être l'objet d'indications spéciales. Les frissons, dit M. Bocca, signalent le début de la maladie, et le froid peut être quelquefois assez intense ou prolongé pour simuler à s'y méprendre le premier stade des fièvres périodiques.

Les antiphlogistiques, les antimoniaux, les révulsifs, quelques laxatifs, les boissons pectorales, sont la base du traitement qu'il convient d'employer en y ajoutant l'antipériodique dans les cas d'indication formelle.

(1) SAGGIO CLINICO.

Par-dessus toutes les autres affections, les fièvres intermittentes sont dominantes : j'affirme donc, dit M. Bocca, que les fièvres intermittentes sont très-fréquentes a Valenza et dans la contrée limitrophe, la Lomelline, et que le trimestre d'hiver, excepté les fièvres, forment environ le quart et le tiers de toutes les maladies observées.

Un fait qui ne peut manquer d'intéresser grandement les observateurs, ajoute M. Bocca, c'est qu'il puisse y avoir un principe si marqué d'intermittence, dans une ville placée sur une éminence (*eminente altipiano*), qui rapidement se rehausse en collines plantées de vignes, éloignée d'un mille du Pô, au-dessus du niveau duquel elle est notablement élevée, où il n'y a ni rivières (nous parlons de Valenza), ni étangs, ni marécages, où la terre n'a d'autre culture que celle de la vigne et des mûriers, où les champs ensemencés et les prairies n'ont pas d'irrigations artificielles, où l'on a presque toujours de bonnes récoltes de toute espèce, et où enfin les eaux potables sont excellentes et l'air très-pur (*aria purissima*).

Dans les fièvres intermittentes de longue durée et rebelles, les complications viscérales s'observent souvent. L'engorgement de la rate, assez rare parmi les citadins, est plus fréquent chez les malades venus de la vallée du Pô.

Traitement : au début, décoction amère mêlée avec de l'extrait de taraxacum (*tarassaco*), et de légers purgatifs amers. Un très-bon fébrifuge, dit M. Bocca, consiste dans l'emploi du sulfate de quinine associé à la rhubarbe et au tartre émétique, dont MM. Quaglia et Rasori lui ont affirmé avoir toujours obtenu de bons effets (*mirabili effetti*), dans les cas de nombreuses

348000 hommes par mille carré, le second 664000, le troisième 347000. A ne prendre que l'espace occupé par les tentes elles-mêmes, défalcation faite des rues du camp, la densité serait, dans le plan n° 1, de 1044820 habitants par mille carré, et d'après le plan n° 2 de 1290000. Or, dans les villes en général, la densité de la population, par rapport aux espaces bâtis et non bâtis est de 10 à 12000 habitants par mille carré et de 175000 sur les espaces bâtis. L'agglomération dans les camps les moins encombrés est donc 20 fois plus considérable que celle de Paris et de Londres. En ne tenant compte que de l'espace occupé dans les camps les mieux disposés, la densité de la population est 50 fois supérieure à celle de Londres. Ce qui revient à dire que si la population de cette capitale était aussi dense que celle de certains camps, elle s'élèverait à 81 millions d'habitants et qu'elle atteindrait le chiffre de 127 millions, soit quatre fois la population des îles Britanniques, si toutes les tentes se touchaient.

Il faut bien admettre que, dans les casernes, la densité de la population soit sensiblement plus grande que dans les habitations civiles; mais elle est loin d'être comparable à cette condensation des masses humaines qui a lieu dans les camps. Ceci peut expliquer en grande partie le développement du scorbut, de la dyssenterie, et surtout du typhus des armées, lorsqu'on n'a pas soin de maintenir la propreté, l'aération, le drainage, la ventilation des camps dans des conditions hygiéniques supérieures à celles des villes.

On voit donc que l'agglomération n'est pas la vraie cause du développement des affections tuberculeuses, autrement ces affections s'observeraient en campagne en même temps que le scorbut, le typhus, la dyssenterie. Il y a probablement dans les casernes et dans la vie de garnison un ensemble de conditions qui conduisent aux résultats que nous avons signalés; il faut chercher si ces conditions peuvent être exactement définies dans l'état actuel de la science. S'il est possible de les préciser, on connaîtra la cause de la mortalité de l'armée et celle des maladies tuberculeuses. Si, au contraire, on n'arrive pas à cet égard à une donnée positive, on pourra du moins limiter le groupe d'influences contre lesquelles l'hygiéniste doit lutter pour diminuer notablement les affections tuberculeuses des armées. Pour cela il est nécessaire d'examiner quelques faits relatifs à la salubrité des casernes.

Les règlements d'hygiène militaire fixent à 12 mètres cubes environ le minimum de l'espace nécessaire à chaque homme dans les chambrées des casernes. Dans la majorité des cas, le cubage de ces salles montre que ce minimum n'est pas atteint. Beaucoup de casernes ont un volume d'air inférieur d'un tiers à celui qu'elles devraient présenter, quelques-unes n'ont même que la moitié de l'espace alloué par le règlement. Les lits se touchent quelquefois, et le plus souvent ils n'ont pas entre eux l'intervalle d'un demi-mètre. Les moyens de ventilation sont insuffisants; rarement les fenêtres s'ouvrent en face les unes des autres, et les orifices de ventilation sont tenus fermés par les hommes eux-mêmes. Il en résulte que le soldat dort au milieu d'une atmosphère fétide et insalubre qui se révèle par une odeur nauséabonde insupportable pour celui qui pénètre dans ces dortoirs le matin avant leur aération.

Quoi qu'en disent les livres spéciaux, le mode d'action de l'air ainsi vicié n'est pas tout à fait connu. Ce que l'on sait d'une manière positive, c'est que l'économie en ressent l'influence délétère, et que cet effet contribue à l'augmentation considérable que nous avons signalée dans le chiffre des décès. Nous avons dit que les maladies chroniques de l'appareil respiratoire déterminaient en grande partie l'accroissement des décès; mais elles ne sont pas seules à produire ce résultat, d'autres affections y concourent, notamment la fièvre typhoïde et les autres maladies zymotiques telles que le choléra, la diarrhée, la dyssenterie, les fièvres éruptives. Plus des sept neuvièmes de la mortalité, dans l'infanterie, sont dus à ces deux classes de maladies, les maladies tuberculeuses et les affections zymotiques. Les fièvres typhoïdes ne figurent dans cette proportion que pour un chiffre minime. En effet, la mortalité qu'elles occasionnent n'est que de 1,4 sur 1000 dans la cavalerie, de 2,4 dans la garde, de 2,5 dans l'infanterie, de 1,9 dans l'artillerie. D'autre part, ces proportions ne dépassent pas d'une quantité considérable celles de la population civile; car dans les villes la mortalité par suite de fièvre est de 1,2 sur 1000.

Ces résultats auront droit de surprendre ceux qui attribuent à l'encombrement les types fébriles dont il est ici question. Avec les théories qui ont cours en hygiène et en pathologie, on s'étonnera de voir rapporter à un manque de ventilation et à un certain degré d'encombrement une proportion bien plus considérable de maladies chroniques du poumon que de fièvres typhoïdes. Les faits que j'emprunte, à défaut d'autres statistiques, au rapport de la commission anglaise, m'ont paru trop consciencieusement relevés et trop démonstratifs pour être mis en doute. D'autre part, les proportions de décès que j'ai notées sont données par les savants les plus experts et les plus recommandables. Il faut donc que les croyances s'inclinent devant les faits. Pourquoi la viciation lente de l'atmosphère confinée des lieux habités par certaines agglomération d'hommes ne produirait-elle pas aussi bien des maladies tuberculeuses que des fièvres essentielles? La communauté d'origine de ces affections est démontrée par les faits, et rien ne prouve qu'il ne puisse y avoir entre elles une parenté étiologique plus étroite qu'on ne le suppose. Les recherches les plus récentes et les faits nombreux que j'ai observés depuis une quinzaine d'années me font penser que les maladies tuberculeuses et scrofuleuses de l'enfance et de l'âge adulte sont soumises dans leur développement aux mêmes lois que les maladies zymotiques, fièvres essentielles, fièvres éruptives, dyssenterie. Cette analogie porte ou bien sur la forme et sur la gravité des affections qui dans l'une et dans l'autre classe de maladies varient suivant les constitutions médicales, ou bien encore sur leur naissance simultanée par groupes simulant ainsi de petites épidémies aux mêmes époques ou à des époques distinctes pour chacun des types morbides.

Il y a plus : les mesures hygiéniques qui font disparaître l'un des fléaux éloignent aussi l'autre. Dans les villes où la population est très-dense et la mortalité excessive, les maladies qui déciment les habitants sont les fièvres et les affections tuberculeuses. Faites cesser l'encombrement, et l'énorme proportion de décès qui pèse, surtout dans ces cas, sur l'enfance et sur l'âge adulte disparaîtra. L'école militaire de Chelsea, près de Londres, était, à part la différence d'âge des sujets, dans les conditions d'une véritable caserne : même genre d'aliments, même absence de ventilation. A l'âge moyen de 10 ans, il y mourait 9,7 enfants sur 1000. Sans augmenter la ration alimentaire,

---

fièvres qui règnent à Alexandrie. Pareillement l'association du calomel au sulfate de quinine convient dans les fièvres pernicieuses ictériques.

Fièvres gastriques et rhumatiques. Ces fièvres, dit M. Bocca, sont tellement différentes des véritables inflammations du tube digestif et des phlogoses des articulations et des muscles, qu'on ne peut les confondre en aucune façon. Ces affections s'observent dans la contrée de Valenza au commencement de l'été, surtout si la saison est sèche et chaude. *Per magnas siccitates articulorum dolores et intestinorum difficultates* (HIPP.). Elles se mêlent aux autres affections, fièvres intermittentes, fièvres exanthématiques, fièvres cérébrales, qui d'ordinaire règnent en été et en automne.

A l'improviste, les malades éprouvent du malaise et une lassitude générale suivis de frissons intenses prolongés et de douleurs musculaires; la langue est chargée, sèche, il y a soif ardente, borborygmes, nausées, céphalalgie, photophobie, tremblement convulsif de la lèvre inférieure. Dans les premières heures de l'accès et de l'exacerbation, la peau est aride, sèche et chaude; mais peu à peu elle devient moite, elle se couvre d'une sueur abondante par laquelle la fièvre tombe au plus tôt en vingt-quatre heures, car elle peut se prolonger trois jours. Ces fièvres gastro-rhumatiques sont à peu près aussi nombreuses que les intermittentes ordinaires. Le repos, la diète, les boissons acidules rafraîchissantes, quelques grains de poudre d'ipécacuanha, de petites doses de tartre émétique dissous dans une grande quantité d'eau, des injections émollientes, de légers laxatifs, les ventouses le long du rachis, constituent les meilleurs moyens pour arrêter les synoques gastro-rhumatiques. Quelquefois, ajoute M. Bocca, la chaleur brûlante de la peau, le retard ou la difficulté de la période de sueur et la céphalalgie intolérable peuvent autoriser une évacuation sanguine.

Notons bien que la nature des fièvres gastro-rhumatiques ne diffère pas des intermittentes vraies, et qu'outre les moyens indiqués, le spécifique qui leur convient est le quinquina et ses préparations. Nous en avons eu souvent la preuve en Afrique et dans la campagne de Rome.

Sinoque et fièvre typhoïde. Si les fièvres gastro-rhumatiques à la période aiguë sont laissées à elles-mêmes ou mal traitées, il n'est pas rare de voir survenir un nouvel état fébrile lent et subaigu, qui se prolonge un, deux et trois septénaires avec un mélange des symptômes primitifs à de nouveaux qui font beaucoup ressembler la maladie à la fièvre nerveuse ou à la fièvre typhoïde.

Cette dernière n'est pas toujours la conséquence de la fièvre gastro-rhumatique, car elle peut aussi se développer primitivement; mais alors elle est moins brusque et moins grave, et peut se rapprocher de la fièvre typhoïde sporadique, qu'on pourrait appeler bénigne relativement.

Une maladie de cette gravité qui règne fréquemment et souvent épidémiquement, qui, avec ses caractères bien tranchés, peut nécessiter les méthodes de traitement les plus opposées, a de tout temps vivement préoccupé les médecins. Une fois développée, rien n'arrête son cours, et ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'adopter une médication des symptômes prédominants. Encore ne faut-il pas oublier, comme le dit Sydenham, que telle médication, utile et efficace au début d'une épidémie, cesse parfois de convenir à la fin de la saison.

en variant seulement son mode de préparation, en ventilant avec soin les dortoirs, en espaçant convenablement les lits, le docteur Balfour a vu la mortalité descendre depuis huit années à 4,8 sur 1000, et le nombre des exemptions du service militaire par suite de maladies scrofuleuses, baisser de 12,4 à 4,6 sur 1000.

On pourrait citer un certain nombre de faits analogues pour montrer que la mortalité causée par les maladies tuberculeuses est influencée par les mêmes agents qui triomphent des fièvres contagieuses. Le remède contre les maladies tuberculeuses de l'armée est donc plus facile qu'on ne le soupçonnait d'abord; il consiste dans l'application aux casernes des moyens prophylactiques dont l'efficacité est invoquée contre les fièvres spécifiques et les autres maladies susceptibles de prendre la forme épidémique. Ces mesures résument les influences les plus favorables à la santé humaine; aussi n'est-il pas étonnant qu'elles soient aptes a combattre ou à prévenir toutes les causes qui troublent cet équilibre.

Quand on a ainsi analysé et discuté les circonstances dans lesquelles la mortalité de l'armée est diminuée, et qu'on trouve, grâce à l'admirable simplicité des lois hygiéniques, que les mêmes moyens conviennent aux fièvres contagieuses, aux fléaux épidémiques et au groupe des maladies tuberculeuses, on reconnaît l'illusion dans laquelle sont demeurés jusqu'à présent les pathologistes et les hygiénistes qui ont voulu trouver dans l'encombrement et le défaut de ventilation la vraie cause des maladies typhiques. Cette idée, passée dans la science, a détourné l'attention des autres maladies engendrées aussi au milieu des agglomérations d'hommes. On est arrivé ainsi à considérer les fièvres typhiques comme une espèce à part, plus directement déterminée par l'encombrement. Ce point de vue, qui n'est pas dans la véritable interprétation des faits, a fait croire qu'on pouvait à coup sûr, dans toutes les circonstances, prévenir la fièvre typhoïde et le typhus fever. L'histoire démontre qu'il est tels cas d'épidémicité dans lesquels les plus justes prévisions de la science ont échoué à cet égard, de même qu'elle fait voir que les autres affections zymotiques, fièvres éruptives, choléra, dyssenterie, sont douées, à certaines périodes, d'une telle force de développement qu'elles naissent et s'accroissent dans les meilleures conditions de l'hygiène.

De plus, à cause de ce système, on a négligé l'étude des rapports étiologiques qui unissent entre elles des maladies qui naissent dans des conditions analogues, et disparaissent par suite des mêmes moyens prophylactiques. C'est ainsi que les scrofules et la phthisie ont été reléguées dans la classe des affections sur lesquelles les moyens hygiéniques avaient peu d'influence.

Aujourd'hui le travail de l'hygiène et de l'étiologie, car ces deux sciences se confondent en ce point, consiste, selon nous, à rechercher les influences propres à chacune des maladies dont nous avons parlé, c'est-à-dire à caractériser leurs conditions de développement. Quelques-unes de ces conditions sont les mêmes pour un grand nombre d'affections; nous avons indiqué le défaut de ventilation, l'agglomération, la vie en commun, nous avons parlé du génie épidémique. L'hygiène déterminera sans doute un jour quel degré d'encombrement et quelles autres circonstances accessoires sont plus particulièrement favorables à telle maladie qu'à telle autre. Une science nouvelle dont j'ai fait revivre le nom et dont j'ai esquissé quelques principes dans ces dernières années, l'épidémiologie, dira aussi à une nouvelle génération quelles variations d'intensité ou de modalité présentent les manifestations épidémiques de chacune de ces maladies. Aujourd'hui, faute de données plus précises, nous devons nous borner à constater les analogies et à chercher les moyens faciles d'exécuter les prescriptions hygiéniques dans les circonstances ordinairement précaires de la vie militaire.

(*La fin au prochain numéro.*)

OBSTÉTRIQUE.

DE LA VERSION DU FOETUS PAR UN SEUL PIED, ET DE LA GÉNÉRALISATION DE CETTE MÉTHODE; par M. le docteur J. KUHN, médecin à Niederbronn.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Je vais relater quelques-uns des cas que j'ai eu l'occasion d'observer; ils prouveront que la version monopode, faite suivant le procédé que j'indique, peut rendre de grands services; qu'elle est loin de présenter les inconvénients que quelques auteurs lui reprochent, et que comme méthode opératoire elle mérite d'être prise en sérieuse considération.

OBS. 1. — La femme de Pierre Lienhart, cultivateur à Gumbrechtsboffen, 28 ans, bien constituée et enceinte pour la deuxième fois, ressentit les premières douleurs de l'enfantement dans la matinée du samedi, 31 janvier 1852. Vers deux heures de l'après-midi, les eaux s'écoulèrent; cependant aucune partie du fœtus ne s'était engagée dans l'excavation du bassin, et, au lieu d'augmenter, les contractions utérines, sans tout à fait cesser, se ralentirent peu à peu. La femme passa ainsi les journées du dimanche, du lundi et du mardi sans que le travail avançât le moins du monde. Une vieille sage-femme, ignorante et entêtée, avait empêché qu'on ne cherchât plutôt un médecin; ainsi que toutes les matrones de ce genre, elle tenait à honneur de pouvoir se passer de l'assistance d'un homme de l'art. Mais comme la malade était finalement épuisée et qu'on commençait à craindre pour ses jours, on se décida à m'appeler, et je fus rendu auprès d'elle dans la journée de mardi, 3 février, à neuf et demie du soir. L'examen me fit reconnaître une présentation de la face (mento-iliaque droite). L'utérus n'était que faiblement rétracté sur le fœtus, et je n'eus pas beaucoup de peine à introduire la main gauche et à atteindre l'un des pieds, le droit, que j'amenai au dehors. Je n'allai pas à la recherche de l'autre pied, d'abord pour ménager la malade, déjà très-épuisée, et ensuite parce que j'avais déjà acquis la certitude que la version pouvait très-bien se faire par un seul pied, surtout si l'on imprime au membre un certain mouvement de torsion. Je commençai donc immédiatement les tractions sur le pied que je tenais; en les faisant j'inclinai le membre vers le coccyx, afin d'amener l'extrémité pelvienne dans le sens de l'axe du détroit supérieur. Tout en tirant, j'imprimai également au pied un mouvement de rotation en dedans. C'était, ainsi que je viens de dire, le pied droit, et la pointe regardait la cuisse gauche de la mère. Je faisais donc la torsion de manière à diriger le talon en avant. Par ce mouvement combiné, la jambe et la cuisse du fœtus se dégagèrent; en descendant, le membre fit peu à peu un quart de tour autour de son axe, de sorte que la pointe du pied, qui avait été externe, devint postérieure au moment

---

M. Bocca termine par un chapitre sur les gastrites, les gastro-entérites et les arthrites. Toutefois, nous disait-il, il ne faut point perdre de vue ici le fond intermittent de presque toutes les maladies. Aussi avons-nous la conviction que dans la haute Italie encore, comme en Algérie et dans l'Italie centrale, les préparations de quinquina sagement et opportunément administrées sont appelées à rendre de grands services dans le traitement des malades que nous aurons à hospitaliser.

Un mot de la pellagre. D'après les deux cas que nous avons vus et d'après les détails que nous a fournis M. Bocca sur ceux qu'il a observés dans sa pratique, la pellagre est moins une maladie de la peau qu'une maladie interne. La peau, en effet, ne devient malade que lorsque l'organisme est déjà profondément altéré. C'est une gastro-entérite chronique avec émaciation, fièvre lente et de consomption; la peau à la longue devient sèche, terne, rugueuse, plus ou moins froncée, surtout au dos des mains et à la fourchette du sternum, parties plus exposées au soleil; mais c'est là plutôt un épiphénomène qu'une dermatose proprement dite. Cette maladie pourrait s'appeler la maladie de misère; ne la prennent, en effet, que ces pauvres paysans qui, mal nourris, mal vêtus, mal logés, ne quittent leurs pénibles travaux que pour venir dans des bouges infects. C'est en un mot un dépérissement général, une étisie provoquée par les fatigues, le travail aux champs et au soleil, la mauvaise alimentation, le défaut de nutrition, bien plus qu'une simple maladie de la peau.

Nos réflexions médicales ont pris l'espace de cette première lettre; nous en consacrerons une autre ultérieurement à des aperçus au point de vue chirurgical, lorsque les ambulances auront leur fonctionnement plus largement établi. Nous nous bornons aujourd'hui à donner la liste officielle du personnel.

AMBULANCES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

Médecin inspecteur : M. le baron Larrey, membre du conseil de santé, médecin en chef de l'armée d'Italie.

Médecins principaux de première classe : MM. Bondin, Thomas, Salleron, Bertherand, Méry, Champouillon, Cazalas, Fénin.

Médecins principaux de deuxième classe : MM. Maupin, Périer.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Coblence, Menuau, Gramaccini, Rossignol, Bourdier, de Santi, Gerrier, Gueury, Cordier, Philippe, Pallier, Martenot de Cordoux, Busschaert, Legouest, Lacronique.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Renard, Delassus, Cordier, Ehrmann, Vincent, Bécane, Quesnoy, Lefebvre, Armand, Brault, Petitgand, Lemarchand, Honnau, Daga, Corne.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Glaesel, Morelle, de Menon, Dufresne, Chaumeron, Contrejean, Navarre, Meunier, Spire, Ropert, Potor, Barberet, Aubas, Molard, Delaunay, Lecomte, Windrif, Conrboulis, Reeb, Bemy, Baelen, Poppleton, Cocud, Bezins, Ponton, Hervé, Benard, Mauduit, Barthet, Rollet, Rol, Bedié, Rozan, Puech, Aspol, Bessière, Rucff, Perréon,

ou le pelvis descendit dans l'excavation. L'extraction des fesses se fit sans la moindre difficulté, quoique le membre droit fût fléchi sur l'abdomen. Le reste du corps ainsi que la tête suivirent d'une manière facile et régulière. Avant dix heures nous avions un enfant vivant, qui ne présentait aucun genre de lésion. La mère, fort heureusement, n'a pas éprouvé d'accidents de couches. Depuis elle a eu deux autres enfants qui sont venus d'une manière normale.

Obs. II. — La femme de G. Jung, cultivateur à Engwiller, 32 ans, taille moyenne, bien constituée et enceinte pour la deuxième fois, ressentit les premiers maux le 12 décembre 1854, à cinq heures du soir. La poche des eaux s'étant bientôt rompue, et l'enfant présentant une main, la sage-femme de la localité administra une dose de seigle ergoté et fit appeler un médecin des environs, M. le docteur Trautmann (de Pfaffenhoffen), qui arriva à huit heures, c'est-à-dire trois heures après le commencement du travail. Ce jeune confrère, voyant que la version par les pieds était indiquée, se mit en devoir de la faire. Il parvint bientôt à amener l'un des pieds, le gauche, au dehors, et, après avoir fixé ce membre au moyen d'un lacq, il alla à la recherche du second, mais ne réussit pas à l'atteindre malgré ses tentatives réitérées. Les tractions qu'il exerça sur le pied sortant, dans le but d'achever l'accouchement par la version monopode, furent sans résultat et n'amenèrent pas l'évolution du fœtus. Dans cette perplexité, il demanda l'assistance d'une autre confrère. C'est alors qu'on vint m'appeler. Je fus rendu auprès de la malade à cinq heures et demie du matin; je la trouvai très-fatiguée par suite surtout des nombreuses introductions de la main dans l'utérus. Le pouls était un peu accéléré sans être développé; le moral était encore bon. Le pied gauche du fœtus était sorti jusqu'à mi-jambe; la pointe regardait la cuisse gauche de la mère et était un peu tournée en arrière; l'une des mains de l'enfant était descendue dans le vagin : c'était la gauche. D'après cette disposition des parties du fœtus, je jugeai que j'avais affaire à une présentation du plan latéral gauche (position céphalo-iliaque gauche, dorso-postérieure). Je ne fis plus aucune tentative pour aller à la recherche du second pied, d'abord parce que cette manœuvre me parut superflue, ensuite et surtout parce qu'il s'agissait de ménager la femme déjà épuisée. Des tractions méthodiques exercées sur la jambe sortante me parurent devoir amener l'évolution de l'enfant. Je saisis donc le pied avec une serviette, et je le dirigeai d'abord, pour faire les premières tractions, dans le sens du périnée. Tout en opérant les tractions, j'amenai la pointe du pied en avant, de manière à faire subir au membre un mouvement rotatoire interne autour de son axe. Par suite de ce mouvement combiné, la jambe et le genou se dégagèrent, la cuisse descendit et la pointe du pied, tournant constamment, était devenue antérieure lorsque le pelvis fut arrivé au détroit inférieur. C'est alors que je relevai le membre vers le pubis afin de dégager les fesses, qui sortirent sans difficulté, la cuisse étant relevée sur l'abdomen. L'extraction du reste du corps, ainsi que de la tête, fut l'affaire de quelques moments. A six heures, une demi-heure après mon arrivée, la femme était entièrement délivrée, mais l'enfant était mort, ce que j'ai dû attribuer au seigle ergoté que la sage-femme avait eu l'imprudence d'administrer au commencement des maux.

Le temps des couches a été assez long, la femme ayant eu une miliaire puerpérale et quelques accidents dysentérodes, qui cependant eurent bientôt cédé à un traitement convenable. Au bout de quatre semaines la malade a pu se lever; elle n'a plus été enceinte depuis.

Les avantages de la méthode que je propose ressortent clairement de cette observation. Les simples tractions sur le membre inférieur n'ont pas amené l'évolution, tandis qu'elle a été facilement obtenue par les tractions faites d'après les règles que je trace. De nouvelles tentatives pour chercher le second pied auraient pu, dans ce cas, devenir fatales à la mère sans donner plus de résultats pour la terminaison de l'accouchement. Le procédé monopode avec rotation interne a, par conséquent, simplifié l'opération, épargné des douleurs, et fait éviter des dangers.

Obs. III. — La femme d'un ouvrier de Gundershoffen (Ign. Steinbauer), 39 ans, taille au-dessous de la moyenne, bien constituée et enceinte pour la quatrième fois, ressentit les premières douleurs le 19 janvier 1857, à neuf heures du soir. A minuit, la sage-femme qui avait été appelée, ayant rompu la poche des eaux, trouva une position de l'épaule avec procidence de la main droite. Voulant alors essayer de faire la version, elle attira d'abord l'autre main et puis le pied gauche. Embarrassée de ces difficultés, elle me fit appeler le lendemain à six heures.

Je me trouvai en face d'une femme chez laquelle le fœtus présentait le plan latéral droit, position céphalo-iliaque gauche se compliquant de la sortie de la main droite et de la descente de l'autre main, ainsi que du pied gauche dans le vagin. Les eaux étaient complétement évacuées depuis six heures, l'utérus fortement rétracté, et plusieurs signes, entre autres l'absence des pulsations fœtales, autorisaient à croire à la mort de l'enfant. Que faire dans ce cas? Attirer l'un des pieds et aller à la recherche de l'autre, après avoir essayé de refouler les bras; c'était chose trop difficile, sinon impossible, vu les fortes contractions utérines. Je me décidai donc, encouragé par les succès que m'avait déjà fournis la version monopode, à me contenter du pied déjà engagé dans le vagin, à le tirer au dehors et à amener de cette manière l'évolution du fœtus. C'était d'ailleurs plus que jamais le cas de mettre à l'épreuve la valeur de la méthode et d'en constater l'utilité ou les avantages.

Après avoir attiré le pied en question et y avoir appliqué un lacq, je commençai les tractions en inclinant le membre vers le périnée et en chargeant M. le docteur de Langenbagen, qui m'assistait, à refouler en même temps le bras qui faisait procidence. La pointe du pied regardait en arrière. Tout en opérant les tractions, j'imprimai au membre un léger mouvement de torsion interne autour de son axe, de manière à diriger la pointe du pied vers la cuisse gauche de la mère. Bientôt, par suite de cette manœuvre, le genou, ainsi que la cuisse se dégagèrent, les bras rentrèrent, et le pelvis se présenta avec la cuisse droite relevée sur l'abdomen. Le mouvement de rotation éprouvé par le fœtus amena successivement la face ventrale en avant. Il ne fallut qu'un instant pour le dégagement du tronc, et la tête suivit sans difficulté.

L'enfant était mort. La mère n'a éprouvé aucun accident de couches et s'est promptement rétablie des fatigues du travail.

Si, dans le cas présent, j'avais essayé de chercher le second pied, j'aurais prolongé le travail sans nécessité et augmenté les souffrances de la mère sans probablement réussir dans mes tentatives. Le procédé monopode était en quelque sorte le seul moyen auquel on pouvait avoir recours, le seul moyen de sortir d'embarras. L'épreuve a été des plus satisfaisantes; le travail abrégé, des douleurs ont été épargnées, et peut-être la conservation de la mère était-elle due à la simplification du procédé opératoire.

Obs. IV. — La femme Trumpf (du Wasemberg), hameau près de Neiderbronn, âgée de 46 ans, enceinte pour la neuvième fois, ressentit les premières douleurs le 27 décembre 1856, vers une heure du matin. A quatre heures les eaux s'écoulèrent. Vers le matin la malade se sentit épuisée et les contractions utérines se ralentirent considérablement, sans que le travail fût encore avancé. L'on vint alors nous appeler, M. le docteur de Langenbagen et moi. Il était neuf heures et demie quand nous fûmes rendus auprès de la malade. Nous reconnûmes une présentation de la face (mento-iliaque gauche), la tête

---

Raoult Deslonchamp, Fleury, Allaire, Driard, Doochez, Balech, Milliot, Casses, Chabrely, Petibon, Ouradou, Duanthier, Paret, Widal, Fuzier, Bigot, Morand, Dubosq, Grounier, Vézien, Mouret, Herbecq, Courbet, Marlier, Mouillac, Roudet, Alix, David de Lestrade, Doin, Hattute, Tirard, Scoutetten, Jacquemin, Mutel, Paulet.

Médecins aides-majors de 2e classe : MM. Boulogne, Guirard, Perrod, Gaujot, Buffet, Tessier, Lhouneur, Krug, Sculfort, Libermann.

Médecin aide-major commissionné : M. Jean.

Pharmaciens principaux de 2e classe : MM. Demortain, Robillard.

Pharmaciens-majors de 1re classe : MM. Gillet, Capiomont.

Pharmaciens-majors de 2e classe : MM. Piton, Cassaigne, Maublanc, Leprieur.

Pharmaciens aides-majors de 1re classe : MM. Dulierre, Boyer, Bouché, Landreau, Dedigneulle, Rateau, Conpard, Besnier, de Mootèze, Monsel, Condero, Cornillon, Soulé, Senaux, Cohade.

Pharmaciens aides-majors de 2e classe : MM. Cauvet, Truquet, Seguinaud, Aveline, Mulet, Musculus, Parant, Berguier, Fleury, Bobean.

Pharmacien aide-major commissionné : M. Marcailhon.

Tout le corps de santé militaire est plein de zèle et de dévouement à sa mission; il est aussi reconnaissant à qui de droit de l'avenir meilleur que lui promet le dernier décret d'organisation. Toutefois, il est impatient de voir se réaliser pleinement tous les avantages que doit nous assurer ce premier décret, et aussi ceux qui doivent nous être faits par les soins d'une commission spéciale chargée de réglementer les rapports de notre position hiérarchique médicale avec les divers grades de l'armée. Heureusement qu'à l'époque où nous sommes nous pensons ne pas devoir craindre que ce décret reste à l'état de lettre morte comme celui du 3 mai 1848.

Novare, le 1er juin 1859.

Armand,
Médecin-major à l'ambulance du quartier général du 4e corps de l'armée d'Italie.

— M. Leuret, médecin principal à l'hôpital militaire de Strasbourg, a été désigné pour l'armée d'Italie.

— On va établir dans l'île de Sardaigne un hôpital de convalescents pour les blessés français des armées de terre et de mer. Deux cents infirmiers des hôpitaux du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou partiront dans quelques jours pour cette destination. L'hôpital ouvrira le 15 juin.

— Un ordre du jour a fait connaître aux troupes réunies au camp de Châlons, que M. Jules Périer, médecin principal, est chargé en chef de la direction du service de santé à l'hôpital militaire de Châlons, dans les ambulances et dans les infirmeries du camp.

M. le docteur J. Perier a rempli, l'an dernier, les fonctions de médecin en chef dans les mêmes conditions.

était encore un peu mobile au-dessus du détroit supérieur. Nous crûmes devoir d'abord tenter une application du forceps, dans l'idée que ce mode d'extraction fatiguerait moins la femme que la version. Les deux cuillers furent placées sans grande difficulté; mais dès les premières tractions l'instrument glissa sur la tête. Ce petit échec nous fit immédiatement renoncer à l'emploi du forceps, et nous nous décidâmes pour la version podalique. Après avoir introduit la main droite dans l'utérus, je parvins bientôt à saisir le pied gauche et à l'amener au dehors. La pointe du pied était alors tournée vers la cuisse droite de la mère. J'enveloppai le membre d'un linge pour pouvoir mieux le retenir, et je commençai les tractions, que je dirigeai d'abord dans le sens du périnée. En même temps que je tirai sur la jambe, je la fis légèrement tourner autour de son axe, de manière à porter la pointe du pied en arrière. Par suite de ce mouvement combiné, le genou ainsi que la cuisse descendirent, et le pelvis avec le pied droit obliquement fléchi sur le plan abdominal, suivit sans le moindre obstacle. Ici, comme dans toutes les autres versions monopodes que j'ai faites, j'ai vu le dégagement du pelvis s'opérer sans difficulté pour l'accoucheur, sans surcroît de douleurs pour la mère et sans le moindre préjudice pour l'enfant. L'extraction du reste du corps et de la tête fut l'affaire de quelques instants. Il était dix heures et quart lorsque la femme fut délivrée. L'enfant était vivant, et la mère n'a pas ressenti les moindres suites de couches.

Obs. V. — La femme de Jean Urban, cultivateur à Engwiller, âgée de 27 ans, enceinte pour la troisième fois, a ressenti les premières douleurs dans la nuit du 8 au 9 avril 1855. Vers trois heures du matin, il y a eu rupture de la poche des eaux et, peu de temps après, procidence du bras gauche. La sage-femme de la localité, voulant hâter la délivrance, eut l'imprudence d'administrer une certaine dose de seigle ergoté. Les contractions utérines étant devenues très-vives et très-douloureuses par suite de ce moyen, et le travail n'avançant point, l'on me fit appeler dans la matinée. Il était neuf heures lorsque j'arrivai auprès de la malade, accompagné de M. le docteur de Langenhagen.

Je trouvai le bras gauche faisant saillie hors de la vulve et fortement ecchymosé. L'enfant présentait par conséquent le plan latéral gauche, et la position était dorso-antérieure. Les douleurs étaient vives et presque continues. L'enfant semblait déjà mort.

J'essayai plusieurs fois d'introduire la main dans l'utérus, afin de gagner l'un ou l'autre pied et de faire la version; mais les trop fortes contractions rendirent vaines toutes mes tentatives, et je dus les interrompre momentanément.

Je pensai alors qu'en soumettant la malade à l'action du chloroforme, je parviendrais peut-être à faire les manœuvres nécessaires pour amener l'évolution du fœtus. J'envoyai donc chercher l'anesthésique à la pharmacie, qui était à une lieue de là, et je laissai la femme en repos pendant ce temps. Le chloroforme arrivé, je chargeai M. le docteur de Langenhagen d'en diriger l'inhalation, et aussitôt l'anesthésie déclarée, je recommençai mes tentatives de version. Cette fois-ci je fus étonné de la facilité avec laquelle je parvins à introduire la main dans l'utérus; le chloroforme avait enlevé les spasmes provoqués par le seigle ergoté. Je n'eus pas de peine à amener au dehors le pied gauche avec la pointe dirigée vers la cuisse droite de la mère. Ce membre une fois attiré, je n'allai pas à la recherche du second, mais j'exerçai immédiatement des tractions méthodiques, c'est-à-dire en faisant subir au pied, tout en tirant dessus, un certain mouvement rotatoire en dedans. De cette manière, le genou et la cuisse parurent bientôt; le siège se dégagea facilement, et tout le fœtus, la face dorsale tournée en avant, ne tarda pas à suivre. C'était à l'heure de midi.

L'enfant était mort, non par suite du long séjour de la tête dans le petit bassin (car la tête n'est restée qu'un instant dans l'excavation), mais sans nul doute par l'effet du seigle ergoté.

La mère n'a pas éprouvé de suites de couches. L'année suivante, elle est de nouveau devenue enceinte, et est heureusement accouchée d'un enfant vivant.

Obs. VI. — La femme Urban est devenue enceinte pour la cinquième fois, dans le courant de 1857. Les premiers maux se déclarèrent le 8 février 1858, à trois heures du matin. La poche des eaux se rompit bientôt, et la sage-femme, ayant constaté la présence d'une main dans le vagin, me fit aussitôt appeler. Je fus rendu auprès de la malade à dix heures et demie. Je trouvai la main gauche descendue dans le vagin; puis, ayant pénétré dans l'utérus, je rencontrai le pied du même côté, que je saisis et que je tirai au dehors: c'était une position dorso-postérieure, l'enfant présentant le plan latéral gauche. En suivant le procédé monopode avec rotation interne, tel que je l'ai indiqué, je parvins à extraire l'enfant dans l'espace de quelques minutes. L'enfant, du sexe féminin, était vivant. La femme a étonnamment peu souffert par ce genre de version.

Obs. VII. — La femme de Léopold Blum, cordonnier à Niederbronn, 34 ans, bien constituée, enceinte pour la quatrième fois, et arrivée au septième mois de grossesse, ressentit les premiers maux le 23 avril 1857, à onze heures du matin. Les eaux s'étant écoulées quelques heures après, la sage-femme constata une procidence du cordon et me fit appeler à cinq heures et demie du soir. Je reconnus une présentation du plan latéral droit (position céphalo-iliaque droite) avec descente du cordon dans le vagin. Bien que les maux ne fussent pas violents, l'utérus était cependant fortement contracté sur l'enfant, surtout le segment inférieur. Cet état de contraction rendant les manœuvres difficiles, je soumis la malade à l'action du chloroforme, et la version devint immédiatement possible. La main gauche introduite dans l'utérus amena le pied droit au dehors: la pointe de ce pied regardait la cuisse droite de la mère. Après avoir saisi le membre avec un linge, je commençai les tractions méthodiques, c'est-à-dire faites selon les inflexions de l'axe du bassin et combinées avec le mouvement de rotation en dedans. Par suite de cette manœuvre le genou et la cuisse se dégagèrent successivement, et, lorsque le pelvis fut arrivé dans l'excavation, je relevai le membre pour faciliter l'extraction des fesses, laquelle fut très-facile malgré le membre gauche relevé sur l'abdomen. L'extraction du tronc, dont la face dorsale était venue répondre au pubis, se fit normalement. L'enfant peu développé encore et visiblement avant terme, était vivant. Le temps des couches s'est passé sans accident. C'était chez cette femme le troisième accouchement avant terme.

Obs. VIII. — La femme G. de Niederbronn, 38 ans, enceinte pour la huitième fois, ressentit les premiers maux le 20 août 1855, à deux heures du matin. Les eaux s'écoulèrent une ou deux heures plus tard. Vers le matin les contractions utérines se ralentirent petit à petit, et le travail, au lieu d'avancer, sembla bientôt cesser tout à fait. Ce ne fut que vers huit heures du soir, c'est-à-dire dix-huit heures après les premières douleurs, qu'on me fit appeler. En arrivant je constatai une présentation de l'épaule gauche, position dorso-antérieure. L'indication pour la version étant manifeste, j'introduisis la main droite dans l'utérus et j'atteignis le pied gauche, que je tirai au dehors, la pointe du pied étant tournée vers la cuisse gauche de la mère. Sans aller à la recherche du second pied, je commençai immédiatement les tractions méthodiques, telles que je les ai déjà décrites. Les tractions amenèrent sans difficulté la sortie de la jambe et de la cuisse. Par la rotation successive qu'éprouva le fœtus, la pointe du pied, d'externe qu'elle était, devint antérieure lorsque le pelvis descendit dans l'excavation. L'extraction des fesses et du reste du corps n'offrit plus rien de particulier. L'enfant était vivant et la période des couches s'est passée sans accidents.

Des différents faits qui viennent d'être relatés, et des considérations qui les précèdent, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° La version par un seul pied devient d'une exécution facile si l'on imprime au membre sur lequel les tractions s'exercent un léger mouvement de torsion ou de rotation en dedans, mouvement qui a pour effet de favoriser le pelotonnement et, par conséquent, l'évolution et le dégagement du fœtus.

2° Ce genre de version n'est pas plus dangereux pour le fœtus et n'expose pas plus aux ruptures du périnée que les versions faites d'après la méthode usuelle.

3° Il offre de plus l'immense avantage d'abréger et de simplifier le travail, d'épargner beaucoup de douleurs à la femme, et de diminuer la somme des chances plus ou moins mauvaises que toute parturition artificielle peut entraîner.

4° La version monopode devra nécessairement être substituée un jour à la version par les deux pieds, parce qu'elle n'offre que la moitié des difficultés, et n'entraîne que la moitié des douleurs, sans pour cela présenter plus d'inconvénients sous les autres rapports.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

V. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

DE LA CAUSE ANATOMIQUE DE QUELQUES HÉMIPLÉGIES INCOMPLÈTES CHEZ LES DÉMENTS PARALYTIQUES; par M. BAILLARGER.

M. Calmeil a dit : « Il est bien des cas de paralysie générale des aliénés où la lésion des mouvements est plus profonde à droite qu'à gauche; mais ces cas font exception; ils doivent fixer l'attention. La prédominance de la paralysie générale indique qu'il existe dans l'hémisphère opposé quelque chose de particulier n'existant pas dans l'autre hémisphère; il faut faire des efforts pour savoir en quoi consiste ce quelque chose. »

C'est à ce *desideratum* que vient répondre M. Baillarger. Dans un cas de cette sorte, il eut l'idée de peser les deux hémisphères. L'hémisphère opposé à la paralysie s'est trouvé plus léger d'environ 40 grammes. Depuis lors sept cas semblables ont été recueillis, et toujours l'hémisphère opposé à l'hémiplégie a présenté une différence très-notable en poids (entre 20 et 62 grammes).

Ainsi les hémiplégies qui, chez les déments paralytiques, ne se trouvent pas expliquées à l'autopsie par une lésion locale, se seraient par l'atrophie prédominante de l'hémisphère opposé.

Mais pourquoi cette atrophie? Comment se produit-elle?

M. Baillarger résume sa pensée à cet égard dans les propositions suivantes :

1° Les congestions qui précèdent la paralysie générale ou qui surviennent dans son cours sont souvent accompagnées d'hémiplégies passagères.

2° Ces hémiplégies passagères portent assez souvent sur le même côté.

3° En se répétant sur un seul hémisphère, ces congestions finissent par amener des hémiplégies persistantes, le plus souvent incomplètes.

Ces congestions provoquent des lésions de diverses natures, et c'est à ces lésions que succède en dernier lieu l'atrophie. Il y a prédominance d'atrophie dans le côté opposé à la paralysie.

Il reste encore à expliquer pourquoi les congestions de la paralysie générale aboutissent à l'atrophie.

DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE ET DE LA MANIE AVEC DÉLIRE AMBITIEUX; par le même.

Ce travail, des plus distingués, expose avec un grand talent les difficultés qui arrêtent encore les aliénistes pour établir la distinction entre la démence paralytique et la manie ambitieuse. Il contient des faits rares, éminemment instructifs, et de lumineux aperçus; il doit être profondément médité; nous ne pouvons en offrir ici qu'une courte analyse.

La dénomination de *paralysie générale* s'applique à des faits d'apparence très-dissemblables. Signalons seulement deux groupes principaux.

1° L'intelligence s'affaisse et s'éteint graduellement, les traits se relâchent, la langue s'embarrasse, les jambes fléchissent, mais on n'observe d'ailleurs aucune conception délirante; *il n'y a eu ni excitation maniaque ni dépression mélancolique.*

2° Excitation plus ou moins vive, besoin incessant d'activité, projets gigantesques, achats insensés, rêves de fortune, irascibilité, insomnie, puis délire maniaque complet, avec prédominance d'idées ambitieuses, agitation musculaire spéciale, un peu d'hésitation dans la prononciation de certains mots.

Voilà certes deux états très-différents, opposés même. Cependant on les couvre du même nom, parce qu'en effet, dans la plupart des cas, ils aboutissent au même terme : la démence paralytique.

Or cette dernière est, dans la très-grande majorité des cas, précédée de l'excitation, avec délire ambitieux, de sorte qu'on a été jusqu'à nier, tant elle était rare, la démence paralytique primitive et simple, ou que, la voyant s'établir sans délire, on disait : Les premières périodes de la maladie ont manqué.

La manie ambitieuse ne serait que la forme aiguë de la paralysie générale.

Mais y a-t-il ici seulement différence d'acuité et de chronicité, diversité de degré ou de nature dans les symptômes et les lésions anatomiques? Pour les symptômes, c'est l'excitation opposée à la dépression; pour les lésions anatomiques, c'est la turgescence congestive opposée à l'atrophie avec désorganisation.

Il en est absolument de même pour la manie simple et la démence simple que pour la manie ambitieuse et la démence paralytique, à cela près que la turgescence du cerveau et surtout l'atrophie de cet organe sont bien plus considérables dans les dernières que dans les premières; d'où cette conclusion que si, au point de vue des lésions anatomiques, on est forcé de séparer la manie et la démence, à plus forte raison est-on conduit au même résultat pour la manie ambitieuse et la démence paralytique.

Cependant, objecte-t-on, la manie simple ne se termine point fatalement par la démence; tandis que si, observant la manie à son début, dit Esquirol, on démêle des symptômes de paralysie, quelque légers qu'ils soient, on peut hardiment pronostiquer la démence. Pour d'autres, il n'est même pas besoin de ces signes légers de paralysie; il suffit que la maladie ait été précédée de congestions cérébrales, ou bien qu'elle soit accompagnée d'un délire ambitieux très-tranché : de sorte que la manie ambitieuse est en quelque façon le début de la démence paralytique, et que, sous ce rapport, la comparaison ne peut plus être continuée entre elle et la manie simple. D'accord; mais n'a-t-on pas beaucoup exagéré en faisant de la démence paralytique la terminaison en quelque sorte obligée de la manie ambitieuse?

M. Baillarger commence par réunir neuf observations de guérison de manie ambitieuse, dont huit avec *paralysie générale confirmée*. Devant ces faits, il faut bien conclure que la manie ambitieuse peut guérir, au moins dans quelques cas rares, alors même qu'il existe des symptômes très-graves de paralysie; mais comment n'en pas conclure qu'elle doit guérir plus souvent encore quand les signes de paralysie sont très-légers et à peine appréciables?

Chacun sait que si les véritables guérisons sont rares, les guérisons incomplètes, bien connues sous le nom de rémissions, sont très-fréquentes, mais on ne les regarde que comme des temps d'arrêt dans la marche de la paralysie générale.

Des exemples récents font penser à M. Baillarger que si l'on avait suivi les malades plus longtemps, on serait arrivé à constater qu'il en est qui ne conservent rien d'appréciable de leur ancienne maladie. Est-il vrai, en un mot, que les malades retombent fatalement, à part quelques cas exceptionnels? Non; il n'y a encore de démontré que la fréquence plus grande des récidives de la manie ambitieuse que de la manie simple.

En résumé, la manie ambitieuse ne se termine pas fatalement par la démence paralytique, elle offre divers modes de terminaison qui sont :

1° La guérison, laquelle a lieu même dans quelques cas graves;

2° La guérison, mais avec persistance de quelques phénomènes isolés, trop limités et trop légers pour constituer la démence paralytique;

3° La manie chronique;

4° La démence simple, avec ou sans persistance du délire ambitieux;

5° La mort, qui a lieu assez souvent avant que les phénomènes de paralysie se soient développés;

6° Enfin, elle peut n'être qu'une phase de la folie à double forme.

Ajoutons que la période de déclin de la manie ambitieuse est remarquable par la tendance aux phénomènes critiques : des abcès, des furoncles, des anthrax, voire même des escarres, paraissent avoir une influence décisive sur la solution heureuse de la maladie.

Par toutes les considérations contenues dans son travail, M. Baillarger arrive à cette conclusion définitive : que la manie ambitieuse et la démence paralytique sont deux maladies qui ont une existence isolée l'une de l'autre, qu'on ne peut les regarder comme les formes aiguë et chronique de la même affection; qu'elles doivent être considérées, ainsi que la manie et la démence simple, comme deux affections différentes; mais s'il sépare la manie ambitieuse de la démence paralytique, ce n'est pas pour la réunir à la manie simple. Elle diffère de cette dernière : 1° par son étiologie, dans laquelle la congestion tient la première place; 2° par le délire ambitieux, délire spécial dont la gravité n'est plus méconnue par personne; 3° par une excitation musculaire constituant une lésion spéciale, très-différente de l'agitation de la manie; 4° par le pronostic beaucoup plus grave, puisqu'il y a des chances nombreuses de terminaison par la démence paralytique, ce qui n'a point lieu dans la manie simple.

La manie ambitieuse devrait former une maladie à part, sous la dénomination de *manie congestive.*

Il y aurait donc deux espèces de folie :

La folie simple, la folie congestive,

Et deux espèces de démence :

La démence simple, la démence paralytique.

On n'appellerait pas du nom de *paralysie générale* des manies aiguës qui n'offrent encore aucun symptôme de paralysie, ou n'en offrent que de si légers qu'ils ne constituent dans l'ensemble que des phénomènes tout à fait accessoires.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR L'ACCÈS D'ÉPILEPSIE; par M. ACH. FOVILLE.

M. Ach. Foville résume les idées principales de son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Les attaques convulsives et apoplectiques désignées sous les divers noms d'accès d'épilepsie (grand mal), d'accès d'éclampsie, d'accès épileptiformes, sont identiques dans leurs symptômes.

2° Les symptômes caractéristiques de ces attaques sont des manifestations de la faculté motrice intrinsèque de la moelle allongée (pouvoir réflexe, excito-moteur).

3° Les phénomènes convulsifs de l'accès d'épilepsie produisent l'asphyxie, et celle-ci, à son tour, a pour résultat de suspendre les phénomènes convulsifs en paralysant momentanément la faculté motrice de la moelle allongée.

4° Toute excitation susceptible de provoquer des mouvements réflexes pourra causer des accès d'épilepsie; elle le fera d'autant plus facilement qu'elle portera sur des organes plus aptes à amener la réac-

tion de la moelle allongée, et que l'excitabilité de la moelle allongée elle-même sera plus exaltée.

5° Dans le traitement de l'épilepsie, l'indication principale est de supprimer la cause excitante des accès; si cela est impossible, on doit s'efforcer de diminuer l'excitabilité réflexe de la moelle allongée.

DES RÉMISSIONS DANS LE COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par M. A. SAUZE.

CONCLUSIONS. — 1° Les rémissions qui s'observent dans le cours de la paralysie générale peuvent présenter trois formes principales.

2° Dans la première forme, on voit disparaître en entier les signes de paralysie et persister la démence.

3° La deuxième forme est caractérisée, au contraire, par la persistance des signes de paralysie et par l'absence apparente d'affaiblissement intellectuel.

4° L'amendement simultané des symptômes de démence et de paralysie constitue la troisième forme.

5° En dehors de ces trois formes principales, se rencontrent des rémissions auxquelles il serait difficile d'assigner une place bien précise dans le cadre pathologique.

6° Dans toutes les rémissions, quelle que soit leur forme dominante, se rencontre un symptôme commun: c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles et morales.

7° Cette démence est quelquefois difficile à apprécier, mais elle ne manque jamais et ne peut échapper au médecin qui sait en rechercher les signes.

8° Dans quelques cas moins heureux, non-seulement on constate un certain degré de démence, mais il reste encore quelques conceptions délirantes, quelques idées de grandeur.

9° Ces malades étant tous en démence, il y a chez eux lésion du libre arbitre.

10° S'ils commettent un crime ou un délit, ils doivent être considérés comme irresponsables.

11° Ils ne sont aptes ni à administrer leurs biens ni à tester.

12° Dans leur intérêt, comme dans celui de leurs familles, ils doivent être interdits.

13° La séquestration, même dans un asile, est une mesure favorable à leur santé.

Ces dernières mesures ne sont-elles pas bien rigoureuses contre les sujets qui présentent la troisième forme de rémission, rémission qui, on l'avouera, ne saurait toujours être distinguée d'une guérison? Faut-il prononcer dans ce cas l'interdiction et la séquestration? M. Baillarger, ce me semble, ne serait pas aussi inflexible.

TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS DE CANCER DU CERVEAU, par M. AUZOUY.

On remarque dans ce travail le diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales et de la paralysie générale. « Les lésions des organes des sens, telles surtout que l'amaurose, la surdité, ne se rencontrent presque jamais chez les paralysés généraux, tandis que beaucoup de sujets atteints de tumeurs cérébrales en sont frappés. Les troubles intellectuels, constants chez les premiers, sont jusqu'ici considérés comme exceptionnels chez ces derniers. Lorsque l'embarras de la parole se manifeste chez ceux-ci, il consiste en une impossibilité presque absolue de parler, et lorsque la paralysie du mouvement ou du sentiment existe, elle prédomine dans l'un des côtés du corps, où, alors même qu'elle finirait par se régulariser, elle a été précédée d'hémiplégie. Malgré la chronicité de la paralysie générale, l'évolution de la dégénération cérébrale est ordinairement beaucoup plus lente et peut durer un grand nombre d'années. J'ajouterai que le délire ambitieux n'a jamais été noté chez nos carcinomateux, pas même chez ceux qui ont été atteints d'aliénation mentale consécutivement à leur altération organique. Leur facies, en général, annonce la douleur, ou du moins la souffrance, au lieu de dénoter une satisfaction exagérée et sans motif; l'amaigrissement et la détérioration physique font chez eux des progrès constants, mais rapides, tandis que les paralysés généraux acquièrent quelquefois un embonpoint et une apparence de vigueur qu'on ne leur avait jamais vus jusque-là. »

DE LA FORME DU DÉLIRE CHEZ LES ALIÉNÉS PELLAGREUX; par M. le docteur AUBERT.

1° Le caractère propre au délire des aliénés pellagreux est la dépression mélancolique; il se rapproche donc de celui qu'on a déjà signalé chez les individus devenant aliénés par suite de l'affection pellagreuse.

2° Le penchant à l'homicide et au suicide, non encore observé chez les aliénés pellagreux, doit être un fait excessivement rare.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 MAI 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOMINATIONS.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de feu M. Marshall.

Au premier tour de scrutin, le nombre de votants étant de 48,

M. Virchow obtient.	30	suffrages.
M. Riberi.	16	
M. Rokitanski.	1	

Il y a un billet blanc.

M. VIRCHOW, ayant réuni la majorité des suffrages, est déclaré élu.

DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES DE LA VESSIE ET DE CERTAINS CATARRHES VÉSICAUX; par M. J.-E. PÉTREQUIN.

(Commissaires: MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

La paralysie de la vessie est, dit l'auteur, une maladie assez commune, surtout dans la vieillesse, et les moyens ordinaires dont l'art peut disposer contre elle ne sont, il faut l'avouer, ni très-nombreux ni très-efficaces. Aussi arrive-t-il trop souvent de voir cette affection prendre une durée indéfinie, ou même dégénérer en une véritable infirmité pour le reste de la vie. Le catarrhe de la vessie est plus commun encore à cet âge, et c'est surtout dans ce cas que l'art se montre moins heureux, les guérisons moins complètes et les récidives plus fréquentes; et même il n'est pas rare que le traitement ne puisse produire des résultats tout à fait curatifs quand le mal se complique d'asthénie sénile ou d'un certain degré de paralysie dans les parois vésicales.

L'électricité, dans ces circonstances difficiles, paraît appelée à rendre de notables services: c'est ce que j'essaye de démontrer dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, considérant à la fois la question au point de vue de la théorie et de la clinique, et ayant soin de discuter des points de diagnostic et de thérapeutique qu'on paraît avoir méconnus ou négligés.

On verra qu'il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel mode d'électrisation. L'observation rigoureuse des phénomènes m'a conduit à reconnaître que l'action dynamique de la pile qui agit sur le système nerveux augmente sous l'empire des multiplications et par les chocs qu'entraîne la production des étincelles. Les appareils d'induction qui donnent des courants volta-faradiques réalisent les conditions les plus convenables pour combattre avec succès les paralysies. Dans la pratique il ne faut point oublier, et le conseil de santé des armées insiste avec raison sur cette recommandation, que si le courant électrique qu'on dirige sur un nerf n'a qu'une énergie modérée, il semble remplacer ou renforcer seulement l'action physiologique de ce nerf qui fait défaut; mais que néanmoins, sous l'influence trop prolongée des courants électriques, même modérés, l'excitabilité des nerfs s'affaiblit graduellement et peut même s'épuiser; que d'autre part toute action des courants électriques tend à se propager à l'ensemble du système nerveux et à produire des effets réflexes, et que ces effets réflexes sont d'autant plus redoutables que les courants ont plus d'intensité, etc. Il importe, en général, de faire des séances courtes et de recourir à une électrisation tempérée et localisée sur les nerfs à exciter. Voici ce que l'anatomie nous enseigne pour ceux de la vessie: « Les nerfs de la vessie sont fournis par le *plexus vésical*, dépendance du plexus hypogastrique, qui lui-même émane du plexus sacré; ce dernier est formé à la fois par la portion pelvienne du grand sympathique et par les branches vésicales des nerfs sacrés rachidiens, lesquels, unis au lombo-sacré, se terminent par le nerf sciatique..... Le plexus vésical communique avec le plexus hémorrhoïdal, autre émanation du plexus sacré. On est dès lors conduit physiologiquement à appliquer l'électricité au traitement de la paralysie vésicale en portant un excitateur dans la vessie et un autre dans le rectum. » (Pétrequin, ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE, 1857, p. 400.) C'est ce que nous avons fait; de plus nous avons laissé l'urine dans la vessie (au lieu de la vider, comme on le faisait avant nous), afin qu'elle servît de conducteur sur toute la surface interne de l'organe. Enfin nous avons, pour agir sur la surface antérieure et le sommet de la vessie, porté un excitateur au centre de l'hypogastre; ajoutons qu'il faudra n'y revenir qu'avec réserve pour éviter des effets réflexes, ce qui ne manquerait guère d'avoir lieu si l'on s'écartait vers la racine des cuisses ou les épines iliaques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après une rectification demandée par M. Gibert.

CORRESPONDANCE.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le ministre de l'instruction publique avait écrit pour prévenir l'Académie que des places seraient réservées à ceux de ses membres qui seraient désireux d'assister au *Te Deum* chanté à Notre-Dame.

M. le Président ajoute que l'Académie a été représentée à cette cérémonie par les membres du bureau, en costume.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un état des vaccinations et revaccinations pratiquées pendant l'année 1858 dans le 3e régiment de chasseurs par M. le médecin-major (Comm. de vaccine);

2° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département des Landes pour l'année 1859 (Commission des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Boudin qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'hygiène ;

2° Une lettre de M. le docteur Grassi qui se désiste de sa candidature ;

3° Une note de M. Pons (de Bez), près le Vigan, faisant suite à ses études sur les aphorismes d'Hippocrate;

4° Un mémoire intitulé : DES MALADIES DES TAILLEURS DE CRISTAL ET DE VERRE (description d'une gingivite particulière), RECHERCHES SUR LES CAUSES DE LA FRÉQUENCE RELATIVE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE CHEZ CES OUVRIERS, par M. le docteur Putégnat (Comm. : MM. Devergie, Patissier, Londe).

M. LE PRÉSIDENT, sur la demande de M. le docteur Duchesne-Duparc, ouvre un pli cacheté déposé par ce médecin dans la séance du 27 février dernier et donne lecture de la note qui y est contenue; cette note est relative à l'emploi du *fucus vesiculosus*, pour combattre l'obésité sans nuire à la santé générale. Elle est accompagnée d'un mémoire sur ce sujet, dans lequel sont consignés des observations à l'appui (Comm. : MM. Chatin, Bouley, Gibert, Devergie).

LECTURES.

M. le docteur DEVILLE, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR LE RAPPORT EXISTANT ENTRE LE NOMBRE DES ENFANTS MORT-NÉS ET CELUI DES DÉCÈS DANS LA VILLE DE PARIS PENDANT TREIZE ANNÉES, DE 1846 A 1858.

L'auteur résume lui-même ce travail dans les termes suivants :

De tout ce qui précède, il résulte la preuve mathématique que le nombre des enfants mort-nés à Paris tend toujours à s'accroître, et que depuis trente ans il a constamment été en augmentant. Ces résultats sont les relevés de l'état civil qui l'établissent, puisque le nombre des mort-nés était en 1825 de 5 pour 100 et une fraction; en 1839, de 9 pour 100 91 centièmes, et qu'il est en 1859 de 11 pour 100.

Et comme à un accroissement de cette nature il faut une explication, tout en reconnaissant qu'on peut assigner à cette augmentation du nombre des mort-nés des causes diverses, nous estimons que les principales sont les avortements provoqués et l'emploi trop fréquent du seigle ergoté dans le travail de la parturition.

Là se bornent les conclusions que nous croyons devoir tirer de tous les documents que nous venons de présenter à l'Académie.

Il ne nous reste plus, en terminant ce travail, qu'à former le vœu que le motif qui nous l'a dicté soit pris en considération par l'Académie et par l'administration.

La question des avortements provoqués est, sans aucun doute, d'une solution difficile, mais elle n'est pas au-dessus de la prudence, des lumières et de la ferme volonté de l'autorité. Elle intéresse tellement la société que nous sommes convaincus qu'elle éveillera toute la sollicitude des hommes qui, par leur position, sont appelés à être les gardiens vigilants de la loi et de la morale publique.

Quant à l'administration du seigle ergoté, que nous considérons comme une des causes qui déterminent fréquemment la mort des enfants au moment de la délivrance, nous pensons que l'Académie pourrait en faire un objet d'étude, et nommer une commission qui ne chercherait nullement à faire prévaloir telle ou telle opinion, mais qui, en s'entourant de toutes les observations acquises à la science, en examinant leur valeur et en réunissant tous les documents désintéressés, sincères, qui existent sur cette importante question, pourrait éclairer l'administration, formuler des préceptes et déterminer si, d'après la loi de l'an XI et des différents arrêtés qui régissent ces matières, les sages-femmes peuvent faire des ordonnances ; et, dans le cas contraire, si elles ne sont pas passibles d'une peine. Elle déciderait si le seigle ergoté est un médicament, et s'il ne doit pas être dans la catégorie des substances que les pharmaciens ne peuvent délivrer que sur une ordonnance de médecin.

Enfin, cette commission apporterait dans la mission qui lui serait confiée cet esprit sévère, mais toujours consciencieux, qui caractérise si bien toutes les décisions académiques.

Renvoyé à une commission composée de MM. Cazeaux, Guérard, Devergie.

THÉRAPEUTIQUE.

M. PIORRY termine la lecture de son mémoire intitulé : DE LA THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE EMPIRIQUE. Nous extrayons de cette deuxième partie les passages suivants :

L'histoire tout entière des maladies des yeux rentre dans le rationalisme anatomique et physiologique. Des conjonctivites légères se dissipent rapidement par du sulfate de zinc à petites doses en solution, introduit dans les paupières. On peut en dire autant de la pommade de Lyon. Ce ne sont pas là des spécifiques, mais bien des médicaments spéciaux rationalisés.

Si l'on porte quelques médicaments excitants dans l'estomac, l'irisalgie ou migraine cesse de suite; au contraire, l'opium, la belladone soulagent à peine.

L'héméralopie cesse bien mieux en plaçant le malade dans l'obscurité que sous l'influence de tous les spécifiques.

La thérapeutique des maladies de l'oreille ne repose en rien sur l'étude des spécifiques.

Pour les médecins instruits, la médication spécifique, dans les affections de la moelle ou de l'encéphale, est à peu près abandonnée. Les hyperémies, les phlegmasies, les hémorrhagies encéphaliques, sont influencées d'une manière beaucoup plus favorable par la position élevée de la tête, par les ligatures appliquées aux membres, par les saignées générales, par la médication évacuante, par les ventouses largement appliquées aux extrémités, et surtout par les moyens gymnastiques propres à faire mieux respirer. L'anatomie pathologique, éclairée par les travaux de Morgagni, de Rostan, de Rochoux, a forcé les empiriques à mieux étudier.

Les médicaments proposés contre la syncope sont loin de réussir comme la position déclive de la tête.

Il arrive que le médecin anatomiste et physiologiste guérit telles affections cérébrales que d'autres considèrent comme incurables. Exemple : les fièvres cérébrales des enfants qui, souvent liées à des splénopathies, cèdent d'une manière si remarquable au sulfate de quinine.

Depuis qu'on étudie, au moyen des signes physiques, de l'électricité et des renseignements anatomo-pathologiques, la nature et le siége des paralysies, la thérapeutique et la pathogénie de ces affections ne paraissent-elles pas sortir de plus en plus du chaos de l'empirisme ?

Les névralgies sus-orbitaires, certaines aliénations mentales liées à des splénopathies cèdent merveilleusement au sulfate de quinine.

Le rhumatisme articulaire aigu cède mieux aux moyens rationnels qu'à tous les spécifiques proposés. La vératrine, il est vrai, agit parfois utilement, mais c'est simplement par les évacuations alvines qu'elle provoque.

Les maladies syphilitiques cèdent le plus souvent au mercure, et c'est là le fait le plus saillant que l'on puisse faire valoir en faveur du spécificisme. Mais à la suite de cette concession, il est bon de faire les réflexions suivantes : le mercure n'est pas le seul médicament qui, dans ce cas, ait une action utile ; il partage avec l'iode sa réputation d'efficacité. Tant qu'il a été employé comme spécifique par un empirisme grossier, il a été donné au hasard et sans discernement, d'où il est résulté des accidents épouvantables. C'est seulement depuis que les modernes ont élucidé ce sujet, que le traitement des lésions syphilitiques est devenu l'un des points les plus perfectionnés de la thérapeutique.

Les études cliniques qui précèdent, considérées dans leur ensemble, nous paraissent démontrer jusqu'à l'évidence :

1° Que la thérapeutique presque entière repose sur les connaissances anatomiques, physiologiques, enrichies des faits physiques, chimiques, et fécondées par l'observation clinique;

2° Que la thérapeutique positive ne peut être établie que sur les diverses connaissances qui permettent d'apprécier *les causes, la pathogénie et les effets des lésions qu'un diagnostic extrêmement exact doit avant tout déterminer*;

3° Que le rationalisme qui, depuis Descartes, a été la marche des observateurs véritables doit être la base de la médecine, comme il a été la base des autres sciences naturelles;

4° Qu'avant de chercher des médicaments nouveaux contre une *maladie*, il faut préciser les états organiques et physiologiques existants, et bien étudier l'action qu'exercent sur ces états les médicaments connus et les agents hygiéniques;

5° Que l'immense majorité des progrès réels qu'a faits la thérapeutique reposent sur le rationalisme médical qui a pour boussole le positivisme du diagnostic;

6° Que les médicaments spécifiques, c'est-à-dire ceux qui sont adressés à une cause inconnue, et que le hasard seul découvre, sont les plus nombreux, et qu'ils doivent passer dans la pratique seulement lorsqu'ils sont indiqués par le rationalisme et le diagnostic le plus positif;

7° Qu'enfin, c'est à tort qu'un certain nombre de médecins ne cessent de censurer le rationalisme médical, auquel se rattache la thérapeutique du sens commun, pour élever sur des échasses, dont ils ne sentent pas toute la fragilité, le spécifisme le plus brutal. Celui-ci n'a d'autre base que le hasard,

et ses seuls appuis sont la fantaisie et la crédulité, encouragées par la ferveur d'un public ignorant auquel la science déplaît et qui se laisse entraîner avec passion par le merveilleux du mysticisme et par de fallacieuses promesses!

En terminant, M. Piorry demande que la discussion de son mémoire soit renvoyée à la prochaine séance, s'il y a lieu.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1859; par M. LE GENDRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PHYSIOLOGIE.

1° NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA SURVIE DES QUEUES D'EMBRYONS DE GRENOUILLES, APRÈS LEUR SÉPARATION DU CORPS; par M. VULPIAN.

M. Vulpian met sous les yeux de la Société plusieurs séries de dessins relatifs à l'expérience dont il a déjà communiqué les résultats l'année dernière (1). Il s'agit de la survie des queues des embryons de grenouilles ou de tritons après que ces queues ont été séparées du corps, et des phénomènes de développement qui s'y manifestent pendant ce temps de survie. Une queue d'embryon de grenouille à peine dégagé des enveloppes de l'œuf a vécu depuis le 28 mars jusqu'au 6 août, c'est-à-dire neuf jours; une autre, depuis le 29 mars jusqu'au 8 avril, c'est-à-dire dix jours. Les plus grands changements se sont opérés dans l'une et dans l'autre de ces queues, comme on peut le voir sur les dessins qui ont été faits à la chambre claire, et au même grossissement. Il y a eu un allongement considérable: la surface de section s'est cicatrisée, et il s'y est fait un bourgeonnement rapide produisant une partie nouvelle assez étendue. La partie axile, vertébrale et musculaire, presque complétement indistincte le premier jour, s'est dessinée de plus en plus nettement. Les faisceaux musculaires sont devenus apparents, et, en même temps, la contractilité, jusque-là confuse et faible, est devenue très-manifeste. Les vaisseaux sont devenus très-visibles et se sont multipliés. Pendant ce temps, les diverses cellules perdaient de plus en plus leurs caractères embryonnaires, les granulations vitellines disparaissaient peu à peu.

M. Vulpian fait remarquer que cette expérience démontre bien, comme d'autres expériences faites sur des animaux moins élevés, que les tissus se forment sur place; et il cherche à prouver qu'elle est tout à fait contraire à l'hypothèse d'un *principe vital*. En effet, tous les phénomènes de la vie se sont manifestés dans ces queues, aussi bien les plus simples que les plus complexes et les plus élevés: ces queues ont très-réellement vécu, dans toute l'acception du mot, pendant neuf et dix jours. Or il faudrait admettre que le *principe vital* a été divisé en deux parties, dont l'une est demeurée dans le segment composé de la tête et du corps, et l'autre dans le segment caudal; et assurément, une pareille proposition serait considérée comme absurde, puisque le *principe vital* doit être un, s'il existe: le supposer divisible, ce serait en rendre la compréhension tout à fait impossible; et elle est déjà bien assez difficile sans cela!

Une fois l'impulsion donnée au germe par le contact de la liqueur fécondante, si les circonstances extérieures sont favorables, le développement s'opère, le tout en faveur de propriétés inhérentes à la matière organisée dans ces conditions, et suivant des lois que nous ne comprenons pas, et qui, sous ce rapport au moins, ne diffèrent en rien de celles que nous observons dans la matière inorganique. La nutrition, cette propriété si complexe, est le grand ressort de la vie. Les queues de très-jeunes embryons de grenouille, lorsqu'on les a séparées du corps, jouissent de cette propriété de nutrition comme toutes les autres parties de l'embryon, et si elles survivent, c'est qu'elles contiennent une sorte de réserve de matériaux nutritifs, à savoir, les granulations vitellines qui fournissent l'aliment nécessaire à l'entretien de la nutrition. La nutrition s'accompagne de phénomènes de développement; les éléments se multiplient et se perfectionnent, soit comme structure, soit comme propriétés, et par ce mot « se perfectionnent, » on doit entendre que les éléments perdent de plus en plus leurs caractères embryonnaires. Qui dit *nutrition*, dit assimilation et désassimilation: or la désassimilation, qui se fait bien certainement dans les éléments du segment caudal, y produit des sortes de résidus qui ne peuvent pas être éliminés; de plus, la réserve de matières nutritives se dépense peu à peu, et ce sont là deux des causes auxquelles il faut attribuer la cessation de la vie, qui s'éteint d'ailleurs toujours bien avant que toutes les granulations vitellines aient disparu.

Quand on fait l'expérience sur des têtards plus âgés dont la queue ne contient plus de granulations vitellines et ne se nourrit plus qu'au moyen d'une circulation bien établie; alors la vie cesse promptement. Au bout de vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, suivant les cas et suivant l'âge du têtard, on peut affirmer que la vie est complétement éteinte. Chez les larves de tritons, la circulation se montre bien plus tôt que chez les larves de grenouille; c'est une des conditions qui déterminent une mort plus prompte chez les premières.

(1) Voir les COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1858.

2° DÉVELOPPEMENT DES DENTS INCISIVES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE CHEZ UN ENFANT DE 3 SEMAINES; par M. SAPPEY.

M. Sappey expose le fait suivant:

Dans la matinée du 16 mars 1859, je reçus la visite d'un tailleur demeurant rue Geoffroy-Langevin, 23. Ce tailleur m'apprit qu'il venait de perdre une petite fille de 3 semaines, qui avait toutes ses dents à la mâchoire inférieure.

Afin de m'assurer de ce qu'il pouvait y avoir de réel dans le récit que m'avait fait le père de cette enfant, je crus devoir me rendre à son domicile, et je m'y rendis en effet immédiatement.

L'enfant qui me fut montrée à mon arrivée était d'assez chétive apparence, et semblait être née un peu avant terme; c'était aussi le sentiment de la mère, qui ne put cependant me donner aucun renseignement précis sur ce point.

Examinant tour à tour les deux mâchoires de cette enfant, je m'assurai d'abord que la mâchoire supérieure ne présentait les traces d'aucune dent; elle était revêtue de son cartilage dentaire et offrait son aspect normal.

Il n'en était pas ainsi de la mâchoire inférieure. Sur la partie antérieure ou médiane de celle-ci, on remarquait les deux incisives moyennes et l'incisive latérale droite; l'incisive latérale gauche était en voie d'éruption; on la voyait déjà en partie et on la touchait; mais elle n'était pas tout à fait sur le plan des trois autres, et se trouvait en outre recouverte en partie par la muqueuse gingivale.

Quant aux canines et aux petites molaires, il n'en existait encore aucun vestige; le père de cette enfant, en m'affirmant qu'elle avait toutes ses dents à la mâchoire inférieure, avait donc beaucoup exagéré.

Réduit aux proportions que je viens de lui donner, ce fait contenait néanmoins un assez grand intérêt, et il tirait surtout cet intérêt de sa parfaite authenticité et de la précision des dates. En effet, un extrait de naissance qui me fut montré attestait que l'enfant était née le 25 avril 1859; nous étions, au moment de la constatation du fait, au 16 mars 1859; c'était donc bien réellement au bout de trois semaines que la mort avait eu lieu.

Au moment de la naissance, cette enfant n'avait aucune de ses dents; mais elle avait, quelques jours avant sa mort, les incisives que j'ai mentionnées. Il résulte de ces dates que ces incisives avaient paru dans le cours de la troisième semaine après la naissance.

On trouve, dans les annales de la science, quelques faits analogues. Mais ces faits se réduisent tous à de simples affirmations; ils ne sont accompagnés d'aucun détail, d'aucune date, d'aucun des caractères, en un mot, qui pourraient en garantir l'authenticité. Sous ce dernier point de vue, celui-ci ne laisse au contraire rien à désirer.

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA SUPPURATION ET DU DRAINAGE CHIRURGICAL; par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. — Paris, 1859, chez Victor Masson.

Parmi les phénomènes variés et divers que présente l'observation des maladies chirurgicales, l'apparition à la surface des plaies, l'expulsion des points intérieurs localement affectés d'une matière étrangère à l'économie saine, la production du pus, en un mot, a dû dès le principe de l'observation des malades, frapper vivement l'observateur.

Qu'est-ce que le pus, pourquoi existe-t-il, comment se forme-t-il, quel est son objet? Voici des questions qui ont dû, dès l'abord, se présenter à l'esprit. Cet acte singulier de la nature domine, en effet, la pathologie chirurgicale tout entière.

Une monographie de cette importance et sur semblable sujet, devait donc donner à son début une exposition complète de ce que la science possède de formel sur les causes, la nature et le mode de formation du pus, et son objet dans l'économie malade. Savoir bien nettement ce que c'est que la suppuration, ou au moins préciser ce qu'il convient de reconnaître dans ce grand phénomène morbide, devait être évidemment la première préoccupation de l'écrivain: c'était la base nécessaire de son travail. Inutile d'ajouter que c'est bien ainsi que l'auteur lui-même l'a compris.

Après avoir décrit, dans ses caractères microscopiques, le pus lui-même et les altérations anatomiques locales qui le précèdent ou l'accompagnent, M. Chassaignac se rattache, quant à la formation du pus, à la doctrine de Hunter. Pour lui, comme pour le grand physiologiste

anglais, le pus est toujours un produit de l'inflammation. Dans les circonstances où les chirurgiens ont cru reconnaître des dérogations apparentes à cette loi, comme dans les abcès froids ou symptomatiques, notre savant confrère pense que leur observation a été mise en défaut, et que par leur faible degré ou leur manque d'isochronisme avec l'apparition de la collection purulente, les caractères signalétiques de la phlegmasie ont dû être méconnus. C'est du moins ce que lui enseigne son expérience.

Nous ne discuterons pas ici l'opinion de M. Chassaignac, parce que d'une part, l'esprit judicieux qui préside à ses observations nous est trop connu pour n'avoir pas à nos yeux le plus grand poids; puis, en second lieu, parce qu'au fond de la discussion à laquelle il se livre lui-même, il y a, disons-le positivement, un peu une dispute de mots.

Le débat roule, en effet, sur un mot, le mot *inflammatoire*. Pour conclure comme et avec Hunter, « que le pus est toujours un produit » d'inflammation, » M. Chassaignac est conduit lui-même à définir « à neuf » l'inflammation; mais sa définition, que nous acceptons très-volontiers, n'est pas celle des anciens, ce n'est pas celle de Hunter. Voici, en effet, ce qu'y ajoute excellemment l'auteur français : « Convenons, » dit-il, cependant que les caractères que l'on peut appeler signalé- » tiques de l'inflammation ne suffisent point pour établir l'existence » de cette inflammation. Concluons qu'il y a un mode d'action vitale » à nous inconnu, et qui est *plus essentiel* à l'inflammation que ne » l'est aucun des caractères qui lui ont été assignés, et dès lors, » que puisqu'il y a là un *quid ignotum*, nous ne sommes pas suffi- » samment autorisés à dire qu'il n'existe pas par cela seul que nous » ne le voyons pas. »

Les esprits exclusivement préoccupés de la recherche de la vérité finissent toujours par s'entendre réciproquement. En plaçant sur le second plan les caractères classiques de l'inflammation, en donnant dans la production du phénomène de la suppuration la prééminence incontestable à un élément nouveau, de nature encore inconnue, mais qui n'est ni la rougeur, ni la douleur, ni la chaleur, M. Chassaignac se sépare nettement des anciens et reconnaît avec nous, qu'en fin de compte le pus et sa mère l'inflammation sont un produit et un acte de nature également inconnue encore; que leur sens physiologique repose sur un desideratum complet, et qu'on n'est fondé jusqu'ici à avancer qu'une chose, c'est que le mot *inflammation* n'est applicable, en l'état, qu'aux cas où l'on rencontre du pus, et, par induction pratique, à ceux encore où le pronostic des observateurs pourra, sans chance d'erreur, *en prédire la formation.*

Nous avons dit tout à l'heure que les dissentiments ne reposaient ici que sur une dispute de mots : nous venons de le montrer, et nous compléterons cette démonstration par un autre ordre de réflexions.

Quand ils énonçaient les mots : *inflammation, inflammatoire*, les anciens, on en trouve la preuve et même la trace encore dans l'opinion même de M. Chassaignac, les anciens y attachaient une idée simple, une idée à moitié morbide, à moitié physiologique. Ce phénomène, qui s'accompagnait de maladie, avait pourtant dans leur sentiment intime un caractère naturel et bienfaisant : c'était une réaction, une insurrection, dit même M. Chassaignac, une lutte contre un élément irritant, un acte tutélaire placé là par la main bénie du principe du bien. Cette conception, c'est une idée philosophique, théologique plutôt. *L'observation la dément.* Si l'on demande au médecin ce qu'il pense des suppurations des organes internes des grandes cavités splanchniques, sa réponse ne laissera pas de doutes; et si l'on s'adresse au chirurgien, M. Chassaignac répond : « Parmi les tendances » salutaires de l'organisme, les unes ont besoin d'être dirigées et con- » tenues, et les autres ne s'exercent jamais d'une manière plus utile » que quand l'art s'abstient de toute intervention. Telle n'est point la » condition des phénomènes suppuratifs, etc... »

Et dans la préface : « Quelle est la cause la plus générale et la plus » fréquente de la mortalité en chirurgie? C'est la suppuration : sur le » chiffre total des malades qui périssent chaque année dans un grand » service de chirurgie, retranchez tous les individus qui succombent » *par purulence*, et vous verrez dans quelle faible proportion les au- » tres causes de mort ont sévi. »

L'esprit exact d'observation de M. Chassaignac proteste donc contre les traditions fondamentales transmises à sa génération. Son éducation lui dicte les mots *principe de défense, insurrection vitale*, pour caractériser des actes dont son attention et son expérience lui ont, au contraire, constamment démontré l'influence fatale.

C'est l'histoire des luttes constantes de notre éducation et de notre aspiration intime vers le bien, perpétuellement contredites et démenties par la crudité, la cruauté des faits.

Le pus et l'inflammation sont donc de mauvais et pernicieux actes, des éléments destructeurs, de mauvaise nature, hostiles à notre conservation, innocents dans les seuls cas où l'étendue et la profondeur leur manquent. C'était un stigmate et non un bill d'indemnité que leur devait M. Chassaignac, et il le leur devait d'autant plus qu'avant de les absoudre, cet excellent observateur avait bien su divorcer avec la théorie de l'inflammation adhésive. Familier avec les découvertes modernes, il n'en est plus à contester les enseignements de la chirurgie sous-cutanée qui lui doit à lui-même d'excellentes applications; il sait et il professe les bienfaits de l'organisation immédiate adhésive sans inflammation, et constate en maint endroit de son livre que pour transformer un exsudat plastique en une collection non résorbable, non organisable, il faut l'addition d'une circonstance extérieure, comme la présence d'un corps étranger délétère, de l'air, par exemple, ou d'une influence interne et maligne que nous définissons sous le terme de mauvaise constitution, mauvais tempérament, diathèse regrettable ou pis encore.

Le pus est-il, oui ou non, résorbable? M. Chassaignac consacre avec grande raison un chapitre à cette question qu'il tranche absolument, non comme point de théorie, mais au point de vue des faits, par la négative. Non, le pus n'est pas résorbable; ou du moins on n'a pu démontrer encore anatomiquement cette *résorbabilité.* Notre confrère demande grâce pour ce néologisme obligé, et si un certain nombre de faits peuvent s'interpréter dans le sens de cette absorption, il est au moins très-certain qu'elle serait des plus rares, comparée aux modes de terminaison habituels.

Cependant eu égard au caractère et à la qualité du petit nombre d'observateurs qui ont apporté d'incontestables exemples de disparition de collections qui ne pouvaient être que purulentes, le savant chirurgien de Lariboisière croit devoir justifier son opposition par cette considération que, qui dit *disparition*, suppression d'abcès, n'exprime pas nécessairement *absorption* ou résorption de ces amas de liquides.

Il se peut que la partie fluide de certains de ces abcès ait été absorbée, pompée par les capillaires; mais le globule purulent, comment imaginer qu'il soit repris? Y a-t-il des vaisseaux absorbants de taille à le recevoir?

La question est donc ainsi posée, car elle ne saurait encore être résolue : Qu'est-ce qui succède anatomiquement à ces abcès disparus? Sont-ils supprimés ou seulement réduits? Dans ce dernier cas, quelle est la nature de leur contenu? Enfin, est-il d'une sage pratique de courir après une terminaison tellement rare en présence des millions de cas contraires qu'offre l'observation journalière.

On conçoit la réserve que nous devrons mettre à énoncer une opinion en matière aussi importante, aussi délicate. Le salut du malade, d'après les règles de probabilité les plus élémentaires, doit évidemment être la première règle. Mais l'observateur qui rencontrerait tels cas où l'essai ne pourrait être aucunement dommageable à son sujet ne nous semblerait par coupable de chercher à préciser ce point de science et à augmenter à cet égard la somme de nos connaissances.

Ce qui ne veut pas dire que nous combattions le prudent conseil de notre confrère; si les résorptions existent, elles sont particulièrement rares, ce sont presque des merveilles, et, comme il le dit plus loin, à propos de la nature non suppurative du rhumatisme, il n'est point sage de s'appuyer sur des merveilles.

Avant de quitter cette section consacrée aux généralités sur les suppurations, nous appellerons l'attention du lecteur sur les précieuses observations de l'auteur relativement à la terminaison des abcès, sur le rôle que joue, dans cette terminaison, la lymphe plastique, sur le phénomène de la fluctuation *redux* après ouverture et lavage d'abcès, suivie de réunion immédiate. Il y a dans ces quelques pages d'excellents préceptes à recueillir pour la pratique et fondés sur un parfait esprit d'observation.

Après avoir fait connaître ses doctrines touchant la suppuration, M. Chassaignac aborde la question du traitement. Cette question nécessite une première distinction : la collection purulente est-elle formée, complète, et sa cause désormais absente, ou bien, au contraire, la production du pus a-t-elle une cause permanente que la simple évacuation du foyer ne peut atteindre? Dans le premier cas, le pus formé, quelque petite que soit sa quantité, est devenu lui-même cause de nouvelle production de pus; l'abcès augmentera jusqu'à ce qu'on lui donne ou qu'il se procure une issue. Mais cet objet atteint, s'il l'est de façon complète, on peut, on doit même, dit M. Chassaignac, espérer la guérison complète aussi et immédiate. Dans le second cas, l'évacuation du foyer n'est qu'un élément, important, il est vrai, mais enfin ce n'est qu'un élément de la guérison; il faut en

outre s'attacher au traitement de la cause. Néanmoins celle-ci ne peut être avantageusement combattue qu'en prenant un certain nombre de précautions contre les mauvais effets, que l'expérience a trop fait connaître, de l'ouverture des foyers et de leur mise en rapport avec l'air extérieur. A ces mauvais effets on a opposé deux méthodes : la méthode sous-cutanée, la méthode des injections iodées. M. Chassaignac en propose une troisième : le drainage. Nous dirons dans un instant en quoi consiste ce nouveau plan de traitement des parois du foyer mis en communication avec l'extérieur.

Parlons d'abord du premier cas, des collections qui ne sont pas entretenues par d'autres causes que la présence du pus lui-même, les abcès proprement dits, les abcès idiopathiques.

Pour ceux-ci, M. Chassaignac professe (et il fournit à l'appui de son opinion un grand nombre d'observations) que le lavage du foyer, l'aspiration complète des liquides contenus dans son intérieur, permettent presque constamment d'obtenir la réunion de leurs parois par première intention. Enlevez l'épine constituée par le globule de pus, il y a épanchement de lymphe plastique, puis organisation physiologique, plus de purulence. Les lecteurs de la GAZETTE ne trouveront pas cette proposition répréhensible : on sait qu'elle est le fondement même de la méthode sous-cutanée. S'appuyant sur elle, M. Chassaignac vide, par une ponction au moyen d'un trocart, toute collection purulente, en lave parfaitement la cavité au moyen d'injections répétées d'eau tiède, rapproche les parois et les défend contre le contact de l'air au moyen d'un rempart de bandelettes de sparadrap. C'est, on le voit, une application différente des principes mêmes de la chirurgie sous-cutanée.

Quant aux collections entretenues par une cause persistante encore, ce moyen ne peut évidemment plus être appliqué ; le pus enlevé est remplacé d'une manière continue par la cause toujours présente jusqu'à ce que celle-ci ait été vaincue par les traitements généraux. A ces sortes d'abcès, connus sous le nom de *symptomatiques*, M. Chassaignac oppose un procédé nouveau qu'il a imaginé, et qu'il présente sous la dénomination qui fait image de *drainage* (de l'anglais *to drain*, assécher par un système de rigoles souterraines). « Le fait capital de cette méthode, dit son auteur, consiste à traverser et à » maintenir traversées des épaisseurs plus ou moins considérables » de tissus par des tubes qui ne produisent et qui n'entretiennent aucune inflammation. » Ces tubes sont de petits canaux flexibles, en caoutchouc vulcanisé, fenêtrés sur leur longueur, et que le chirurgien passe à travers un foyer de pus doublement transfixé au moyen de la canule d'un trocart ; ce sont des sétons creux placés en nombre suffisant dans une cavité occupée jusque-là par le pus. Si l'on se demande quels sont les effets et le mode d'action de ces tubes creux, l'expérience a appris à M. Chassaignac et aux nombreux observateurs qui ont visité ses salles, qu'indépendamment du libre écoulement qu'ils maintiennent au pus, ils paraissent avoir le privilége, dû sans doute à la matière qui les constitue, de n'impressionner que très-faiblement les tissus. Si on les substitue, par exemple, à la mèche d'un séton en pleine activité, ils en tarissent très-promptement le rendement ; si on les applique au traitement des trajets fistuleux dans les suppurations chroniques, ils raccourcissent et rectifient très-vite ces trajets ; ils préviennent ces larges déperditions de peau, si fréquentes à la suite des abcès du cou chez les scrofuleux ; enfin un de leurs grands avantages est de pouvoir traiter une foule d'abcès vastes et si longs à tarir, sans maintenir les malades alités, et tout médecin appréciera la haute portée d'un semblable avantage. Il paraît en outre, contrairement à une crainte fort naturelle au premier abord, que loin d'aggraver l'état des parois fistuleuses en les mettant en communication avec l'air extérieur, M. Chassaignac n'a jamais eu à leur attribuer la putridité ou la décomposition du pus. Cela ne nous semble, du reste, qu'à moitié surprenant : les tissus traversés par ces canaux ne sont mis en contact avec l'air extérieur qu'en des *points marqués de loin en loin*, et non par *surfaces*, et que ces points, ouverts dans la paroi des tubes et qui servent de passage au pus, ne sont jamais occupés à deux instants successifs de durée suffisante par les mêmes gouttes de pus. Leur décomposition, retardée peut-être par la nature chimique des tubes, ne commence qu'après avoir perdu son contact avec les parois morbides parfaitement protégées, elles, par les tubes eux-mêmes.

Un des effets les plus considérables et les plus rationnels de cette méthode consiste d'ailleurs dans la propriété de ne laisser place à aucun clapier purulent, à aucune anfractuosité collective de pus. Mettant autant de tubes qu'il y a de loges à l'abcès ou de diverticulums, on change les culs-de-sac en de vrais canaux d'écoulement. Il est impossible qu'un effet semblable soit sans influence sur l'amélioration rapide des sujets.

GIRAUD-TEULON.

(*La suite prochainement.*)

VARIÉTÉS.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES. — Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes :

Vu le statut du 19 août 1857 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er Un concours pour sept places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Paris (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Paris le 1er décembre 1859.

Un concours pour trois places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Montpellier (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Montpellier le 1er décembre 1859.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près de la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Strasbourg le 1er décembre 1859.

Art. 2. Un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et d'accouchement) sera ouvert à Paris le 1er avril 1860.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près de la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchement) sera ouvert à Montpellier le 1er février 1860.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près de la Faculté de médecine de Strasbourg (section de chirurgie et d'accouchement) sera ouvert à Strasbourg le 1er février 1860.

Art. 3. Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Paris (section des sciences anatomiques et physiques) sera ouvert à Paris le 15 juin 1860.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiques) sera ouvert à Montpellier le 1er avril 1860.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Strasbourg (section des sciences anatomiques et physiques) sera ouvert à Strasbourg le 1er avril 1860.

Art. 4. Les recteurs des académies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au MONITEUR.

Fait à Paris, le 31 mai 1859. ROULAND.

— Par une lettre en date du 4 juin, M. le ministre de l'instruction publique a invité la Faculté de médecine de Paris à faire les présentations pour les chaires de physiologie et de pharmacie, aujourd'hui vacantes dans cette Faculté.

— Par décret du 21 mai, M. le docteur de Combarieu, médecin major au 93e régiment de ligne, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— On nous affirme, dit la PRESSE MÉDICALE BELGE, que M. le docteur Merchie vient d'être nommé médecin en chef de l'armée belge.

— M. Mollet, ancien chirurgien de la marine, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Brest, est mort à Paris, le 20 mai dernier, pendant un voyage qu'il faisait dans cette ville.

— M. le docteur Mignot (de Caen) est mort subitement à Paris, le 12 mai, constituant son légataire universel, pour une somme de plus de cent mille francs, son ami et concitoyen M. le docteur Le Sannier.

— Le 11 avril est mort, à Gênes, le docteur Freschi, professeur de médecine légale, continuateur de l'ouvrage de Sprengel sur l'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, auteur d'un MANUEL DE MÉDECINE LÉGALE, d'un DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE, d'une HISTOIRE DU VIRUS VÉNÉRIEN et d'autres écrits.

— Un prix extraordinaire de 200 écus romains est offert par l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question :

« Des maladies mentales dans leurs rapports avec la médecine légale. »

Les mémoires, écrits en italien, latin ou français, devront parvenir franco, avant le 31 mars 1862, à M. le secrétaire de l'Académie médico-chirurgicale, à Ferrare.

L'auteur couronné recevra trente exemplaires de son travail, qu'il sera publié soit à part, soit dans l'un des journaux les plus répandus de l'Italie.

— Le MORNING POST annonce que la Tamise a donné ces jours derniers des signes non équivoques de fétidité beaucoup plus intenses que ceux de l'année dernière.

— Nous lisons dans le COURRIER DU PAS-DE-CALAIS : « Nos lecteurs se rappellent l'acte de dévouement qui a coûté la vie à M. Sturne, médecin à Blandecques, près de Saint-Omer. Nous ajoutions, à ce sujet, que l'appui de l'administration et du gouvernement, justes appréciateurs de la généreuse abnégation de M. Sturne, ne ferait pas défaut à sa veuve et à son fils. Nous sommes donc heureux d'apprendre que le jeune Sturne (Napoléon-Henri-Auguste), vient d'être, sur la proposition de M. le préfet, nommé élève du gouvernement, à pension entière, au lycée impérial de Saint-Omer.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DE LA MÉDICATION SATURNÉE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE : M. BEAU. — DE L'EMPLOI DE L'OPIUM DANS LA RÉTENTION D'URINE ET DANS LES SPASMES EN GÉNÉRAL : M. WEEDEN. — DE LA MÉDICATION ALTÉRANTE DANS LES MALADIES FÉBRILES : M. HIGGINS.

Quoique en général un sourire d'incrédulité accueille inévitablement tout essai de médication nouvelle à l'adresse de certaines affections dont le nom seul équivaut à une déclaration d'incurabilité, la phthisie pulmonaire, par exemple, nous n'en devons pas moins toujours et notre appui et notre approbation à tout effort consciencieux dirigé contre ces affections. C'est cet accueil que nous ferons à une communication de M. Beau, dont nous trouvons la substance dans une leçon faite par cet infatigable chercheur à l'hôpital de la Charité, et reproduite par la GAZETTE DES HÔPITAUX.

L'essai nouvellement entrepris par notre honorable confrère consiste dans l'emploi, à dose assez élevée, des préparations saturnines. M. Beau croit avoir remarqué, entre l'intoxication ou plutôt l'imprégnation saturnine et la phthisie pulmonaire, une sorte d'incompatibilité, du genre de celle accusée par M. Boudin entre cette même maladie et la cachexie paludéenne. Rien n'est plus exceptionnel, dit M. Beau, que de rencontrer des phthisiques parmi les ouvriers que leur profession oblige à manier le plomb ; et cet antagonisme apparent aurait encore cela de remarquable qu'il se manifesterait ainsi entre deux affections dont l'anémie est le principal caractère.

Ajoutons que dans les circonstances où les deux maladies ont paru marcher côte à côte, une analyse délicate de ces circonstances aurait dévoilé au savant professeur des causes particulières à cette exception apparente; et permis, très-rationnellement, de n'y pas voir une contradiction formelle de la loi d'antagonisme entrevue ou soupçonnée.

Quoi qu'il en soit, l'idée une fois conçue, l'essai, la mise en contact avec la pierre de touche expérimentale devenaient une obligation pour le consciencieux clinicien. L'expérience en cette matière, et en présence d'une maladie aussi inflexible, dès qu'elle s'appuie sur une base logique ou offrant seulement quelque possibilité, devient un véritable devoir.

C'est à la céruse (carbonate de plomb) que M. Beau a donné la préférence pour ses essais : cette préparation insoluble est celle qu'il considère comme la moins propre à amener, de la part de l'estomac, une réaction défavorable. Il administre à ses malades, et sous forme pilulaire, des doses progressivement croissantes de 10 à 80 centigrammes de cette substance, s'arrêtant ou en suspendant l'usage dès que se manifestent les symptômes classiques de l'imprégnation saturnine : arthralgie, analgésie, teinte ictéroïde, liséré, caractères du premier degré de l'empoisonnement.

Au moment où il a fait connaître à ce sujet ses idées, M. Beau n'avait encore à produire que cinq observations. Sur ces cinq cas, quatre ont été manifestement amendés : les symptômes particulièrement atteints ont été l'expectoration et la toux. D'humide, la phthisie est devenue sèche, modification évidemment précieuse ; de fétide, l'expectoration, beaucoup plus rare, est devenue en même temps plus consistante et sans dégoût. Il est incontestable que ces résultats sont ceux par lesquels on doit s'attendre à produire ou à voir survenir la guérison, si tant est que le mot ne soit pas trop ambitieux pour l'espèce.

Quant au cinquième cas, le plomb s'y est montré complètement inutile : c'était un cas de phthisie très-aiguë, et aucun amendement n'a pu être observé. Nous ne nous arrêterons pas à ce résultat négatif : pour être dignes d'attention, nous n'exigerons pas d'un remède ou d'une médication qu'ils triomphent partout et toujours, et que les cas de gravité évidemment désespérante cèdent dès l'abord à leur contact. C'est une méthode scientifique par trop décourageante que celle qui repousse tout essai thérapeutique par l'épreuve des cas désespérés. La réussite dans ces cas merveilleux, c'est le miracle ; et nous n'attendrons pas tant des thérapeutistes. Mais quand une observation sérieuse est suivie de certains résultats simplement avantageux dans des maladies dont la marche naturelle est généralement fatale, nous nous faisons un devoir de les enregistrer et d'encourager la continuation des essais. M. Beau a enrayé la marche de la phthisie dans quatre cas sur cinq dans les hôpitaux, et à l'aide d'un principe : il a gagné du temps. Ce simple petit résultat est à prendre en considération, et les cliniciens doivent à la science de répéter, de reprendre de leur côté ces mêmes essais. Les services qu'avait déjà parfois rendus le plomb dans la période colliquative de sueurs et de diarrhée de la phthisie, ses bons rapports de contact avec toutes les plaies, sont du reste des arguments à invoquer ici : son action, pour temporaire et insuffisante qu'elle fût, a dû cependant être quelquefois appréciée, et dès lors on peut se demander si elle ne ferait pas, quoique d'une manière éloignée eu égard à l'époque de l'administration (phase ultime de la maladie) et à la réduction de la dose, dans le domaine du principe qu'a cru entrevoir le médecin de la Charité.

— Nous avons déjà plusieurs fois, dans le cours de nos analyses thérapeutiques, appelé l'attention des lecteurs de la GAZETTE sur les services considérables que rendent à nos confrères d'outre-Manche une grande habileté et une assez grande audace dans l'emploi de l'opium. Les médecins anglais n'ont pas perdu de vue les conseils de leur Hippocrate, l'illustre Sydenham; si on leur enlevait l'opium et le calomel, ils devraient renoncer à la profession. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'ils savent tirer, de l'un et de l'autre de ces éléments, un très-grand parti. L'opium est leur ancre de salut dans les plaies pénétrantes de l'abdomen et dans tous les cas de péritonite : leurs observations, que Chomel a fait connaître pour la première fois en France, sont à cet égard suffisamment connues. Mais ce qui ne l'est pas encore, c'est l'usage qu'ils font avec profit de cette même substance dans un autre ordre d'affections des organes du bas-ventre, où cet usage ne s'explique guère *à priori*. Nous voulons parler de la rétention d'urine. Voilà déjà plusieurs années que les médecins anglais ont couramment recours à cette méthode. Cela tient-il à la séparation des deux ordres de praticiens, au scrupule qu'aurait un médecin à toucher une sonde? Nous l'ignorons. Ce n'est pas à croire, cependant, si l'on observe que les essais rapportés sont plutôt empruntés aux services chirurgicaux. Ce qui est certain, c'est que les rétentions d'urine sont communément attaquées par l'opium à assez haute dose. Les journaux de médecine an-

FEUILLETON.

MONTAIGNE.

SES PÉRÉGRINATIONS A QUELQUES EAUX MINÉRALES.

(Suite. — Voir le n° 4.)

Montaigne, qui recherchait volontiers les émotions, profita de son séjour à Bâle « pour aller voir tailler le petit enfant d'un pauvre homme pour la rupture (*hernie étranglée*), qui fut traité bien rudement par le chirurgien. » Il fut également rendre visite au célèbre jurisconsulte, François Hotman, que ses écoliers avaient sauvé à Bourges du massacre de la Saint-Barthélemy; puis il partit pour Bade où il arriva le 2 octobre.

BAINS DE BADE. — « Ces bains, dit-il, dont l'usage est si ancien que Tacite en fait déjà mention (1), sont assis en un vallon commandé par de hautes montagnes, pour la plupart fertiles et cultivées. Nous ne logeâmes pas à la ville, mais au bourg qui est tout au bas, le long d'une rivière ou plutôt d'un torrent appelé la Limmat, qui vient du lac de Zurich. Il y a deux ou trois bains publics découverts dont il n'y a que de pauvres gens qui se servent. Les autres, en plus grand nombre, sont enclos dans les maisons et les divise-t-on, en plusieurs petites cellules particulières qu'on loue avec les chambres. Les logis très-magnifiques; qui aura à conduire des dames qui se veuillent baigner avec respect et délicatesse, il les peut mener là, car elles sont seules au bain qui semble un très-riche cabinet, clair, vitré tout autour, revêtu de lambris peints et planchéié très-proprement; dans tous, des sièges ou de petites tables pour lire ou jouer, si on veut, dans le bain. Celui qui se baigne vide et reçoit autant d'eau qu'il lui plaît, et a-t-on les chambres voisines chacune de son bain, les promenoirs beaux le long de la rivière, outre les avantages de plusieurs galeries. » Il est impossible de faire un plus complet éloge d'une résidence thermale ; ajoutons que cet éloge est, aujourd'hui encore, parfaitement mérité. Et cependant, par suite d'une regrettable homonymie et des abus de la réclame, quand il est question de Bade, on désigne bien moins la ville suisse que la ville allemande du duché de ce nom.

« L'eau des bains, continue Montaigne, exhale une odeur de soufre à la mode des Eaux-Chaudes et autres. La chaleur en est modérée, ce qui rend le bain fort doux et plaisant. L'eau à boire est un peu fade et molle, comme une eau battue, et, quant au goût, elle sent le soufre; elle a, de plus, je ne sais quelle piqûre de salure. Moins nette que les autres eaux que j'ai vues ailleurs, elle charrie, en la puisant, certaines petites filandres fort menues. » Tout cela est fort exact. Les eaux de Bade, en effet, sont des eaux sulfureuses, d'une chaleur moyenne, douces au toucher, d'une saveur fade et franche-

(1) *Locus amœno salubrium aquarum usu frequens.* (ANNALES, liv. I.)

glais rapportent à chaque instant des observations sur ce point de pratique, et ces observations semblent concluantes. La Lancet du 30 avril nous apporte encore un cas de ce genre. Devant l'impossibilité absolue de passer le cathéter, de fortes doses de morphine associée au carbonate de soude furent administrées de demi-heure en demi-heure. Le malade prit ainsi 7 grains de morphine et 7 gros de sel alcalin, et le succès couronna cette pratique, la vessie se vida spontanément en deux fois avant la fin des vingt-quatre heures. Le malade était affecté d'un rétrécissement.

En donnant communication de ce résultat, le chirurgien anglais n'expose pas le principe sur lequel se fonde cette pratique. Il est à croire que leur objet, en émoussant la sensibilité locale et générale, doit être de se rendre maître de l'élément spasmodique urétral qui, s'ajoutant occasionnellement au rétrécissement, vient tout d'un coup changer en impossibilité complète la simple difficulté causée d'abord par la stricture du canal.

Ces aperçus ne doivent pas être perdus pour nous, non-seulement au point de vue du traitement des rétrécissements urétraux, ou du moins de leur complication redoutable, la rétention d'urine, mais encore au point de vue des ressources énormes attachées à un emploi savant de cette grande puissance thérapeutique, l'opium. Il n'est pas médecin celui qui ne sait manier cette précieuse et redoutable substance. En France, en Allemagne, quelques praticiens l'ont étudiée, et avec succès, au point de vue des services à retirer de ses applications à petites doses. M. Forget (de Strasbourg) a mis en évidence les immenses avantages de l'usage de petites quantités d'opium ou de sel de morphine dans les maladies des voies respiratoires ; il a montré combien il en fallait peu pour triompher de l'élément toux et de l'élément spasmodique, qui rendent souvent si pénible et qui aggravent incontestablement toute irritation pulmonaire ou bronchique. D'autre part, l'école de Tours a mis en lumière les bénéfices à attendre de l'administration de doses plus petites encore, presque microscopiques, des sels de morphine dans les affections de l'estomac, caractérisées ou accompagnées par la douleur ou des spasmes convulsifs. Apprenons donc des Anglais leur manière d'employer ce même agent à doses élevées, puisqu'il est constant que, dans une foule de circonstances où nous ne savons employer que les sangsues et les onctions mercurielles, ils tirent de ce médicament un précieux parti.

Nous trouvons par exemple encore dans le Dublin Quarterly Review, pour feb. 1859, une application de la morphine ou de l'opium, scientifiquement adressée à la coqueluche.

L'idée et le plan du traitement sont dus à M. Edward Smith (d'Edimbourg), et présentés comme une application de l'opium à *petites* doses. L'auteur ne cherche à combattre que l'élément spasmodique, nerveux, que, comme la plupart des pathologistes, il reconnait tenir le premier rang dans cette maladie. Mais après l'avoir reconnu, plus conséquent avec les principes que nous n'osons l'être, il porte les doses du calmant, sans hésitation, jusqu'au point où il sera certain d'avoir produit un effet calmant incontestable. Il procède alors, en effet, par petites doses, de un soixantième à un trentième de grain chaque fois, et en effet cela peut être nommé de petites doses ; mais si l'on considère que l'auteur les renouvelle et les rapproche, sans timidité ni lenteur, dit il, jusqu'à ce qu'il ait amené un léger degré de narcotisme ou d'engourdissement général, auquel il se tient et s'arrête en ayant soin de le maintenir, on pensera avec nous que ce n'est pas ce qu'en France, et en parlant de petits enfants, nous désignerions comme de petites doses ; nous avons bien, avec les familles, trop peur des fièvres cérébrales et des comas de l'enfance, pour porter sans inquiétude l'opium et la morphine jusqu'à ce degré dans le jeune âge.

Ce traitement, sans nul doute, est loin de reposer sur une vue nouvelle de la maladie, et tous, nous traitons bien par des calmants du système nerveux, comme belladone, ciguë, etc., la névrose que nous voyons dans la coqueluche. Mais ce qui différencie la méthode de M. Smith, reprise depuis par Müller (de Berlin) et vantée également par ce médecin, de notre manière de faire, c'est précisément la dose. Ces médecins hardis, mais non téméraires pourtant, vont jusqu'à la constatation d'un apaisement évident du système nerveux, et cet apaisement, ils n'ont certitude de l'avoir produit que dès qu'ils ont amené un léger degré de narcotisme.

C'est un point de vue analogue qui dirige, comme nous l'avons vu (Gaz. Méd., n° 41, 1858), les Anglais dans le traitement de l'asthme essentiel par les solanées ; ils ne s'arrêteront pas à chercher un soulagement incertain, problématique, temporaire ; ils vont jusqu'au degré de manifestation incontestable des effets physiologico-toxiques propres à la substance ; et si leur point de vue premier a été exact, si leur appréciation première des rapports du remède avec la maladie est fondée, ils obtiennent des succès constants. En un mot, ils ne tiennent pas quitte un médicament des essais entrepris tant qu'ils n'ont pas amené nettement les effets qui séparent sa tolérance par l'économie d'un premier et léger degré de réaction toxique.

En regard de l'usage si habile que font des opiacés nos confrères d'Angleterre et d'outre-mer, rappelons aussi le parti si considérable qu'ils tirent de cette classe de médicaments que nous employons si peu et dont nous considérons, un peu légèrement peut-être, qu'ils font un trop constant emploi. Nous voulons parler des médicaments nommés altérants, et qui consistent particulièrement en mercuriaux et antimoniaux à petites doses. Il n'est guère, dit M. Higgins dans la Quarterly de Dublin, d'affection chronique dans laquelle cette médication ne soit formellement indiquée ; mais ce que l'on néglige trop encore c'est leur incomparable utilité dans les affections fébriles aiguës, lorsque l'état local passe de l'inflammation franche à la sub-inflammation conservant une réaction fébrile. Il serait téméraire, dit l'auteur, de vouloir donner une explication péremptoire du mode d'action de ce genre de médication ; mais leur utilité n'en est pas pour cela plus contestable. Reportons-nous au lit d'un malade dans l'état fébrile, assez débilité déjà, soit par les saignées, soit par la médication franchement contro-stimulante ; déjà aussi les révulsifs, les purgatifs ont été mis en usage, l'acuité du mal a été vaincue, mais il reste encore un état de maladie réelle contre lequel n'ayant rien de neuf à faire, le médecin se croise les bras et confie la fin de la maladie à la bonne nature. Cela est sage quelquefois, si, en effet, la cessation de la réaction de l'économie a montré la victoire de celle-ci sur l'élément morbide ; mais s'il n'en est pas ainsi, s'il demeure dans les organes atteints quelque reste d'épine morbide, c'est alors que l'on se félicitera d'avoir recours aux altérants. Car, avant peu de jours, des effets très-réels, quoique sans éclat, auront frappé l'observateur atten-

---

ment hépatique, tenant en suspension de petits filaments qui ne sont autres que des flocons de barégine. Montaigne ajoute : « L'eau n'a point ces petites étincelures qu'on voit briller dans les autres eaux soufrées quand on les reçoit dans un verre, et, comme le dit le P. Maldonat, qu'ont celles de Spa. » Ici Montaigne fait confusion. Les petites étincelures ou bulles dont il parle, et qui sont formées par le dégagement du gaz acide carbonique, appartiennent aux eaux gazeuses, et non aux eaux soufrées. Spa en contient, parce que Spa est une eau gazeuse.

Montaigne, bien qu'il s'y trouvât à merveille, ne resta que cinq jours à Bade. Est-ce parce que « l'usage était qu'on y demeurât six à sept semaines ? » Je le croirais presque, tant il met d'affectation à répéter sans cesse qu'il fait tout l'opposé de ce que font les autres. Ainsi, il a grand soin de nous dire que « ceux qui boivent de cette eau à leur coutume, c'est un verre ou deux pour le plus, tandis que lui, tous les matins, en boit de huit à dix verres, représentant une grosse chopine. » De même, « ceux du pays sont tout le long du jour dans le bain ; lui, au contraire, n'y reste qu'une demi-heure : ils ne sont plongés dans l'eau que jusqu'aux reins ; lui s'y tient engagé jusqu'au cou ; enfin ils se font cornéter (1) et saigner si fort qu'il a vu les deux bains publics qui semblaient être de pur sang ; lui, et ici je ne saurais l'en blâmer, s'abstient de ces pratiques. » Quoi qu'il en soit, il ne paraît pas que les eaux de Bade lui aient fait éprouver aucun effet appréciable, ce qui s'explique par le peu de temps qu'il y resta.

Au moment de quitter ces eaux, il revient encore sur « l'aisance et la commodité du lieu et du logis, qu'il ne saurait trop louer. » Il trouve, il est vrai, que « l'exaction du payement est un peu tyrannique, et que, les comptes réglés, on y ajoute quelques friponneries. » Mais il en prend philosophiquement son parti en pensant « qu'il en est de même en toutes nations, et notamment en la nôtre, envers les étrangers. »

Montaigne signale une coutume qui, heureusement, n'existe plus à Bade, bien qu'on la retrouve encore dans quelques villes de l'Allemagne. « Il y a toutes les nuits, dit-il, des sentinelles qui rôdent autour des maisons, non tant pour se garder des ennemis que de peur du feu ou autre remuement. Quand les heures sonnent, l'un d'eux est tenu de crier à haute voix et pleine tête à l'autre, et lui demander quelle heure il est ; à quoi l'autre répond de même voix nouvelles de l'heure, et ajoute qu'il fasse bon guet. » La première fois que j'entendis ces crieurs, je devrais dire ces *hurleurs* de nuit, c'était à Salzbourg, et j'avoue que, ne comprenant rien à leur affreux idiome, j'étais loin de me douter qu'ils ne me réveillaient en sursaut à tout instant que pour m'engager à dormir bien tranquille.

Le 7 octobre, Montaigne quitta Bade, se dirigeant vers Schaffouse, où il arriva dans la soirée. Voici dans quels termes il parle de la fameuse *chute du Rhin* : « C'est au-dessous de Schaffouse que le Rhin rencontre un fond plein de rochers où il se rompt, et là trouve une pente d'environ deux piques de

(1) Aujourd'hui encore on applique, le plus ordinairement, les ventouses à Bade au moyen de *cornes* de verre dans lesquelles on opère le vide en aspirant fortement l'air avec les lèvres.

tif. Abaissement du pouls, douce moiteur à la peau, humidité et souplesse de la langue, amélioration évidente de l'état des organes souffrants, enfin du repos et une réelle sensation de calme; voilà ce que le malade vous accusera.

L'auteur, pour amener ces résultats, emploie le calomel ou le mercure (blue pills) à dose variant d'un dixième à un demi-grain, répétées toutes les deux, trois ou quatre heures. Si la peau est très-sèche, il y joint les antimoniaux, aussi à très-faible dose, la Jame's powder en particulier, préparation un peu secrète encore, malgré son antiquité. Mais le plus souvent le calomel donné seul suffit parfaitement. C'est, du reste, la pratique générale de nos voisins, et les méthodes générales chez un peuple éminemment pratique comme celui-là, ne doivent pas être traitées avec dédain. Il est de vérité axiomatique en Angleterre, de considérer l'usage du mercure et de l'antimoine à doses altérantes comme la base du traitement efficace de la plupart des maladies fébriles. Ces agents, disent-ils, sont, comme l'opium, un vrai présent des cieux, et si leur usage n'est actuellement qu'empirique, n'est-il pas plus sûr de chercher à nous éclairer par l'analyse de ses effets constatés, que de repousser aveuglément une méthode, par cela seul que nous ne savons pas auquel de nos principes la rattacher.

GIRAUD-TEULON.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA SUBSTITUTION GRAISSEUSE DU REIN; par M. le docteur ERNEST GODARD.

Le tissu adipeux existe principalement sous la peau, dans les cavités orbitaires, les interstices musculaires, les scissures des organes et les épiploons, formant dans ces différents points un élément normal destiné, soit à combler les espaces existant entre les diverses parties des appareils, soit à servir d'aliment en réserve, suivant l'expression heureuse de Béclard (1).

L'exagération généralisée des cellules graisseuses sous la peau et dans les épiploons constitue l'obésité. L'accumulation du tissu adipeux sous un point limité du tégument détermine la formation du lipome (1), tumeur pouvant acquérir aisément des dimensions considérables.

Dans ces deux cas, la graisse ne subit jamais de transformation (2), qu'elle soit généralisée ou limitée dans l'économie.

Elle existe dans l'économie sous deux formes bien distinctes; tan-

(1) « Les usages généraux de la graisse sont relatifs à la nutrition. Ce » fluide peut être considéré comme un aliment en réserve : c'est ce dont on » voit divers exemples chez les animaux. Les insectes, par exemple, se nourrissent de leur graisse avant d'être insectes parfaits, et présentent le même » phénomène peu de temps avant leur mort.

» Cela est encore plus marqué dans les animaux hibernants, qui dorment » pendant l'hiver, et ne vivent que de leur graisse jusqu'à leur réveil, époque » à laquelle ils sont très-maigres. » (Béclard, ÉLÉMENTS D'ANATOMIE GÉNÉRALE. Paris, 1852, p. 126.)

M. Béclard fils, dans une note à l'ouvrage de son père, dit qu'on pourrait ajouter à ces mots : « la graisse est un aliment tenu en réserve, » les mots suivants : « pour suppléer, dans certaines circonstances, les éléments de la » respiration qui viennent accidentellement à manquer. »

Les animaux dormeurs et hibernants ont presque tous des épiploons graisseux surnuméraires. (Virey, DICT. EN 60 VOL., v. XIX, p. 296.)

Les femmes houzouanasses (tribu des Hottentots-Boschismans) présentent une saillie graisseuse considérable des fesses. Virey (DICT. EN 60 VOL., vol. XIX, p. 297) pense que ces loupes sont produites par l'accumulation, dans les parties déclives du corps, de la graisse rendue fluide par la grande chaleur du climat.

La bosse que l'on voit sur le dos du dromadaire, les deux bosses que présente le chameau, sont formées par de la graisse due à la surabondance de la nourriture. Dans les grands voyages, pendant lesquels ces animaux souffrent de grandes privations, les bosses diminuent, puis enfin disparaissent et ne sont plus indiquées que par la hauteur du poil, qui est toujours plus long sur ces parties que sur le reste du dos. (Buffon, ŒUVRES COMPLÈTES, édit. Richard. In-8°, Paris, 1835, vol. XII, p. 306.)

M. d'Escayrac de Lauture, indiquant les moyens de transport dans le Soudan, dit en parlant des chameaux partis gras en caravane : « A la suite du » voyage, leur embonpoint a disparu ; leur bosse qui, avant le départ, ba» lançait mollement sa masse arrondie sur leurs épaules, se laisse tout au » plus deviner. » (LE DÉSERT ET LE SOUDAN. In-8°, Paris, 1853, p. 613.)

On observe aussi un dépôt de graisse dans la queue des moutons de Barbarie. Leur queue est tellement chargée de graisse, dit Buffon, « que sou» vent elle est large de plus d'un pied et pèse plus de 20 livres. Au reste, » cette brebis n'a rien de remarquable que sa queue, qu'elle porte comme si » on lui avait attaché un coussin sur les fesses. Dans cette race de brebis à » grosse queue, il s'en trouve qui l'ont si courte et si pesante, qu'on leur » donne une petite brouette pour la soutenir en marchant. » (Buffon, ŒUVRES COMPLÈTES, édit. Richard, vol. XII, p. 362.)

« Un individu gras résiste mieux à l'inanition qu'un individu maigre ; c'est » par la graisse accumulée que les animaux hyvernants passent, sans man» ger, dans un engourdissement léthargique, la plus grande partie de la sai» son froide. » (J.-B. Boussingault, ECONOMIE RURALE, 2° édit. In-8°, t. II, p. 572. Paris, 1851.)

(1) Le lipome est une hypertrophie locale du tissu adipeux. (DICT. DE NYSTEN, par MM. Littré et Ch. Robin, 2° édit., p. 817. Paris, 1858.)

M. Lebert fait du lipome une des variétés des tumeurs graisseuses, dont il distingue trois formes : le lipome, le stéatome et le cholestéatome. (Lebert, PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. In-8°, vol. II, p. 101. Paris, 1845.)

Rarement on observe des lipomes profonds ; cependant on en trouvera des exemples dans les BULLETINS de la Société anatomique (1836, p. 139 ; 1848, p. 127 ; 1850, p. 137 et 142), et Société de chirurgie (BULLET., 1853, p. 567.)

Les lipomes peuvent être multiples. (Voy. Lebert, PHYSIOL. PATHOL., v. II, p. 101. Houel, MANUEL D'ANAT. PATH. In-12, p. 590. Paris, 1857.)

(2) Lebert, ouv. cité, vol. II, p. 101. Toutefois, on trouve deux observations contraires dans les BULLETINS de la Société anatomique, v. XI, p. 268 ; v. XVII, p. 208.

D'après M. Robin, ces cas de prétendues transformations n'étaient que des modifications de consistance déterminées par la présence d'une trame fibreuse associée aux cellules adipeuses, ou encore à une mortification, sorte de nécrose du tissu adipeux, dans laquelle, par places, la graisse reste demi-solide avec une consistance analogue à celle de la substance cérébrale.

---

haut où il fait un grand saut, écumant et bruyant étrangement. Cela arrête le cours des bateaux et interrompt la navigation de ladite rivière. » On a beaucoup reproché à Montaigne le laconisme de sa description. Eh bien! dussé-je encourir à mon tour le même reproche, je confesserai volontiers que cette prétendue merveille m'a très-médiocrement impressionné.

De Schaffouse, Montaigne se rendit à Augsbourg, en passant par Constance, Landau, Kempten et Landsberg. Ce qui, à part quelques incidents de peu d'intérêt (1), parut le plus l'impressionner en Allemagne, c'était l'excellence de la cuisine. « Ils nous ont présenté, dit-il, des potages faits de coings, d'autres de pommes cuites taillées en rouelle sur la soupe et des salades de choux cabus (choucroûte). Ils font aussi des brouets, sans pain, de diverses sortes, comme de riz, où chacun pêche en commun. Ils mêlent des pommes cuites, des tartes de poires et de pommes au service de la viande, et mettent tantôt le rôti le premier et le potage à la fin ; tantôt au rebours. Ils ont du cumin ou du grain semblable qui est piquant et chaud, qu'ils mêlent à leur pain, et leur pain est la plupart fait avec du fenouil. » Voilà bien, hélas! la cuisine allemande, telle qu'elle est encore de nos jours. Montaigne trouvait tout cela si exquis que ce qu'il regrettait le plus, « c'était de ne pas avoir mené un cuisinier, pour l'instruire de leurs façons et en pouvoir, au retour, faire voir la preuve chez lui. » J'aurais compris, en effet, qu'il se fût fait accompagner de son cuisinier, mais pour un tout autre motif. Quant à ses regrets de ne pouvoir mettre ses convives du Périgord en demeure de se prononcer sur les mérites d'une pareille cuisine, je doute fort qu'ils eussent été de son avis.

Arrivé à Augsbourg avec M. d'Estissac, on les prend l'un et l'autre pour des ducs. Or comme c'était l'usage de proportionner le cérémonial de réception à l'importance des personnages, « les bourgmestres leur envoyèrent présenter quatorze grands vaisseaux pleins de vin, qui leur furent offerts par sept sergents vêtus de livrées. » Vous croyez peut-être que Montaigne va les avertir de leur méprise? Loin de là, il nous apprend lui-même « qu'il défendit qu'on dît leurs conditions, et se promena seul tout le long du jour par la ville ; il croit que cela servit à les faire honorer davantage. » Ce sont là de ces exploits de comédie dont nous rirons volontiers dans le NOUVEAU SEIGNEUR, mais à la condition que Frontin, et non un philosophe, en sera le héros. Montaigne resta quatre jours à Augsbourg, se prélassant dans les honneurs et priviléges de son titre de contrebande. Comme il ne perdait jamais de vue les eaux minérales, il se renseigna sur celles de Sourbronne (ou plutôt Sauerbrunnen), qui n'étaient distantes que d'une journée. « C'est, dit-il, un bain en plat pays, d'eau fraîche qu'on échauffe pour s'en servir à boire ou à baigner; elle a quelque piqûre agréable au goût, propre aux maux de tête et à l'estomac ; un bain fameux où on est très-ma-

(1) En voici un cependant qui mérite d'être mentionné : Une contestation s'étant élevée, à Constance, entre Montaigne et son guide, l'affaire fut portée devant le prévôt du lieu, lequel déclara que les gens de Montaigne ne pourraient déposer en justice en faveur de leur maître ; toutefois, il ajouta que, si Montaigne voulait leur donner congé, leur déposition serait entendue, libre ensuite à lui de les reprendre immédiatement après à son service. Je trouve, comme Montaigne, que « c'est là une bien remarquable subtilité. »

tôt elle est à l'état fluide dans des vésicules de volume variable (1), dont l'ensemble forme le tissu adipeux. Ces vésicules peuvent être accumulées accidentellement dans l'intérieur d'un organe dont elles ont pris la place, tout en lui conservant sa forme; alors il y a substitution graisseuse de l'appareil affecté.

D'autres fois, la graisse se rencontre sous forme de granulations (2) existant comme élément surajouté dans des cellules épithéliales qui, à l'état ordinaire, n'en renferment pas ou fort peu seulement (3).

Dans tous les cas, ainsi que nous allons le montrer, l'infiltration abondante de granulations graisseuses a lieu dans les cellules épithéliales des organes qui ne fonctionnent pas encore ou qui fonctionnent mal.

Ainsi M. Natalis Guillot a démontré que les poumons d'un enfant qui n'a pas encore respiré contiennent 12 à 14 0/0 de graisse (4). Mais si l'enfant a vécu plusieurs heures, le chiffre de la graisse diminue et tombe à 6 0/0, chiffre qui reste le même, à peu de chose près, pendant toute la vie (5).

Les organes qui fonctionnent mal présentent un phénomène analogue, mais qui alors est pathologique. Ainsi, M. Natalis Guillot a démontré que, dans la pneumonie, la bronchite, la phthisie, les parties malades contiennent une quantité variable de graisse. Dans l'affection tuberculeuse, particulièrement, M. Guillot a vu la proportion de l'élément adipeux varier de 18 0/0 à 50 0/0 dans les matériaux des poumons desséchés (6).

Sous l'influence des maladies chroniques du poumon (7), de l'estomac et de l'intestin, le foie, dont les cellules élémentaires à l'état sain renferment normalement (1) quelques rares granulations graisseuses, subit secondairement pareille altération.

Dans ce cas, les granulations ou gouttes graisseuses ne forment jamais des masses isolées; mais des gouttes d'huile jaunâtre se déposent dans l'intérieur des cellules épithéliales hépatiques (2), qu'elles peuvent distendre au point d'amener l'atrophie du noyau et de les rendre sphériques comme une vésicule adipeuse (3). Aussi lorsqu'on enlève une tranche de foie gras, l'huile des cellules épithéliales est mise à nu et tache le scalpel (4).

L'état gras du foie peut être produit artificiellement chez les animaux que l'on prive d'exercice et d'air, et auxquels on donne une alimentation spéciale (5).

(1) « Les vésicules adipeuses, en général arrondies, ont de 3 centièmes à » 8 centièmes de millimètre de diamètre. » (DICT. DE NYSTEN, édit. Littré et Ch. Robin, 2e édit., 1858, p. 25.)

« Il n'est pas rare d'en trouver de plus grosses et atteignant ou dépas» sant un dixième ou un dixième et demi de millimètre. » (Même ouvrage, p. 818.)

(2) On sait que la graisse, combinée molécule à molécule, de manière à être invisible au microscope, peut exister dans les éléments d'un certain nombre de tissus dont on peut l'extraire par les dissolvants tels que l'éther et l'alcool à chaud.

(3) Les granulations peuvent se trouver encore, à l'état libre, entre les cellules et les autres éléments, dans l'intérieur desquels on les rencontre parfois.

(4) M. Natalis Guillot, MÉMOIRE SUR LES VARIATIONS DE LA MATIÈRE GRASSE CONTENUE DANS LES POUMONS MALADES. (COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, juillet 1847.)

(5) D'après Virey (DICT. EN 60 VOL., vol. XIX, p. 299), il n'y aurait point de graisse dans les poumons.

(6) M. Natalis Guillot, mém. cité plus haut.

(7) Le fait de la fréquence du foie gras, comme conséquence de la phthisie, indiqué d'abord par Bayle et Laennec, a été montré numériquement par M. Louis (DE LA PHTHISIE. In-8e, 1re édit., p. 114. Paris, 1825), qui l'a constatée sur 40 individus morts phthisiques, tandis qu'il n'avait vu pareille altération, dans d'autres maladies, que 9 fois sur 230 cas. De plus, M. Louis a vu que cette affection se présentait dans les proportions suivantes chez l'homme et chez la femme, comme 1 est à 4.

Voy. encore M. Natalis Guillot (mém. cité plus haut), et M. Lebert (PHYSIOL. PATHOL., t. II, p. 108).

(1) Chez l'homme seulement, car chez les animaux, d'après Kölliker (ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE HUMAINE, trad. par MM. Béclard et Sée, p. 474. Paris 1856), les gouttelettes de graisse manquent ordinairement dans les cellules épithéliales. Je me demande si cette différence ne tient pas à ce qu'on examine le foie des animaux à l'état parfaitement frais.

(2) Lebert, PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, t. II, p. 108.

(3) Kölliker, ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE HUMAINE, p. 474, et DICT. DE NYSTEN, édit. Littré et Ch. Robin, 2e éd., p. 589.)

(4) Braconnot a démontré chimiquement, il y a longtemps, la présence d'une matière grasse comme partie constituante du foie. Il y a quelques années, ce fait a été établi par les recherches microscopiques de Gluge (ANAT. MICROS. UNTERSUCHUNGEN, Heft. I, S. 126, 1838), et plus récemment et avec plus de précision, par Bowman (LANCET, January 1842), qui a montré la disposition des globules huileux dans l'intérieur des cellules élémentaires du foie à l'état sain. Le même auteur a découvert le siége précis du dépôt morbide dans les cellules élémentaires du foie. Celles-ci, au lieu de contenir quelques rares globules de graisse, en sont littéralement remplies, et ces globules, augmentant de volume, cachent de plus en plus le noyau.

D'après M. Lereboullet (STRUCTURE INTÉRIEURE DU FOIE ET SUR LA NATURE DE L'ALTÉRATION CONNUE SOUS LE NOM DE FOIE GRAS; *in* MÉM. DE L'ACAD. DE MÉD., p. 386. Paris, 1853), la dégénérescence graisseuse du foie résulterait aussi de l'accumulation de la graisse dans les cellules microscopiques du foie, et non pas dans les cellules graisseuses particulières ou dans l'intervalle de ces mêmes cellules.

Tout au contraire, Gulliver (MEDICO-CHIRURG. TRANSACTIONS, vol. XXVI, p. 90) pense que, dans l'infiltration graisseuse du foie, la graisse s'accumule dans les espaces interlobulaires ou autour des lobules. Là elle forme, à chacun d'eux, une enveloppe distincte de couleur jaune chamois. Albers (RUST MAGAZIN, 1839) montre aussi que le dépôt graisseux a lieu surtout dans la membrane cellulaire interlobulaire, qui s'est hypertrophiée tout d'abord.

D'après Gluge (ANAT. MICROS. UNTERSUCHUNGEN, Heft. I, S. 126, 1838), Hallman (DE CIRRHOSI HEPATIS. Berol, 1839), Valentin (REPERTORIUM, 1840), et M. Gubler (THÉORIE LA PLUS RATIONNELLE DE LA CIRRHOSE, thèse d'agrégation, 1853), il y a aussi, dans la cirrhose du foie, accumulation de graisse, soit libre, soit dans des vésicules.

(5) En Alsace, pour faire passer à l'état gras le foie des oies, les engraisseurs, dit M. le baron E. PEERS (LA BASSE-COUR, Paris, in-12, sans date, p. 130) « se procurent des oies maigres et les enferment dans de petites boîtes de » sapin assez étroites pour qu'elles ne puissent s'y retourner. Le fond de ces » boîtes est formé de petits bâtons assez écartés pour livrer passage à la » fiente. La partie antérieure a une ouverture suffisamment large pour le » passage de la tête de l'oie, et au-dessous de cette ouverture se trouve

---

gnifiquement logé, comme à Bade en Suisse, à ce qu'on raconte (1). » Mais la saison était trop avancée pour qu'il pût aller en essayer. Ce fut chose regrettable, car les eaux alcalino-gazeuses de Sauerbrunnen, par leur action fondante et diurétique, auraient mieux convenu pour sa gravelle que celles de Plombières et de Bade, qu'il venait de prendre. Montaigne quitta Augsbourg le 19 octobre. Seulement un duc ne pouvait partir comme un simple gentilhomme. Aussi nous apprend-il « qu'il laissa, au devant de la porte de la maison où il était logé, un écusson de ses armes qui était fort bien peint, et lui coûta deux écus au peintre et vingt sols au menuisier pour le cadre. » A la bonne heure. C'est noblement s'exécuter. Le prix du cartel est sans doute un peu plus élevé qu'à Plombières, mais les circonstances l'exigeaient, et d'ailleurs combien l'effet dut en être plus imposant!

Montaigne, au sortir d'Augsbourg, gagna Munich, dont il ne nous dit que peu de mots; puis il pénétra dans le Tyrol où il fut très-agréablement surpris de voir qu'on l'avait faussement renseigné sur les prétendues difficultés de la route. Il remarque, à ce sujet, « qu'il s'était toute sa vie méfié du jugement d'autrui sur le discours des commodités des pays étrangers; chacun ne sachant goûter que selon l'ordonnance de sa coutume et de l'usage de son village, il avait fait fort peu d'état des avertissements que les voyageurs lui donnaient. » Ce qui ne l'empêcha pas de regretter « qu'avant faire le voyage, il n'avait vu les livres qui le pouvaient avertir des choses rares et remarquables de chaque lieu, ou n'avait un Munster (1) ou quelque autre dans ses coffres. » Je comprends parfaitement l'embarras de Montaigne. Un GUIDE, en effet, est le *vade-mecum* indispensable de tout voyageur en pays étranger; toutefois, son rôle devrait être de donner des indications et non de dicter des jugements. Montaigne compare ingénieusement le Tyrol à une robe « qu'on ne voit que plissée, à cause des accidents de terrain, mais qui, déployée, représenterait une large et splendide surface. » Les villes l'intéressaient médiocrement; il les juge surtout un peu à vol d'oiseau. Ainsi, par exemple, Inspruck lui rappelle Bordeaux, Hall Libourne, Botzen Agen; à cela se bornent à peu près les renseignements topographiques qu'il nous en donne. En revanche, la vue si pittoresque des montagnes, l'air pur et libre qu'on y respire, l'accueil si plein de bonhomie qu'on y reçoit, sont pour lui l'occasion des plus doux épanchements. « Si, dit-il, j'avais à promener ma fille qui n'a que huit ans, je l'aimerais autant en ce lieu qu'en une allée de mon jardin. » Aussi, au moment de quitter l'Allemagne, écrit-il à François Hotman, une de ses connaissances de voyage, « qu'il avait pris un si grand plaisir à la

(1) La source de Sauerbrunn jaillit à Gœpingen, petite ville située entre Ulm et Stuttgard, à égale distance à peu près de ces deux villes. C'est une eau gazeuse froide, que minéralisent faiblement les bicarbonates de soude, de chaux et de magnésie. Très en vogue pendant tout le seizième siècle, elle est presque entièrement négligée aujourd'hui, sauf pour l'exportation.

(1) C'est-à-dire la cosmographie de Munster, surnommé le Strabon de l'Allemagne. Nous dirions aujourd' ni un *Joanne* ou un *du Pays*.

Les cellules épithéliales du rein à l'état sain renferment parfois quelques rares granulations adipeuses; mais lorsque cet organe fonctionne mal, dans l'albumiourie, par exemple, on voit que les parties de la glande qui sont deveoues jaunâtres contieonent des cellules épithéliales distendues par des gouttes graisseuses, abondantes et volumineuses (2).

L'infiltration adipeuse du rein a encore été constatée après une plaie ancienoe de cet organe (1). D'autres fois on a vu la glande rénale secréter de la graisse presque en nature (2).

Dans l'inaction continuée, les muscles qui cessent de fonctionner présentent nn phénomèoe analogue, des granulations adipeuses vienneot se déposer entre les différents faisceaux musculaires, et si l'état morbide persiste, les fibres musculaires disparaissent par place, les faisceaux enx-mêmes sont interrompus et bientôt on ne rencontre plus entre les faisceanx de simples granulations, mais celles-ci se transforment en des vésicules adipenses, et à ce momeot l'infiltration graissense a fait place à la substitution graisseuse. L'infiltration est donc pour les muscles le premier temps de la substitution, mais elle ne l'entraine pas toujours (3).

» fixée une petite auge constamment pleine d'eau et de petits morceanx de » charbon de bois. Matin et soir, on bourre les prisonniers avec dn maïs en » grains que l'on a mis tremper et ramollir dans de l'eau dès la veille.

» L'engraissement ne rénssit bien dans tous les cas que dans un lien calme, » pen éclairé, comme l'est d'ordinaire nne cave. »

Il y a une méthode d'engraissement bien plns cruelle, elle consiste à cloner les pattes des oies sur des planches, à les exposer ainsi devant un fen assez vif et à leur crever les yeux.

Pour rendre gras les foies do canard, on se sert d'un procédé analogue.

« Dans le ci-devant Languedoc, rapporte nn des annotateurs dn THÉATRE » D'AGRICULTURE, quand les canards sont assez gros, on les enferme, de huit » à dix, dans un endroit obscur; matin et soir on les gorge de maïs : dans » cette opération plusieurs périsseot étouffés.

» Ces malheurenx animaux passent ainsi quioze jours dans un état d'op» pression et d'étouffement qui fait grossir leur foie, les tient toujours hale» tants, presque sans respiration, et lenr donne enfin cette maladie appelée » la cachexie hépatique. »

M. Puymanrin a ouvert denx canards dont l'on n'avait pas été empâté; le foie de celui-ci était de grandenr naturelle, celni qui avait été gorgé avait no foie énorme qoi, reconvrant toute la partie inférieure du ventre, s'étendait jusqu'à l'anus, les canards sont ordinairemeot suffoqués quand, par la pression du foie, l'anus s'ouvre et le foie paraît à son orifice (le baron E. Peer, LA BASSE-COUR, in-12, p. 148).

(1) M. Gluge (ANAT. MICROS. UNTERSUCHUNGEN, zweites Heft, S. 130, 1841) a montré, il y a quelques années, qu'une variété de l'altération trouvée dans les reins de personoes mortes de la maladie de Bright, était caractérisée par le dépôt de globules graisseux dans la snbstance corticale. A cette altération, il a trouvé trois degrés. Dans le premier, il se fait un dépôt de globoles graisseux libres dans la substance corticale non accompagée de changements évidents dans les tubuli et dans les vaisseaux sanguins.

Dans le deuxième degré, il y a dépôt de globules graissenx jaunes altérés dans les tubuli de la substance corticale les vaisseaux sanguins n'étant pas altérés.

Dans le troisième degré, un dépôt de corpnscules graisseux spéciaux altérés a lieu par rangées sur le côté des tubes corticaux, ceux-ci étant détruits eux-mêmes de la même manière que les condnits biliaires dans la période la plus avancée de la cirrhose du foie.

M. Johnson (MEDIC. CHIRURG. TRANSACTIONS, vol. XXIX, 1846, p. 1) a fait voir que les cellules épithéliales du rein à l'état sain contiennent une certaine quantité d'huile; de plos, qn'une augmentation très-grande de cette matière grasse constitoe premièrement et essentiellement la maladie de Bright; enfin, que la pression de cette graisse amène par une simple action mécaniqne la préseoce du sang et de l'albumine dans l'urine et l'atrophie dn reio.

Todd et Bowman (THE CYCLOPÆDIA OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY, London, 1852, vol. IV, part. I, p. 96) émetteot uoe opinion différente; ils pensent que la maladie de Bright (altération rénale, albuminurie et hydropisie) peut exister sans dépôt anormal de graisse dans le rein.

(1) Voy. nne observation de M. Luys, MÉM. SOC. DE BIOLOGIE, in-8, Paris, 1858, année 1857, p. 57.

(2) Faisant l'autopsie d'un homme qui avait soccombé à la fièvre intermittente, M. Pascal vit que les reins séparés dn tissn cellulaire sanguinolent sur lequel ils reposaieot attiraient vivement l'attention par l'extrême facilité avec laquelle se détachait de son tissu la capsule fibreuse qui l'enveloppait. Le tissu des reins dépouillé de cette capsnle, on voyait avec étonnement s'échapper de sa surface une multitude de petites gouttelettes d'huile. Leur nombre augmentait par la pression du tissu. Lavé et essuyé, il ne cessait, par une légère pression, de fonrnir le même fluide, très-reconnaissable, à son aspect et à sa pesanteur spécifique, qui le faisait aller à la sorface de l'eau.

Les calices, le bassinet, l'infundibulum, étaient vides et dans l'état normal (JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, 3e année, t. XII, Paris, 1833, in-8, page 347).

M. Lebert (PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, in-8, Paris, 1845, t. II, p. 106) cite un fait dans lequel les canaux urinifères et les capillaires du rein étaient remplis d'une masse granuleuse qne l'éther dissolvait et montrait par conséqueot composée de graisse. Les reins n'étaient pas graisseux.

Gluge (ATLAS DE PATHOLOGISCHEN ANATOMIE. Ieoa, vol. II, p. 10) a représenté le rein d'un chien qui, jusqu'à sa mort, avait été nourri d'huile et d'eau.

Le rein était gros, jaune à sa surface. Les faisceanx cyliodriques jaune brunâtre que l'on apercevait sur la conpe renfermaient des canalicules urinifères gorgés de globules graisseux, et l'urine contenait de l'huile.

A la page 14, le même auteur parlant de l'inflammation du rein, de la stéarose de cet organe et de la maladie de Bright, dit que sur un cheval mort après des symptômes de pneumonie qui s'étaient amendés, on trouva un état graisseox évident des denx reins et du foie, les canalicules urinifères contenaient une quantité prodigieuse de globules graisseux.

Johnson (MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, vol. XXIX, fig. 9) a montré nn fait semblable.

Les phthisiques présentent quelque chose de semblable : ils expectorent des crachats composés en grande partie de graisse, ainsi que M. le professenr Natalis Guillot l'a constaté depuis longtemps.

Dernièrement M. Gorecki ALLGEMEINE, MED. CENTRAL-ZEITUNG, n° 56, 1856) a fait voir que les crachats de la pnenmonie contiennent de la graisse à toutes les périodes de la maladie, mais surtout au début.

(3) Je dis ponr les muscles, car je oe crois pas qu'on ait jamais vu l'infiltration graisseuse d'une glande suivie de la substitotion adipeuse dn même organe.

---

visitation de cette contrée, qu'il l'abandonnait à grand regret, quoique ce fût en Italie qu'il allât. Tout lui avait semblé plein de commodité et de courtoisie, et surtout de justice et de sûreté. »

Trente, où il arrive le 29 octobre, est sa première étape en Italie. Défions-nons désormais un peu de ses jogements, car je crains bien qn'ils ne se sentent de la fâchense disposition d'esprit où il se trouve. En effet, il déclare tout d'abord que les villes italienoes n'ont pas du tont ce bon aspect des villes allemandes; les roes en sont plns étroites et les logis n'y offrent pas la même netteté; il y a, au lieu de poêles, des cheminées qui sont loin de les valoir; les lits sont dépourvus de ces moelleux édredons, à la futaine si blanche; c'est la première fois, depnis Plombières, dans un trajet de près de deux cents lieoes, que les écrevisses lui manquent : il y a bien des escargots, mais ils sont petits et maigres. Les truffes seules trouvent grâce devant lui, et eocore en qnels termes! « Ils mangent, dit-il, des truffes qu'ils pèlent et puis les metteot par petites lèches à l'huile et au vinaigre, qui ne sont pas mauvaises. » *Qui ne sont pas mauvaises :* voilà tout le grand éloge qu'il en fait. Enfin, il clôt dignement ce parallèle par cette dernière boutade que, « s'il eût été seul avec ses gens, il eût été plutôt à Cracovie ou vers la Grèce par terre, que de prendre le tour en Italie. » Heureusement nous verrons pen à peu son ton se radoucir et ses jugements devenir plus équitables.

Et d'abord, de quel côté dirigera-t-il ses pas? Ce ne sera ni vers Rome, ni vers Ferrare, ni vers Florence. « Ces villes, dit-il, sont trop connues d'un chacun, et il n'est pas laquais qui ne puisse en dire nouvelles. » Il se décide pour Venise.

An sortir de Trente, dont il a été voir la salle dn fameux concile, il visite successivement Roverdo, où il s'arrête à peine, le lac de Garde qui le frappe surtoot par son immense étendue, Vérone dont les arèoes lui paraissent le plus beau bâtiment qu'il ait vu de sa vie, Vicence où il renouvelle ses provisions de parfumerie dans nn monastère (1), pnis Padone dont il admire plus particulièrement l'église Saint-Antoine. De Padoue il se rend au petit port de Chaffousine, sur l'Adriatique, d'où une gondole le conduit à Venise.

Cette cité fameuse, « qu'il avait nne faim extrême de voir, lui parut autre qu'il ne l'avait imaginée, et un pen moins admirable. » Telle a été aussi mon impression. Fidèle, du reste, à son système de ne point s'étendre sur les raretés que tout le monde connaît, il meotionne à peine la Police, l'Arsenal et la place Saint-Marc. Il parle plus volontiers des courtisanes, auxquelles il ne tronve pas cette beauté extraordinaire qu'on lenr attribue, « encore bien, dit-il, qu'il vît les plus nobles de celles qui en font trafic, comme de cent cinquante environ, faisant une dépense en meubles et vêtements de princesses. » Ce qui l'étonne le plus, c'est que « plusieurs grands personnages de la ville ont ces courtisanes à leurs dépens, au vu et su de tout le monde. »

(1) Aujourd'hui, comme du temps de Montaigne, l'art de distiller les plantes et de composer des pommades, des esseoces et des parfums, est encore cultivé avec le plus grand succès dans certains monastères d'Italie. Quel voyageur, par exemple, n'a été faire quelque emplette de ce genre à l'excellente officine de S. M. Novella de Floreoce?

Cet état des muscles s'observe accidentellement chez les individus forcés de garder le repos, soit à la suite de fracture, de luxation, ou seulement d'ulcères génant les mouvements.

Les exemples que nous venons de rapporter montrent que les différents organes de l'économie peuvent renfermer à l'état d'infiltration pathologique une quantité plus ou moins considérable de granulations graisseuses. Celles-ci gênent tout d'abord le jeu des appareils, puis l'abolissent si elles continuent à s'accumuler.

L'infiltration graisseuse ne doit pas être confondue avec l'affection décrite par les auteurs sous les noms de transformation, de métamorphose, de dégénérescence ou de substitution graisseuse, dans laquelle un organe, tout en conservant sa forme primitive, s'atrophie et est remplacé par de la graisse qui se substitue aux parties qui ont disparu.

Les auteurs rapportent plusieurs exemples de cet état pathologique. A l'article *Transformation graisseuse du cœur*, M. Cruveilhier a écrit les lignes suivantes:

« Le cœur est exposé à un embonpoint considérable. Kerkring raconte que sur le cadavre d'un enfant très-gras qui mourut suffoqué, le cœur parut manquer au milieu d'une énorme quantité de graisse. Bonet cite un exemple analogue. Morgagni parle d'un homme âgé, mort en quelques jours, d'une attaque d'apoplexie, chez lequel le cœur était tellement couvert de graisse, qu'on ne pouvoit distinguer ses fibres charnues (1). »

Plus loin, le même auteur ajoute:

« Sur une femme de 55 ans, morte à l'hôpital Saint-Antoine, et présentant un embonpoint extraordinaire et tous les symptômes d'une maladie de cœur, on trouva que le cœur était très-volumineux, surchargé de graisse, qui formait la presque totalité de l'épaisseur de cet organe. Les couches musculaires et les colonnes charnues avaient seules conservé les caractères de la fibre musculaire (2). »

M. Quain a étudié cette maladie à laquelle il reconnaît deux formes: dans l'une, la graisse déposée sous le péricarde s'insinuerait entre les fibres musculaires; dans l'autre les fibres musculaires dégénéreraient en tissus graisseux (3).

En 1856 M. Paxton a publié une observation de mort subite par suite de dégénérescence graisseuse du cœur. Les bandelettes transversales des fibres musculaires avaient complétement disparu et étaient en grande partie transformées en corpuscules graisseux (4).

Tout récemment M. Samuel Wilks a fait connaître plusieurs exemples de cette affection (5).

Les glandes mammaires peuvent subir une pareille altération.

(1) ESSAI SUR L'ANAT. PATH. EN GÉNÉRAL, in-8°. Paris, 1816, vol. I, p. 183.
(2) ESSAI SUR L'ANAT. PATH. EN GÉNÉRAL, in-8°. Paris, 1816, vol. I, p. 183 et 184.
(3) THE LONDON, MED.-CHIR. TRANS., t. XXXIII, 1850, et ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1851, t. XXVI, p. 91. Voy. encore Bizot, MEM. SOC. MÉDICALE D'OBSERVATION, t. I, p. 353.
(4) EDINBURGH MEDICAL JOURNAL, avril 1856.
(5) GUY'S HOSPITAL REPORTS, 3e série, t. III, et HALF-YEARLY ABSTRACT., vol. XXVII, 1858, p. 268.

On trouve le fait suivant dans l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de M. Cruveilhier:

« Les mamelles étoient transformées en tissu graisseux, chez cette femme d'un embonpoint si énorme, dont le modèle en plâtre se voit dans les cabinets de la Faculté. M. Dupuytren, qui en fit la dissection, ne trouva aucune autre transformation graisseuse (1). »

Même chose pour le pancréas. Ainsi M. Cruveilhier ajoute à ce sujet:

« M. Dupuytren a vu le pancréas converti en graisse. Il faut bien distinguer cet état, qui est très-rare, de l'accumulation de la graisse dans le tissu lamineux, qui unit entre eux les lobes et lobules du pancréas (2). »

L'infiltration adipeuse des muscles est suivie parfois de la substitution graisseuse de ces mêmes organes. Cet état pathologique, dont Vicq-d'Azyr a rapporté un fort bel exemple (3), et qui a été depuis l'objet des travaux de MM. Cruveilhier (4), Aran (5), Broca (6), Charcot (7), Béraud (8), Edward Meyran (9), Galliet (10), Ch. Robin (11), et Legatt (12), s'observe surtout aux membres inférieurs des individus paralysés, affectés de pieds-bots congéniaux, d'ankylose, ou chez lesquels il y a une lésion profonde des racines antérieures des nerfs spinaux.

Dans cet état pathologique, le plus souvent les muscles ont disparu par places et sont remplacés par du tissu adipeux. D'autres fois, ils font entièrement défaut et ils ne sont plus représentés que par de la graisse ayant d'ordinaire la forme et le volume de l'organe affecté. Le tissu nouveau que remplace le muscle est composé de vésicules et non plus de granulations, comme dans l'infiltration. Toutefois on rencontre toujours, à côté des parties atteintes de substitution graisseuse, des portions de muscle infiltrées seulement de granulations adipeuses.

Le rein est l'organe qui, après les muscles, présente le plus souvent la substitution graisseuse. Je vais essayer d'esquisser cette affection. Toutefois, auparavant, je rappellerai les différents exemples de cette maladie cités dans les auteurs.

(1) ESSAIS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, vol. I, p. 193. Paris, 1816.
(2) Même ouvrage, même page. Lobstein (ANAT. PATH., pl. IX, fig. 1) dit que le pancréas est quelquefois tellement infiltré de graisse qu'il paraît composé de cette substance.
(3) ŒUVRES COMPLÈTES, t. V, p. 365. Paris, 1805.
(4) ESSAI SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. In-8°, t. I, p. 186. Paris, 1816. Communication à l'Académie de médecine de Paris, mars 1853. TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE. In-8°, t. III, p. 381. Paris, 1856.
(5) ARCH. GÉN. DE MÉD., 1850.
(6) BULL. SOC. ANAT., p. 59, 1851.
(7) MÉM. SOC. DE BIOL., p. 12, 1851.
(8) MÉM. SOC. DE BIOL., p. 384, 1852.
(9) MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, t. XXXV, p. 72, 1852.
(10) ARCH. DE MÉD., p. 584, 1853.
(11) MÉM. SOC. DE BIOL., C. R., p. 7, 1854, et DICT. DE NYSTEN, 2e édition, p. 925.
(12) THE LANCET, 11 avril 1857.

Il n'est pas besoin aujourd'hui de passer les Alpes pour être témoin de pareilles choses.

Montaigne ne resta que six jours à Venise. De là il revint à Padone, d'où il partit le 13 novembre pour aller, dans le voisinage, visiter les bains d'Abano, de San-Pietro et de Battaglia: ce sont ces bains que les Romains appelaient *thermes Euganés*. Suivons-le dans cette excursion, et voyons ce qui l'aura le plus frappé.

BAINS D'ABANO. — « Abano, dit-il, est un petit village, près du pied des montagnes, au-dessus duquel, à trois ou quatre cents pas, il y a un lieu un peu soulevé où se trouvent plusieurs fontaines chaudes et bouillantes qui sortent du rocher. Elles sont trop chaudes autour des surjons pour s'y baigner et encore plus pour en boire. La trace autour de leur cours est toute grise, comme de la cendre brûlée. Elles laissent force sédiments qui sont en forme d'éponges dures. Le goût en est un peu salé et soufreux. Toute la contrée est enfumée, car les ruisseaux qui coulent par-ci par-là dans la plaine répandent au loin cette chaleur et la senteur. Il y a là deux ou trois maisonnettes assez mal accommodées pour les malades, dans lesquelles on dérive de ces eaux pour en faire des bains. Non-seulement il y a de la fumée où est l'eau, mais le rocher même fume par toutes ses crevasses et jointures, et rend chaleur partout, en manière qu'ils ont percé aucuns endroits où un homme se peut coucher, et de cette exhalation se mettre en sueur: ce qui se fait soudainement. Cette eau, mise dans la bouche, après qu'elle s'est reposée pour perdre sa chaleur excessive, donne un goût plus salé qu'autre chose. » Ces observations, bien que recueillies un peu à la hâte, puisque Montaigne faisait une simple tournée à cheval, sont cependant exactes. Ainsi le sol d'Abano est un sol essentiellement volcanique; de ses nombreuses fissures s'échappent des vapeurs formant des étuves naturelles; les sources minérales ont une température voisine de l'ébullition (86 degrés centigr.); leur saveur, d'accord avec leur composition, est sulfureuse et saline; enfin elles déposent sur tout leur parcours des résidus calcaires. Seulement je m'étonne que Montaigne ne parle pas d'un fait fort singulier, déjà noté par Pline, à savoir, que certaines plantes et même certains animaux (1) vivent, sans en être incommodés, au sein de ces sources brûlantes; c'est pourtant la première chose qu'on montre à tout visiteur. Montaigne ne dit rien non plus d'un fort pittoresque moulin à blé dont la roue est mise en jeu par l'eau de la principale source, laquelle eau, au moment de sa chute, conserve encore près de 80 degrés de chaleur; il est probable alors que ce moulin n'existait pas de son temps. La source qui sert ainsi de moteur est tellement abondante que son excédant suffit pour alimenter l'hôpital et les huit établissements thermaux d'Abano.

BAINS DE SAN-PIETRO. « Au sortir d'Abano, continue Montaigne, nous passâmes à un lieu nommé San-Pietro. C'est un pays de prairies et pacages qui est de même tout enfumé, en divers lieux, de ces eaux chaudes, les unes brû-

(1) Ces espèces de salamandres, du moins quant à l'incombustibilité, sont surtout de petites grenouilles (*argyronautæ aquaticæ*) et de petits escargots (*paludina thermalis*).

Dans la 46e lettre de Morgagni, on lit que, sur une femme de 40 ans, morte d'une attaque d'apoplexie, et dont le degré d'embonpoint n'est pas noté, les reins n'offraient pas nne très-grande quantité de graisse extérieurement, mais ils en étaient tellement farcis entre les papilles, que Morgagni dit qn'il ne se souvient pas d'en avoir vu de semblables (1).

Baader en rapporte un cas fort curieux que je reproduis à la fin de ce mémoire.

D'après M. Rayer (2), Sœmmering et Othmar Heer en citent aussi des exemples.

M. Cruveilhier dit que « sur le corps d'un jeune bomme de 18 ans, » mort d'une inflammation générale des voies urinaires, avec destruction complète du canal de l'urètre, M. Dupuytren trouva un engorgement très-dense du tissu cellulaire adipeux qui enveloppe le rein » droit, une diminution dans le volume de cet orgaoe, une disparition » presque complète de son tissu propre, une transformation adipeuse » de ce qui restait, et quelques calculs petits, feuilletés dans des » restes de calices (3). »

Plus loin, l'auteur ajoute :

« M. Laennec disséqua, en février 1808, un rein qui était entièrement converti en nne matière jaunâtre, graissant fortement le scalpel et le papier (4). »

M. Cruveilhier, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE, rapporte que M. Bauchet a présenté à la Société anatomique, en novembre 1853, les organes urinaires d'un individu qui avait succombé dans le service de M. Velpeau, par suite d'une maladie des voies urinaires (*nephro-pyélite*), chez lequel « on trouva une inflammation » chronique avec dilatation du rein gauche et des concrétions non » oblitérantes dans l'uretère correspondant; à droite, l'orifice inférieur de l'uretère était complétement obturé par un gros calcul cy- » lindrique qui débordait de plusieurs millimètres cet orifice; si bien » que le cathétérisme l'avait fait découvrir pendant la vie; point de » rein droit; à sa place, masse adipeuse qui présente ce caractère, » qu'elle était compacte et adhérait fortement à la région lom- » baire. »

» Cette masse adipeuse, divisée dans toute son épaisseur, a parn » n'être constituée que par de la graisse; seulement on découvrit, » dans l'épaisseur de sa partie supérieure, une capsule surréoale par- » faitement conservée. Quant au rein, il paraissait avoir complétement disparu. Mais, ayant remarqué à la partie antérieure de cette » masse adipeuse, une membrane fibreuse très-épaisse, je la divisai » avec soin en dédolant, et j'arrivai à un tissn particulier que j'isolai » en le séparant avec le manche du scalpel de cette membrane fibreuse » très-adhérente. Ce tissu particulier, c'était le tissu rénal, reconnaissable à sa couleur rose-pâle, à sa disposition grenue, et a deux kystes » séreux. Cette couche de tissu rénal, avait l'épaisseur de 2 millimètres. Je n'y reconnus ni substance tubuleuse, ni mamelons; il n'y » avait pas non plus vestiges de calice et de bassinet, lesquels étaient » confondus dans un tissu fibrenx (1). »

M. Barth a présenté, à la Société anatomique, un cas de transformation graisseuse du rein. Il n'existait plus de traces de substance corticale et mamelonnée. Le tissn graisseux était divisé par des cloisons fibreuses. L'uretère, à son origine, était oblitéré par de nombreux calculs. En cet eudroit, ses tuniques étaient notablement bypertrophiées. Il n'y avait eu aucun symptôme observable d'affection du rein (2).

M. Pétrequin a rapporté le fait suivant :

« Un octogénaire de l'bospice de la Charité monrut en mars 1836. A gan- » che, je trouvai une bydrooéphrose; toute la substance mamelonnée » avait disparu, sauf cinq cônes qui étaient convertis en une matière » graisseuse. La substance corticale, réduite à un tiers, ne représentait » plus qu'nne calotte peu épaisse, mais non altérée dans son paren- » chyme, coiffant le bassinet distendu; celui-ci formant une large po- » che où aboutissaient les restes des cinq calices sans profondeur, » contenait un liquide limpide, n'ayant ni l'odeur ni la couleur de » l'urine; dans le dessein de l'analyser, je l'avais recueilli dans un » flacon qui, malheureusement, fut cassé; l'nretère, d'une capacité » normale et libre dans toute son étendue, permettait au fluide, quand » on comprimait le kyste, de descendre jusque dans la vessie,.... A » droite, le rein me parut plus volumineux que dans l'état normal, » du reste à peu près sain, à l'exception de trois mamelons qui com- » mençaient à subir les transformations graisseuses (3). »

M. Rayer, dans son ATLAS DES MALADIES DES REINS, a représenté un cas de subslitution graisseuse du rein. Je crois devoir rapporter le texte qui accompagne le dessin.

« Le rein était presque entièrement transformé en une masse grais- » seuse. La substance corticale n'était plus reconnaissable qu'à la » partie supérieure du rein, où elle formait une couche mince, d'un » rose pâle.

» Le rein est représenté, divisé sur son bord convexe, suivant sa » longueur, en deux parties à peu près égales, et ses deux moitiés » sont étalées, comme lorsqu'on veut étudier la disposition du bassi- » net et des calices.

» L'uretère, ouvert et fendu suivant sa longueur, se termine en

(1) RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LE SIÈGE ET LES CAUSES DES MALADIES, trad. du latin par Desormeaux et Destouet. In-8°, t. VII, p. 28. Paris, 1822.

(2) TRAITÉ DES MALADIES DES REINS. In-8°, t. III, p. 616. Paris, 1841.

Sœmmering, Annot. à la traduction allemande de l'ANAT. PATHOL. de Baillie, S. 170, IV.

Othman Heer, DE RENUM MORBIS. In-4°, p. 33. Halæ, 1790. Je n'ai pu vérifier ces observations, ces deux ouvrages ne se trouvant ni à la Bibliothèque impériale, ni à la Bibliothèque de l'École de médecine.

(3) ESSAI D'ANAT. PATHOL. Paris, 1816, vol. I, p. 192.

(4) Même ouv., vol. I, p. 193.

(1) M. J. Cruveilhier, TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE. In-8°, t. III, p. 297. Paris, 1856.

(2) MÉM. SOC. ANAT., 1835, p. 68.

« Au sujet de cette présentation, M. Cruveilhier a fait observer qu'il regar- » dait cette transformation graisseuse comme le résultat de l'obstacle ap- » porté à l'exercice de la fonction de la glande, par suite de l'oblitération de » son canal par des calculs. » (MÉM. SOC. ANAT., 1835, p. 69.)

(3) GAZ. MED. DE PARIS, in-4°, 1837, p. 196.

lantes et les antres tièdes, le goût un peu plus mort et mousse que les autres, mais de seoteur de soufre quasi point du tout; peu de salure. Nous y trouvâmes quelques traces d'antiques bâtiments. Ces bains rappellent ceux de Dax. » Le peu de mots que Montaigne nous dit de ces bains en donne suffisamment l'idée. Ce sont, en effet, des eaux de second ordre, un peu moins chaudes et un peu moins minéralisées que celles d'Abano. Même mode d'emploi. Moutaigne les compare avec assez de justesse aux eaux de Dax (Landes), lesquelles appartiennent à la classe des eaux chlorurées sodiques.

BAINS DE BATTAGLIA. — Montaigne, qui était venu coucher à Battaglia, visita le lendemain, avec quelques détails, les sources et la maison des bains. Il remarque à ce sujet que toutes les eaux minérales de cette contrée se ressemblent; et, en effet, elles doivent émaner toutes d'un même foyer souterrain. Voici ce qu'il dit de particulier à Battaglia : « Le principal usage est la fange (*fango*, boue). Elle se prend dans un grand bassin qui est au-dessous de la maison, à découvert, avec un instrument de quoi on la puise pour la porter au logis qui est tout voisin. Là ils ont plusieurs instruments de bois propres aux jambes, aux bras, cuisses et autres parties, pour y coucher et enfermer lesdits membres, ayant rempli ce vaisseau de bois tout de cette fange, laquelle on renouvelle selon le besoin. Cette boue est noire comme celle de Barbotan, mais non si granuleuse, plus grasse, chaude d'une moyenne chaleur, et d'odeur quasi point. » Même disposition aujourd'hui. Ce résidu des sources dont l'emploi était déjà connu des anciens (1), constitue maintenant encore la principale médication non-seulement de Battaglia, mais d'Abano, de San-Pietro et des autres bains environnants.

Moutaigne fut très-peu charmé de ce qu'il vit dans sa tournée. « Tous ces bains-là, dit-il, n'ont pas grande commodité, si ce n'est le voisinage de Venise; tout y est grossier et maussade, et ne serais d'avis d'y envoyer mes amis. » J'y enverrais les miens volontiers. Sans doute ces bains sont loin d'être ce qu'ils étaient du temps des Romains, alors qu'ils rivalisaient avec ceux de Baïa (1), maintenant déchus comme eux, et que la foule y accourait de toutes parts, soit pour se baigner dans de somptueuses piscines, soit pour consulter l'oracle d'Aponum (2); mais enfin, j'y ai rencontré encore une élégante clientèle. D'ailleurs, indépendamment de l'efficacité très-réelle des eaux et des boues, où trouver un ciel plus pur, une végétation plus riche, un air plus salubre? C'est ici que Martial, séduit par la beauté des sites, aurait voulu pouvoir abriter et reposer ses vieux jours :

(1) *Utuntur et cæno fontium utiliter*, dit Pline, en parlant de ces eaux.

(1) *Exultent Apono Veneti, Campania Baiis.*
(CLAUDIEN.)

(2) L'oracle d'Aponum (Abano) n'était pas moins célèbre que celui de Cumes. C'est cet oracle dont parle Lucain :

Euganeo (si vera fides memorantibus) augur
Colle sedens : Aponus terris ubi fumiger exit,

lequel se serait écrié, au plus fort de la lutte entre César et Pompée, dans les champs de Pharsale : *Vincis, Cæsar.*

» cul-de-sac vers le point où il se continue naturellement avec le bassinet.

» Le bassinet et les calices sont transformés en des lames ou cordons fibreux, qui se distribuent d'une manière très-irrégulière dans une masse graisseuse ayant la forme du rein. Je ne pus faire pénétrer de l'air ou de l'eau dans aucun de ces cordons, soit par une petite dépression qu'on remarquait au fond du cul-de-sac, par lequel se terminait supérieurement l'uretère, soit en introduisant des tubes plus ou moins déliés à différents degrés de profondeur, dans l'épaisseur de ces cordons fibro-celluleux. Un seul de ces cordons, situé vers l'extrémité supérieure du rein, était ouvert, et contenait un petit calcul d'un blanc jaunâtre.

» Il n'existait plus de traces de la substance tubuleuse. La substance corticale, reconnaissable seulement à la partie supérieure du rein, était mince, décolorée. Dans cette partie seulement, la membrane fibreuse du rein put être reconnue, détachée et isolée. Ailleurs, elle était tellement confondue avec la masse graisseuse, qu'elle n'en pouvait être séparée, double disposition indiquée dans la figure (1). »

M. Rayer a publié encore une observation qui lui a été communiquée par M. Bricheteau.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA GLYCÉRINE ET SES APPLICATIONS A LA CHIRURGIE ET A LA MÉDECINE; par M. DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, etc., etc.

Depuis près de cinq ans j'ai fait sur la glycérine une série de recherches dont les principaux résultats ont été publiés dans divers journaux de médecine, je les réunis ici en y joignant ceux qui furent obtenus par nos confrères qui ont, comme moi, appliqué à la médecine ou à la chirurgie cette substance vraiment remarquable. Je remercie mon jeune ami, le docteur Royer, des recherches bibliographiques qu'il a bien voulu faire à ma demande sur la glycérine et sur les applications dont elle a été l'objet à l'étranger.

HISTORIQUE.

La glycérine fut découverte en 1779 dans les eux mères provenant de la préparation de l'onguent simple par Scheele, l'illustre apothicaire suédois, qui lui donna le nom de *principe doux des huiles*. Cette substance n'attira que faiblement l'attention des chimistes jusqu'à M. Chevreul, qui lui donna son nom actuel (de γλυκύς, doux, sucré).

Le chimiste français démontra qu'elle faisait partie constituante des corps gras, dans lesquels elle jouait le rôle de base et se trouvait unie aux acides stéarique, margarique et oléique; que toute saponification avait pour résultat de détruire cette combinaison, les oxydes alcalins et métalliques employés prenant la place de la glycérine, tandis que celle-ci devenait libre et se retrouvait dans les eaux mères.

Cependant la glycérine resta longtemps encore sans être utilisée, soit dans l'industrie, soit en médecine, et pourtant la fabrication des savons, et plus tard celle de la bougie stéarique, en produisaient de grandes quantités.

Ses premières applications au traitement des maladies, paraissent avoir été faites en Angleterre vers 1845 ou 1846. MM. Yearsley, Wakley et Turnhull l'opposèrent avec quelques succès à certaines maladies de l'appareil auditif. Quelque temps après, M. Startin, placé à Londres à la tête de l'infirmerie des maladies de la peau, essaya la glycérine dans ces affections.

M. Taylor l'appliqua au traitement de quelques maladies des yeux, et de la xérophthalmie en particulier.

M. Scott Alison s'en servit comme topique dans le traitement de certaines formes de maladies du larynx et de la trachée.

Cependant, dès 1851, un médecin français, M. Dallas, établi à Odessa, constatait aussi dans la glycérine les propriétés déjà reconnues par les médecins anglais, et s'en servait à peu près dans les mêmes cas. Il l'aurait aussi appliquée en bains, en frictions..., au traitement des plaies gangréneuses et de mauvaise nature; mais nous manquons de renseignements bien authentiques sur ce point.

Ces essais étaient à peine connus en France, lorsqu'en 1854 M. Cap, savant pharmacien, lut devant l'Académie de médecine un premier mémoire sur la glycérine et ses applications aux diverses branches de l'art médical. Dans ce travail, M. Cap, après avoir signalé un nouveau mode d'extraction de la glycérine et les propriétés physiques et chimiques de cette substance, rapporte quelques faits heureux de la glycérine, tirés de la pratique de MM. Trousseau, Cazenave, Bazin et Aran, auxquels il avait procuré de la glycérine, et qui l'avaient essayée sur ses instances.

Dans un second mémoire, MM. Cap et Garot ont étudié la glycérine considérée comme excipient, et montré les nombreuses préparations dans lesquelles cette substance pouvait être employée avantageusement à ce titre.

Cependant les applications de la glycérine à l'art de guérir étaient trop restreintes et ses propriétés trop peu tranchées pour attirer l'attention des médecins, lorsque nous assignâmes à ce médicament un rôle d'une haute importance en l'employant d'abord dans le pansement des plaies de mauvaise nature, et ensuite dans celui de toutes les plaies en général.

Remplaçant M. Denonvilliers à l'hôpital Saint-Louis, j'eus à combattre une épidémie de pourriture d'hôpital durant les mois de septembre et d'octobre 1855. Après avoir employé, sans en retirer aucun profit, les modificateurs conseillés dans ces sortes de cas, c'est-à-dire le jus de citron, l'acide azotique et le fer rouge, j'eus l'idée de recourir à la glycérine, que j'avais remarquée, comme membre du jury médical, à l'Exposition universelle. Le succès dépassa mes espérances. J'étendis alors le pansement à la glycérine à toutes les plaies de mon service, et j'obtins les plus heureux résultats que je portai à la connaissance du monde savant dans une lettre adressée simultanément,

(1) Voy. M. Rayer, ATLAS DES MALADIES DES REINS, pl. LII, fig. 1.
Cette note est publiée sous le titre suivant :
« Cas très-remarquable d'oblitération du bassinet et de tous les calices, un » seul excepté, qui contenait un calcul. »

Vos eritis nostræ portus requiesve senectæ,
Si juris fuerint otia nostra sui.

Plus heureux que le poëte latin, Pétrarque vint terminer, près de Battaglia, dans le calme et dans le silence de la retraite, les dernières années d'une vie si pleine d'agitations et de gloire. C'est au petit village d'Arqua qu'on montre son tombeau. Il ne pouvait reposer plus dignement que dans la patrie qui vit naître Tite-Live, Asconius Pedianus, Arunzio Stella, Valerius Flaccus et d'autres hommes également illustres parmi les modernes.

Montaigne, après Padoue, se rendit à Ferrare, où il ne resta que vingt-quatre heures. « Nous allâmes, dit-il, M. d'Estissac et moi, baiser les mains au duc. Ayant connu notre dessein, il avait envoyé un seigneur de sa cour pour nous recueillir et mener à son cabinet. Nous le trouvâmes debout, devant une table, qui nous attendait. Il ôta son bonnet quand nous entrâmes, *et se tint toujours découvert tant que je lui parlai*, ce qui fut assez longtemps.» Ce duc si révérencieux pour Montaigne était Alphonse II, dont la sœur, la belle Léonore, est surtout connue pour la passion qu'elle inspira au Tasse, comme autrefois Julie à Ovide, passion qui fut également fatale aux deux poëtes. Or précisément à l'époque où Montaigne vint à Ferrare, le Tasse, victime du ressentiment du prince, y était détenu dans une maison de fous (1). J'aurais cru que Montaigne nous aurait donné quelques détails sur sa visite au malheureux prisonnier, visite que la gravure a popularisée en jetant sur la physionomie et le maintien des deux personnages une teinte mélancolique et touchante. Chose singulière! il n'y fait pas la moindre allusion dans son JOURNAL; rien même ne porte à penser qu'il ait su que le Tasse se trouvait en même temps que lui à Ferrare : d'où je serais tenté de conclure que leur fameuse entrevue n'est, comme tant d'autres anecdotes du même genre, qu'une pure invention.

De Ferrare Montaigne gagna Bologne, d'où il se dirigea vers Florence par les Apennins, que, vu l'état avancé de la saison (novembre), il ne fit que traverser. Il regretta plus tard de ne pas avoir fait un petit détour pour aller voir le vulcan de Pietra Mala, dont le sommet, quand le temps est sombre et orageux, vomit des flammes pendant la nuit, « et disait le guide que, dans les grandes secousses, il s'en regorge parfois de petites pièces de monnaie qui ont quelque figure. » Ces guides sont bien toujours les mêmes. Du moment que vous manquez de visiter une chose, soyez sûr que c'est précisément celle-là qui est la plus extraordinaire. Aujourd'hui les voyageurs qui suivent la même route que Montaigne peuvent être témoins de phénomènes ignés naturels beaucoup plus curieux encore (je ne parle pas, bien entendu, de l'absurdité des monnaies); il leur suffit de s'arrêter à la

(1) C'est au mois de novembre 1580 que Montaigne vint à Ferrare. Or l'arrestation du Tasse avait eu lieu en février 1579, c'est-à-dire près de deux ans auparavant. Sa captivité à l'hôpital Sainte-Anne dura plus de sept années, car ce fut seulement le 6 juillet 1586 que, sur les vives instances de divers personnages éminents, et surtout du pape Sixte-Quint, Alphonse II consentit à rendre au Tasse sa liberté.

vers la fin d'octobre 1855, à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. Ces faits se vulgarisèrent rapidement parmi les médecins; la glycérine devint à la mode; chacun se mit à l'expérimenter, et bientôt les journaux et les Sociétés de médecine retentirent des résultats obtenus.

C'est ainsi que la glycérine fit son entrée dans la thérapeutique.

La plupart des essais vinrent confirmer les faits que j'avais signalés. Si quelques oppositions se manifestèrent, cela tient, comme je le démontrerai, à la mauvaise qualité du médicament mis en usage.

Continuant mes expérimentations, je découvris dans la glycérine la propriété de conserver les substances organiques, et j'étendis son emploi à un grand nombre d'états morbides, et très-souvent avec succès.

Il y eut pour ce médicament, comme pour tout médicament nouveau, une espèce d'engouement à son apparition. On ne se contenta plus de l'appliquer à l'extérieur, on l'administra intérieurement. Si quelques-uns de ces essais n'ont pas été justifiés par la réussite, la faveur dont la glycérine avait joui n'en a pas été atteinte; elle n'a fait qu'aller en augmentant jusqu'à ce jour, ce qui prouve bien évidemment que cette substance possède des propriétés incontestables et utiles.

MATIÈRE MÉDICALE.

Si l'on examine les divers échantillons de glycérine que fournit l'industrie, on reconnaît de suite un défaut général de pureté, et en outre une différence de composition entre eux.

Telle glycérine est incolore, telle autre ambrée, telle autre fortement colorée. Celle-ci est presque inodore; celle-là possède au contraire une odeur de beurre rance fort désagréable.

Quant à la densité, les variations ne sont pas moins grandes; ici l'aréomètre signale 30°, là 28°, dans un autre 26° et même 25°. Enfin, ce qui est plus important, ce sont les différences de réaction que présentent les glycérines du commerce. Le plus souvent elles sont acides et colorent fortement en rouge le papier de tournesol; quelquefois elles sont alcalines et verdissent le sirop de violettes; il est très-rare d'en rencontrer qui soient à peu près neutres.

Les substances qui communiquent à la glycérine du commerce ces caractères variés sont des substances étrangères qui en altèrent la pureté et qui diffèrent suivant le mode de saponification employé; en général ce sont des acides gras unis à la chaux, de l'acide sulfurique, des sels métalliques.

Il était important de signaler ces faits, car ils rendent raison des résultats contradictoires qu'ont obtenus dans le principe quelques médecins qui ont reproché à la glycérine une action irritante et douloureuse au point que le pansement ne pouvait être supporté. Cela tenait tout simplement à ce que la glycérine qu'ils avaient employée était impure. C'est ainsi que le docteur Debout appliquant le pansement à la glycérine à une balano-posthite ulcéreuse, fut forcé d'y renoncer à cause des douleurs intolérables qu'il déterminait. Or, tout dernièrement encore nous avons mis nous-même en usage le même pansement, mais fait avec de la glycérine pure, chez un sujet également atteint de balano-posthite avec ulcérations très-étendues à la surface du gland et à la face interne du prépuce et sécrétion très-abondante de muco-pus, et nous avons obtenu en deux jours une guérison complète sans que le malade ait éprouvé autre chose qu'un léger sentiment d'ardeur au moment des premiers pansements.

Ces faits contradictoires se sont reproduits souvent dans le principe. C'est ainsi qu'après avoir traité avec succès à la maison de santé par la glycérine des hôpitaux des malades atteintes d'hyperesthésie de la vulve, nous avons échoué dans un cas semblable avec la glycérine de la ville qui déterminait une aggravation des accidents.

De même M. Devergie expérimentant la glycérine en 1856 à l'hôpital Saint-Louis, a constaté que dans nombre de cas d'eczéma aigu la surface malade s'irritait, sécrétait en abondance et prenait un caractère aigu plus prononcé et toujours croissant, que chez des malades atteints de lichen eczémateux, le topique faisait naître des pustules d'impétigo, etc.

De même le docteur Vergne déclarait à la Société de médecine pratique, dans la séance du 6 février 1856, que le pansement à la glycérine appliqué par lui dans trois cas d'engelures ulcérées déterminait à chaque pansement une cuisson et une chaleur très-fortes qui duraient quatre heures; que dans trois cas de panaris le pansement n'avait pu être supporté que par un seul sujet.

Nous pourrions citer encore des faits de ce genre qui, presque tous, remontent aux premiers temps de l'emploi de la glycérine, alors qu'il était difficile de se procurer ce médicament à l'état de pureté.

Depuis, les insuccès sont devenus plus rares.

Pour démontrer qu'ils ont pour cause la mauvaise qualité du produit employé, nous ne croyons mieux faire que de rapporter le cas suivant publié dans le BULLETIN THÉRAPEUTIQUE (page 538, tome L), et emprunté à notre service par M. Gustin, alors interne en pharmacie et aujourd'hui docteur.

OBS.—Le nommé X... conducteur de voiture, entre dans le mois de février à la maison de santé pour se faire traiter d'un eczéma occupant les deux bras et les deux jambes. Le premier pansement, fait avec de la glycérine acide, fut très-douloureux; j'avais en ce moment à ma disposition un échantillon de glycérine pure (cette glycérine avait été préparée dans le laboratoire de M. Robiquet); je fis moi-même le second pansement avec cette glycérine; le malade n'accusa qu'une légère irritation; une nouvelle application de la glycérine acide fut aussi douloureuse que la première. Le pansement continué avec le produit qui avait servi au second pansement ne tarda pas à amener un mieux notable. Quand les parties affectées furent devenues moins sensibles, on put reprendre la glycérine ordinaire, et le malade est sorti après six semaines de traitement dans un état très-satisfaisant. Depuis cette époque le mieux a continué. Je me suis assuré que la guérison est complète aujourd'hui.

Après avoir montré la nécessité de n'employer jamais qu'une glycérine pure, nous croyons devoir signaler une autre cause d'insuccès invoquée par M. Gustin, c'est l'usage d'un produit trop concentré. La glycérine, dit M. Gustin, jouit d'une grande affinité pour l'eau; cette affinité augmente avec le degré de concentration et en enlevant l'eau aux surfaces qu'elle baigne, elle peut déterminer un sentiment douloureux. D'où lorsque les surfaces sont très-sensibles, la nécessité de ne pas commencer le traitement par un liquide trop concentré.

Pour nous, nous pensons que quelle que soit la susceptibilité du malade, on pourra toujours employer sans inconvénient et dans tous les

---

station thermale de la Porretta (1). En effet, le gaz hydrogène carboné, le même qui, dans les temps d'orage, prend feu aux sommets de la Pietra Mala, s'échappe du sol et des sources en telle abondance qu'on le recueille dans un gazomètre et qu'il sert à l'éclairage de la ville. Ce fut un simple cordonnier nommé Spiga qui eut, le premier, l'heureuse idée d'utiliser ce gaz. Le reverbère qu'il alluma, en 1834, n'a depuis lors jamais cessé de brûler.

Montaigne, avant d'atteindre Florence, se plut à visiter le *Pratolino*, maison de campagne du grand-duc. La description qu'il donne du labyrinthe, des cascades, des grottes, des stalactites et des autres ornements du jardin, pourrait parfaitement s'appliquer aujourd'hui à la villa *Pallavicini*, des environs de Gênes. Là aussi, « il semble qu'exprès on ait choisi une assiette incommode, stérile et montueuse, voire même sans fontaines, pour avoir cet honneur de les aller quérir à cinq milles de là, et son sable et chaux à cinq autres milles. » Montaigne remarqua surtout « dans une grande et belle volière de petits oiseaux, comme chardonnerets, qui ont à la queue deux longues plumes, comme celles d'un grand chapon. » Il y vit également « un mouton de fort étrange forme, et un animal de la grandeur d'un grand mâtin, de la forme d'un chat, tout marleté de blanc et de noir, qu'ils nomment un tigre. » Cette manière d'écrire l'histoire naturelle ne rappelle-t-elle pas un peu, par sa naïveté, les récits du souriceau de la fable?

La vue de Florence paraît n'avoir fait sur l'esprit de Montaigne que très-peu d'impression. Ainsi il ne dit presque rien des splendides et immortels chefs-d'œuvre que les Médicis y avaient réunis, les mêmes qui ornent encore actuellement ses places et ses musées, tandis qu'il s'étend avec une nouvelle complaisance sur les futilités d'une autre maison de campagne, la villa *Castello*. Elle n'a pas, il est vrai, de ménagerie vivante comme celle de Pratolino, mais, en revanche, « on y voit toutes sortes d'animaux représentés au naturel, rendant qui par le bec, qui par l'aile, qui par l'ongle, ou l'oreille, ou le naseau, l'eau des fontaines. » Quand on sort de voir de si merveilleuses choses, on est effectivement bien excusable de ne plus avoir d'admiration en réserve pour les vulgaires créations de Michel-Ange ou de Benvenuto Cellini.

Montaigne ne resta que trois jours à Florence, et nous venons de dire comment il y employa une grande partie de son temps. Il quitta cette ville le 24 novembre, se dirigeant vers Rome par Sienne, dont il parle avec éloge, Mont-Alcino qu'il compare à Saint-Émilion, et Acquapendente à Senlis. Nous avons remarqué déjà qu'il affectionne beaucoup ce genre de rapprochements. Au sortir d'Acquapendente, patrie du célèbre anatomiste Fabrice, il longe le lac de Bolsena (*vulsiniensis lacus*), lequel occupe le vaste cratère d'un volcan éteint. C'est à la surface de ce lac que Pline avait signalé des îles flottantes (*lacus in quo fluctuant insulæ quas venti huc et illuc impellunt*), si toutefois on peut appeler de ce nom des amas de détritus végétaux qui, entraînés au

(1) Ces bains sont situés sur la route de Bologne à Florence, à peu de distance de Pistoja. Là jaillissent, au milieu des Apennins, plusieurs sources sulfureuses, d'une température de 30 à 37 degrés, très-vantées pour le traitement des maladies de la peau.

cas la glycérine marquant 28°, mais à la condition qu'elle sera absolument neutre et ne renfermera pas de substances étrangères.

Quels sont donc les caractères que doit offrir la glycérine pure ou glycérine officinale?

C'est un liquide incolore, inodore même après avoir été frotté entre les mains, d'une consistance oléagineuse, d'une saveur franchement sucrée. Il marque 28° à l'aréomètre, et à ce point de concentration il contient encore 12 p. 100 d'eau. La glycérine, considérée comme anhydre, marque 31° à l'aréomètre. (Cap.)

La glycérine est absolument neutre et sans action sur le papier de tournesol et sur le sirop de violettes. Toute glycérine, soit acide, soit alcaline, doit être rejetée, surtout lorsqu'il s'agit de l'employer seule.

La glycérine est très-hygrométrique. Exposée à l'air libre, elle en absorbe la vapeur d'eau jusqu'à concurrence de la moitié de son poids. Il importe donc de la conserver dans des flacons bien bouchés.

Nous avons dit que la glycérine était ordinairement rendue impure par la présence d'acides gras volatils, de la chaux, de bases métalliques, d'acide sulfurique....

On reconnaîtra la présence des acides gras volatils à l'odeur de beurre rance qu'ils communiquent à la glycérine. En outre, si l'on ajoute de l'acide sulfurique concentré et de l'alcool à de la glycérine contenant des acides gras volatils, on obtiendra immédiatement une odeur d'éther butyrique.

La glycérine ne doit pas précipiter par l'oxalate d'ammoniaque; s'il se formait un précipité, il indiquerait la présence de la chaux.

Un volume de glycérine doit se dissoudre complétement dans un volume d'alcool acidulé d'un centième d'acide sulfurique, sans donner lieu à aucun dépôt même après douze heures. Le dépôt qui se formerait serait proportionnel à la quantité de chaux. (Cap.)

Pour déceler les bases métalliques on aura recours au sulfhydrate d'ammoniaque qui ne trouble pas la glycérine pure, et qui, au contraire, dans la glycérine renfermant des oxydes métalliques, donnera un abondant précipité.

Enfin, pour rechercher l'acide sulfurique et les sulfates, on se servira des sels de baryte solubles.

On falsifie la glycérine en y ajoutant un sirop de sucre, de miel ou de fécule, qu'elle retient en dissolution au-dessous de 10 %. On reconnaîtra cette fraude en versant dans le mélange une goutte ou deux d'acide sulfurique; il se formera aussitôt un dépôt grenu blanc, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on agit de la même façon sur de la glycérine pure. (Cap.)

La falsification par le glucose sera démontrée en faisant bouillir dans un tube, avec un fragment de potasse caustique, une petite quantité du produit frelaté qui prendra aussitôt une coloration foncée.

La glycérine provient de diverses sources.

Celle qui provient de la fabrication des savons et des bougies stéariques est très-impure, car les corps gras que l'on utilise à cet effet sont généralement de mauvaise qualité. Elle retient, en outre, une quantité notable de chaux.

On a essayé plusieurs procédés de purification.

Voici celui de M. Cap. Il commence par concentrer par l'évaporation une quantité donnée d'eaux mères des savonneries ou des fabriques d'acide stéarique, puis il détermine par l'acide oxalique les proportions de chaux qu'elles retiennent, et il sature cette base par une quantité d'acide sulfurique équivalente à la quantité d'acide oxalique qui aurait été nécessaire. Il se précipite du sulfate de chaux que l'on sépare par décantation, et on porte à l'ébullition le liquide placé dans une chaudière de fer battu recouverte d'une lame de plomb, en l'agitant vivement. Les acides gras se volatilisent, la liqueur se décolore un peu et perd de sa mauvaise odeur.

Pendant la concentration on passe à plusieurs reprises la liqueur sur une toile pour séparer de nouvelles quantités de sulfate de chaux, et on sature l'excès d'acide par du carbonate de chaux. On évapore toujours en agitant, jusqu'à ce que le liquide marque à chaud 28°. Il se dépose encore par le refroidissement du sulfate de chaux que l'on sépare. Enfin on décolore le liquide en le traitant à froid par du noir animal lavé.

Quel que soit le procédé de purification que l'on applique aux glycérines du commerce, il ne donne jamais un produit parfaitement pur. La glycérine ainsi obtenue peut être sans odeur et incolore, mais elle est rarement neutre. Presque toujours elle retient de la chaux ou bien un excès d'acide sulfurique.

Pour parer aux difficultés qu'il y a à débarrasser les glycérines impures des matières étrangères qu'elles renferment, on a essayé de l'obtenir comme produit chimique, c'est-à-dire par des procédés de laboratoire.

M. Camphell Morfit fait passer jusqu'à échauffement de la masse un courant de vapeur d'eau dans un cuveau renfermant 50 kil. d'huile ou d'axonge. Il ajoute alors 2,500 gr. de chaux éteinte dans 11,250 gr. d'eau, et il fait repasser la vapeur jusqu'à ce que la saponification soit complète. On passe à travers une toile, on chauffe le liquide au bain de vapeur, et on précipite la chaux en excès au moyen d'un courant d'acide carbonique. Tant qu'il se forme un précipité de carbonate on fait bouillir pour précipiter le bicarbonate qui a pu se former. On abandonne la liqueur au repos, on décante, et on évapore jusqu'à consistance convenable.

M. Gustin opère sur des corps gras très-frais qu'il saponifie avec de la litharge pure, en présence de l'eau distillée. Les eaux mères tenant la glycérine en dissolution sont filtrées et introduites dans un appareil de Wolff, à travers lequel on fait passer un courant d'acide sulfhydrique jusqu'à ce que tout le plomb soit précipité; on filtre et on concentre au bain-marie.

Ces procédés donnent un produit très-couteux supérieur à celui auquel on arrive par les voies de purification, mais n'étant pas encore entièrement débarrassé de la base employée par la saponification.

Comment donc se procurer une glycérine pure?

M. Wilson, pour la fabrication des bougies de Price, traite les graisses par de la vapeur d'eau surchauffée à 250°; sous cette action les corps gras se dédoublent, et il suffit de recueillir la glycérine qui est très-étendue, de la concentrer et de la décolorer par le noir animal. Le produit ainsi obtenu est très-supérieur à tous ceux dont nous avons déjà parlé, car aucun élément étranger autre que l'eau n'a été introduit pour opérer la saponification.

Nous en prescririons donc exclusivement l'usage si une nouvelle

---

large, puis ballottés par les vents, ressemblent de loin, en effet, à de véritables îles. Montaigne, avant d'atteindre Viterbe, s'écarta un peu de son chemin pour aller visiter les bains de Vignone, Saint-Cassien et Montefiascone. Voici le peu de mots qu'il leur consacre.

BAINS DE VIGNONE. — « Le bain est situé dans un endroit un peu haut, au pied duquel passe la rivière d'Orcia. Il y a dans ce lieu une douzaine environ de petites maisons peu commodes et désagréables, et le tout paraît fort chétif. La est un grand étang, entouré de murailles et de degrés, d'où l'on voit bouillonner, au milieu, plusieurs jets d'eau chaude qui n'a pas la moindre odeur de soufre, élève peu de fumée, laisse un sédiment roussâtre et parait être plus ferrugineuse que d'aucune autre qualité; mais on n'en boit pas. La longueur de cet étang est de 60 pas, et sa largeur de 25. Il y a tout autour quatre ou cinq endroits séparés et converts, où l'on se baigne ordinairement.» Les bains de Vignone sont restés, à peu de chose près, dans l'état où ils étaient du temps de Montaigne. L'eau qui les alimente est une eau sulfureuse calcaire, d'une température de 40 degrés, laquelle eau est depuis longtemps réputée pour le traitement des débilités nerveuses. Laurent de Médicis, dit le Magnifique, se trouvait à ces bains en mai 1490, lorsque son fils Pierre lui écrivit pour lui annoncer la visite du célèbre Hermolao Barbaro. (Roscoé, *Life of Lorenzo di Medici*.)

BAINS DE SAINT-CASSIEN. — Montaigne dit simplement « qu'on préfère pour la boisson les eaux de Saint-Cassien à celles de Vignone, comme étant plus efficaces. Elles jaillissent tout près de S. Quirico, à 18 milles du côté de Rome, à la gauche de la grande route. » Ces eaux, par leur importance et les souvenirs historiques qui s'y rattachent, méritaient certainement plus qu'une simple mention. Sulfureuses et thermales comme celles de Vignone, elles conviennent pour les mêmes affections, mais de plus elles sont tout spécialement recommandées, surtout la source Sainte-Lucie, pour le traitement des maladies des yeux et des paupières. Chose remarquable! cette même spécificité d'action leur était déjà attribuée du temps des Romains. Ainsi c'est à ces eaux (*Balnea clusini*) qu'Horace fut envoyé par Antonius Musa, son médecin, pour prendre des bains et des douches.

Qui caput et stomachum supponere fontibus audent
Clusinis...

Or, lui-même nous l'apprend, il était *lippus*, en d'autres termes il était atteint d'une vieille conjonctivite.

BAINS DE MONTEFIASCONE. — Il existe dans les environs de la ville de ce nom (1) plusieurs sources sulfureuses grossièrement aménagées. Montaigne

(1) Cette ville est plus connue aujourd'hui par son excellent muscat. On rapporte à ce sujet qu'un seigneur allemand qui se faisait précéder d'un piqueur dont la consigne était d'écrire le mot *Est* sur chaque hôtellerie où se trouvait le meilleur vin, remarqua ce mot trois fois écrit sur celle de Montefiascone. Il s'y arrêta. Malheureusement, les libations qu'il y fit furent si copieuses qu'elles lui coûtèrent la vie. C'est en souvenir de cet événement qu'on a écrit sur sa tombe:

Est, Est, Est, et propter nimium Est mortuus est.

glycérine ne venait de se révéler, nous venant également d'Angleterre, et spécialement préparée en vue de la thérapeutique.

Nous avons sous les yeux un échantillon de cette dernière, qui justifie pleinement notre préférence à son égard. Nous le devons à la pharmacie Dorvault, la seule chez laquelle on trouve actuellement cette glycérine, désignée sous le nom de *glycérine anglaise*.

La glycérine anglaise est chimiquement pure; aussi pour l'usage médical est-il nécessaire de diminuer sa densité par l'addition d'un peu d'eau. Elle présente tous les caractères que nous avons assignés à la glycérine officinale; c'est pourquoi nous ne saurions trop la recommander.

Comme la glycérine Wilson, elle est obtenue sans l'intervention d'aucun réactif. Elle résulte également d'un dédoublement des corps gras par l'action de la vapeur d'eau surchauffée; mais l'opération est faite dans un appareil particulier, d'où sort, chassée par un courant de vapeur d'eau, la glycérine toute formée, que l'on concentre sans même avoir besoin de se servir d'aucune matière décolorante, ce qui n'empêche pas que le produit soit d'une limpidité parfaite.

Ce produit est malheureusement d'un prix élevé, car un brevet empêche sa préparation de se vulgariser.

Il serait cependant à désirer qu'il n'en existât pas d'autre dans les pharmacies. Les résultats obtenus seraient alors constants, et le praticien ne serait pas exposé à des mécomptes encore trop fréquents.

Peut-être trouvera-t-on que dans ce travail entrepris à un point de vue clinique, nous avons insisté un peu longuement sur la question chimique; mais nous sommes tellement persuadés que les reproches que l'on a faits à la glycérine doivent être attribués à la mauvaise qualite de ce produit, que nous ne croyons pas avoir rien dit de trop sur les moyens de se procurer ce médicament à l'état de pureté. Cela importe d'autant plus que la glycérine est appliquée quelquefois sur des organes très-sensibles, et même est administrée interieurement.

Mais c'est comme topique qu'elle est appelée à rendre les plus grands services. Elle est alors employée seule ou bien tenant en dissolution d'autres substances.

On désigne en pharmacie sous le nom de glycérolés les médicaments composés dans lesquels entre la glycérine.

Dans quelques-uns de ces médicaments la glycérine joue simplement le rôle d'excipient; dans d'autres elle joue à la fois le rôle d'excipient et celui d'adjuvant, son action venant s'ajouter à celle du médicament plus énergique auquel elle est associée.

Les glycérolés sont appelés à rendre de grands services à la méthode iatraleptique. Tenant le milieu entre l'eau et l'huile, la glycérine dissout une foule de médicaments dont elle rend ainsi l'absorption plus facile, propriété précieuse quand le canal alimentaire se refuse à l'ingestion du médicament qu'il faut alors faire pénétrer à travers la peau, ou bien quand il faut agir localement pour venir en aide à une médication générale.

Outre cet immense avantage, la glycérine a encore sur les corps gras celui de se mêler à l'eau et à l'alcool, et par conséquent de s'enlever facilement des surfaces sur lesquelles on l'applique, de ne pas rancir et de ne pas exercer sur la peau cette action nuisible que l'on reproche aux corps gras dans certaines affectious de l'appareil cutané.

La classe des glycérolés, déjà très-nombreuse, va en augmentant chaque jour. La pharmacie en a même signalé plusieurs qui n'ont pas encore reçu la consécration de la pratique. Nous renvoyons les personnes qui voudraient s'édifier plus amplement sur cette question au mémoire de MM. Cap et Garot. Quant à nous, nous ne pouvons citer chacun de ces nombreux produits que tout praticien peut du reste formuler facilement et varier à son gré. Il suffit de savoir que la glycérine dissout plusieurs métalloïdes, une foule de sels, les extraits, les sels des alcaloïdes et plusieurs de ces alcaloïdes, le tannin, les tannates, et que sa propriété dissolvante, suivant MM. Cap et Garot, se rapproche beaucoup de celle de l'alcool affaibli.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MORT SUBITE DANS LA PREMIÈRE PÉRIODE D'UNE ANGINE DE POITRINE; PERSISTANCE DU THYMUS; par M. le docteur C. SAUCEROTTE (de Lunéville).

L'histoire de l'angine de poitrine offre trop de points à éclaircir, disait récemment, dans la GAZETTE MÉDICALE, un praticien des plus distingués, pour qu'il n'y ait pas utilité à recueillir les cas encore peu nombreux (cette affection étant assez rare, surtout dans les hôpitaux) où l'on a pu pratiquer l'autopsie.

Je viens répondre an vœu de M. le docteur Fonssagrives, en relatant un fait dont l'intérêt me semble surtout résulter :

1° De la terminaison brusque et inattendue de la maladie après une durée très-courte et des symptômes de moyenne intensité;

2° D'une circonstance peu commune et qu'on ne peut regarder comme entiérement étrangère à son étiologie, la persistance du thymus, coïncidant avec les résultats négatifs de l'autopsie.

OBS. — M. C..., négociant, âgé de 27 ans, nervoso-sanguin, robuste, d'un caractère très-exalté, a été sujet, dans sa jeunesse, à des évanouissements convulsiformes considérés à ce qu'il paraît, par le médecin qui lui donnait alors ses soins, comme des vertiges épileptiformes. Marié depuis plusieurs années, sa conduite a toujours été très-régulière, et sa santé constamment bonne, si ce n'est qu'il se plaignait d'un peu de faiblesse dans le côté gauche du corps, et d'un sentiment de constriction à la poitrine quand il éprouvait une de ces émotions auxquelles il était sujet pour la moindre cause. Dans le courant de l'hiver (1859), M. C... s'en plaignit plus fortement. Une application de ventouses scarifiées à la partie antérieure du thorax le soulagea; et j'avais presque perdu de vue cette circonstance, lorsque le malade vint me retrouver vers la fin de mars, accusant une douleur constrictive fixée plus particulièrement dans la partie supérieure du sternum, irradiant dans le plexus cervical superficiel et dans le maxillaire inférieur, ne se développant qu'à des intervalles éloignés, sous l'influence d'émotions vives, de la marche ou de mouvements des bras (surtout quand le malade vient de manger), et déterminant un sentiment d'angoisse avec tendance à la lipothymie. Ces accidents, qui forçaient M. C... à rester dans l'immobilité, se terminaient au bout de trois ou quatre minutes, sans laisser aucune trace, par des éructations de gaz et par une sueur abondante. Ces symptômes, que je relate tels qu'ils se montrèrent dans les derniers jours, et groupés de manière à en faire mieux saisir les relations et la physionomie, n'étaient, au reste, ni aussi accusés, ni

---

fut voir la principale. « C'est, dit-il, un bain situé dans une très-grande plaine, formant un petit lac à l'un des bouts duquel on voit une très-grosse source jeter une eau qui bouillonne avec force, et presque brûlante. On boit de cette eau pendant sept jours, dix livres chaque fois; on s'y baigne le même temps, ayant eu soin de la laisser refroidir pour en diminuer la chaleur. Celui qui tient la maison de bains vend une certaine boue qu'on tire du lac et dont usent les bons chrétiens, en la délayant avec de l'huile, pour la guérison de la gale, et pour celle des brebis et des chiens, en la délayant avec de l'eau. Nous y trouvâmes beaucoup de chiens du cardinal Farnèse qu'on y avait menés pour les faire baigner. » Maintenant encore, c'est surtout la médecine vétérinaire qui tire parti des eaux de Montefiascone. Inutile d'ajouter que Montaigne fut très-peu tenté d'y suivre une cure.

Toute cette contrée représente un sol essentiellement volcanique, mélangé de couches marines, fluviatiles et lacustres. Les eaux minérales y abondent : aussi Montaigne se trouvait-il là en quelque sorte dans son élément. Arrivé à Viterbe, cette ancienne capitale de l'Etrurie, il s'inquiète peu de la ville, de ses ruines romaines, de ses monuments gothiques du moyen âge : toute son attention est pour les eaux minérales qu'il s'empresse d'aller visiter. Nous l'accompagnerons dans cette nouvelle excursion.

BAINS DE VITERBE. — « J'allai, dit-il, voir d'assez grand matin quelques bains de ce pays situés dans la plaine et assez éloignés de la montagne. Je vis une maisonnette dans laquelle est une petite source d'eau chaude qui forme un petit lac pour se baigner. Cette eau n'a ni saveur ni odeur, elle est médiocrement chaude. Je jugeai qu'il y a beaucoup de fer, mais on n'en boit pas. Plus loin, au bas d'un édifice appelé le *Palais du pape*, il y a trois jets d'eau chaude, de l'un desquels on use en boisson. L'eau n'en est que d'une chaleur médiocre et tempérée; elle n'a point de mauvaise odeur. On y sent seulement au goût une petite pointe où le nitre me semble dominer. » Montaigne désigne probablement ici la source ferrugineuse de *la Grotte* et la source sulfureuse de *la Croix*, lesquelles sources alimentent le petit établissement thermal que fit élever le pape Nicolas V, en souvenir des bons effets qu'il en avait obtenus. Montaigne parle ensuite des abondants dépôts qui se forment autour de ces sources, et qu'il compare assez judicieusement à la matière première du marbre (ce sont, en effet, des carbonates calcaires), puis il ajoute : « On boit là tout comme ailleurs, par rapport à la quantité; on se promène après et l'on se trouve bien de suer. Ces eaux sont en grande réputation; on les transporte par charge dans l'Italie. On leur attribue spécialement une grande vertu pour les maux de reins. J'y étais allé dans l'intention d'en boire pendant trois jours, mais j'y renonçai, n'en augurant pas bien par suite d'une inscription qu'on voit sur le mur, et qui contient les invectives d'un malade contre les médecins qui l'avaient envoyé à ces eaux, dont il se trouvait beaucoup plus mal qu'auparavant. » Voilà bien Montaigne avec ses incertitudes et ses hésitations, toujours en défiance des médecins, et prêt, au contraire, à ajouter foi aux moindres paroles du premier malade venu. « Je terminai, dit-il, ma tournée par aller voir l'endroit où les habitants de Viterbe amassent les lins et les chanvres qui font la matière de leurs fabriques, et où les hommes seuls travaillent, sans employer aucune femme. Il y avait un grand nombre d'ouvriers autour d'un certain lac où l'eau; dans

aussi complexes dans les premières semaines de la maladie. Enfin, jusqu'à sa mort, le malade passa de bonnes nuits, n'ayant rien perdu de ses forces ni de la fraîcheur de son teint, mangeant et digérant bien, si ce n'est pendant les crises, qui devenaient de plus en plus fréquentes, en augmentant d'intensité. Présent pour la première fois à l'une d'elles, quatre jours avant le dénoûment fatal, je constatai les phénomènes suivants : le pouls est intermittent, inégal ; une sorte de bruit de soupape, assez clair, et se distinguant nettement des bruits cardiaques, auxquels il succède, se fait entendre vis-à-vis la base du cœur, vers la naissance de l'aorte. L'impulsion de ce viscère est faible et n'offre, de même que la respiration qui est un peu lente, mais régulière, aucune particularité. Le visage, ordinairement très-coloré, pâlit un peu et se couvre de sueurs. Le malade conserve la conscience de sa situation et peut me répondre. Dix minutes après, il retournait seul chez lui. Le cœur et les poumons, percutés et auscultés le lendemain par mon fils et par moi, ne nous révélèrent rien. Le bruit que je signalais tout à l'heure n'existait plus.

Dans les quelques entrevues que j'avais eues avec le malade, je lui avais prescrit la valériane sous différentes formes, le castoréum, la teinture éthérée de digitale, des frictions chloroformiques et autres, l'éther en inspirations, des bains de pieds révulsifs, etc.

Inquiet de sa position plus qu'il ne le laissait voir, et n'obtenant que peu d'amendement dans ce traitement, qu'il faisait d'ailleurs avec peu de suite, M. C... consulta d'autres confrères, qui lui conseillèrent, m'a-t-on dit, de persévérer dans la médication commencée. Je m'étais décidé à lui appliquer un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine ; mais je voulus, eu égard à l'état des forces et à la constitution pléthorique du sujet, faire précéder le révulsif d'une application de sangsues à l'épigastre.

Le malade sortit le surlendemain immédiatement après son déjeuner, et eut, chez son père, une forte crise dont il se trouva, comme à l'ordinaire, assez bien remis pour aller un peu après se promener en famille. Au retour de cette promenade, pendant laquelle il était resté assis, on le vit chanceler au bras de sa femme, faire un effort impuissant pour se relever, puis tomber à terre. La face, congestionnée d'abord, devint immédiatement après d'une pâleur livide. Deux honorables confrères présents, ne connaissant pas les antécédents de la maladie, crurent devoir tenter une saignée du bras, qui ne fournit rien, puis de la jugulaire, qui laissa couler un peu de sang noir. Mais dans l'opinion du docteur L..., qui pratiqua cette opération, une dernière inspiration convulsive avait déjà annoncé la mort.

L'autopsie, pratiquée avec le concours de mon fils, nous montra le cœur sain. Seulement une couche de graisse assez épaisse entourait le ventricule droit un peu aminci. *Cet organe était exsangue.*

A l'orifice de l'aorte, la membrane interne, légèrement rugueuse par places, avec quelques petites plaques athéromateuses, sans rougeur, ulcération, ni ramollissement.

Un peu d'engorgement hypostatique à la base et à la partie déclive des poumons (la mort datait de vingt-six heures). Mais la particularité la plus saillante, c'était la persistance du thymus plongé dans un tissu cellulaire graisseux assez abondant, et offrant le volume, la consistance et le suintement lactiforme signalés par les anatomistes.

Ce cas me semble instructif sous plus d'un rapport.

C'est presque toujours chez des sujets qui ont dépassé la cinquantaine, dit M. Lartigue (auteur d'une bonne monographie sur l'angine de poitrine), que se développe cette maladie. J'en ai cependant observé un cas sur une fille de 11 ans. L'apparition prématurée de cette affection, chez M. C..., sa terminaison inopinée après une durée aussi courte, furent probablement en rapport avec la persistance du thymus. C'est vraisemblablement aussi à cette particularité qu'il faut attribuer les crises nerveuses convulsiformes auxquelles le malade avait été sujet, et la sensation de constriction douloureuse qu'il rapportait à la partie supérieure du sternum, plutôt qu'à sa partie inférieure, ainsi que cela s'observe chez les individus atteints de sténocardie. Il est remarquable, toutefois, que la persistance de cet organe n'ait déterminé aucun des symptômes décrits par Koop sous le nom d'*asthme thymique* (suspension de la respiration, couleur violette de la face, etc.), symptômes qui auraient pu mettre sur la voie de cette complication. Il est vrai qu'il n'y avait pas ici hypertrophie de cette glande. La douleur du bras, l'un des signes pathognomoniques de l'angine de poitrine, a manqué ; mais on sait que ce signe ne se développe que dans la deuxième période du mal, et notre malade a succombé au commencement de la première. Je dois faire remarquer aussi le trouble du pouls, qui reste régulier chez les malades qui ne portent pas une lésion organique du cœur, et notamment des valvules.

Les quelques lésions observées à l'origine de l'aorte viendraient à l'appui de l'opinion de M. Gintrac, qui veut que l'angine de poitrine soit un épiphénomène de l'aortite. Toutefois, ces lésions étaient ici d'une trop faible importance pour avoir joué le rôle de causes déterminantes, et l'on peut tout au plus les regarder comme ayant favorisé les prédispositions qu'il faut plutôt chercher dans l'extrême nervosité du sujet, d'une part ; de l'autre, dans la persistance du thymus. Doit-on aussi tenir compte du développement du tissu adipeux autour d'une partie du cœur ? Mais il n'y avait pas là cette obésité en excès que M. Caron signale comme la compagne ordinaire de l'angine de poitrine (le malade était d'un embonpoint ordinaire), et par laquelle il explique la rareté de l'angine de poitrine dans les classes pauvres, où l'on ne voit jamais d'individus obèses. Je dirai même, à ce propos, avoir observé trois fois cette affection sur des ouvriers assez maigres. M. C... attribuait sa maladie à des lotions abondantes d'eau froide, qu'il avait pris l'habitude de faire au sortir du lit, et sans réagir suffisamment après. Je cite cette circonstance parce qu'on avait naguère expliqué, en Angleterre, l'apparition plus fréquente de cette maladie par l'usage des bains froids qui s'y était très-répandu. Enfin, je dois dire, sans aller plus loin, que Kleefeld, qui l'aurait observée épidémiquement à Dantzick, qu'il est des années où l'angine est plus commune ou beaucoup moins rare qu'elle ne l'est dans d'autres.

On comprend tout ce que le pronostic devait offrir d'insidieux dans le fait que je viens de relater, et ce que l'âge, les forces du sujet, ses apparences de belle santé dans l'intervalle des accès, leur récent développement et leur faible intensité, enfin l'absence de complications du côté du cœur semblaient offrir des chances de guérison, ou tout au moins éloigner la crainte d'un dénoûment aussi brusque. Aussi, je le confesse, cette mort soudaine, survenant lorsqu'à peine j'avais eu le temps de sortir d'incertitude sur le siége précis et sur la nature de l'affection (quoique convaincu dès le principe, ainsi que le prouve le traitement adopté, que j'avais affaire à une névrose), cette mort si soudaine, dis-je, fut-elle une surprise pour moi comme pour tous.

Le traitement, qui fut celui de l'angine essentielle, n'amena aucun soulagement ; il n'avait, du reste, été qu'incomplétement suivi. Les sangsues, qui me semblaient indiquées par l'état pléthorique, l'âge et les forces du sujet, et que j'avais précédemment employées avec succès dans des accès violents d'angine, furent, si l'on n'en juge que par

---

toute saison, est également chaude et bouillante. Il disent que ce lac n'a point de fond, et ils en dérivent de l'eau pour former d'autres petits lacs tièdes où ils mettent rouir le chanvre et le lin. » Montaigne ne paraît pas se douter que « ce certain lac, » qu'il traite un peu dédaigneusement, n'est autre que ce formidable gouffre dont les émanations, au dire de Lucrèce, suffisaient pour tuer les oiseaux qui volaient à sa surface. L'asphyxie qui les frappait n'est peut-être qu'une fiction poétique ; cependant elle s'expliquerait assez bien par l'hypothèse d'un dégagement autrefois plus considérable que maintenant, d'acide carbonique mélangé de vapeurs sulfureuses. Quant à admettre avec Lucrèce que ce fut Hercule qui fit jaillir la source d'un coup de sa massue, ceci, j'en conviens, pourra sembler plus contestable. Quoi qu'il en soit de son origine, cette source que les Romains appelèrent *Aquæ cæjæ* et qu'on nomme aujourd'hui le *Bullicame*, est une eau sulfureuse chaude (62 degrés), d'une extrême abondance, qui jaillit d'un ancien soupirail volcanique. Tibulle, Strabon, Simmaque, Martial, en ont célébré les vertus ainsi que la somptueuse distribution. C'est de cette source que le Dante a dit :

Quale del Bulicame esce' l ruscello
Che parton poi tra lor le peccatrici.

Fazio degli Uberti la désigne également dans ces vers :

Gli saracin, di cui pressi gran dubio
Così distrusse, come fosser stati
Nel Bulicame, e dove arde Vesuvio.

Aucune gloire ne lui a donc manqué. Délaissée aujourd'hui par un de ces caprices du sort que rien ne justifie, car ses eaux sont restées les mêmes, peut-être reprendra-t-elle un jour le rang qu'elle occupait, et dont les ruines qui l'avoisinent attestent la splendeur.

De retour de ses excursions thermales, Montaigne se remet en route. Il longe lac de Vico, lequel occupe, comme celui de Bolsena, un ancien cratère, va coucher à Rouciglione, puis repart le lendemain matin dès trois heures, « tant il avait envie de voir le pavé de Rome. » Devant lui s'étend « une grande plaine au milieu de laquelle, en certains endroits secs et dépouillés d'arbres, on voit bouillonner des sources d'eau froide assez pure, mais tellement imprégnée de soufre que de fort loin on en sent l'odeur. » Il la traverse à cheval sans s'y arrêter, et, le même jour, le dernier de novembre, dans la soirée, il fait enfin son entrée dans Rome.

Montaigne ne nous dit pas quelle impression la vue de Rome produisit tout d'abord sur son esprit. C'est qu'en y arrivant il souffrait trop de sa gravelle pour s'occuper d'autre chose que de lui-même. Je ferai remarquer à ce sujet que, depuis qu'il se trouvait en Italie, ses coliques néphrétiques avaient pris une telle intensité et une telle fréquence qu'c'étaient à tout instant de nouvelles crises, suivies de l'expulsion de quelque calcul. D'où provenait cette recrudescence ? La raison, je crois, doit en être cherchée moins dans les fatigues du voyage que dans la nature du régime qu'il suivait. Ce régime consistait principalement en salades de limons ou d'oranges, crudités de toutes sortes, mets fortement épicés, vins purs ou presque purs. Quoi de plus détestable pour une gravelle d'acide urique ! Or telle était l'espèce de gravelle dont il était atteint, car, ainsi qu'il le répète à satiété, le sable était rouge et les pierres offraient de même une teinte roussâtre. Douze jours après son

l'issue, plutôt nuisibles qu'utiles. C'est assez dire ce que je pense de la phlébotomie dans la circonstance où elle fut tentée. Beaucoup de praticiens persistent encore à ouvrir la veine dans tous les cas, indistinctement, où un homme tombe foudroyé par un mal subit; on ne saurait trop s'élever contre cette pratique. Si l'on a affaire à une syncope — ce qui arrive si fréquemment, par exemple, dans les maladies du cœur — on peut tuer le malade. On sait fort bien, en pathologie chirurgicale, distinguer les cas où la dépression du pouls, la stupeur, contre-indiquent la saignée chez un blessé, dans une commotion cérébrale, etc.; il est regrettable que ces contre-indications ne soient pas aussi clairement établies aux yeux de tous en matière de pathologie interne. C'est un sujet qui appelle toute la sollicitude des praticiens.

L'angine de poitrine n'existe pas toujours à l'état aigu. Il est des individus qui, sans être sujets aux crises horriblement douloureuses qui font diagnostiquer cette maladie, en souffrent chroniquement, avec moins d'intensité, mais plus constamment, et finissent aussi par succomber à une mort subite que n'explique pas toujours l'état des organes thoraciques ou intracrâniens. J'ai observé quelques cas de ce genre que je pourrai publier plus tard, si je les crois de quelque intérêt pour mes confrères.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE GLASGOW MÉDICAL JOURNAL.

(Premier semestre de 1858.)

OBSERVATIONS D'ÉRYSIPÈLE IDIOPATHIQUE, SUIVIES DE REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par M. le docteur JOSEPH BELL.

Ce mémoire est une pièce de plus apportée à la grande discussion du changement de type dans les maladies, à laquelle les médecins les plus éminents de la Grande-Bretagne, et notamment de l'Écosse, ont pris part à la suite des professeurs Bennett et Alison.

L'an dernier le docteur Bell avait attaqué avec le plus grand succès les célèbres propositions du professeur Bennett. Il vient aujourd'hui prêter le concours de son vigoureux talent à cette thèse du professeur Christison: Depuis une trentaine d'années le type des pyrexies et des inflammations est devenu asthénique. Elles ne présentent plus l'ensemble des symptômes qui indiquait la saignée. Les déplétions sanguines, d'ailleurs, ont cessé d'être bienfaisantes; elles sont devenues nuisibles, funestes même, et voilà pourquoi la saignée est aujourd'hui abandonnée, non-seulement dans les fièvres, dans la pneumonie, mais encore dans toutes les autres inflammations internes.

Le docteur Bell prend l'érysipèle pour exemple de ces changements.

1° D'abord il expose un certain nombre de cas traités par lui à l'infirmerie royale de Glascow.

2° Il oppose le traitement stimulant moderne au traitement antiphlogistique des temps passés.

Il résume ce traitement stimulant par ce passage de l'*excellente* leçon clinique de l'éminent professeur Todd. « Le traitement de l'érysipèle que j'ai adopté depuis bien des années est tonique et stimulant; c'est celui que je dois vous recommander, d'après une longue expérience, avec la conviction qu'il est le plus propre à préserver la vie, à arrêter les progrès de la maladie et à prévenir, dans le plus grand nombre des cas, les accidents secondaires... Je puis résumer tout le traitement de l'érysipèle en disant: Donnez des stimulants et alimentez largement le malade dès le début de l'apparition... Maintenant, de tous les stimulants, je crois, comme je l'ai déjà dit, que les alcooliques sont les meilleurs: J'ai vu dans une telle variété de cas de si remarquables effets produits par leur administration à larges doses, que je suis disposé à les regarder comme les *antidotes* du poison érysipélateux, et si j'en étais réduit à un seul remède pour l'érysipèle, c'est assurément l'*eau-de-vie* que je choisirais. »

Cette médication tonique et stimulante est adoptée par tout médecin et chirurgien instruit et distingué de Londres, de même à Édimbourg. Bref, dit le docteur Bell, les résultats de nos expériences personnelle est les citations que j'ai faites des écrivains modernes sur ce sujet, justifient les deux conclusions suivantes: 1° le traitement stimulant est généralement usité aujourd'hui pour l'érysipèle; 2° les résultats qui ont suivi son emploi en prouvent l'efficacité.

Cependant c'est là une pratique toute moderne et complétement opposée à celle qui a toujours été suivie. Le docteur Bell prouve par des citations, de la manière la plus évidente, que depuis Hippocrate jusqu'à ces trente dernières années, l'érysipèle a été presque universellement traité par la saignée et les autres antiphlogistiques. Les malades guérissaient très-bien après les saignées les plus copieuses. En fait, nos prédécesseurs pratiquaient des évacuations sanguines qui paraîtraient *étonnantes* à nos jeunes praticiens, et qui seraient *indubitablement* fatales *aujourd'hui*.

Comment expliquer ces différences, poursuit le docteur Bell, comment réconcilier la pratique de nos ancêtres avec la nôtre?

Ce ne peut être, dit-il, par cette supposition que les malades guérissaient avec les deux systèmes de traitement, indépendamment de l'influence des moyens employés. Et il rejette bien loin cette hypothèse irrévérencieuse qui, malgré son impertinence, mériterait peut-être un peu plus de considération.

Ce ne peut être non plus les progrès du diagnostic. Les anciens savaient aussi bien que nous ce que c'est que l'érysipèle. Le diagnostic de l'érysipèle est trop clair pour admettre aucune méprise. Mais voilà encore une proposition trop légèrement admise; il ne s'agit pas, en effet, ici du diagnostic nominal, du phénomène seul, mais de la cause, mais de l'essence de ce phénomène. De la doctrine qu'on se fait sur ce point va découler le traitement, c'est ce que le docteur Bell n'a pas bien vu.

Il faut donc, dit-il, qu'il y ait eu un changement dans le type de l'érysipèle. En effet, on peut diviser en trois classes les écrivains qui ont traité de l'érysipèle: 1° ceux qui, comme Cullen, établissent qu'il est toujours sthénique; 2° ceux qui, comme Fordyce, Wells et William, déclarent qu'il est toujours asthénique; 3° ceux, enfin, qui,

---

arrivée à Rome, il fut pris d'une crise plus forte que toutes les autres, à tel point qu'il se trouva mal. Craignant alors « pour une innsitée déflexion de ses reins d'y être menacé de quelque ulcère, » il se décide à consulter un médecin. Celui-ci lui fit prendre « de la casse, de la térébenthine de Venise, certain sirop de bon goût, puis un amandé dans lequel entraient les quatre semences froides. » C'était beaucoup peut-être pour un malade qui avait horreur des remèdes. Aussi Montaigne n'en ayant éprouvé d'autres effets « que l'odeur de l'urine à la violette de mars » (on sait que ceci est particulier à la térébenthine), en resta là de son traitement.

Une fois rétabli, il s'empressa de solliciter une audience du pape, laquelle lui fut accordée immédiatement. Les détails qu'il raconte sur sa réception prouvent qu'à cette époque, le cérémonial de la cour de Rome était le même que de nos jours. Ainsi Montaigne, « après avoir été béni en entrant par le saint-père, se mit à genoux devant lui, baisa sa pantoufle rouge où était brodée une croix blanche, répondit, toujours à genoux, aux questions que le pape lui adressa, puis, recevant de nouveau sa bénédiction, se releva et sortit à reculons. » Or c'est littéralement ainsi que les choses se passèrent pour M. Magendie et pour moi, en 1843, lors de l'audience que nous donna Grégoire XVI; je puis même dire que mon illustre et regrettable maître se prêta de fort bonne grâce au baisement de la mule. Quant à Montaigne, il assure qu'un moment où il se penchait, « le pape avait un peu haussé le bout du pied, ce qu'il ne fit pour personne. » N'est-ce pas plutôt Montaigne qui laisse un peu percer ici le bout de l'oreille?

Le séjour de Rome plut singulièrement à Montaigne. Il y resta cinq mois employant son temps en promenades de tous côtés, en visites aux monuments, aux musées et aux bibliothèques, et en excursions à cheval hors de la ville. Les églises étaient ses lieux de rendez-vous de prédilection, moins au point de vue de l'art qu'à cause des cérémonies religieuses dont la pompe lui plaisait singulièrement et qu'il suivait en véritable fidèle. « Le mercredi de la semaine sainte, je fis, dit-il, la visite des sept églises avec M. de Foix, avant dîner, et y mîmes environ cinq heures. Entre autres plaisirs que Rome me fournissait en carême, c'étaient les sermons. Il y avait d'excellents prêcheurs, surtout parmi les jésuites. » Voici le jugement qu'il porte sur cette célèbre corporation: « C'est merveille, dit-il, combien de part ce collége tient en la chrétienté; et crois qu'il ne fut jamais confrérie et corps parmi nous qui tînt un tel rang ni qui produisît enfin des effets tels que feront ceux-ci, si leurs desseins continuent. Ils possèdent tantôt toute la chrétienté; c'est une pépinière de grands hommes en toutes sortes de grandeur. C'est celui de nos membres qui menace le plus les hérétiques de notre temps. » Ce langage élogieux de Montaigne, que lui inspirait sa haine de l'hérésie, pourra paraître quelque peu étrange à ceux qui ne veulent voir en lui que l'apôtre du scepticisme. Or bien loin d'être sceptique en religion (1), Montaigne

(1) L'épitaphe suivante qu'on lit aux Feuillants de Bordeaux, fait bien sentir l'esprit tout à la fois religieux et sceptique de Montaigne:

Solius addictus jurare in dogmata Christi,
Cætera Pyrrhonis pendere lance sciens.

« Attaché fermement aux seuls dogmes du christianisme, il sut peser tout le reste à la balance de Pyrrhon. »

comme Stevenson et Lawrence, affirment qu'il est tantôt sthénique et tantôt asthénique. Donc il y a eu toujours quelques cas asthéniques observés. Eh bien! de nos jours le type asthénique est devenu prédominant, surtout dans les grandes villes; de là vient la différence de pratique avec des résultats identiques.

Reste à expliquer cette modification de type. Il n'y a que deux manières de la comprendre : ou la cause excitante de la maladie est plus forte, ou la constitution est plus faible. Nous ne savons rien du prisme érysipélateux, nous ne pouvons en apprécier les modifications, nous ne voyons pas, d'ailleurs, comment il pourrait devenir plus subtil ou plus actif; nous sommes donc réduits à admettre que la constitution des hommes de notre âge s'est affaiblie. On peut, en effet, poser ce syllogisme.

Chez les malades dont la constitution est affaiblie, les maladies prennent le type asthénique.

Aujourd'hui les maladies revêtent le type asthénique, donc les malades de nos jours ont une constitution affaiblie.

Nous ne croyons pas qu'on soit forcé d'admettre la majeure ni la mineure de cet argument, mais nous ne pouvons qu'exposer ici la pensée de l'auteur; elle se résume, d'ailleurs, dans les propositions suivantes :

1° L'érysipèle réclame, de nos jours, un traitement tonique et stimulant.

2° Le traitement antiphlogistique employé par les médecins d'autrefois avait sa raison d'être.

3° Le type de la maladie a subi un changement assez important pour exiger un changement correspondant dans sa thérapeutique.

4° Le changement de type dépend principalement, sinon tout à fait, d'une détérioration dans la constitution des habitants des grandes cités, des villes et des villages populeux.

5° Les causes de cette perte de tonicité dans la constitution humaine sont susceptibles d'être complétement écartées, ou du moins considérablement atténuées.

De là, bien entendu, un appel énergique à l'hygiène. Mais quoi! depuis trente ans l'hygiène a donc été de plus en plus négligée; quoi! toutes les conditions qui peuvent fortifier la constitution ont été suffisamment remplies jusque vers l'année 1820...., et depuis lors les précautions, les prescriptions hygiéniques ont été partout abandonnées, non-seulement en Angleterre, en Écosse, mais dans l'Europe entière, malgré les progrès des lumières, l'expansion du confort, la répartition plus équitable des premières nécessités de la vie!... Cependant le chiffre de la vie moyenne s'est élevé dans toute l'Europe, et c'est justement aux meilleures conditions de salubrité obtenues de nos jours qu'on en rapporte l'honneur, et dans la ville d'Edimbourg elle-même, au dire du professeur Christison, depuis sept ans, grâce aux soins des édiles, les fièvres typhiques ont considérablement diminué de fréquence sans avoir pour cela perdu leur type asthénique.

Le docteur Joseph Bell ne nous paraît pas avoir, pour cette fois, merveilleusement servi sa cause. Le professeur Christison avait été mieux inspiré (EDINBURGH MED. JOURN., janvier 1858) : J'ai vu, dit-il, il y a quarante ans, les fièvres à Edimbourg avec la forme sthénique ou inflammatoire. J'en ai tracé le portrait; elles demandaient la saignée, et la saignée leur était bonne. Plus tard elles ont perdu ce caractère sthénique. J'ai remarqué ce changement, je l'ai signalé dans tel ouvrage; la saignée moins indiquée réussissait moins. Plus tard, enfin, le type asthénique a franchement dominé. J'ai encore consigné dans tel écrit ce changement plus marqué. La saignée n'était plus indiquée; si on la pratiquait, elle devenait nuisible. Ainsi cette modification s'est faite sous mes yeux, je l'ai observée, je l'ai décrite, j'ai fait l'histoire de chacune de ses phases au moment même où elle se montrait. Voyez, lisez, voici les faits, les dates, les preuves. Quant à la cause, je l'ignore. Elle est générale, universelle peut-être, supérieure même à l'hygiène, mais le fait est irrécusable.

NOTICE SUR LE CAS DE M. E. GROUX, DANS LEQUEL UNE FISSURE CONGÉNITALE DU STERNUM EXPOSE EN PARTIE A L'OBSERVATION QUELQUES-UNS DES MOUVEMENTS DES ORGANES DE LA CIRCULATION; par le professeur ALLEN THOMSON.

On sait que M. E. Groux a parcouru presque toute l'Europe savante pour offrir aux médecins les plus distingués l'exploration de l'anomalie dont il est porteur. Il possède un album dans lequel il prie les médecins qui l'ont examiné, d'inscrire leur opinion sur les phénomènes qu'ils ont constatés, et cette collection est d'un intérêt considérable, car outre qu'elle constitue une remarquable réunion d'*autographes* médicaux, elle révèle une grande diversité d'avis sur les phénomènes offerts par M. Groux, et sur leur explication qui diffère souvent même sur des points généralement considérés comme assez bien établis pour être au-dessus de toute contestation.

Le professeur Thomson voit avec raison la cause de cette divergence dans l'insuffisance ou l'inexactitude des notions de beaucoup de médecins sur la position et les mouvements du cœur à l'état physiologique, et il s'attache à établir de la manière la plus exacte ces données premières, indispensables à toute observation.

Pour déterminer la situation normale des organes dans le médiastin derrière la paroi antérieure du thorax, il enlève, à l'exemple du docteur Sibson, telle ou telle partie des parois au devant de la région précordiale, et il examine en place les rapports du cœur et des vaisseaux avec ces parois.

Le mémoire du professeur Thompson est accompagné d'un dessin qui reproduit le résultat de ces recherches.

Le professeur Thomson décrit ensuite le cas de M. Groux, et il le rapproche d'une manière générale des exemples analogues de fissure du sternum que la science a enregistrés.

Il s'agit maintenant d'interpréter les phénomènes que présente M. Groux; mais qui ne voit que cette interprétation dépend absolument de la théorie que l'on a adoptée sur les mouvements et les bruits du cœur à l'état physiologique. Aussi M. Thompson s'efforce-t-il d'édifier cette théorie sur les travaux, le témoignage, la concordance de vues des Harvey, des Haller, des Muller et des observateurs modernes les plus éminents. Il résulte de toutes ces expériences et de leur discussion approfondie, certaines propositions qui consacrent les faits désormais acquis à la science, et qu'il faut considérer comme les bases nécessaires de toute théorie. Celle qui voudrait se poser en dehors de ces points fondamentaux aurait d'abord à prouver qu'ils sont eux-mêmes établis sur des erreurs, et cependant l'*album* de M. Groux

---

se fût plutôt montré intolérant : témoin l'ardeur de ses controverses en Allemagne avec divers ministres du culte réformé.

Montaigne, pendant son séjour à Rome, menait, qu'on me pardonne l'expression, la vie d'un vrai *flâneur*, tout spectacle, pourvu qu'il fût nouveau, exerçant sur lui un attrait irrésistible. Ainsi un jour il va voir exorciser un possédé, et le lendemain circoncire un enfant juif : double cérémonie dont il se plaît à raconter minutieusement tous les détails (1). Il poussa même la curiosité jusqu'à vouloir assister à l'exécution d'un fameux bandit, nommé Catena, « qui fut étranglé d'abord, puis détranché en quatre quartiers. » Quelle contenance Montaigne fit-il pendant l'exécution? Très-bonne, je présome, car il se contente de parler des autres. « Je remarquai, dit-il, combien le peuple s'effraie des rigueurs qui s'exercent sur les corps morts. Ces mêmes gens qui n'avaient pas senti de le voir étrangler, à chaque coup qu'on donnait ensuite pour le hacher, s'écriaient d'une voix piteuse. » A cela se borne l'oraison funèbre du bandit. Seulement Montaigne fait observer qu'en

(1) Voici dans quels termes il décrit le manuel opératoire de la circoncision : « Le parrain s'assied sur une table et met un oreiller sur son giron; la marraine lui porte là l'enfant et puis s'en va. L'enfant est enveloppé à notre mode : le parrain le développe par le bas, et lors les assistants et celui qui doit faire l'opération commencent à chanter et accompagnent de chansons toute cette action qui dure un petit quart d'heure. Le ministre ne peut être autre qu'un rabbin : on prétend que celui qui en a circoncis un certain nombre a ce privilége que les parties de la bouche ne sont jamais mangées des vers. Sur la table où est assis le parrain, il y a quant et quant un grand apprêt de tous les outils qu'il faut à cette opération. Outre cela, un homme tient entre ses mains une fiole pleine de vin et un verre. Il y a aussi un brasier à terre, auquel brasier ce ministre chauffe premièrement ses mains, et puis trouvant cet enfant tout détroussé, comme le parrain le tient sur son giron la tête devers soi, il lui prend son membre et retire à soi la peau qui est au-dessous d'une main, poussant de l'autre le gland et le membre au dedans. Au bout de cette peau qu'il tient vers ledit gland, il met un instrument d'argent qui arrête là cette peau et empêche que le tranchant ne vienne à offenser le gland et la chair. Après cela, d'un couteau il tranche cette peau, laquelle on enfouit soudain dans de la terre qui est là dans un bassin parmi les autres apprêts de ce mystère. Puis le ministre vient, à belles ongles, à froisser encore quelque autre petite pellicule qui est sur ce gland et la déchire avec force, et la pousse en arrière au delà du gland. Il semble qu'il y ait beaucoup d'effort en cela et de douleur; toutefois ils n'y trouvent nul danger, et est toujours la plaie guérie en quatre ou cinq jours. Le cri de l'enfant est pareil aux nôtres qu'on baptise. Soudain que ce gland est ainsi découvert, on offre hâtivement du vin au ministre qui en met un peu à la bouche, et s'en va ainsi sucer le gland de cet enfant tout sanglant, et rend le sang qu'il en a retiré et incontinent reprend autant de vin jusques à trois fois. Cela fait, on lui offre dans un petit cornet de papier d'une poudre rouge qu'ils disent être du sang de dragon, de quoi il sale et couvre toute cette plaie, et puis enveloppe bien proprement le membre de cet enfant avec des linges taillés tout exprès. »

et certaines hypothèses modernes montrent que ces points de fait sont ignorés ou négligés.

Rappelons donc que l'action du cœur consiste dans la contraction simultanée des deux oreillettes, suivie par celle des deux ventricules; à chacun de ces mouvements succède le relâchement des parties musculaires et une courte pause, ou l'absence de tout mouvement apparent entre le relâchement des ventricules et le retour de la contraction des oreillettes.

Maintenant si l'on examine plus particulièrement l'oreillette droite, on la voit se remplir graduellement du sang qui lui arrive des veines pendant tout le temps que ses parois sont à l'état de relâchement, et c'est au moment qui précède sa contraction qu'elle est le plus distendue. Cette contraction commence auprès des grandes veines, s'étend même un peu à leurs embouchures; elle se propage rapidement des sinus de l'oreillette au ventricule, et l'appendice auriculaire est un des derniers points qui se contractent. L'action systolique passe de l'oreillette au ventricule sans intervalle appréciable, et même parfois lorsque les mouvements du cœur sont très-vigoureux, elle semble se prolonger un moment encore après le commencement de la systole ventriculaire.

Celle-ci commence à la base du cœur, mais se propage instantanément à toutes les parties de ventricule qui devient tout à coup plus dur et plus convexe.

Le sang lancé par le ventricule distend le commencement des grandes artères, et les valvules auriculaires relevées sont appliquées étroitement sur les orifices qu'elles doivent fermer.

Lorsque l'action du cœur est languissante, on peut voir parfois la diastole des oreillettes coïncider avec la systole ventriculaire, la précéder même; mais lorsque les mouvements du cœur sont très-vifs, il est impossible de constater le moment précis où commence le relâchement des oreillettes.

Au moment de la diastole ventriculaire, on peut apercevoir un mouvement de recul dans le tronc de l'artère pulmonaire; il indique l'occlusion soudaine des valvules semi-lunaires, et le doigt placé fermement sur ce vaisseau ou sur l'origine de l'aorte distingue facilement le mouvement d'expansion produit par la systole ventriculaire, et le choc bref de recul produit par la réaction élastique des vaisseaux qui coïncide avec la diastole des ventricules.

A ces mouvements succède le temps de repos, occupant environ le quart ou le cinquième de la durée d'une série complète des mouvements du cœur, et durant cette pause on ne perçoit d'autre mouvement que le passage continu du sang dans les cavités.

Les oreillettes ne se vident pas seulement par leur contraction comme les ventricules. Ces deux cavités se remplissent de sang pendant toute la durée de leur diastole, mais les ventricules achèvent brusquement de se remplir par suite de la contraction des oreillettes; c'est donc une erreur de supposer qu'ils sont principalement remplis par la systole auriculaire.

Les systoles des deux oreillettes sont isochrones. Il en est de même de celles des ventricules.

Le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique correspond au commencement de la systole ventriculaire.

D'après les témoignages de presque tous les observateurs, les deux bruits qui accompagnent l'action du cœur se produisent pendant la contraction ventriculaire et le commencement de la diastole, et non pendant le repos et la contraction des oreillettes.

Le premier bruit, sourd ou prolongé, commence avec la systole des ventricules, coïncide avec le choc de la pointe du cœur et a la durée de la systole elle-même, c'est-à-dire près de la moitié du temps d'une révolution complète des mouvements cardiaques.

Le second bruit, plus clair et plus bref, coïncide avec le commencement de la diastole ventriculaire et la fermeture des valvules semi-lunaires.

Après ce résumé physiologique de la succession des mouvements du cœur et des bruits qui les accompagnent, le professeur Thomson expose les phénomènes présentés par M. Groux, il en discute la signification, et il arrive à conclure que la théorie des mouvements et leur succession physiologique est clairement confirmée par le cas de M. Groux; que les pulsations et les mouvements dans la fissure sternale correspondent aux phénomènes suivants : contraction de l'appendice auriculaire droit, systole du ventricule droit; affaissement et déplétion de ces deux cavités, puis leur graduelle distension par le sang; la dilatation expansive et le retrait de la première partie de l'aorte, correspondant à la systole ventriculaire et au relèvement des valvules sygmoïdes qui le suit.

Ces phénomènes impossibles à constater derrière un sternum normal, rapprochés de ceux qui sont offerts par les autres parties du thorax, chez M. Groux comme chez les individus bien conformés, s'accordent non-seulement avec les opinions généralement admises par les physiologistes, mais ils apportent en leur faveur l'important témoignage d'une évidence directe.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR UN AGNEAU ACÉPHALIEN DU GENRE PARACÉPHALE; par M. Is. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

Les monstruosités acéphaliques sont peu rares chez l'homme, très-rares, au contraire, chez les animaux, et connues seulement, parmi eux, dans des espèces qui sont, comme la nôtre, unipares ou bipares. Ces espèces sont le mouton, qui a fourni à lui seul cinq cas sur huit, le cerf qui en a donné un, et la chèvre qui en a présenté un, décrit il y a plus de trente ans par M. Hayn (1), et vient d'en offrir un second dont nous devons la connaissance à M. Richard, facteur de la poste aux lettres à la Chartre (Sarthe).

La rareté et l'intérêt des faits de ce genre ne sont pas les seuls motifs qui m'ont décidé à entretenir quelques instants l'Académie du nouveau monstre acéphalien. J'ai cru devoir au zèle intelligent pour la science, dont

(1) MONSTRI UNICUM PEDEM REFERENTIS DESCRIPTIO ANATOMICA (dissert. inaugur.), Berlin, in-4°, 1814.

mutilant ainsi le cadavre au lieu du patient, on sauvegardait les droits de l'humanité tout en atteignant le même but, qui était d'imprimer aux populations un salutaire effroi.

Montaigne, dans ses excursions *extrà muros*, n'eut garde d'oublier la source sulfureuse de Tivoli, si célèbre autrefois (1), mais alors complétement abandonnée. Il se contenta d'acheter des dragées faites avec l'écume et le sédiment que ses eaux déposent. Les pastilles de Vichy sont donc loin d'être, en tant que pastilles hydro-minérales, d'invention moderne.

Le séjour de Montaigne à Rome se trouva prolongé un peu plus qu'il ne l'avait prévu, par les négociations que nécessitérent deux graves affaires qu'il avait à cœur de mener à bonne fin. La première est relative à la censure de ses ESSAIS, « lesquels, après plusieurs conférences avec le maître du Sacré Palais, lui furent remis châtiés selon l'opinion des docteurs moines. » Les changements exigés se bornèrent à fort peu de choses. La seconde affaire est une affaire d'amour-propre ; il s'agissait pour lui de se faire nommer *citoyen romain*. « Je recherchai, dit-il, et employai tous mes cinq sens de nature pour obtenir ce titre, ne fût-ce que pour l'ancien honneur et religieuse mémoire de son autorité. J'y trouvai de la difficulté ; toutefois je la surmontai. L'autorité du pape y fut employée par le moyen de son majordome qui m'avait pris en singulière amitié et s'y peina fort; et m'en fut dépêché lettres très-authentiques le 5 avril 1581, en la même forme et faveur de paroles que les avait eues le seigneur Jacomo Buon-Compagno, duc de Sero, fils du pape (1). C'est un titre vain ; tant y a-t-il que j'ai reçu beaucoup de plaisir de l'avoir obtenu. » Non, ce titre n'était pas aussi vain aux yeux de Montaigne qu'il veut bien le dire, sans quoi il ne se fût pas donné tant de mouvement pour se le faire décerner. Il n'en parlerait pas à tout propos dans ses ESSAIS comme dans son JOURNAL, et surtout il ne rapporterait pas tout au long les termes du diplôme par lequel « le sénat et le peuple romain, d'après l'antique usage de la république, confèrent à l'illustrissime chevalier de Montaigne cette éminentissime distinction » (suit l'énumération non moins ronflante de toutes ses belles qualités). Comment ne voit-il pas que ce sont là, ainsi que lui-même le dit ailleurs, « services de phrases italiennes, bonnes *per la predica?* » Comment, enfin, ignore-t-il ou feint-il d'ignorer que ces lettres patentes qui lui semblent si personnellement flatteuses, sont brodées toutes

(1) Cette source, appelée *Albula* par les Romains, est une eau sulfureuse faiblement thermale (23° c.). Limpide à son point d'émergence, elle ne tarde pas à prendre une teinte laiteuse qu'elle conserve dans son parcours :

Canaque sulphureis Albula fumat aquis.

MARTIAL.

(1) Il s'agit du pape Grégoire xiij (*Buon-Compagno*) qui effectivement avait été marié. Ce pape est surtout célèbre par la réforme qu'il opéra en 1582, l'année même qui suivit le départ de Montaigne, du calendrier Julien établi par César l'an 46 avant J.-C. C'est ce calendrier qu'on suit aujourd'hui dans presque toute l'Europe sous le nom de *calendrier grégorien*.

a fait preuve M. Richard, d'interrompre quelques instants les travaux qui m'occupent habituellement, et de revenir sur nne question qui m'a déjà deux fois occnpé (1).

Le chevreau qui fait le sujet de la présente note est né récemment dans le département de la Sarthe. Il allait être mis en terre, lorsque M. Richard, amené sur les lieux par son service, fut informé de la naissance du chevreau monstruenx, le vit, recueillit snr lui quelques détails, et conçut aussitôt la pensée d'en enrichir un établissement public. L'ayant demandé et obtenu, M. Richard le fit préparer à ses frais par nn vétérinaire, et l'envoya en don au Muséum d'histoire naturelle.

M Richard avait bien compris qu'il eût mieux valn conserver le monstre tout entier dans l'alcool : malheureusement les modestes ressources d'nn facteur rural n'étaient pas an niveau de la dépense qu'exigeait ce mode de conservation, et l'anatomie n'a pu être faite. Mais l'examen extérieur ne laisse aucun donte que le chevrean monstruenx ne présentât tons les caractères anatomiques des acéphaliens, tels que les ont si bien fait connaître chez l'homme Meckel, Tiedemann, Béclard, Elben, mon père, M. Serres et plusieurs autres anatomistes, et tels que je les ai vus moi-même chez le monton.

Le nouvel acéphalien appartient à notre genre péracéphale. Non-seulement il n'existe point de tète ni de col, mais le thorax et les membres supérieurs manquent également. Un abdomen, supérieurement arrondi, un peu plns large que long (0m,17 snr 0,16), et denx membres qui lni font suite, compnsent l'être tout entier. L'ombilic est beaucoup plus rapproché de la partie antérieure que de la partie postérieure de l'abdomen. Les organes sexnels étaient mâles; on n'en voit que les vestiges dans la préparation. Les membres sont de forme irrégulière, contournés, recourbés en dedans à leur extrémité, inégaux en volnme et terminés par des doigts, en nombres différents de l'nn à l'autre. Il y a denx doigts an membre droit, qui est le plus volnminenx, le plus lnng (il a 0m,18), et anssi le plus recourbé; le gauche (long de 0m,15) en a, au contraire, trois également développés et munis de semblables sabots comprimés. Le pied est donc ici, non bisulque, mais *trisulque*. Il n'y a point de queue. Le monstre est couvert de poils noirs, bruns on gris sur la face snpérieure du corps, blancs en dessons et snr la presque totalité des membres.

On sait qu'une conformation très-vicieuse des membres, contonrnés et surtont terminés par des pieds-bots, et l'existence d'anomalies digitales, sont, dans l'acéphalie et dans les antres genres de la même famille tératologiqne, des complications très-constantes des anomalies principales. Ces complications, observées cent fois environ chez l'homme, avaient déjà été constatées anssi par plnsieurs anteurs, et par nous-même, chez les animaux acéphaliens, avec les différences que comportent les types zoologiques de ceux-ci. On vient de voir qu'elles se sont encore retrouvées dans notre nouvean cas, mais avec une modification très-remarquable quant aux doigts : l'existence de trois doigts et de trois sabots sensiblement égaux, et placés sur le même rang, an lieu de deux doigts et de denx sabots très-développés, avec deux antres rudimentaires, placés en arrière des principaux.

On sait aussi combien sont constantes les circonstances de la naissance chez les acéphaliens humains ; ils sont généralements jumeaux, ou même trijumeaux (2) ; et c'est ce qui a été observé aussi chez les trijumeaux. Notre chevreau péracéphale n'échappe pas à la règle commune : il est né trijumeau.

Les jumeaux de l'acéphalien sont ordinairement bien conformés et viables : c'est encore ce qui vient d'avoir lieu. Un des jumeaux dn chevreau péracéphale a vécu quelqnes semaines, l'autre vit encore.

Un troisième fait constant est l'identité sexuelle du monstre et de son frère jumeau, ou de ses jumeaux. Des renseignements que nous avons demandés, il résulte que les deux chevreaux viables étaient mâles aussi bien que le monstre.

D'après ces mêmes renseignements, celni-ci serait né avant ses frères, ce qui a rarement lieu ; et il aurait, ajonte-t-on, donné quelqnes signes de vie après sa naissance.

Nous croyons devoir révoquer en donte cette dernière assertion. Sur toutes les observations que possède la science, il n'est question que dans deux, et très-vaguement, de mouvements obscurs exécutés par l'acéphalien naissant ; et le contraire est formellement exprimé dans toutes les relations bien faites, et conforme à ce que nous savons de l'organisation, à tant d'égards embryonnaire, des acéphaliens, et plns généralement de tous les monstres de l'ordre des omphalosites.

Tels sont les faits que nous avons pu constater et les renseignements que nous avnns pu recueillir sur le chevreau péracéphale de la Chartre ; et si incomplets qu'ils soient, ils ne sont pas sans intérêt pour la science. Nous devons remercier M. Richard du zèle avec lequel, au milien des travaux d'une profession laborieuse, et tout à fait étranger à la science, il s'est préoccupé de ses intérêts et de ceux dn muséum d'histoire naturelle. Notre établissement lui devra, sinon « un de ses ornements, » comme le dit la lettre d'envoi, du moins nn objet très-rare et très-digne de figurer dans sa riche collection tératologique.

(1) Histoire générale et particulière des anomalies, t. II, p. 464 et suivantes, 1836, et Note sur un agneau acéphalien dans les Comptes rendus de l'Acad. des sc., t. XIV, p. 257, 1842.

(2) Dans un cas même, quadrijumeaux.

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de botanique en remplacement de feu M. Bonpland.

Au premier tonr de scrutin, le nombre de votants étant 46,

M. Lecoq obtient. . . . . 31 suffrages.
M. Planchon. . . . . 14 —

Il y a un billet blanc.

M. Lecoq, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

DE LA DÉTERMINATION DANS LES EAUX NATURELLES OU MINÉRALES DES PROPORTIONS DES ACIDES CARBONIQUE OU SULFHYDRIQUE LIBRES OU COMBINÉS AUX BASES; par M. H. GAULTIER DE CLAUBRY.

(Commissaires : MM. Boussingault, Peligot, Ch. Sainte-Claire-Deville).

Un grand nombre d'eaux naturelles on minérales renferment des carbonates de magnésie, de chaux, de fer ou de manganèse, qui, insolubles par eux-mêmes, s'y trouvent dissous par de l'acide carbonique.

Dans l'analyse de ces sortes d'eaux, quelle proportion d'acide carbonique faut-il attribuer aux carbonates? quelle autre doit être considérée comme dissolvant? Toute la proportion de cet acide qui excède le double équivalent nécessaire pour la formation du bicarbonate, peut-elle être considérée comme à l'état de simple dissolution dans le liquide, ou bien est-elle nécessaire pour que les bicarbonates y restent dissous?

Dans les eaux alcalines gazeuses, comme celles de Vichy, par exemple, quelle est la proportion d'acide carbonique libre et celle qui est combinée?

Après avoir passé rapidement en revue les divers procédés qui ont été proposés jusqu'ici pour résoudre plus ou moins complétement ces questions, l'auteur ajoute :

J'ai vérifié dans une suite de recherches, dont je publierai séparément les

---

sur le même canevas pour chaque récipiendaire, quel que soit son rang ou sa naissance?

CONSTANTIN JAMES.

(*La fin au prochain numéro.*)

— Des épreuves s'ouvriront, le 20 juin courant, dans les hôpitaux militaires :

Du Gros-Caillou, à Paris; de Lille, de Metz, de Strasbourg, de Lyon, de Montpellier, de Perpignan, de Toulon, de Bordeaux et de Rennes,

Pour la nomination d'un certain nombre de sous-aides requis pour les ambulances de l'armée.

Ces épreuves consisteront :

1° En une composition écrite sur la physiologie élémentaire ;

2° En interrogations variées sur l'anatomie et les petites opérations chirurgicales.

Ne seront admis à ces épreuves que les étudiants des Facultés ou Écoles préparatoires de médecine ayant au moins quatre inscriptions et reconnus aptes à servir activement dans l'armée.

Les étudiants requis comme sous-aides, après s'être préalablement engagés à servir pendant toute la durée de la campagne, devront se tenir prêts à partir au premier ordre.

Il recevront la solde du grade de sous-aide portée sur pied de guerre, au moment du passage de la frontière (1,800 fr.), ainsi que les rations allouées à ce grade.

Il leur sera payé une gratification d'entrée en campagne de 400 fr., à charge par eux de se pourvoir d'une tenue militaire de campagne (capote, pantalon et képi).

MM. les étudiants qui désirent se présenter à ces épreuves sont invités à se faire inscrire sans retard chez MM. les intendants militaires des localités sus-indiquées.

— On lit dans la GAZETTE MÉDICALE des Etats sardes :

« Le grand hôpital de Saint-Maurice, à Turin, a mis à la disposition des armées alliées cent lits pour les officiers et sous-officiers blessés. Jusqu'au 6 juin, il n'y avait que huit lits occupés par des officiers blessés peu gravement. Parmi eux se trouvaient le lieutenant-colonel du 44e de ligne et cinq officiers des zouaves. »

— MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE. M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a ouvert le cours de physiologie comparée le *mardi 14 juin* 1859, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera cette année de l'*ontologie*, ou étude naturelle des êtres vivants.

Les leçons auront lieu dans l'*amphithéâtre de géologie*.

résultats, ce fait remarquable que, non-seulement des gaz moins solubles dans l'eau que d'autres peuvent chasser ceux-ci de leurs dissolutions, mais que des gaz complétement insolubles agissent de la même manière; j'ai trouvé dans son application le moyen de déterminer, dans une dissolution qui renferme de l'acide carbonique et des bicarbonates de chaux, magnésie, fer ou manganèse, la proportion de cet acide libre ou combiné avec les bases.

Partons de ce point qu'en faisant passer dans une dissolution aqueuse de gaz carbonique un courant d'air suffisant, tout ce gaz en est chassé à la température ordinaire. Opérant alors sur de l'eau renfermant en même temps des bicarbonates de chaux, magnésie ou manganèse, ou un mélange de ces sels entre eux, lorsque l'air n'entraîne plus de gaz carbonique, nous vérifierons que le liquide retiendra les bicarbonates de la base auxquels un excès quelconque d'air, pourvu qu'on n'élève pas la température, n'enlèvera pas d'acide carbonique. Le liquide fournira au contraire par l'ébullition ou le passage d'un courant d'air échauffé, du gaz carbonique et un précipité de carbonate.

On voit que j'ai omis de parler du carbonate de fer dissous dans l'acide carbonique: c'est à dessein, parce que le degré d'oxydation du fer n'étant pas toujours le même, et l'air injecté pouvant transformer l'oxyde ferreux en oxyde ferrique, les proportions d'acide carbonique dégagées varieraient par là-même et ne représenteraient plus l'état réel du sel dans l'eau. Il faut alors substituer au courant d'air un courant d'hydrogène: tout le reste se trouvant appliqué de la même manière. Le peu de basicité de l'oxyde ferrique, la faible stabilité du bicarbonate et sa grande propension à se décomposer, exigent quelques soins particuliers dans l'opération, comme on va le voir.

Contrairement à ce qui a lieu pour les bicarbonates de chaux, magnésie et manganèse, dans lesquels un énorme excès d'air ne détermine pas de précipités, un gaz comme l'hydrogène qui ne peut faire passer l'oxyde ferreux à l'état d'oxyde ferrique, après avoir chassé l'acide carbonique en excès, détermine à un moment donné une précipitation de carbonate, d'où résulte que si l'on dépassait ce point de la réaction, une portion du gaz carbonique proviendrait de la décomposition plus ou moins complète du bicarbonate.

Après beaucoup de tâtonnements je suis parvenu à régulariser cette réaction d'une manière facile. Il suffit pour cela d'arrêter le courant d'hydrogène à l'instant où une bulle détermine un léger louche dans la portion du liquide qu'elle traverse.

Mais il faut se hâter alors de retirer le tube qui amène le gaz, d'adapter au vase qui renferme l'eau sur laquelle on opère un appareil propre à doser l'acide carbonique, en retenant au passage l'eau par l'acide sulfurique et dégageant l'acide carbonique par l'ébullition ou par un courant de gaz, surtout échauffé, ou par un acide, suivant qu'on veut déterminer, séparément ou réunis, l'acide carbonique du bicarbonate ou du carbonate.

Le mode le plus commode pour ne pas arriver à la décomposition du bicarbonate de fer, consiste à opérer dans un vase de verre fortement éclairé par la lumière, en observant par réfraction l'action altérante d'une seule bulle de gaz ou inversement, en enveloppant le flacon avec du papier noir, dans lequel on a pratiqué d'un côté une légère ouverture qui sert à introduire la lumière d'une bougie ou d'une lampe, et de l'autre une fente étroite devant laquelle on se place pour observer l'action que nous avons signalée.

Pour les eaux qui ne contiennent pas de fer, l'appareil à employer se compose d'un aspirateur, d'un tube en U à ponce sulfurique, d'un tube à potasse pour retirer l'acide carbonique de l'air, du vase renfermant l'eau sur laquelle on opère, d'un tube à ponce sulfurique pour dessécher le gaz carbonique et d'un tube à potasse pour le doser. Au delà on place un second tube à ponce sulfurique pour retenir l'eau entraînée par l'air, et si l'on craignait que cet air ne renfermât de l'acide carbonique, un autre tube à potasse.

Lorsqu'on opère sur des eaux ferrugineuses, où se sert, pour produire le courant, d'un appareil à hydrogène, en supprimant l'aspirateur et le premier tube à ponce sulfurique.

Une dissolution d'acide sulfhydrique se conduit exactement, sous l'influence d'un courant d'air, comme celle du gaz carbonique; mais le dépôt de soufre qui proviendrait de la décomposition partielle du gaz oblige à se servir d'hydrogène.....

Nous devons faire remarquer, en terminant, que dans ce procédé, l'eau d'où l'on a ainsi chassé les acides carbonique et sulfhydrique, peut servir à la détermination de tous les autres principes qu'elle renferme, condition qui n'est pas sans importance dans beaucoup de circonstances.

Étude du camphre ordinaire; par M. Des Cloizeaux.

Le camphre ordinaire du commerce ou des *laurinées* se présente habituellement en masse cristallines tellement confuses, qu'on n'a jamais pu jusqu'ici en faire une étude cristallographique exacte, et qu'en général on l'a simplement indiqué comme appartenant au système cubique. On peut cependant obtenir des cristaux de camphre parfaitement définis en l'abandonnant à la température ambiante dans un vase clos, où la sublimation se fait excessivement lentement.

M. Robiquet m'ayant récemment communiqué des cristaux qui ont mis près de trois ans à se former par un procédé de ce genre, j'ai pu facilement déterminer leurs propriétés optiques et cristallographiques. Ces cristaux se présentent en lames hexagonales parfaitement limpides, dont quelques-unes atteignent 7 à 8 millimètres de diamètre, sur une épaisseur qui ne dépasse guère 3 millimètres, et qui varie ordinairement entre 1/4 et 1/2 millimètre. Leur forme se compose d'un prisme hexagonal *b* 1/2 régulier, très-court, surmonté par une pyramide hexagonale tronquée par une large base. La moyenne d'un grand nombre de mesures m'a donné 118°9' pour l'incidence de la base sur les faces de la pyramide: cette pyramide est, comme on peut le remarquer, identique à la forme dominante de l'iodure d'argent et du sulfure de cadmium.

La double réfraction n'est pas très-énergique, et dans des lames de 1/4 à 1/3 de millimètre d'épaisseur, le microscope d'Amici ne fait voir que le premier anneau traversé par une belle croix noire. La compensation par la lame de mica montre que la substance est *négative*.

L'exemple du sulfate de strychnine octaédrique m'avait fait supposer que les cristaux de camphre, dont les dissolutions possèdent un pouvoir rotatoire si énergique, offriraient aussi la polarisation circulaire: cette opinion paraissait d'autant plus vraisemblable, que le camphre liquéfié par la chaleur possède le pouvoir rotatoire; mais l'expérience prouve qu'il n'en est pas ainsi du camphre cristallisé; car en combinant tantôt des lames isolées, tantôt des piles de lames bien pures, de plus de 4 millimètres d'épaisseur, avec une plaque de quartz à deux rotations, il m'a été impossible de découvrir la moindre altération dans la teinte normale de cette plaque (1).

D'après les observations de M. Marbach et d'après les miennes, on connaît donc maintenant:

1° Des dissolutions *inactives* fournissant des cristaux *actifs* (chlorate de soude);

2° Des dissolutions *actives* fournissant des cristaux *actifs* (sulfate de strychnine octaédrique);

3° Des dissolutions *actives* fournissant des cristaux *inactifs*, soit qu'en réalité ces cristaux ne possèdent pas la polarisation rotatoire, soit qu'ils la possèdent seulement dans des directions où elle ne peut pas être mise en évidence (camphre).

Recherches sur les conditions de l'existence ou de la non-existence de la reviviscence chez des espèces appartenant au même genre; par M. C. Davaine.

Depuis plusieurs années, j'ai commencé des recherches sur la propriété que possèdent certains êtres de retrouver, par l'humidité, les manifestations de la vie qu'ils ont perdues par une dessiccation plus ou moins absolue (2). Je me serais abstenu, jusqu'à ce que mon travail fût plus complet, d'en faire l'objet d'une communication à l'Académie, si de récentes publications sur ce sujet ne m'y avaient déterminé.

Les êtres sur lesquels ont porté mes expériences appartiennent aux rotifères, aux tardigrades, aux nématoïdes, aux infusoires et à quelques espèces végétales. L'objet de ma communication n'est point de déterminer le degré de dessiccation que ces êtres pourraient supporter sans périr, mais de constater l'existence ou la non-existence de la reviviscence chez ces êtres desséchés à l'air libre et dans des conditions semblables.

Ayant examiné à ce point de vue diverses espèces de rotifères, j'ai constaté, comme plusieurs observateurs, que celles qui habitent les mousses et le sable des gouttières jouissent de la propriété de se réviviﬁer après avoir été desséchées; mais cette propriété, je ne l'ai retrouvée chez aucun rotifère vivant dans les eaux des rivières ou des étangs, et c'est à ce fait surtout, sans doute, que la divergence d'opinion des contradicteurs de Spallanzani doit être imputée.

On sait que plusieurs espèces de tardigrades qui vivent parmi les mousses avec les rotifères se dessèchent et se révivifient comme ceux-ci; j'ai constaté l'absence complète de cette propriété chez une espèce de tardigrade dont j'ai trouvé un grand nombre d'individus à la surface de plantes constamment submergées.

Des recherches semblables entreprises sur plusieurs vers nématoïdes microscopiques m'ont donné des résultats identiques: l'anguillule du vinaigre, celle des ruisseaux (*anguillula fluviatilis*), périssent par une dessiccation d'une très-courte durée; celles qui se trouvent parmi les mousses, dans le sable de gouttières, celle du blé niellé, résistent à une dessiccation prolongée; cette dernière se révivifie même après plusieurs années; en outre, maintenue pendant cinq jours sous le récipient de la machine pneumatique, dans le vide desséché par l'acide sulfurique concentré, je l'ai vue retrouver les manifestations vitales après trois heures de séjour dans l'eau (3).

Enfin, parmi les végétaux (mousses, lichens ou conferves) qui croissent à la surface du sol, dans des lieux souvent desséchés, vivent plusieurs espèces d'infusoires; j'ai soumis à une dessiccation lente ces infusoires placés sur une lame de verre, et, sur la même lame de verre, j'ai traité comparativement de la même manière des infusoires d'espèces très-voisines pris dans l'eau d'un étang: les premiers se révivifient, même après plusieurs jours de dessiccation; les seconds, au contraire, périssent rapidement et constamment.

Des expériences semblables ont été faites sur diverses plantes microscopiques, et particulièrement sur celles qui sont douées de mouvements spontanés; des oscillaires prises à la surface du sol se sont révivifiées après plusieurs semaines de dessiccation; des conferves d'espèces très-voisines, douées aussi de mouvements spontanés, mais recueillies dans un étang, n'ont point retrouvé le mouvement, même après une dessiccation de quel-

(1) La déviation imprimée au plan de polarisation par le camphre fondu pris sous cette épaisseur aurait été d'environ 2 degrés.

(2) Davaine, Recherches sur la vie latente chez quelques animaux et quelques plantes. Comptes rendus de la Société de biologie, année 1859, p. 225.

(3) Davaine, Recherches sur l'anguillule du blé niellé; mémoire couronné par l'Institut, p. 40. Paris, 1857.

ques heures. Enfin, parmi les mousses se trouvent plusieurs espèces de diatomées chez lesquelles j'ai constaté que le mouvement reparaît après une dessiccation de plusieurs semaines. Rien de semblable ne s'est offert à mon observation pour celles que j'ai recueillies à la surface des plantes constamment submergées.

D'après tes expériences précédentes, je crois pouvoir conclure que les animaux et les végétaux appartenant aux familles dont j'ai parlé doivent être divisées en deux groupes sous le rapport de la réviviscence :

1° Les espèces qui vivent constamment submergées ne possèdent pas la propriété de reprendre tes manifestations de la vie après avoir été desséchées, même pendant un court espace de temps.

2° Les espèces qui vivent dans des lieux exposés aux alternatives de sécheresse et d'humidité possèdent au contraire cette propriété, même lorsque la dessiccation a été prolongée pendant un espace de temps relativement très-long.

NOTE SUR UN NOUVEAU GENRE DE MONSTRUOSITÉS DOUBLES APPARTENANT A LA FAMILLE DES POLYGNATHIENS; par M. C. DARESTE.

J'ai eu récemment occasion d'observer, grâce à une bienveillante communication de M. Geoffroy-Saint-Hilaire, deux cas de monstruosités appartenant à ta famille des monstres polygnathiens, dont les caractères ne se rapprochent point de ceux des genres déjà connus de cette petite famille, et qui, par conséquent, me paraissent devoir se rattacher à un type générique nouveau.

Le premier de ces monstres était un agneau de 6 semaines, né chez M. Jacquemart, ancien élève de l'Ecole polytechnique, et un des agriculteurs les plus distingués du département de l'Aisne. D'après les renseignements qui m'ont été fournis par M. Jacquemart lui-même, l'animal était d'une santé parfaite; il est mort étouffé pour avoir avalé avec trop d'avidité la pulpe de betterave qui servait à sa nourriture. Cet animal portait au côté droit du cou une bouche accessoire par laquelle on voyait le lait s'écouler lorsque l'animal tetait, et qui, par conséquent, communiquait avec le pharynx. La pièce tératologique était déjà fort altérée au moment où je l'ai reçue. Je n'ai donc pu me rendre compte de la manière dont cette communication était établie. J'ai pu constater seulement que la peau présentait, dans la région droite du cou, une ouverture de près de 3 centimètres. Il y avait à côté de cette ouverture un petit appendice de 2 centimètres de long, velu en dehors et recouvert en dedans d'une membrane muqueuse, dont les bords ressemblaient à une lèvre inférieure, et qui portait sur sa face interne un petit os informe, mais portant à son extrémité deux dents incisives parfaitement reconnaissables, et entièrement semblables par leur forme et par leur grandeur à celles du sujet principal. Ce petit os ne présentait aucune adhérence avec les mâchoires du sujet principal. Le sujet principal ne présentait d'ailleurs aucune modification, si ce n'est une courbure assez prononcée dans la branche gauche du maxillaire inférieur.

Cette description est malheureusement incomplète; mais on peut, à certains égards, remplacer ce qui lui manque par la description d'un cas tout semblable, et appartenant également à l'espèce du mouton, dont la description a été donnée par Mayer. C'était un agneau d'un an et demi, portant sur le côté droit une seconde bouche, qui communiquait à l'aide d'un canal avec l'œsophage. Cette bouche accessoire présentait une petite langue, unie par la racine à celle du sujet principal, et une mâchoire inférieure, représentée par un os informe, garni de trois incisives, et dont l'extrémité postérieure se perdait dans le tissu cellulaire du voisinage de l'oreille.

La seconde pièce que j'ai examinée provient d'un agneau de 8 mois. Il existe à la région parotidienne, au-dessous de l'oreille, un appendice d'un peu plus de 3 centimètres de long, velu en dehors et présentant en dedans une membrane muqueuse avec des papilles presque aussi développées que celles qui dans le mouton revêtent la membrane muqueuse des lèvres, mais qui n'existent que sur un des côtés de cette membrane muqueuse. A l'endroit où s'insère cet appendice, qui l'on peut comparer à une lèvre inférieure, on voit une petite masse dure, informe, n'atteignant pas 1 centimètre dans sa plus grande longueur, et qui représente, selon toute apparence, le maxillaire inférieur ; puis immédiatement après, une petite masse molle, charnue, qui rappelle la langue par sa forme et par son aspect. Derrière la langue, on voit une très-petite ouverture, de quelques millimètres seulement. C'est l'orifice d'un canal, ayant à peu près le calibre d'une plume à écrire. Ce canal, assez long, passe au-dessus des cornes styloïdiennes de l'os hyoïde et du muscle stylo-pharyngien; il pénètre dans l'intérieur des parois du pharynx et vient se terminer dans l'épaisseur des courbes musculeuses qui forment le voile du palais, à la pointe même de cet organe. Cette terminaison se fait par un cul-de-sac, et par conséquent l'intérieur de ce conduit ne communique en aucune façon avec la cavité pharyngienne du sujet principal. Cette condition anatomique est donc entièrement contraire à celle que j'ai signalée dans le sujet précédent. La lèvre accessoire est entièrement formée par un tissu fibreux, contenant dans ses aréoles des amas de graisse, et ne présentant point de fibres musculaires. Tout ce petit appareil est mis en mouvement par des fibres musculaires appartenant au muscle digastrique, dont le ventre antérieur, après s'être inséré comme d'ordinaire sur le maxillaire inférieur, le dépasse en arrière et vient s'attacher à l'extrémité de la petite lèvre.

Ces deux monstruosités, bien que différant entre elles par un caractère anatomique important, la communication de la petite bouche avec l'œsophage dans la première, et l'absence d'une semblable communication dans la seconde, se ressemblent d'ailleurs beaucoup, et appartiennent évidemment à un même type générique, mais qui ne rentre dans aucun de ceux qui ont été établis jusqu'à présent. Dans son ouvrage classique sur la tératologie, M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire a indiqué, sous le nom de *paragnathe*, un genre de monstres polygnathiens qui possède des caractères très-semblables à ceux que je viens de faire connaître ; mais le genre paragnathe diffère de celui que je crois nécessaire d'établir par un caractère très-important. Dans les paragnathes, l'union des deux sujets composants se fait par la soudure des parties osseuses, et la petite mâchoire du sujet parasite est attachée à la branche montante du maxillaire inférieur du sujet principal. Au contraire, dans les deux cas que je viens de décrire, et dans celui de Mayer que j'ai brièvement rappelé, rien de pareil n'a lieu, et l'union du parasite au sujet principal ne se fait que par les parties molles.

Déjà, il y a plusieurs années, M. Auzias-Turenne a établi sur un semblable caractère un nouveau genre tératologique, appartenant à la même famille, dans lequel le sujet accessoire est attaché seulement par les parties molles au plancher de la bouche; il l'a désigné sous le nom de *myognathe*. Le nouveau genre que je décris devra prendre place à côté du genre myognathe. On pourrait le désigner sous le nom de *plésiognathe*.

NOUVEL EXEMPLE DE CROISEMENT FÉCOND DU CANIS LUPUS ET DU CANIS FAMILIARIS; par M. HOLLARD.

Aujourd'hui les exemples d'accouplement du chien domestique et du loup à l'état de liberté sont devenus assez nombreux ; mais ils n'ont pas perdu pour cela de leur intérêt : bien au contraire, car le nombre de ces exemples donne au fait dont il s'agit le caractère d'un fait général qui, par cela même, et eu égard à la fécondité de ce croisement, semble abaisser de plus en plus la barrière qui sépare ces deux espèces du genre *canis*, trop longtemps et trop absolument réputées antipathiques l'une à l'autre. Je ne rappellerai pas pas ici tout ce que les expériences faites à la ménagerie du Muséum et ailleurs, depuis Buffon à M. Flourens, nous ont appris sur cette fécondité et sur les caractères de ses produits, non plus que les observations recueillies de divers côtés sur les métis trouvés à l'état sauvage et de liberté. Je me borne à ajouter aux faits antérieurs un exemple nouveau et récent.

Au commencement d'avril dernier, on m'apporta à la Faculté des sciences de Poitiers, de la part de M. le préfet de la Haute-Vienne, et avec prière d'en déterminer l'espèce, six jeunes animaux présentés à la préfecture sous le titre de loups, et qu'on venait de trouver avec trois autres individus semblables dans les bois d'une commune voisine (Nouaillé). Les paysans qui avaient fait cette prise et qui en réclamaient le prix de l'autorité départementale, assuraient que depuis quelque temps une louve se montrait fréquemment dans les environs de leur village, et dans les bois où ils avaient recueilli la nichée. En examinant ces jeunes animaux, qui pouvaient être âgés de 15 jours, je me convainquis que j'avais sous les yeux des métis de loup et de chien.

Chez tous, le fond du pelage est fauve avec une nuance tantôt grisâtre, tantôt un peu rousse, selon les individus. Cette nuance, qui s'éclaircit sur les parties inférieures et internes du corps et des membres, se fonce au contraire beaucoup et tourne même au brun sur le dos, où se dessine, à partir du garot, une zone médiane uniformément noirâtre ou tiquetée, qui se prolonge sur la queue avec toute la régularité d'une livrée. Chez tous aussi la bande brune signalée sur les jambes antérieures du loup est assez bien indiquée.

Quelques-uns de nos métis ont d'ailleurs les paupières et le museau noirs, les yeux plus ou moins obliques.

A côté de ces traits qui rappellent le loup, je signalerai chez tous des oreilles pendantes, chez quelques-uns des taches blanches sur le front, sous le menton, à l'origine des pattes, au bout de la queue ; chez plusieurs aussi l'horizontalité des yeux, autres caractères de variation qui appartiennent aux chiens domestiques.

Je conserve deux de ces jeunes à la Faculté de Poitiers, et me propose d'en faire prochainement hommage à la ménagerie du muséum.

— MM. POISEUILLE et LEFORT annoncent que, depuis la présentation de leur mémoire sur la glycogénie, ils ont continué à Alfort et au Jardin des Plantes leurs expériences sur ce sujet ; les résultats obtenus leur semblant de nature à entraîner la conviction de la commission chargée de juger leur travail, ils désirent vivement l'en rendre témoin et en conséquence ils se mettent à sa disposition pour le jour qu'elle voudra bien leur indiquer.

Le premier travail ayant été soumis à la commission des prix de médecine et de chirurgie, cette lettre lui sera également soumise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Prévost, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Hazebrouck, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Saint-Sylvestre-Cappel, en 1859;

2° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné, en 1858, dans les dé-

partements des Côtes-du-Nord, de Loir-et-Cher et du Cantal (Comm. des épidémies);

3° Les rapports de M. le docteur Basset, sur les eaux minérales de Saint-Nectaire;

De M. le docteur de Miramont, sur les bains de mer d'Étretat;

De M. le docteur Baron, sur les eaux minérales de la Motte;

De M. le docteur Cisseville, sur les eaux de Forges (Seine-Inférieure);

De M. le docteur Sylve, sur les eaux de Digne;

De M. le docteur Chabrand, sur les eaux du Monétier pendant l'exercice de 1857. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire de M. le docteur Lespiau, médecin-major, intitulé : « Examen de divers procédés proposés pour remplacer, dans l'agglomération des houilles, le goudron obtenu pendant la fabrication du gaz de l'éclairage. » (Comm. : MM. Devergie, Bouchardat et Wurtz.)

REMÈDES SECRETS.

M. Robiquet, au nom de la commission de remèdes secrets, lit un certain nombre de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

DÉTERMINATION DES PROPORTIONS DES ACIDES CARBONIQUE OU SULFHYDRIQUE DANS LES EAUX NATURELLES OU MINÉRALES.

M. Gaultier de Claubry lit une note sur « la détermination, dans les eaux naturelles ou minérales, des proportions des acides carbonique ou sulfhydrique libres ou combinés aux bases. » (Voir au compte rendu de l'Académie des sciences.)

— M. O. Reveil, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, dépose sur le bureau, sans en donner lecture, un mémoire «sur l'infection des eaux de source par les produits des usines, et principalement ceux des usines à gaz. (Comm. : MM. Bussy, Boudet et Devergie.)

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

M. O. Reveil lit ensuite un mémoire sur ce sujet, et dont voici les conclusions :

1° Le nombre progressif d'empoisonnements par le phosphore doit être attribué à la facilité avec laquelle on peut se procurer des préparations qui en contiennent. En raison de ce fait bien constaté, il importe que des mesures soient prises d'urgence pour s'opposer à l'état actuel des choses. La seule mesure à prendre, c'est la substitution au phosphore ordinaire, pour la fabrication des allumettes, du phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux, comme l'ont démontré les expériences de MM. Bussy, de Vry, Lassaigne, Chevallier, Reynal, L. Orfila, Rigout, et les nôtres.

2° Le phosphore ordinaire, en petits fragments, peut séjourner plusieurs heures et mêmes plusieurs jours dans l'organisme, sans que pour cela il détermine des accidents graves.

3° Le phosphore très-divisé, tel qu'il se trouve quand il est dissous dans les corps gras, peut être absorbé en nature; conséquemment, ces corps gras facilitent son action. Par suite de ce phénomène, il peut être porté dans les organes où il n'a pu pénétrer par la voie de la circulation générale.

4° Il est facile de constater la présence du phosphore dans les organes où il n'a pu pénétrer que par voie d'absorption.

5° Si l'inflammation produite par le phosphore au contact concourt à aggraver les accidents, elle peut, même à elle seule, amener la mort, et, dans le plus grand nombre des empoisonnements, cette inflammation n'est pas nécessaire pour la produire.

6° Il n'est pas exact de dire que le phosphore est vénéneux, parce qu'il s'oxyde dans l'économie; les produits de son oxydation n'agissent que comme acides concentrés, et ils sont sans action lorsqu'ils sont dilués. C'est ce que prouvent suffisamment les expériences de M. Personne, et celles qui sont consignées dans ce travail.

7° A notre avis, les désordres nerveux observés dans l'empoisonnement qui nous occupe doivent être attribués, non pas, comme on l'a dit, à une action directe du phosphore sur le système nerveux, mais bien à une action secondaire produite par l'obstacle qu'apporte le phosphore mêlé au sang, à la transformation du sang veineux en sang artériel.

Des expériences en cours d'exécution viendront, nous avons lieu de l'espérer, confirmer cette opinion.

8° La magnésie agit très-bien pour combattre l'empoisonnement par le phosphore. Son action s'explique non-seulement en admettant qu'elle sature les acides formés, mais encore comme délayant, en enrobant, pour ainsi dire, la matière toxique.

L'amidon, dans le plus grand nombre des cas, produit le même effet.

9° Les recherches ayant pour but de constater un empoisonnement par le phosphore doivent être divisées en trois séries d'opérations :

a Constater la présence du phosphore en nature;

b Rechercher les produits d'oxydation du phosphore;

c Déterminer la quantité de phosphore contenu dans un poids connu de matières suspectes, et la comparer au phosphore que l'on trouverait dans un poids égal du même organe non empoisonné.

10° De ces trois séries d'opérations, la première seule peut suffire pour qu'un expert puisse se prononcer en toute sécurité. Les deux dernières séries d'expériences ne peuvent que confirmer les résultats de la première, et établir seulement des présomptions, lorsqu'elles sont mises isolément en pratique.

11° Il est possible de rechercher le chlorate de potasse en employant le mode que nous avons indiqué, lorsque l'empoisonnement a été produit par les allumettes chimiques.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Devergie, Chevalier et Poggiale.

ÉTUDE CHIMIQUE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DES GAZ INJECTÉS DANS LES TISSUS DES ANIMAUX VIVANTS.

M. Leconte lit un mémoire ainsi intitulé, qui lui est commun avec M. Demarquay, et dont voici les conclusions :

1° L'air, l'azote, l'oxygène, l'acide carbonique et l'hydrogène ne produisent aucun effet nuisible lorsqu'ils sont introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le péritoine.

2° Tous ces gaz sont résorbés après un temps plus ou moins long, et avec une rapidité qui varie depuis quarante-cinq minutes (acide carbonique) jusqu'à plusieurs semaines (azote). La rapidité de la résorption s'est toujours présentée dans l'ordre suivant : acide carbonique, oxygène, hydrogène, air et azote.

3° Un gaz quelconque injecté dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine détermine constamment une exhalation des gaz que renferment le sang et les tissus.

4° Il se produit, après l'injection des gaz, des mélanges plus faciles à résorber que le gaz le moins résorbable qui y est contenu, de telle sorte que la résorption de ce dernier ne commence que quand il est mêlé en certaines proportions avec les autres gaz exhalés.

5° En général, l'exhalation des gaz du sang ou des tissus a été plus considérable dans les expériences faites pendant la digestion que dans les expériences faites à jeun, et plus encore dans le péritoine, que dans le tissu cellulaire.

6° La rapidité de l'absorption n'a pas semblé modifiée par l'état de jeûne ou de digestion.

7° De tous les gaz injectés, l'hydrogène est celui qui détermine l'exhalation la plus considérable des gaz du sang, à ce point que, quand l'hydrogène a déjà disparu du mélange, l'animal conserve encore le volume qu'il présentait au moment de l'injection, ce qui pourrait faire croire à la non-absorption de l'hydrogène, si l'analyse chimique ne venait éclairer le phénomène.

8° La rapidité de la résorption des gaz par le sang n'est pas toujours en rapport avec leur solubilité dans l'eau (azote et hydrogène).

9° Si, dans les injections d'air dans le tissu cellulaire et dans le péritoine, il y a constamment absorption d'oxygène et exhalation d'acide carbonique, ce qui, sous ce rapport, rapproche ce phénomène de la respiration pulmonaire, l'on ne saurait cependant considérer ces deux faits physiologiques comme identiques, car, dans le cas des injections, les rapports entre l'acide carbonique exhalé et l'oxygène absorbé varient sans cesse.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1859;
par M. Le Gendre, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

(Suite et fin.)

I. — Physiologie.

3° CŒURS DE GRENOUILLES PLONGÉS DANS L'EAU SALÉE. ABOLITION RAPIDE DES MOUVEMENTS RHYTHMIQUES ET DE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE. RETOUR DES MOUVEMENTS RHYTHMIQUES APRÈS UNE IMMERSION PLUS OU MOINS PROLONGÉE DANS L'EAU PURE; par M. Vulpian.

M. Vulpian communique à la Société les résultats d'expériences qu'il a faites relativement à l'action d'une dissolution aqueuse de chlorure de sodium sur le cœur des grenouilles.

Exp. I. — On a fait une dissolution aqueuse de chlorure de sodium, environ au 1/100°. Un cœur enlevé sur une grenouille vivante a été complétement plongé dans ce liquide. Après quelques instants les mouvements se sont arrêtés. Il a été laissé ainsi plongé pendant dix minutes; on l'a ensuite placé dans l'eau pure; les mouvements ont reparu très-rapidement.

Exp. II. — Le cœur est demeuré dans l'eau salée pendant vingt minutes, et placé alors dans l'eau pure, il a commencé à battre au bout de dix minutes.

Exp. III. — On a enlevé sur une grenouille morte le cœur qui ne battait plus que très-lentement, mais dont les mouvements étaient réguliers. On l'a mis dans la dissolution salée à trois heures moins un quart. Il n'y a eu que cinq à six mouvements avant l'arrêt complet. On laisse le cœur dans l'eau salée jusqu'à quatre heures un quart, c'est-à-dire pendant une heure et demie. On le plonge alors dans l'eau pure. Les battements renaissent à quatre heures trente-cinq minutes, c'est-à-dire au bout de vingt minutes (12 janvier 1859).

Exp. IV. — (21 avril 1859). — On enlève le cœur d'une grenouille vivante: il bat trente fois par minute. On le met dans l'eau salée à trois heures un quart. Il y a une vingtaine de mouvements avant l'arrêt complet. Il demeure dans l'eau salée jusqu'à quatre heures cinq minutes, c'est-à-dire pendant cinquante minutes. Pendant ce temps, de grandes modifications se sont faites dans l'aspect du cœur. Comme dans les expériences précédentes, l'arrêt s'est fait dans un état moyen, entre la contraction et la dilatation du ventricule. Cette partie du cœur, d'abord rosée, devient de plus en plus blanche, un peu jaunâtre, en même temps qu'elle perd son apparence lisse. Elle est très-finement mamelonnée par une légère corrugation qu'elle a subie. Le cœur est mis, comme je l'ai déjà fait entendre, dans l'eau à quatre heures cinq minutes. Peu à peu il reprend en grande partie son aspect normal et sa teinte primitive. Ce n'est qu'à cinq heures dix minutes, après une heure cinq minutes d'immersion dans l'eau pure, que les contractions et dilatations alternatives se réveillent, d'abord dans les oreillettes, puis dans le ventricule dont les mouvements ne deviennent manifestes qu'à cinq heures vingt minutes. Le mouvement rhythmique du cœur ne tarde pas à s'affaiblir dans l'eau pure; il redevient assez prononcé dès qu'on a retiré le cœur de l'eau. A six heures moins vingt minutes, il y a encore huit à dix mouvements par minute. A six heures moins un quart, il n'y a presque plus rien.

Exp. V. — (Même jour que la précédente.) — On met dans l'eau salée un cœur enlevé d'une grenouille vivante, à trois heures trente minutes. Il battait, avant d'être enlevé, quarante-huit fois par minute. On le laisse dans l'eau salée jusqu'à cinq heures dix minutes, par conséquent pendant une heure quarante minutes. Il a subi les modifications qui ont été signalées plus haut. On le plonge dans l'eau pure à cinq heures dix minutes : les mouvements reparaissent à six heures, au bout de cinquante minutes; mais ils sont très-faibles : on en compte seize par minute.

Les expériences d'Eckhard rendent très-bien compte de l'arrêt des mouvements du cœur plongé dans l'eau salée. Le chlorure de sodium agit sur les extrémités des nerfs vagues, les excite et détermine la suspension des contractions cardiaques : mais cet effet n'est pas le seul qu'il produise.

M. Vulpian fait remarquer que dans ses expériences, il a vu, au bout de quelques minutes, l'irritabilité des fibres musculaires du cœur diminuer et disparaître. Dans les expériences 3, 4, 5, lorsqu'on a retiré le cœur de la solution saline, ses fibres musculaires ne répondaient plus aux excitations, soit mécaniques, soit galvaniques. Or, sous l'influence de l'eau pure, le chlorure de sodium qui avait agi sur ces fibres, et qui avait pénétré plus ou moins profondément, a été considérablement étendu, et, en grande partie, enlevé du tissu du cœur. L'irritabilité musculaire a alors reparu, et en même temps, ou peu après, les mouvements rhythmiques se sont réveillés. C'est sur ce fait du retour des mouvements rhythmiques après une longue suspension, et après l'abolition apparente de toute contractilité musculaire, que M. Vulpian appelle surtout l'attention.

M. Vulpian a essayé la même expérience sur des cœurs de crapaud: or chez cet animal, le cœur présente une singulière résistance à l'action du chlorure de sodium en solution aqueuse. Les mouvements rhythmiques ont continué à se faire, dans certains cas, pendant près d'un quart d'heure. Il ignore si les mouvements rhythmiques, une fois abolis, peuvent se rétablir à la suite d'une immersion suffisamment prolongée dans l'eau pure. Ils n'ont pas reparu dans les cas peu nombreux qu'il a observés.

II. — Anatomie pathologique.

Oblitération complète du vagin chez une femme agée; par MM. les docteurs Le Gendre et Bastien, prosecteurs des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'une femme qui servait aux manœuvres opératoires à l'amphithéâtre des hôpitaux. Le sujet était âgé d'environ 60 ans. Les parties génitales externes étaient normalement conformées; mais, en introduisant le doigt dans le vagin, on était arrêté bientôt par un obstacle constituant une véritable oblitération qui empêchait de sentir le col utérin. La longueur du canal du vagin, mesurée de l'ouverture de l'urètre à l'oblitération, était de 43 millimètres. La muqueuse de ce conduit était rosée, normale, avec les rides que l'on rencontre ordinairement dans le vagin; au fond, au contraire, elle devenait lisse, blanchâtre, assez épaisse, tout à fait comparable à des traces de cicatrices anciennes.

La dissection complète des autres organes a montré les rapports de cette oblitération avec l'utérus. Celui-ci était tout à fait normal pour le volume, et ses annexes, trompes, ovaires, ligaments larges, ne présentaient rien de particulier; il était tout à fait libre d'adhérences, soit du côté du rectum, soit du côté de la vessie : la dissection complète du bas-fond de ce réservoir a montré qu'il n'existait aucune trace d'adhérence ancienne entre elle et l'utérus ou avec le vagin. Il est assez difficile de limiter le museau de tanche, parce que son extrémité se confond tout à fait avec l'extrémité supérieure du vagin oblitéré. Cependant on peut prendre la longueur totale de l'utérus, du sommet du museau de tanche à l'extrémité du corps, qui est de 68 millimètres. La cavité utérine ouverte mesure 58 millimètres : elle n'est pas dilatée; mais le rapport qui existe entre le corps et le col paraît un peu changé. En effet, si l'on mesure la longueur de ce dernier, dont les limites sont parfaitement appréciables à l'œil nu, par la disposition des rides de l'arbre de vie qui le limitent en haut, on trouve qu'il a en longueur 35 millimètres, c'est-à-dire la moitié de la longueur totale de la cavité utérine.

En avant du sommet du museau de tanche, il existait une petite cavité dépendante du vagin, dilatée par du mucus altéré jaunâtre avec de la matière caséeuse qui remplissait aussi un peu la cavité du col de l'utérus. La membrane muqueuse qui tapissait cette petite cavité était rouge et présentait une injection des capillaires très-prononcée. Tout le reste du conduit vaginal est oblitéré et se présente sous forme d'un cordon fibreux confondu avec la veine cellulaire environnant cette région, assez résistant, de l'épaisseur du petit doigt, et ayant en longueur 23 millimètres.

Ainsi, l'oblitération est complète du côté de l'orifice vulvaire et du côté de l'ouverture utérine. Cette lésion, d'après l'apparence des tissus, paraît avoir été produite par une altération du vagin dont il est difficile de spécifier la nature, n'ayant aucun renseignement sur cette maladie, mais très-probablement inflammatoire. On peut seulement rejeter toutes les opinions qui tendraient à admettre une lésion des organes environnants, tels que la vessie, le rectum, puisque ces organes, ainsi que le périnée, étaient tout à fait sains; il n'y a donc pas eu de déchirure, de gangrène du côté de ces organes concomitant avec une lésion du vagin. Cette femme avait eu des enfants, et l'on peut aussi admettre l'ancienneté de la lésion d'après l'apparence du tissu de cicatrice du vagin qui avait pris tout à fait l'apparence de la muqueuse normale du conduit; cependant cette ancienneté de la maladie ne doit pas dépasser l'époque de la cessation des règles, puisque nous n'avons trouvé aucune sécrétion abondante ayant formé un dépôt dans la petite portion du vagin qui était restée perméable en avant du museau de tanche; le mucus altéré qu'il renfermait paraîtrait venir de la sécrétion normale de l'utérus.

III. — Pathologie.

1° Rétrécissement de l'œsophage chez un sujet de 70 ans, mort subitement d'apoplexie pulmonaire; par M. Laborde, interne des hôpitaux.

Entré à l'infirmerie, salle Sainte-Foy (hospice de Bicêtre), le 18 février 1859, avec toutes les apparences d'une bonne santé, se plaignant seulement de quelques difficultés dans la déglutition. Il raconte que les aliments, soit solides, soit liquides, s'arrêtent aussitôt qu'ils ont franchi la *moitié de son cou*, et que, bientôt après, ils sont fatalement rejetés au dehors. Une sonde œsophagienne, introduite, dès le début, par M. Després, chirurgien de Bicêtre, ne rencontre aucun obstacle, et pénètre, au vol pour ainsi dire, jusque dans l'estomac. Du reste, les liquides ingurgités sous nos yeux passent assez facilement, et le malade ne peut, dans les premiers jours, nous montrer la moindre matière vomie. Point de tumeur appréciable au cou. Nous sommes tenté, dès lors, de rapporter les difficultés dont se plaint le malade, ou à un rétrécissement spasmodique du conduit œsophagien pendant l'ingestion des aliments, ou à une *simulation* de la part du sujet, qui paraît se plaire à l'infirmerie.

Cependant le refus obstiné du malade de prendre les aliments qui lui sont accordés, ses appréhensions croissantes et ses plaintes nous forcent bientôt de croire à quelque chose de réel. D'ailleurs, les difficultés augmentent peu à peu, et trois semaines environ après l'entrée du malade, il nous est permis de constater bien positivement et à plusieurs fois le rejet de matières indigérées et des liquides rendus presque aussitôt après leur déglutition. Réintroduite alors par nous-même, la sonde œsophagienne est subitement arrêtée après avoir franchi environ le tiers supérieur de l'œsophage, et ce n'est qu'à l'aide d'un effort assez considérable qui arrache un cri de douleur au malade que nous parvenons à la faire pénétrer plus avant. Tout en ne permettant plus le moindre doute relativement à l'existence réelle d'un rétrécissement de l'œsophage un peu au-dessous de son tiers supérieur, cette petite opération a, de plus, paru atténuer les difficultés de l'ingestion des aliments, et le malade, heureux de cette amélioration passagère, nous suppliait, deux jours après, de lui *ramoner* de nouveau, selon sa burlesque expression, sa *cheminée*. Mais cette fois la sonde fut irrésistiblement arrêtée, et de l'endroit qu'il nous était impossible de lui faire franchir (niveau du rétrécissement) s'écoulèrent en abondance, par le conduit de la sonde, des matières indigérées et des liquides muqueux et filants. Cela se passait vers les premiers jours d'avril. Dès ce moment le malade ne gardait plus que quelques cuillerées de bouillon et du vin de Bordeaux pris en très-petite quantité. Nous songions à l'essai de la dilatation progressive, lorsqu'il mourut subitement dans la nuit du 9 avril.

Outre une apoplexie pulmonaire double et foudroyante, cause évidente de la mort subite, l'autopsie permit de constater, ainsi que le démontre la pièce mise sous les yeux de la Société, un rétrécissement circulaire de l'œsophage siégeant dans la portion moyenne du col (siége très-insolite), au point où il répond presque immédiatement à la bifurcation de la trachée, et plus particulièrement à la naissance de la bronche gauche; rétrécissement tel, qu'il est à peine possible d'introduire en cet endroit du conduit œsophagien l'extrémité du petit doigt. Immédiatement au-dessus du point rétréci se voit une large dilatation ampullaire, espèce de jabot qui fait rarement défaut en pareille circonstance, et qui contient, dans le cas présent, une assez grande quantité de matières alimentaires indigérées. Le rétrécissement lui-même est constitué par une bandelette qui embrasse circulairement le conduit à la façon d'un lien large de 1 centimètre 1/2 environ, bandelette d'aspect nacré et donnant l'idée du tissu squirrheux. L'examen microscopique y fait découvrir, en effet, une très-grande quantité de cellules *fusiformes*, *fibroplastiques*, très-caractérisées, entourées d'amas de granulations moléculaires amorphes, mêlées à quelques plaques d'épithélium cylindrique appartenant à la muqueuse œsophagienne et à deux ou trois lambeaux de *fibres musculaires striées en travers* (dessin soumis à la Société). En résumé, cette pièce pathologique et l'observation clinique qui s'y rattache, présentent les particularités remarquables suivantes :

1° Existence d'un rétrécissement organique de l'œsophage, constitué par une tumeur circulaire de nature fibroplastique, dans un point de ce conduit où de pareils rétrécissements n'ont été presque jamais rencontrés. (Presque toujours ils occupent la partie inférieure et surtout supérieure de l'œsophage. — Velpeau, Mondière, Follin, etc.; etc.)

2° Progrès rapides de l'affection locale et des accidents provoqués par elle, puisque la sonde œsophagienne introduite, sans obstacle aucun, lors de l'entrée du malade, *ne pouvait plus franchir* la partie moyenne du conduit un mois et demi après. A cette dernière époque les aliments solides ne passaient plus, et c'est à peine si le malade pouvait faire parvenir jusqu'à l'estomac quelques cuillerées de bouillon et de vin.

3° Nous citerons enfin, comme particularité histologique intéressante fournie par l'examen microscopique et à l'encontre de l'opinion de M. Sappey, la présence réelle dans le tissu musculaire de l'œsophage (à l'endroit du moins où siégeait le susdit rétrécissement), la présence de *fibres musculaires striés* déjà mentionnés, du reste, par Schwann et Valentin.

2° CAS DE DYSTOCIE PAR UN KYSTE HYDATIQUE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE; par M. BLOT.

M. BLOT présente une certaine quantité de liquide extrait d'un kyste hydatique qui en contenait un demi-litre. Cette tumeur, située dans la cloison recto-vaginale, existait chez une jeune femme de 24 ans et mettait un obstacle absolu au passage de la tête d'un fœtus à terme à travers le vagin, qui se trouvait comblé en partie par cette tumeur. Une simple ponction faite avec un trocart courbe suffit à évacuer complétement la tumeur, et l'accouchement, qui languissait depuis trois jours, put se terminer spontanément au bout de vingt minutes par la naissance d'un enfant vivant. La ponction fut faite par le vagin.

Le liquide présenté par M. Blot est transparent, sans aucune odeur, d'une couleur légèrement opaline; traité par la chaleur, il ne donne aucun précipité. L'acide nitrique en petite quantité n'y produit non plus aucun changement, et on peut ainsi se convaincre qu'il ne contient pas d'albumine en proportion appréciable. Il ne fait subir aucune modification au papier de tournesol rougi par un acide. Il rougit à peine le papier bleu.

Quand on le traite par une grande quantité d'acide nitrique, il devient trouble, blanchâtre, et le produit de cette réaction ne se dépose pas au fond du verre à expérience, quel que soit le temps pendant lequel on le laisse reposer.

L'examen microscopique n'a fait découvrir qu'une grande quantité de globules huileux.

IV. — TÉRATOLOGIE.

CAS DE CYCLOPIE; par M. SAPPEY.

M. SAPPEY communique un fait de cyclopie. Ce vice de conformation présente plusieurs degrés. Dans le premier degré il y a deux yeux et deux orbites; seulement les deux organes de la vue sont rapprochés, ce qui donne à la physionomie des individus ainsi conformés quelque analogie avec celle de certains singes, d'où le nom de *cébocéphales* qui leur a été donné par M. Geoffroy-Saint-Hilaire. Dans le second degré, il n'y a plus qu'un seul orbite, mais il existe encore deux yeux qui sont très-rapprochés et séparés par un simple ruban cutané. Dans le troisième, les deux yeux commencent eux-mêmes à se fusionner, et leur fusion s'opère d'arrière en avant, de telle sorte qu'il n'existe en arrière qu'un seul nerf optique, une seule rétine, une seule choroïde, une seule sclérotique, tandis qu'antérieurement on observe deux cornées transparentes, deux iris, deux cristallins. Dans le quatrième, il n'y a plus qu'un seul globe oculaire dont le diamètre transversal est plus allongé que l'antéro-postérieur. Enfin, dans le cinquième, qui réalise la cyclopie la plus complète, le globe oculaire est unique et parfaitement conformé.

C'est un exemple de ce cinquième degré de cyclopie ou de cyclopie complète que M. Sappey présente à la Société de biologie. Il fait remarquer que les paupières ne participent pas à la fusion des orbites et des yeux. Chez cet enfant, qui est né à Brest et qui n'a vécu que quelques jours, on observe en effet les quatre paupières qui offrent la disposition suivante : Les deux paupières supérieures, soudées l'une à l'autre sur la ligne médiane, sont séparées sur le bord libre par un espace angulaire à sinus inférieur qui correspond au grand angle de l'œil et au lac lacrymal. Les deux paupières inférieures, unies aussi l'une à l'autre, sont séparées également sur la ligne médiane, du côté de leur bord libre, par un espace angulaire correspondant, comme celui qui sépare les deux supérieures, au grand angle de l'œil. Telle est la disposition de ces quatre paupières; elles sont très-régulièrement conformées et ne diffèrent de celles que présentent les enfants à cet âge que par leurs dimensions transversales réduites à peu près de moitié, de manière à s'adapter à celles du globe oculaire. Dans aucun des différents degrés de la cyclopie, même dans la cyclopie la plus complète, on ne paraît pas avoir observé jusqu'à présent la fusion des paupières.

V. — BOTANIQUE.

NOTE SUR PLUSIEURS VARIÉTÉS DE PRIMEVÈRES DÉRIVÉES DES PRIMULA OFFICINALIS ET ELATIOR; par M. GUBLER.

M. Gubler présente à la Société des variétés intéressantes de deux espèces de primevères spontanées aux environs de Paris. Ces variétés croissaient réunies dans une partie humide et ombragée du parc de Millemont (Seine-et-Oise), où la primevère officinale foisonne et prend un remarquable développement.

Outre l'espèce *primula officinalis*, type, qui est très-commune, on rencontre quelques touffes éparses du *P. elatior* conforme également à la description classique. Il existe aussi des formes intermédiaires entre ces deux espèces. Certains individus ont une hampe plus grêle que dans l'espèce vulgaire, une ombelle pauciflore (3-4 fleurs seulement), des fleurs plus grandes, à limbe plus plane, à peu près comme dans la primevère élevée. Mais leurs calices sont pubescents-blanchâtres, à peu près unicolores, grands et largement ouverts, comme dans la primevère officinale. Par tous ces caractères, ils méritent d'être considérés comme des hybrides des deux espèces auxquelles je les compare. Toutefois, ces hybrides offrent ceci de singulier que, généralement, leurs corolles sont de nuances jaune rougeâtre ou rouge-jaunâtre assez intenses. Toute la plante est plus colorée que dans les espèces d'où cette forme paraît dériver.

J'ai recueilli encore, dans la même localité, une autre variété curieuse, colorée comme l'hybride en question, ayant la taille, le port, les ombelles terminales nombreuses du *P. officinalis*, mais remarquable par le développement corolliforme de tous les calices; lesquels à peine plus longs parfois que dans la *P. elatior*, sont évasés en entonnoir ou en cloche, d'un vert blanchâtre pubescent sur les côtes saillantes, rougeâtres ou jaune rougeâtre dans les intervalles et sur les extrémités du limbe dont les divisions, toujours très-obscures, sont quelquefois tronquées à la manière des lobes de la corolle. Celle-ci est un peu plus grande et plus plane que dans la primevère officinale ordinaire.

Une semblable anomalie de la *P. acaulis* ou *grandiflora* n'est pas très-rare dans les jardins; mais ici la culture n'a été pour rien dans la production des formes que je viens de décrire, la nature en a fait tous les frais.

Je crois devoir spécialement insister sur l'hybride dont je viens d'esquisser les caractères, parce que je ne l'ai pas trouvé décrit.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA SUPPURATION ET DU DRAINAGE CHIRURGICAL; par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. — Paris, 1859, chez Victor Masson.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Après cette exposition générale de ses principes et de la méthode qu'il dirige contre ce phénomène si essentiellement pernicieux qui a nom suppuration, M. Chassaignac aborde l'etude de cet acte morbide dans chacun des tissus de l'économie en particulier.

Il commence cette longue discussion, qui forme autant de monographies complètes qu'il y a de têtes de chapitre, par l'examen des divers modes de suppuration du tissu cellulaire dont le phlegmon ou abcès phlegmoneux est le type. Discutant la question même de la formation des abcès chauds, il conclut de son expérience propre, des succès presque invariablement obtenus, par une seule ponction au trocart, d'abcès encore dans la période de crudité des auteurs, à l'unicité du foyer initial dans le phlegmon simple. C'est un point qui intéresse la pathologie générale et que semble bien positivement trancher la simple induction observatrice.

Un des chapitres importants de cette section de l'ouvrage est consacré à l'étude différentielle de certaines affections suppuratives trop souvent confondues entre elles, nous voulons parler du phlegmon spontanément diffus, ou diffus proprement dit, du phlegmon par diffusion ou phlegmon consécutivement diffus, et, de proche en proche, de l'érysipèle œdémateux, de l'œdème douloureux. Nous ne prétendons pas reproduire ici cette longue et intéressante dissertation, qui révèle chez l'auteur ces qualités d'observateur et de logicien de bon aloi qui ne donne rien à la fantaisie, mais dont les propositions, préparées à l'avance par le tranchant de son bistouri, sont formulées ensuite sans exagération comme sans insuffisance. Comparés avec les données classiques que lui apporte une forte érudition bibliographique, ces éléments nouveaux forment la base d'une étude sérieuse et profonde appelée à tenir une belle et honorable place dans l'histoire de la pathologie chirurgicale.

Cela fait, l'auteur passe en revue la suppuration dans ses rapports avec les bourses séreuses de glissement, avec la peau, les systèmes vasculaires, lymphatique et même musculaire, ou plutôt intermusculaire; puis il aborde l'étude de ce grand acte pathologique dans le système osseux. Ce chapitre met, plus que tout autre, en lumière les qualités éminentes que nous venons de reconnaître dans les pages précédentes.

Les suppurations qui se produisent dans la continuité des os, dit M. Chassaignac, doivent être considérées, au point de vue de l'élément

de l'os qu'elles attaquent; secondement, sous le rapport de la nature de la maladie qui les déterminent. Sous le premier aspect, on rencontre les abcès sous-périostiques ou à la surface de l'os, l'ostéo-myélite ou à son intérieur, enfin les abcès ostéitiques proprement dits ou dans son épaisseur. La nature spéciale de ces maladies est généralement carieuse, nécrosique, tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse.

Chacune de ces catégories est successivement entreprise par le savant chirurgien, et sous tous les points de vue qu'enseigne une longue et classique méthode; mais ce qui fixe particulièrement l'attention de l'auteur, le caractère qui révèle son rôle de clinicien, c'est l'importance qu'il attache au diagnostic et l'idée heureusement fixe qui le dirige de tirer de chaque donnée anatomique quelque conséquence diagnostique positive. C'est ainsi qu'il fixe les bases propres à faire distinguer chacune des divisions ci-dessus de l'affection osseuse, non-seulement entre elles, mais avec le phlegmon proprement dit interne, et le phlegmon diffus. C'est que le traitement est ici immédiatement lié à l'enseignement diagnostic, et que, dans ces régions profondes, l'anatomie pathologique est presque seule en état de fournir des notions précises, puisque, quelle que soit celle de ces affections à laquelle on ait affaire, la physiologie est muette par suite de la suspension absolue de la fonction.

Cette partie du travail de notre savant confrère est un ouvrage entier dont l'analyse ne saurait être, dans un article de cet ordre, que des plus incomplètes. Elle constitue une monographie qui n'a pas moins de trois cents pages, est riche d'un très-grand nombre d'observations servant de substratum à une critique extrêmement féconde. C'est une suite naturelle et logique au célèbre traité des maladies des os de J.-L. Petit, qu'elle complète avantageusement dans les *desiderata* forcés qu'il avait dû laisser à combler.

Nous venons de parcourir, dans le premier volume du substantiel ouvrage de M. Chassaignac, l'histoire complète de la suppuration, considérée d'une manière générale d'abord, puis étudiée dans chacun des tissus de l'économie : nous avons exploré, en un mot, avec l'auteur, tout ce qui, dans cette question, ressortit au domaine de la pathologie générale. Le second volume, contre-épreuve du premier, reprend cette même étude au point de vue pratique; il la poursuit dans chaque appareil, dans chaque organe, « *a capite ad calcem*, » dit l'auteur : c'est une vérification clinique des propositions générales, ou mieux encore, le tableau d'une longue expérience clinique dont le premier volume offre le résumé rationnel et la discussion.

Ce second volume offre même bien plus encore, et à chaque pas se rencontrent des remarques particulières où la science anatomique du chirurgien de Lariboisière apparaît dans toute sa fécondité. L'imagination n'y joue aucun rôle. Tout ce que renferme ce volume appartient à l'observation et à la logique inductive; on y trouve, sur tous les sujets, de ces remarques précieuses faites sans esprit de parti scientifique, mais qui viennent, par leur importance, ouvrir des points de vue nouveaux ou faire ressortir avec plus d'éclat quelque grande loi de physiologie pathologique. Nous citerons, par exemple, la conclusion suivante tirée, par notre judicieux confrère, de ses observations sur les plaies du crâne. Dans son opinion, et il est clair que, dans cet ordre de phénomènes, ce n'est pas ici une opinion abstraite, mais une impression laissée par l'expérience, la gravité de la contusion du cerveau ne serait due, en grande partie, qu'à une sorte de retentissement suppuratif ou phlegmoneux interne des suppurations de la surface ou des enveloppes: « L'observation ne nous apprend-elle pas, dit M. Chassaignac, que, dans presque tous les organes, la contusion est très-généralement exempte de suppuration? Des organes très-délicats sont presque réduits à un état d'attrition, et si aucune communication traumatique avec l'extérieur n'a existé, l'état normal se reconstitue merveilleusement, et il ne reste aucune suite d'une altération qui, anatomiquement, était très-profonde; d'autre part, l'expérience nous a appris que les suites de plaies de tête avaient généralement très-peu de gravité, quand on emploie le pansement par occlusion. Il semble que la bénignité de la suppuration externe se traduise à l'intérieur par l'absence des désordres graves. » Nous notons en passant, avec intérêt, cette remarque d'une haute importance en faveur de la doctrine qui voit dans le contact de l'air une influence si fâcheuse sur la marche des plaies, doctrine qui a donné naissance à la méthode sous-cutanée, et dont l'ouvrage tout entier de notre confrère est une éloquente démonstration.

Nous ne saurions vouloir suivre dans tous ses développements et article par article, ce consciencieux procès-verbal d'une carrière chirurgicale si pleine et si bien remplie. Nous nous bornerons à citer rapidement les chapitres qui nous ont paru mériter une attention plus spéciale, dans un ouvrage où rien, du reste, ne saurait, sans dommage, être passé légèrement par le lecteur.

Nous avons remarqué en premier lieu une méthode thérapeutique presque complète dans l'emploi, contre les suppurations des membranes oculaires, des douches prolongées d'eau froide. Des résultats très-brillants et dont la statistique est fournie à l'appui des conclusions de l'auteur, ont été obtenus par ce moyen dans les purulences graves de la conjonctive, l'ophthalmie des nouveau-nés en particulier. Nous recommandons expressément ce chapitre à l'attention des chirurgiens. Cette application n'est d'ailleurs qu'un cas particulier d'une méthode générale que l'auteur étend à la plupart des suppurations graves des muqueuses, et qui repose sur cette observation générale du chirurgien de Lariboisière, que les affections à sécrétion virulente s'entretiennent d'elles-mêmes sur place par une sorte d'inoculation incessante de leur virus. La maladie produit le pus inoculable, et le pus reproduit, à son tour, la maladie. On comprend, dès lors, l'importance qu'attache M. Chassaignac à enlever cet élément infectieux à mesure qu'il se produit. Nous le répétons, ce chapitre est digne, à lui seul, d'une extrême attention, c'est toute une monographie.

Dans l'histoire détaillée des suppurations thoraciques, nous devons également une mention particulière et expresse au traitement des abcès du sein. Toujours préoccupé de l'idée de faciliter l'issue du pus, de débarrasser de sa présence tous foyers, tous clapiers, tous diverticulums, M. Chassaignac a essayé successivement deux méthodes principales. L'une, que nous avons décrite en principe, consistait d'abord en de larges ouvertures et des lavages faits avec soin. Les grandes douleurs qui accompagnaient l'exécution de ce mode de traitement ont dû lui faire céder le pas à la méthode du drainage qui, à des succès égaux et aussi rapides, joint une diminution très-marquée de l'élément douleur.

Le praticien trouvera encore des détails et des principes très-précieux pour sa conduite dans l'étude des abcès pelviens, tant de la région iliaque, cause d'embarras et de craintes si fondés dans la pratique, que dans la région du périnée, de l'urètre et de la vessie.

Il ne s'arrêtera pas avec moins d'intérêt sur les applications du drainage aux suppurations si dangereuses du carpe et du tarse, et des régions métacarpiennes et métatarsiennes. Les abcès de ces régions ont été étudiés avec grand soin, et l'on ne s'en étonnera point si l'on considère combien fréquemment ils sont l'origine et le point de départ des phlegmons par diffusion des gaines tendineuses de l'article supérieur. La lecture des nombreuses observations rapportées par M. Chassaignac à l'appui de l'application de la méthode du drainage à ces sortes de suppuration, permet de conclure à sa parfaite utilité dans ces circonstances.

Notre tâche aurait encore à s'étendre si nous pouvions avoir la prétention de reproduire ici toutes les remarques favorables que nous avons été amené à faire pendant la lecture et l'étude de l'excellent ouvrage dont nous venons d'essayer de donner une idée à nos lecteurs. Ce que nous pouvons dire, c'est que dans ces deux volumes de près de 800 pages chacun, tout est neuf, ou du moins appartient à l'auteur, soit comme idée première, soit comme observation, soit comme vérification des propositions encore incertaines de la science. C'est le résumé d'une vie toute chirurgicale, aussi laborieuse qu'exacte et judicieuse dans ses recherches, que sincère dans ses affirmations. Si, ce que nous pensons comme M. Chassaignac, le rôle de la suppuration est prééminent dans les cinq sixièmes des cas à rencontrer dans un service chirurgical, nous ne craindrons pas de dire que son traité de la suppuration forme aussi les cinq sixièmes d'un cours complet et extrêmement neuf de pathologie externe; cours conçu en grande partie, nous le répétons, sous ces deux idées principales : entraver la production du pus et prévenir le séjour de celui qui a pris naissance, secondement mettre, autant que les circonstances le permettent, les foyers ou les plaies à l'abri du contact de l'air, cause incessante de purulence non moins que de putridité.

Quand on compare un ouvrage ainsi conçu, et dans lequel toutes les assertions nouvelles s'étayent sur des multitudes d'observations, avec tant de publications périodiquement calquées sur les précédentes, on ne peut que concevoir pour son auteur une estime qu'assurément tous ses lecteurs partageront avec nous. Ce traité deviendra nécessairement classique et aussi utile au praticien isolé qu'à l'élève qui en aura fait une étude attentive et sérieuse.

GIRAUD-TEULON.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE : DES EXCRÉTIONS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA VITALITÉ.

La mesure de la vitalité chez l'homme malade est, chez nos voisins d'outre-Manche, un sujet d'études plus attentivement exploré qu'il ne l'est dans nos écoles.

Le sujet cependant est important, et l'extrait qui va suivre, et dont nous empruntons les idées au BRITISH MEDICAL JOURNAL, montrera la valeur que peut prendre, au point de vue séméiotique, une considération attentive des produits des excrétions dans l'état de maladie.

Nous sommes tous plus ou moins familiers, dit le docteur Inman (de Liverpool), avec ce fait d'observation générale que les excrétions ne se décomposent pas, en général, pendant leur séjour dons leurs canaux naturels. Les matières fécales particulièrement peuvent être retenues des jours, des semaines, des mois sans éprouver d'altération putride, et cela même en présence des gaz nombreux qui peuvent distendre les circonvolutions intestinales et qui, ajoute M. Inman, ne diffèrent pas de façon sensible de la composition de l'air atmosphérique (1). Ne sait-on pas encore que, si l'urine retenue dans la vessie peut y devenir plus épaisse, y éprouver quelque modification de composition, elle est loin d'y subir des altérations de la nature de celles qu'y détermine un séjour tant soit peu prolongé, même en vase clos, mais en dehors du corps? M. Inman voit dans ces faits la preuve que les produits d'excrétion possèdent en eux, et tant qu'ils sont dans le corps, un certain pouvoir vital qui ne les abandonne même qu'après un certain temps de séjour au dehors de l'économie.

Nous ne nous arrêterons pas sur la justesse de l'expression *pouvoir vital*, employé par le médecin anglais; expression en désaccord avec les idées physiologiques françaises; nous dirons seulement que sous une dénomination qui peut prêter matière à débat, se cache cependant une observation exacte et dont les conséquences ne pourraient pas être infirmées par la discussion. Ce qui est au-dessus de la discussion, c'est le fait : et ce fait consiste en ce que les matières excrétées sont, dans leurs canaux naturels, plongées dans un milieu soumis à l'influence vitale, doué de résistance aux forces chimiques *ordinaires*, et que ces propriétés, dans l'étal normal, les suivent encore et persistent un certain nombre d'heures après l'expulsion du corps des matières excrétées. C'est ce pouvoir de résistance qui ici, à tort ou à raison, est désigné par M. Inman sous le nom de pouvoir vital. Il n'y a pas lieu à prolonger ici une dispute de mots.

(1) Il y a ici une erreur de fait, mais qui ne modifie en rien les observations ultérieures. Les gaz contenus dans l'intestin ne sont pas du tout semblables à l'air atmosphérique. Dans le gros intestin, ils consistent, comme l'a montré M. Chevreul, dans l'état de santé, en gaz azote, uni à l'acide carbonique et aux gaz hydrogène carboné et sulfuré ; et dans l'état de maladie (Chevillot, GAZ. MÉD., 1833), en une proportion plus grande encore d'azote et d'acide carbonique. En tous cas il existe, vers la fin du tube digestif, très-peu d'oxygène.

Laissons donc de côté ce point de philosophie organique, et voyons les motifs qui ont porté M. Inman à attribuer aux excrétions des propriétés de résistance à la décomposition chimique, variables avec les sujets et notamment avec la santé ou la vitalité de ces sujets. Voici d'abord la circonstance qui attira l'attention de notre confrère sur cet ordre de questions.

Il y a une douzaine d'années environ, un M. Ledoyen vint à Liverpool pour y propager un liquide désinfectant de son invention. Entre autres expériences, la suivante ne pouvait passer inaperçue. On avait conservé et mis à côté les unes des autres les déjections alvines d'un certain nombre de sujets affectés de fièvres et de maladies diverses, au nombre d'une trentaine environ, dans une petite chambre attenant à une salle d'hôpital. Ces produits étaient recueillis depuis douze heures à peu près lorsque M. Ledoyen commença ses opérations. Après quelques explications préalables sur les propriétés de son liquide, l'expérimentateur en laissa tomber quelques gouttes dans chaque vase. Or, quoique la quantité du liquide employé fût la même pour tous, les résultats variaient singulièrement de l'un à l'autre, et suivant les effets produits, nous entendions l'opérateur exprimer son opinion sur l'état des malades qui avaient fourni les garde-robes: Celui-ci, disait-il, n'est pas bien malade; en voilà un gravement atteint; celui-ci est bien bas; cet autre est quasi mort; et ainsi des autres.... Comme ces remarques étaient tout à fait exactes, on demanda à M. Ledoyen sur quoi il les fondait, et sa réponse fut que, dans le cours de ses expériences, il avait observé que les matières fécales se décomposaient plus ou moins rapidement, suivant le degré de faiblesse des individus d'où elles provenaient.

Ces remarques demeurèrent un certain temps plus ou moins improductives; mais de nouveaux faits les ont rappelées à l'esprit des observateurs.

Il n'est personne qui, ayant porté son attention sur les couches des petits enfants, n'ait observé que tant que les selles sont d'une belle couleur jaune, elles ont en même temps une certaine odeur *sui generis* qu'elles conservent une douzaine d'heures au moins. Mais que, pour quelque cause, comme affaiblissement de la nourrice, mauvaise qualité de l'alimentation, l'enfant vienne à perdre un peu de sa santé, les selles, à l'instant, changent non-seulement de couleur et de consistance, mais aussi d'odeur, et se décomposent en un très-court espace de temps. Quand il y a diarrhée, dépression excessive des pouvoirs vitaux, cette décomposition a même lieu en quelques minutes. Observation qui peut s'étendre aux autres sécrétions de l'enfant, aux urines particulièrement.

Or ce qui s'observe chez les enfants se rencontre également chez l'adulte; si, par exemple, on est appelé pour un cas de diarrhée, circonstance dans laquelle il y a *toujours* (nous sommes loin d'être aussi affirmatifs en France) plus ou moins de débilité présente, on se fait représenter les selles. Or si les visites ont lieu à douze heures d'intervalle *seulement* (la clientèle anglaise est observée de près), le médecin est généralement mis en présence d'une demi-douzaine de gardes-robes. Or tout médecin attentif ne peut manquer d'être frappé de la différence d'odeur et de couleur des cinq à six spécimens qui lui sont présentés; et prenant note des renseignements fournis par la garde-malade, il reconnaît que les résidus plus marqués en couleur et en puanteur sont

FEUILLETON.

LETTRES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

(Deuxième lettre.)

Caravaggio, 15 juin 1859.

Ainsi que nous le disions dans notre précédente lettre, les ambulances de l'Italie n'ont pas tardé de fonctionner dans leur rôle plus spécialement chirurgical, au passage du Tessin. Ç'a été une sanglante bataille où de part et d'autre on a combattu avec acharnement; c'est une belle victoire qu'une habile stratégie, secondée par la *furia francese*, vient de remporter sur les Autrichiens. On comprend que les grandes pertes éprouvées par l'ennemi n'ont pas été sans faire verser un sang précieux de notre côté. Tout était organisé pour porter les plus prompts secours aux blessés. Pour nous, en pareil cas, la règle est d'agir *cito, citissime*, conformément à l'urgence des circonstances et aux prévoyantes prescriptions de notre médecin en chef, M. l'inspecteur baron Larrey. Allez, nous a-t-il dit, au pont du Tessin, pansez le plus promptement possible les blessures, mettez les blessés en état d'être évacués sur les hôpitaux voisins, et ne perdons pas de temps aux grandes opérations qui peuvent être différées. Le *modus faciendi*, le 4 et le 5 juin, a donc été d'extraire à la hâte tous les projectiles et corps étrangers qu'on pouvait atteindre et de faire en même temps des pansements appropriés aux diverses blessures.

La plupart des blessures de tête n'ont nécessité que de simples pansements avec capeline, par la raison que les plaies pénétrantes de tête étant le plus souvent mortelles sur le coup, il ne reste que des blessés superficiellement atteints par les projectiles ou par l'arme blanche. Laver les plaies, en rapprocher les lambeaux, les recouvrir d'un plumasseau et faire un bandage contentif, est alors l'indication générale. Parmi les blessés de cette catégorie auxquels nous avons donné nos soins, était le colonel du 85e de ligne, régiment qui a beaucoup souffert.

Les blessures de la face peuvent être avec des désordres très-graves, tout en laissant intactes les facultés des blessés. Les os de la face peuvent être fracassés avec dilacération des chairs, hémorrhagies souvent inquiétantes, et le blessé venir de lui-même pour se faire panser. Un cas de ce genre nous a été offert par un fourrier du 23e de ligne qui avait les deux joues traversées et déchirées, le maxillaire inférieur brisé et la base de la langue en partie coupée par une balle. Les ranines et la faciale donnaient du sang abondamment. Nous avons tamponné avec des plumasseaux de charpie sèche, fait un bandage compressif en *fronde*. Comme le sang coulait encore, un bandage comme pour la compression et la temporale (*noué* de la tête, a arrêté l'hémorrhagie). Ce blessé ne pouvait pas articuler un mot, mais il écrivait rapidement sur son calepin ce qu'il éprouvait et désirait. Il avait soif, je voulus le faire boire par cuillerées : « Je ne puis rien avaler, écrivait-il, le bandage serre trop à la gorge. » Je l'ai serré, lui dis-je, au point voulu pour arrêter la perte de sang déjà inquiétante; si je le desserre l'hémorrhagie reparaîtra.

les plus anciens, tandis que leur apparence naturelle et récente caractérise les garde-robes les plus nouvellement rendues.

Or, pour simples que paraissent ces observations, encore faut-il reconnaître qu'elles sont loin d'être universellement prises en considération et utilisées pour la direction du malade. Il n'est pas rare que ces garde-robes simplement décomposées soient prises pour des excrétions de mauvaise nature et qu'on y puise l'indication de corriger l'action intestinale par l'emploi des mercuriaux. Or on voit l'effet produit : on débilite quand il y aurait, au contraire, indication de relever les forces du sujet.

Ce qui peut être de gravité secondaire dans les cas de simples dérangements, devient tout à fait sérieux dans les fièvres et généralement dans toutes les maladies caractérisées par une grande faiblesse. Le praticien doit donc tenir son attention éveillée sur ces apparentes viciations des humeurs et y reconnaître, quand elle existe, une indication de l'emploi des stimulants, des névrosthéniques, en un mot, savoir faire succéder judicieusement les toniques aux mercuriaux et aux autres altérants et évacuants, dès que leur rôle doit être considéré comme épuisé. Changement d'indications qui est trop souvent méconnu.

Il n'est pas à douter que ces remarques ne fussent également applicables aux autres produits des organes excréteurs, et qu'il ne fût intéressant d'observer les modifications qu'ils peuvent comporter et offrir, suivant l'état de santé ou de maladie. On en tirerait certainement des indices précieux sur la vitalité du sujet. Mais nous ne sommes pas dans l'habitude d'inviter les malades à conserver leur salive, leurs larmes, leurs excrétions leucorrhéiques ou cataméniales, etc.... Cette source d'inductions nous manquera donc longtemps encore.

Mais il est deux catégories d'excrétions dont l'étude nous est plus familière. Nous voulons parler de l'haleine expirée et des urines.

Nous ne saurions trop insister sur la convenance qu'il y a à s'attacher à l'observation de l'haleine des malades : rien n'en altère autant la pureté que la faiblesse, la dépression vitales. C'est une remarque presque banale chez les femmes et les enfants, dont le système nerveux se déprime si aisément. Après avoir rempli la première indication, qui peut avoir été justement suivie, d'évacuer les sujets qui présentent ce caractère d'une haleine viciée, il est important de se rappeler que rien, après la viciation des humeurs des premières voies, n'influe autant sur cette altération de l'odeur que la faiblesse, quelle qu'en soit l'origine, comme les évacuations excessives, en particulier.

Il n'y a pas autant de difficultés dans l'appréciation à faire de l'altération des urines. Dans les circonstances ordinaires (n'oublions pas qu'il s'agit ici de l'Angleterre et des latitudes isothermes avec ce pays), l'urine demeure de vingt à vingt-quatre heures sans éprouver de décomposition appréciable. Il en est tout différemment si le sujet est débilité. Suivant le degré de dépression, la décomposition de l'urine est, de l'avis commun, accélérée. Le fait est banal dans la paraplégie, où la faiblesse organique locale est excessive; l'urine est rendue souvent déjà décomposée. Est-il utile d'en rappeler les traits : l'odeur, les fermentations et végétations à la surface, l'apparition des infusoires, l'état turbide et ammoniacal, etc.?

Il est entendu d'ailleurs, et l'auteur a le soin de le remarquer, que ces considérations n'ont de valeur que toute part étant faite aux conditions atmosphériques dont l'influence doit toujours être attentivement pesée. Les remarques précédentes ne s'appliquent donc qu'aux circonstances ordinaires, c'est-à-dire d'une basse température, et, ajouterons-nous, de l'absence d'orages. Mais dans ces conditions, une urine très-rapidement décomposée, c'est-à-dire avant une demi-journée, doit inspirer de grands doutes sur la vitalité actuelle ou des organes uro-poïétiques, ou même de l'économie dans son ensemble.

Les conséquences pratiques à tirer de ces observations sont évidentes. Si le médecin remarque que les excrétions de son malade, toutes réserves faites des circonstances extérieures d'air, de température et de lumière, se décomposent avec une rapidité non ordinaire, il peut se tenir pour assuré que la constitution du sujet est déprimée; que si, sous l'empire du traitement institué, cette rapidité de décomposition s'accroît, il y a lieu pour lui à scruter attentivement si cette débilité provient de la maladie ou bien de la médication adoptée, et si, en conséquence, il n'est pas sérieusement indiqué d'en changer tout pour tout.

Mais arrivées là les choses ne sont plus du tout simples; ce n'est pas chose aisée que de rendre de la vigueur à un malade épuisé. Aussi doit-on être très-réservé dès qu'il s'agit d'employer une thérapeutique déprimante, même quand elle semble justement adressée à quelque organe en souffrance. Rendre des forces à un malade, mais c'est un des problèmes les plus difficiles de la médecine. Pour l'affaiblir, nous avons une armée de drogues; pour le relever, c'est tout autre chose

Facilis descensus...
Sed revocare gradum...
Hic labor, hic opus est.....

Ainsi termine notre confrère de Liverpool, et s'il trouve utile de rappeler ces préceptes et cette proposition virgilienne à ses compatriotes, nous ne serons pas téméraire en osant croire qu'ils ne sont moins justifiés à l'adresse de notre pays et des idées qui y dominent encore.

GIRAUD-TEULON.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA SUBSTITUTION GRAISSEUSE DU REIN; par M. le docteur ERNEST GODARD.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

On voit que les recueils scientifiques renferment plusieurs exemples de substitution graisseuse du rein constatés à l'autopsie. Cet état pathologique, qui jamais n'a été diagnostiqué ni même supposé pendant la vie, n'a pas encore été l'objet d'un travail spécial; quelques auteurs seulement en font mention.

M. Rayer dans son TRAITÉ DES MALADIES DES REINS a imprimé les lignes suivantes :

« Sous le nom de dégénérescence graisseuse, ou de transformation

---

Pouvez-vous attendre jusqu'à demain sans boire? Il répondit par un geste affirmatif.

Les blessures du cou sont un peu comme celles de la tête, ou elles tuent immédiatement, ou elles sont relativement peu graves. Un des nombreux prisonniers autrichiens blessés et recueillis dans nos ambulances avait reçu un coup de sabre-baïonnette dans la bouche; la pointe glissant sur la branche du maxillaire inférieur était sortie par la partie latérale et supérieure du cou. Il n'y avait presque pas de perte de sang. Un point de suture à la commissure droite des lèvres qui pendaient béantes et un bandage croisé du cou ont suffi à l'indication.

Les blessures des membres supérieurs, quelle que fût leur gravité, ont presque toujours permis aux blessés de se rendre d'eux-mêmes aux ambulances, qu'ils eussent ou non eu le temps d'avoir été pansés par les médecins des corps de troupes. Dans le cas de fracture du bras ou de l'avant-bras, des attelles, après extraction des corps étrangers, faisaient la base d'un bandage contentif permettant au blessé de monter en voiture pour être évacué sur un hôpital constitué.

Les blessures pénétrantes des cavités abdominales et thoraciques, si souvent d'une gravité excessive, peuvent parfois laisser survivre plus ou moins longtemps ceux qui en sont atteints. Ce sont les plus dangereuses pour les blessés, les plus désespérantes pour le médecin dont l'intervention est presque nulle. Que peut-on faire d'efficace contre une balle, un biscaïen, un éclat de mitraille ou d'obus logés dans les profondeurs des organes splanchniques? Si le blessé est percé de part en part, que peut-on encore contre la dilacération des organes et des vaisseaux qui donnent ou donneront lieu à une hémorrhagie interne le plus souvent mortelle? Aussi la plupart des blessés de cette catégorie succombent-ils dans le parcours du trajet ou peu de temps après leur entrée à l'hôpital, à moins que, par une heureuse chance, la force réparatrice de l'organisme, secondée par une médication largement antiphlogistique alors, n'amène un résultat inespéré, comme nous en avons eu quelques exemples dans le cours de notre pratique chirurgicale aux armées. Un capitaine du 3e grenadiers de la garde, l'un des premiers régiments qui ont chèrement payé leur gloire, a reçu une balle à l'aine gauche ayant traversé le détroit supérieur du bassin, et fait un trou de sortie derrière le grand trochanter. Il y a eu abondante hémorrhagie par les deux ouvertures qu'un apica de l'aine a difficilement maîtrisée au dehors. La vessie était intacte, en était-il de même du rectum? Sa recommandation fut : « Dites à mes grenadiers que je ne suis pas mort! » Nous l'avons fait transporter dans une voiture particulière à Novarre. Le reverrons-nous?

Nous avons la même inquiétude, et plus encore, pour un de nos compatriotes, Dauphinois, capitaine du 85e de ligne, qui a reçu une balle dans l'hypocondre droit, laquelle, d'après la direction et les symptômes, a dû traverser le foie et se loger dans la colonne vertébrale.

Les blessures des membres inférieurs ont été nombreuses et souvent avec fractures comminutives. Ici encore la règle a été d'extraire les corps étrangers, arrêter les hémorrhagies, faire des bandages contentifs susceptibles de maintenir les fragments en position convenablement fixes pour transporter les blessés en cacolets, litières ou voitures, jusqu'aux hôpitaux constitués

» graisseuse des reins, on a décrit deux altérations distinctes, l'une » caractérisée par une véritable transformation graisseuse de ces or- » ganes, l'autre, dans laquelle de la graisse est abondamment déposée » autour du rein plus ou moins atrophié, dans sa scissure on entre » ses lobes (1). »

Rokitansky traitant des maladies spéciales aux enveloppes du rein, dans un chapitre intitulé : *Hypertrophie de l'enveloppe graisseuse*, s'exprime ainsi : La graisse qui entoure les reins s'hypertrophie soit concurremment avec une production exagérée de graisse dans tout le corps, soit indépendamment de cette circonstance et parfois jusqu'à un degré tel qu'elle pénètre dans le hile du rein près du bassinet et du calice, diminue la nutrition de l'organe et entraîne comme conséquence l'infiltration graisseuse du tissu rénal avec pâleur et anémie de ce tissu.

Il paraît que ces cas assez rares ont été pris quelquefois pour des maladies de Bright, d'où il résulte qu'on a considéré celle-ci comme analogue du foie gras au degré le plus élevé de la lésion, le rein se trouvant transformé véritablement en un lambeau graisseux, flasque, entouré de beaucoup de tissu adipeux et complétement méconnaissable comme rein. Les voies urinifères sont atrophiées et leur calibre est détruit. De plus, on rencontre aussi, indépendamment de l'état graisseux général, et coïncidant avec l'atrophie des reins, un dépôt de graisse d'une abondance plus ou moins exagérée. Celle-ci augmente dans les états inflammatoires modérés, mais persistants, particulièrement, dans ceux que produit l'irritation par des calculs; elle augmente aussi dans les atrophies et destructions secondaires du rein (2).

Todd et Bowmann (3) consacrent quelques lignes à la transformation graisseuse du rein. Cette maladie offrirait trois formes, suivant eux. Dans certains cas d'atrophie de la texture du rein provenant de formation kystique, de pyélite chronique d'origine calculeuse, ou simplement inflammatoire, il se fait, disent-ils, une accumulation abondante de graisse dans le tissu adipeux entourant le rein, et le produit nouveau empiète sur la propre substance de la glande.

Un développement anormal de graisse peut avoir lieu encore dans le tissu du rein en même temps que l'organe s'atrophie. Peut-être l'atrophie est-elle la cause de la maladie, le plus souvent elle en est l'effet.

Dans quelques cas rares, enfin, le rein acquiert la couleur et plusieurs propriétés du foie gras; il graisse le papier comme dans le fait remarquable cité par M. Pascal (4).

Les observations qui existent dans la science et celle que j'ai recueillie me paraissent montrer que la substitution graisseuse du rein est essentiellement caractérisée par le dépôt d'une quantité variable de graisse, soit dans l'épaisseur du parenchyme de la glande ou à sa périphérie, mais toujours en dedans de la capsule, soit encore dans le hile de l'organe. Alors la graisse pénètre entre la muqueuse et les pyramides et amène peu à peu l'atrophie du rein.

Dans tous les cas, la tumeur, qu'elle ait remplacé l'organe en entier, ou seulement en partie, est souvent plus volumineuse que la glande normale, dont elle conserve la forme, ce qui paraît résulter de l'hydronéphrose.

Je viens de dire que la graisse pouvait se déposer par places dans l'épaisseur du parenchyme de l'organe. Un exemple de cette forme, observé par M. Laboulbène, est rapporté par M. Houel dans les termes suivants :

« Le rein qui n'était point enveloppé d'une masse graisseuse con- » sidérable et n'avait point diminué notablement de volume, était dé- » coloré, anémique; à la coupe on trouvait que par places la sub- » stance corticale et la tubuleuse étaient envahies par des dépôts grais- » seux multiples qui les avaient détruites. Dans la substance tubuleuse » à l'œil nu, l'altération graisseuse avait la plus grande ressemblance » comme aspect avec celle de la transformation graisseuse des muscles; » et l'examen microscopique, nous a montré que dans ces points, la » graisse s'était en effet substituée aux éléments normaux de la glande » qui avaient disparu (1). »

Il est fâcheux que cette observation soit si courte; il aurait été intéressant de savoir quel était le degré d'embonpoint du sujet et si l'uretère et le bassinet du côté malade contenaient un calcul.

M. Ch. Robin a présenté à la Société de biologie une pièce pathologique offrant une grande analogie avec celle recueillie par M. Laboulbène. Seulement la masse adipeuse qui s'était substituée au rein était très-ramollie.

Voici, du reste, la note que M. Ch. Robin a bien voulu me donner à ce sujet.

En 1853, j'ai trouvé une masse graisseuse du volume d'un œuf située à la partie supérieure d'un rein que j'avais enlevé sur un cadavre livré aux dissections de l'école pratique. Cette tumeur placée au-dessous de la tunique fibreuse qu'elle soulevait, était molle, pulpeuse, friable, et s'écrasait à la pression; elle était d'un jaune grisâtre tirant sur le rouge, ce qui tenait à ce qu'elle était parcourue par un grand nombre de veines.

Elle différait de la substance rénale et par sa consistance et par sa coloration. L'examen microscopique m'a fait voir qu'elle était représentée par une substance homogène finement granuleuse, dans laquelle se trouvaient quelques fibres fusiformes, soit isolées, soit en faisceaux. Ces corps fusiformes étaient nombreux, surtout à la surface et au niveau de la tunique fibreuse du rein.

La tumeur était constituée par une trame en partie amorphe, en partie formée d'éléments fibro-plastiques relativement peu abondants, dans laquelle on trouvait des gouttes adipeuses dont le volume variait depuis 5 millièmes de millimètre jusqu'à 50 millièmes au plus.

La graisse formait la plus grande masse du tissu; aussi il était difficile de voir la substance amorphe entre les goutles: de plus elle était solide à la température à laquelle a été faite la préparation. Mais bientôt la chaleur de l'appartement l'a fait liquéfier, et alors elle s'est écoulée

(1) Traité des maladies des reins. In-8°, t. III, p. 614. Paris, 1841.
(2) Handbuch der pathologischen Anatomie. In-8°, vol. III, p. 433. Wien, 1842.
(3) Cyclopedia of Anatomy and physiology, vol. IV, 1re partie, p. 95. London, 1853.
(4) Je rapporte cette observation page 377.

(1) M. Houel, Manuel d'anatomie pathologique. In-12, p. 588. Paris, 1857.

dans lesquels on peut plus sûrement décider de la conservation ou de la non-conservation des membres fracturés. On voit donc que par nécessité, si ce n'était aussi par conviction mûrement établie, le médecin militaire est amené beaucoup plus qu'on ne pense à faire de la chirurgie temporisatrice et conservatrice selon les cas qui se présentent. Pour notre part, nous ne voyons guère de cas d'amputation immédiate sur le champ de bataille que lorsqu'un boulet ou autre gros projectile ayant emporté un membre avec des dilacérations irremédiables, il y a nécessité absolue d'opérer, et encore alors y a-t-il toujours cette question subsidiaire : l'amputation étant jugée inévitable, à quel moment doit-elle être faite? Immédiatement s'il y a, ce qui est rare, hémorrhagie compromettante, car alors mieux vaut de beaucoup amputer et faire des ligatures régulières et définitives que d'en faire de provisoires, soit sur le moignon irrégulier ou plus haut sur le tronc artériel principal; immédiatement encore si le blessé n'est pas plongé dans une profonde stupeur.

Si au contraire le degré de stupeur générale fait craindre une syncope mortelle pendant l'opération, mieux vaut alors se borner à faire un pansement provisoire, en faisant la section des lambeaux pantelants, et placer le blessé dans des conditions à attendre, pour être opéré, un certain degré de réaction qu'on provoque ou favorise par des potions cordiales. Mais quelque parti qu'on prenne et quoi qu'on fasse, il est rare, en pareil cas, de sauver par l'amputation, s'il s'agit d'une jambe et surtout d'une cuisse emportée par un gros projectile; l'insuccès est la règle ordinaire, la réussite est l'exception, c'est ce que nous avions vu trop souvent en Crimée.

Les armées qui sont aux prises font usage de nouvelles armes de précision. Nous avons les carabines meurtrières des chasseurs à pied, les tirailleurs autrichiens ont aussi des carabines à balle cylindro-conique, les unes portant à 1000 mètres se chargeant à la mode ordinaire, les autres à balle forcée et portant à 1200 mètres. Toutes ces balles, quand elles touchent, font généralement leur trouée droite, et dévient beaucoup moins que les anciennes balles sphériques, qui contournaient plus facilement les points résistants. Il faut donc s'attendre à trouver une moyenne proportionnelle plus considérable de fractures comminutives qu'aux époques de nos précédentes grandes guerres. Les projectiles creux et à explosion entrant aussi pour une forte proportion dans les engins de destruction, les combats d'artillerie seront et sont déjà très-meurtriers. Il est donc à croire aussi que le nombre des morts sera en moyenne plus considérable qu'autrefois, proportionnellement au chiffre des blessés.

Après avoir paré à l'encombrement de nos ambulances, tant pour nos blessés que pour les blessés étrangers, on a dû explorer le champ de bataille dans les points les plus reculés, tant pour relever les blessés qui pouvaient s'y trouver encore, que pour procéder aux inhumations. Il restait peu de Français à secourir, mais le nombre des blessés autrichiens abandonnés était considérable. Ce qui prouve la retraite précipitée de l'ennemi, nous devrions dire sa fuite, c'est le nombre d'officiers qu'il a laissés sans secours. Ce que les Autrichiens n'ont pu faire pour les leurs, les Français l'ont fait pour eux, et l'on a mis grande diligence et empressement pour les traiter de tout point selon que le comportait leur état. Il était curieux de voir quel changement

comme un liquide huileux entre les deux lames de verre de la préparation. Ces faits montrent qu'il s'agissait de gouttes de graisse et non de cellules adipeuses. L'éther dissolvait complétement cette graisse sans laisser dans la préparation rien qui ressemblât aux parois des cellules adipeuses. L'évaporation de l'éther laissait déposer l'huile en gouttelettes de volume variable.

Le reste du tissu du rein était sain ainsi que les bassinets.

La graisse peut encore se déposer autour du rein (1) et amener l'atrophie de l'organe. Plus souvent l'élément adipeux normal que l'on rencontre au niveau du hile, augmente peu à peu de volume, pénètre entre la muqueuse des calices et du bassinet et le sommet des cônes, qui alors sont repoussés en dehors. Je pense que l'hypertrophie graisseuse amène l'atrophie du rein; ce qui me le fait supposer c'est que, dans l'observation qui m'est propre, la quantité de graisse produite était supérieure à la masse du rein disparue.

La substitution graisseuse paraît avoir lieu d'abord à la partie inférieure du rein, car dans les faits rapportés par MM. Rayer et Pétrequin, et dans l'observation que j'ai recueillie, la partie supérieure de la tumeur présentait seule les restes de la substance rénale plus ou moins détruite. La maladie peut amener la presque complète disparition du rein; ainsi MM. Rayer et Bauchet ont vu la glande représentée seulement par une bandelette rougeâtre située au-dessus ou un peu en avant d'une masse adipeuse circonscrivant le calice et les bassinets dilatés.

Si l'état pathologique que je décris est arrivé à sa dernière période, on ne trouve pas de traces de la substance rénale dans aucun point de la tumeur comme dans les observations recueillies par Baader (2) et M. Barth (3).

La tumeur acquiert parfois des proportions considérables. Celle que j'ai eu occasion de voir avait 198 millimètres de hauteur et 108 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

Dans presque tous les cas on a noté une dilatation considérable du calice et des bassinets.

Dans les observations que j'ai recueillies je ne vois pas qu'on ait indiqué l'état des vaisseaux artériels et veineux. Sur la pièce que j'ai étudiée, ils se frayaient en quelque sorte une route au milieu de la masse adipeuse qui remplissait le hile.

Dans la plupart des faits cités plus haut, et dans celui qui m'appartient, le bassinet et les calices contenaient un ou plusieurs calculs.

Sont-ils le point de départ ou un effet de la substitution graisseuse du rein, occasionnent-ils la maladie en gênant l'écoulement de l'urine ou sont-ils seulement le résultat de la sécrétion viciée de l'organe et de la difficulté que l'urine éprouve à s'écouler? Je n'ose rien formuler à cet égard.

A la page 379, j'ai rappelé en note qu'au sujet de la présentation de M. Barth, M. Cruveilhier avait fait observer qu'il regardait la transformation graisseuse du rein comme le résultat de l'obstacle apporté à

(1) Comme dans le fait observé par Dupuytren, voy. p. 379.
(2) Voy. p. 400.
(3) Voy. p. 379.

l'exercice de la fonction de la glande par suite de l'oblitération de son canal par des calculs.

Mais, s'il en était ainsi, la substitution graisseuse du rein serait une affection fréquente, car on rencontre souvent des calculs dans le calice et les bassinets. De plus, elle se rencontrerait toutes les fois que l'écoulement de l'urine est gêné, non plus seulement par des calculs, mais par des tumeurs, par l'utérus déplacé par exemple. Or dans ce dernier cas, on a noté surtout l'atrophie du rein avec la dilatation du bassinet et de l'uretère (1).

En résumé, nous ne savons rien de précis sur la cause immédiate de la substitution graisseuse du rein. Toutefois il est probable que les calculs jouent dans la production de la maladie un rôle que nous ignorons.

Cette affection peut exister chez des individus obèses, comme dans les observations rapportées par Baader et par M. Bricheteau. Ce n'est pas une règle cependant, car l'homme que j'ai autopsié avait un embonpoint ordinaire.

Lorsqu'elle affecte l'un des reins seulement, elle peut arriver à sa dernière période sans déterminer d'accidents. La sécrétion urinaire du côté affecté diminue peu à peu, le rein resté sain fonctionne pour son congénère, et la glande malade peut disparaître complétement sans occasionner ces coliques néphrétiques, ces sueurs urineuses, conséquences inévitables de l'interruption brusque apportée à l'écoulement de l'urine.

Dans le fait que je vais rapporter, la substitution graisseuse était très-avancée, l'écoulement de l'urine était empêché, et malgré cela, au moment de la mort, le sujet de l'observation jouissait d'une parfaite santé.

Le nommé Harel (Henri-Jacques-Athanase), âgé de 58 ans, homme de peine, a été apporté mourant, le 9 août 1857, à l'hôpital de la Charité, service de M. Nonat, salle Saint-Ferdinand, lit n° 9. Cet homme ayant été abandonné par une femme avec laquelle il vivait, avait tenté de s'asphyxier avec les vapeurs qui se dégagent du charbon incandescent. Malgré tous les soins qui lui furent prodigués, il succomba le 10.

Harel, avant de se donner la mort, jouissait d'une santé parfaite. Ce renseignement m'a été donné par des personnes qui le voyaient tous les jours. Au moment de pratiquer son autopsie, j'ai constaté qu'il était d'un embonpoint ordinaire. Toutefois, il offrait une disposition singulière qui me frappa ainsi que les personnes qui étaient dans l'amphithéâtre. Harel avait la moitié gauche du corps fortement constituée, tandis que la moitié droite était incomparablement moins développée. Cette disposition curieuse était marquée même sur la figure.

(1) M. Duben a rapporté une observation de ce genre, et le professeur Retzius (de Stockholm) a rencontré dernièrement un fait analogue. Chez une femme atteinte de descente de matrice avec hypertrophie de cet organe, il trouva une atrophie et un amincissement des deux reins avec dilatation des bassinets et des uretères et oblitération des calices et des papilles rénales. La vessie était fortement comprimée par la matrice.

Voy. pour ces deux observations, M. L. Noirot, ANNUAIRE DE LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE POUR 1857. In-12, p. 236, 1re année. Paris, 1857.

---

physionomique s'opérait chez les blessés qu'on relevait. Au premier abord, leur figure exprimait bien plus l'appréhension et la crainte que la douleur. Rassurés par l'attitude qu'on prenait avec eux et par les soins dont ils étaient l'objet, ils avaient des sourires de *reconnaissance*.

Nous ne voudrions pas généraliser une opinion sur un fait particulier, mais dans une villa de Magenta, au nombre d'une agglomération de blessés autrichiens se trouvaient, dans une chambre à part, et couchés sur la paille, un groupe d'officiers blessés, dont cinq avaient des fractures comminutives des membres inférieurs. Leurs souffrances devaient être grandes sans doute, mais leur appréhension de douleurs plus vives était portée si loin, qu'ils auraient voulu n'être ni examinés, ni touchés, ni pansés, ni opérés. — Ne nous touchez pas, disait l'un d'eux en italien, laissez-nous où nous sommes et comme nous sommes, nous ne voulons pas être transportés, *etc.* — Force fut bien, dans leur intérêt, de les panser provisoirement, et de les faire transporter aux hôpitaux constitués, comme nous l'avons fait pour les nôtres, et bien s'en trouveront-ils, nous en sommes certain.

En parcourant le champ de bataille, nous nous sommes rappelé une conversation que nous avions eue, dans le temps, avec notre médecin en chef de l'hôpital du Roule, à Paris, M. le docteur Boudin (1). Il était question des attitudes conservées par les morts après les luttes du combat. La conversation avait été amenée sur ce point par ce mot bien souvent répété que, pour les Russes par exemple, non-seulement il fallait les tuer, mais encore les faire tomber, soit qu'on veuille faire allusion par-là à l'immobilité plus ou moins résistante de leurs lignes sous un feu meurtrier, soit que dans certains groupes et sur des amoncellements de cadavres, quelques-uns soutenus par les autres puissent paraître rester encore en position combattante ou menaçante.

Il est très-positif qu'un grand nombre des morts conservent, en partie, l'attitude qu'ils avaient au moment où ils ont été frappés. Preuve qu'on peut passer de la vie à la mort instantanément, sans convulsions, sans agonie.

Les morts frappés à la tête tombent ordinairement face contre terre, avec une résolution complète des membres. Couchés ainsi à plat-ventre, ils restent plaqués tels quels sur le sol, et la roideur cadavérique ne change rien à ce gisement *pronus humi*.

Les hommes frappés droit au cœur tombent et restent de la même façon, cependant la mort quoique rapide n'est pas si instantanée qu'elle ne puisse permettre une attitude on pourrait dire active. Nous avons vu entre autres un zouave frappé en pleine poitrine, il était tombé sur son fusil qu'il tenait dans la position de la charge à la baïonnette, et sa face énergique était projetée en avant; c'était l'attitude menaçante du cadavre du lion.

Par opposition, non loin de là était un Autrichien qui avait eu les vaisseaux cruraux de l'aine gauche coupés par une balle, il était mort d'hémorrhagie; la mare de sang dans laquelle il baignait en était la preuve. Dans son agonie, quelle qu'ait pu être sa durée, il avait pris l'attitude de la supplication. Couché sur le dos, un peu penché à droite, il avait la face et les yeux tournés vers

(1) Médecin principal suppléant le médecin en chef de l'armée d'Italie.

En plaçant une feuille de papier sur la ligne moyenne du visage, on voyait que les deux moitiés de la figure étaient dissemblables. D'un côté, tous les traits étaient fortement accusés; du côté opposé, ils étaient atténués en quelque sorte.

Sur la face antérieure du cou du côté gauche, l'extrémité inférieure du sterno-cléido-mastoïdien faisait une forte saillie sous la peau; à droite, on ne la distinguait pas.

Cette disposition était surtout marquée pour le deltoïde, le trapèze, le biceps et les muscles de l'avant-bras très-volumineux à gauche, à peine indiqués à droite.

Il en était de même pour la cage thoracique, pour la fesse, la cuisse, la jambe et le pied droits, beaucoup moins développés que ces parties du côté gauche. Ainsi, on aurait dit deux moitiés de corps de volume différent soudées l'une à l'autre.

Mais si la moitié gauche du corps était celle d'un homme fortement constitué, la moitié droite n'était pas atrophiée, elle était seulement incomparablement plus petite. Toutefois, les membres nous ont paru de même longueur. Or un arrêt de développement existait aussi pour les organes génitaux. Ainsi, Harel avait le testicule et l'épididyme gauches parfaitement conformés, tandis que du côté droit l'épididyme était un peu plus petite que d'ordinaire, et le testicule, bien conformé et sain, avait le volume d'un gros pois. Très-certainement cet organe avait été arrêté dans son développement à partir de la période intra-utérine.

En enlevant les organes génito-urinaires profonds, je vis que le rein droit, bien conformé, avait 112 millimètres de hauteur sur 5 centimètres d'avant en arrière. Je l'incisai, il était parfaitement sain. Au niveau du hile il y avait seulement un peu de tissu adipeux; tout au contraire, le rein gauche était représenté par une masse extrêmement volumineuse, formée en haut et en dehors par la glande dont les lobules étaient bien indiqués, et en bas et en dedans par une masse adipeuse considérable. Le tout avait la forme d'un ovoïde allongé mesurant 198 millimètres de hauteur sur 108 millimètres d'avant en arrière.

A la partie antérieure interne et supérieure de la tumeur, l'artère et la veine rénale pénétraient dans cette masse adipeuse que j'ai dû diviser pour suivre ces vaisseaux.

Le rein était enveloppé de sa capsule propre, dense et résistante; celle-ci, arrivée au niveau de la tumeur graisseuse, s'engageait au-dessous d'elle en suivant son trajet accoutumé.

La masse adipeuse du rein, d'une belle couleur jaune, rosée par place, là où il y avait des vaisseaux, était légèrement ondulée à sa surface, et elle était recouverte par une membrane résistante envoyant des prolongements dans l'intérieur de la tumeur. Dans les points où celle-ci se continuait avec le rein, le tissu cellulaire condensé qui formait l'enveloppe de la masse graisseuse, s'unissait assez intimement avec la capsule fibreuse de la glande.

Le rein ayant été ouvert par la face convexe, aussitôt une quantité considérable d'un liquide purulent blanchâtre s'échappa du bassinet énormément dilaté. La muqueuse du bassinet était épaissie et par transparence on apercevait au-dessous d'elle une quantité assez considérable de vaisseaux. A la partie supérieure du rein ouvert, on voyait trois pyramides très-développées dont le sommet venait s'ouvrir dans des calices énormément dilatés. A leur base le tissu cortical semblait normal. Un peu au-dessous, la substance du rein n'était plus représentée que par des restes de pyramides dont la moitié inférieure avait disparu repoussée en dehors par du tissu adipeux interposé entre ces restes de pyramides et la membrane du bassinet.

Plus bas on ne voyait plus que des vestiges de la substance corticale, qui était elle-même séparée de la muqueuse du bassinet par de la graisse.

Enfin, la moitié inférieure de la tumeur n'était plus formée que par le bassinet enveloppé en dehors par une masse adipeuse, qui avait en moyenne de 30 à 35 millimètres d'épaisseur.

Entre la muqueuse et la masse graisseuse, il y avait une sorte de tissu rosé, résultant peut-être d'une inflammation ancienne.

A la partie inférieure du bassinet, il y avait un calcul vert brun du volume d'une grosse amande (1). Ce calcul présentait une petite saillie en forme de crochet. Je le soulevai pour voir l'orifice de l'uretère. Je ne pus y parvenir. Au-dessous de la tumeur l'uretère avait à peine 4 millimètres de diamètre. Ce conduit diminuait de calibre de bas en haut, et au niveau de la tumeur adipeuse, il pouvait à peine recevoir une soie de sanglier. Celle-ci étant poussée avec précaution, je la vis par transparence cheminer au-dessous du bassinet; puis enfin elle pénétra dans le bassinet par une ouverture filiforme que je n'avais pu voir d'abord. Ainsi il y avait hydronéphrose, et très-certainement l'urine ne pouvait passer dans l'uretère.

La dissection attentive de cette pièce m'a montré quelle avait dû être la marche de cette tumeur; il paraît certain que le tissu graisseux du hile, augmentant de quantité, s'était introduit dans l'intérieur du rein en passant entre la capsule du bassinet et celles des calices, s'était interposé entre la muqueuse des calices et des pyramides, en les repoussant en dehors de plus en plus, qu'il avait atrophié ainsi les pyramides du sommet à la base, au point de les faire disparaître, et qu'alors il s'était interposé entre la membrane du bassinet et la substance corticale elle-même.

Ce travail pathologique avait dû se faire d'abord à la partie inférieure du rein. En effet, l'altération la plus complète était à la partie inférieure où il n'y avait que de la graisse pour envelopper le bassinet. Plus haut en dehors du bassinet il y avait de la graisse et de la substance corticale, au-dessus on voyait des débris de pyramides de mieux en mieux indiquées; enfin, à la partie supérieure de la tumeur, le rein était bien disposé, sauf toutefois l'augmentation de volume des pyramides intactes.

On doit se demander comment l'impossibilité de l'écoulement de l'urine n'avait pas amené d'accidents. Il est probable que la sécrétion urineuse avait diminué peu à peu, puis était devenue presque nulle. Au reste trois pyramides semblaient seules intactes.

La difficulté de l'écoulement de l'urine avait dû survenir lentement et amener la dilatation du bassinet.

La maladie peut être précédée ou accompagnée d'émissions d'urines fétides, comme dans le fait suivant rapporté par Baader :

(1) D'après M. Rigout, ce calcul était composé principalement d'oxalate de chaux.

---

le ciel, les deux mains jointes et les doigts entrelacés et crispés. Cet homme était mort en faisant sa prière.

Un autre cas dont nous avons gardé souvenir, et prouvant bien qu'un blessé peut s'éteindre lentement et sans convulsions, est le suivant que nous avons observé en Crimée. Un soldat avait eu l'épaule gauche fracassée par une balle qui était allée se loger dans le sommet de la poitrine. Pansé, son bras avait été mis en écharpe. En entrant, le soir du 18 juin (première attaque de Malakof), dans l'une des tentes où les blessés se plaçaient sur de la paille et des couvertures, il avait préféré, au lieu de se coucher, rester accroupi les jambes croisées comme les Arabes sur leurs nattes. Il tenait le coude gauche dans la main droite appuyée sur la cuisse, la tête penchée en avant dans une attitude dolente. A notre visite du lendemain, après avoir examiné les hommes qui le précédaient, nous arrivions à lui, quand ses deux proches voisins nous dirent : oh! nous croyons bien que celui-là n'a plus besoin de rien! Il était mort en effet et la rigidité cadavérique le maintenait tel qu'il s'était placé la veille.

Revenons à Magenta; un chasseur à pied avait les bras en avant, l'un en raccourci l'autre projeté et les poings fermés. Il avait combattu corps à corps dans une lutte suprême.

A Ponte-Vecchio di Magenta un hussard hongrois, tué avec son cheval, était resté à peu près en selle, portant la pointe du sabre en avant, dans la position du cavalier qui charge. Il avait des roses fraîches à son talpack, son front était percé d'une balle, son cheval criblé était aussi touché à la tête, les deux morts avaient été instantanées. Pareillement un conducteur autrichien avait été tué sur le coup par un boulet qui avait labouré le flanc de ses deux chevaux et lui avait fracassé le bassin. Il tenait encore une des rênes des chevaux tombés comme lui instantanément.

A Melegnano sous Milan, théâtre du combat du 8 juin au soir, plusieurs soldats français chargeant à la baïonnette étaient tombés frappés mortellement par la mitraille, et restés tels quels.

Nous avons reconnu plusieurs officiers autrichiens parmi les cadavres qui jonchaient le sol de la rive gauche du Tessin. Quelques-uns avaient une physionomie distinguée, étaient mis avec recherche et une exquise propreté. Il en est même qui avaient des gants glacés; on aurait pu dire une toilette affectée en prévision de la mort. Ces belles têtes blondes, bien différentes par la régularité de leurs traits de la plupart de celles de leurs soldats, semblaient exprimer la bravoure résignée.

Sur plusieurs points du théâtre de l'action, des champs de blé coupés de rangées de vignes basses, les morts étaient presque tous atteints à la partie supérieure du corps, cela venait de ce qu'on s'y visait en pleine poitrine.

Nous venons d'énumérer quelques-unes des impressions rapidement saisies à travers le champ de bataille, et non pas d'une étude froidement faite. On ne surmonte pas entièrement une émotion pénible devant pareil tableau, et ce genre de spectacle n'est rien moins que de nature à remettre des impressions plus douloureuses encore de l'intérieur de nos ambulances, qui sont le réceptacle de toutes les douleurs.

La fatigue physique est grande sans doute, mais la fatigue morale l'est beaucoup aussi pour le chirurgien. Lors donc qu'on répète banalement que

La très-illustre et très-noble comtesse de Brauner, après avoir été, dans sa jeunesse, maigre, délicate et d'une taille élancée, acquit, en avançant en âge, un tel embonpoint par suite d'une alimentation trop abondante et du manque d'exercice, qu'elle était incapable de tout mouvement, étant ensevelie, en quelque sorte, dans sa propre graisse.

Plus tard, elle rendit des urines fétides et purulentes; toutefois, elle conservait un excellent appétit.

Deux ans avant sa mort, elle fut atteinte d'une maladie de foie dont elle guérit complétement.

A partir de cette époque, la comtesse de Brauner eut la respiration de plus en plus difficile, et elle perdit un peu de son embonpoint; cependant elle resta grasse jusqu'au moment de sa mort.

Dans les derniers temps elle avait la respiration tellement gênée, qu'à chaque instant on craignait de la voir suffoquer. Pour faire cesser ces accidents, on lui ordonna 3 grains de kermès minéral à prendre à quatre heures d'intervalle; mais elle mourut suffoquée avant d'avoir pu prendre la troisième dose.

Le pouls se fit toujours sentir, si ce n'est peu avant la mort.

D. Hœlzel, chirurgien de la grande maison des pauvres, qui avait souvent visité l'illustre dame pendant sa maladie, nous appela pour faire l'autopsie, et nous constatâmes que sous la peau il y avait une couche de graisse qui atteignait même 5 pouces d'épaisseur dans certains points, comme dans l'abdomen, autour de l'ombilic. La cage thoracique était très-rétrécie, eu égard à la haute taille de la dame.

Une livre de lymphe s'échappa de la cavité de la poitrine lorsqu'on enleva le sternum. Les poumons étaient emphysémateux, et contenaient un liquide écumeux, rougeâtre, qui s'écoulait quand on les comprimait : phénomène que nous avons déjà observé chez les animaux morts asphyxiés.

Un polype volumineux partait du ventricule droit du cœur, s'avançait dans l'artère pulmonaire en se divisant en deux rameaux au point de bifurcation de ce vaisseau. Ce polype remplissait la plus grande partie du cœur droit, et s'enchevêtrait dans les valvules et les colonnes charnues.

La vésicule biliaire, augmentée de volume, était noirâtre extérieurement; elle renfermait une matière purulente, et au niveau du col il y avait un calcul de forme ovalaire et pesant un peu plus de 1 once et 1 drachme du poids usité à Vienne.

A la place du rein droit on trouva un corps du volume de la tête d'un enfant; il était formé par de la graisse pure coagulée extrêmement dure. Dans ce corps on ne trouvait aucun vestige de la substance rénale. Dans la partie centrale il y avait une cavité contenant du pus extrêmement pur.

Des concrétions calcaires et calculeuses oblitéraient l'uretère droit (1).

Je n'ai trouvé qu'un seul exemple de substitution graisseuse des deux reins; il a été recueilli par M. Bricheteau. M. Rayer le rapporte dans les termes suivants :

« Une femme âgée de 45 ans, d'un embonpoint notable, entra le 25 » août 1838, à l'hôpital Necker : face très-colorée, lèvres bleuâtres, voix » très-voilée; respiration accélérée, haute; point de toux ni d'expec» toration; pouls naturel, défaut absolu d'appétit, selles très-rares. » La malade n'a pas uriné, dit-elle, depuis quinze jours; la sonde, » introduite dans la vessie, ne donne pas issue à une seule goutte » d'urine. Les deux jours suivants, la malade est sondée sans ré» sultat.

» A la percussion, la poitrine est plus sonore qu'à l'état normal, si » l'on tient compte de l'épaisse enveloppe graisseuse du thorax. L'o» reille, appliquée dans toute l'étendue des parois thoraciques, perçoit, » surtout en arrière, du râle crépitant à grosses bulles, mêlé de râle » sibilant; cœur sain.

» Une première, puis une seconde saignée, pratiquées les deux pre» miers jours, diminuèrent sensiblement la gêne de la respiration. A » partir du troisième jour, des diurétiques, des purgatifs administrés » par la bouche et en lavements, n'amenèrent aucune évacuation d'u» rine ni de matières fécales.

» Le troisième jour, oppression des plus intenses; la poitrine se di» late avec effort; air hébété; point de réponses aux questions qu'on » adresse; le pouls est plutôt lent qu'exagéré. (Saignée de trois pa» lettes; sinapismes aux jambes; 2 gros de kermès.)

» Mort quelques heures après la visite.

» AUTOPSIE du cadavre dix-huit heures après la mort.

» *État extérieur*. Roideur cadavérique très-prononcée; couche » graisseuse sous-cutanée de plusieurs pouces d'épaisseur.

» *Thorax*. Adhérences presque générales des deux poumons; elles » sont anciennes, celluleuses et résistantes. Veinules sous-pleurales » gorgées de sang noir. Quatre cuillerées au plus d'un liquide séro» purulent dans la plèvre gauche.

» A la surface des poumons, nombreuses taches blanches sous-pleu» rales, saillantes au plus d'une ligne, et qu'il est facile de reconnaître » pour des lobules emphysémateux; léger engouement des poumons » en arrière; bouche généralement injectée, sans épaississement ni » ramollissement apparents de la membrane muqueuse; mucus pu» rulent jusque dans les dernières divisions bronchiques. Vaisseaux » veineux et artériels à l'état normal. Cœur un peu plus volumineux » que dans l'état sain et vide de sang. Quelques concrétions fibri» neuses décolorées dans les oreillettes et dans les vaisseaux pulmo» naires.

» *Abdomen*. Le tube digestif, examiné avec soin, de la bouche à » l'anus, n'a rien offert de remarquable, si ce n'est une diminution de » volume du gros intestin dans sa moitié inférieure. Foie sain; vési» cule distendue par une grande quantité de bile; rate saine.

» Les reins sont plongés dans une atmosphère graisseuse très» épaisse, remarquable même au milieu des volumineux pelotons » graisseux de l'épiploon et des intestins. Les reins ont conservé leur » forme et leur volume naturels; mais ils paraissent transformés en » deux masses d'une graisse compacte dans laquelle restent quelques » vestiges de la substance tubuleuse. Les bassinets, les uretères et la

(1) Josephi Baader Observationes medicæ *in* Thesaurus dissertationum programmatum aliorumque opusculorum selectissimorum ad omnem medicinæ ambitum pertinentium de Eduardus Sandifort. Lugduni Batavorum. MDCCLXXVIII. — Vol. III, p. 41.

---

le chirurgien a le cœur dur, on se méprend. Il est beaucoup plus philanthrope et sympathique qu'on ne le suppose, et on se trompe étrangement si l'on prend son attitude impassible pour de l'indifférence; il souffre beaucoup des douleurs dont il est témoin et que souvent il provoque pour disputer à la mort toutes les proies qu'on peut lui ravir, par des opérations salutaires.

Du reste aux ambulances il y a beaucoup de calme et de résignation parmi les blessés. C'est à dire à leur honneur : nos soldats avec des blessures graves, souvent mortelles, restent contenus dans leurs souffrances, et attendent patiemment leur tour. Les plaintes, les gémissements, les murmures ne sont que la rare exception, la règle c'est le stoïcisme du courage malheureux mais fier de ses blessures.

Après avoir donné à tous les blessés les soins que réclamait leur état, une circonstance qui nous a été fort utile, c'est d'avoir été à Magenta même à portée du chemin de fer de Milan, que les Autrichiens n'avaient pas eu le temps de couper comme ils l'avaient fait du côté de Novare de même que pour le télégraphe électrique.

Le champ de bataille a été entièrement déblayé de tous ceux qui devaient être enlevés et transportés, et la voie ferrée a surtout permis d'hospitaliser immédiatement, et par des évacuations successives sur Milan, tout ce qui nous restait de blessés, qui pour le plus grand nombre, étaient des Autrichiens.

L'accueil des populations est plein d'enthousiasme; l'allégresse est générale et nos soldats sont l'objet d'une sollicitude pleine d'attentions. Un exemple : au moment où nous nous trouvions à l'entrée de la ville, un grenadier du 45e de ligne, faisant partie du 2e corps campé sur les boulevards d'enceinte, tomba du haut du rempart. La foule accourut pour le relever. On le porta dans un riche hôtel. Il n'avait pas de fractures mais de fortes contusions; il fut conduit à l'hôpital en calèche. Ce n'était là qu'un fait particulier préludant à un fait plus général : le lendemain de la bataille de Melegnano de nombreux équipages sont accourus de Milan pour transporter à l'envi tous les blessés.

Les premiers soins leur étant donnés, et les évacuations une fois faites, on se hâte de se refaire un peu, pour reprendre la marche selon l'ordre de bataille, et alors le sentiment du devoir accompli, la joie du succès vous donne des émotions compensant peines, soucis et dangers.

Il y a dix ans nous avions été joyeux d'entrer dans Rome, mais à part l'intérêt tout spécial qui se rattache à la capitale du monde chrétien, nous déclarons qu'aucune de nos joies d'expéditions n'a égalé celle que nous avons éprouvée à descendre les rives délicieuses du Naviglio grande, avec l'armée française victorieuse, pour entrer dans Milan, aux acclamations unanimes des populations.

ARMAND,
Médecin-major à l'ambulance du quartier général du 4e corps de l'armée d'Italie.

» vessie sont sains; celle-ci ne contient pas une seule goutte d'urine.
» Organes génitaux sains.
» *Crâne*. Les sinus de la dure-mère contiennent très-peu de sang;
» la substance du cerveau a une bonne consistance; point d'injection
» ni de dépôt séreux.
» Les veines des membres, ouvertes en plusieurs points, sont
» presque vides de sang (1). »

Les deux observations précédentes renferment seules quelques renseignements sur les malades chez lesquels, à l'autopsie, on a constaté la substitution graisseuse des reins.

Je n'essayerai pas, en rappelant les faits principaux qu'elles présentent, de tracer l'histoire de cette maladie; je crois que, pour cela, il faudrait des documents plus complets et plus nombreux. J'insisterai seulement sur la différence existant entre l'infiltration des granules graisseux dans l'épithélium du rein, accident que l'on rencontre surtout dans la néphrite albumineuse, et la substitution graisseuse du même organe, qui résulte et coïncide le plus souvent avec la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'uretère ou dans le bassinet.

Je pense que ces deux maladies sont distinctes et ne peuvent se transformer l'une dans l'autre.

Tandis que la première se traduit par des accidents bien connus, (albumine dans les urines, ascite, infiltration de la face et des membres), la seconde arrive insidieusement et peut amener la destruction plus ou moins complète de l'un des reins, sans que rien ne la fasse supposer. L'observation de M. Bricheteau montre que si les deux reins sont affectés, peu à peu la sécrétion diminue, puis se tarit durant un certain nombre de jours, et le malade meurt sans présenter aucun des accidents qui sont la conséquence ordinaire de la cessation brusque de l'émission de l'urine.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA GLYCÉRINE ET SES APPLICATIONS A LA CHIRURGIE ET A LA MÉDECINE; par M. DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, etc., etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

THÉRAPEUTIQUE.

L'analogie des caractères physiques de la glycérine avec ceux de l'huile a fait dire que cette substance était, de même que les corps gras, entièrement inerte, et qu'elle n'agissait qu'en isolant les tissus malades à la manière d'un vernis, et en les soustrayant au contact de l'air et à toute cause extérieure de contagion.

C'est là l'opinion qui a été formulée à la Société de chirurgie (séance du 28 novembre 1855), dans la discussion soulevée par une communication de M. Denonvilliers, sur les succès que nous avions obtenus au moyen de la glycérine.

Or rien n'est moins fondé que cette analogie et que la déduction qui en a été tirée.

Loin de ressembler aux corps gras, la glycérine s'en éloigne, au contraire, pour se rapprocher de l'alcool.

A la vérité, elle n'a pas d'action énergique, elle ne brûle pas les tissus sur lesquels on l'applique, mais est-ce à dire pour cela qu'elle soit complétement inerte? On est actuellement trop enclin à rechercher les remèdes aux maladies parmi les moyens violents et à regarder comme insignifiants ceux que l'on n'est pas obligé de manier avec mesure et circonspection.

La glycérine jouit d'une action sur nos tissus à la fois douce et pénétrante. Ses propriétés sont incontestables et en quelque sorte spéciales, ainsi que nous allons le démontrer.

Appliquée sur la peau recouverte de son épiderme, elle n'y détermine rien autre chose qu'une sensation de fraîcheur très-persistante. Cela tient à l'affinité de la glycérine pour l'eau. Elle condense, en effet, la vapeur d'eau de l'atmosphère, et loin de se dessécher, elle devient plus liquide et entretient sur la surface d'application une humidité qui dure fort longtemps, propriété précieuse et qui facilite énormément l'absorption des médicaments que l'on veut faire pénétrer par la peau. Nous signalerons encore d'autres circonstances dans lesquelles cette propriété est localement utilisée.

(1) M. Rayer, TRAITÉ DES MALADIES DES REINS. Paris, 1841, t. III, p. 616.

Si le derme est dénudé, la glycérine, au lieu d'une sensation de fraîcheur, développe au contraire une légère ardeur qui va s'irradiant à l'entour du point d'application, et qui n'a rien de désagréable lorsque le médicament est pur. Est-ce le résultat d'une action directement excitante. Nous ne le pensons pas. Nous expliquons le fait en invoquant encore l'affinité de la glycérine pour l'eau, affinité qui cette fois s'exerce aux dépens des liquides de l'économie.

Appliquée sur les tissus organiques, elle les pénètre et les imbibe molécule à molécule, de manière à les rendre transparents. C'est ainsi qu'elle agit sur les fibres des tissus musculaires et cellulaires, et sur les substances amorphes des bourgeons charnus. Elle met de la sorte en évidence la structure de certains tissus, et M. Charles Robin s'est servi de cette action de la glycérine sur les éléments anatomiques des os frais pour étudier les ostéoplastes.

La glycérine a une action contraire à celle que nous venons de signaler sur d'autres éléments de nos tissus, c'est-à-dire qu'elle les attaque et quelquefois les dissout. Elle resserre les globules sanguins sans les déformer, les rend plus minces, puis peu à peu les pâlit et les dissout si le contact est suffisamment prolongé. Pour les globules de pus, elle les resserre d'abord, les rend plus résistants et en diminue de moitié le diamètre environ: peu à peu elle les pâlit et les réduit à une trame déliée et transparente. Elle modifie encore les caractères physiques et autres des cellules épithéliales, et agit ainsi d'une manière spéciale sur la plupart de nos tissus.

Ces détails ont été observés par M. Charles Robin, dont on ne peut suspecter l'habileté dans ces sortes de recherches.

Nous arrivons maintenant à une propriété remarquable que nous avons découverte dans la glycérine: c'est celle de conserver les matières organiques.

J'ai fait à ce sujet, avec le concours de M. Luton, quatre séries d'expériences.

SÉRIE I. — 26 octobre 1855. De la chair de bœuf et de mouton et des parties de végétaux sont plongées dans la glycérine. Comparativement, des parties de ces mêmes substances sont plongées dans de l'eau.

Au bout de quelques jours, on procède à l'examen et on trouve intactes les substances plongées dans la glycérine, tandis que celles qui sont plongées dans l'eau sont entièrement putréfiées.

SÉRIE II. — 10 novembre 1855. Des côtelettes de mouton, des tranches de bœuf, un pigeon sont plongés dans de la glycérine.

Après quarante jours, la conservation est parfaite. On remarque seulement que les tissus sont un peu contractés, demi-transparents, comme gélatineux, et cependant très-fermes. Ils n'exhalent aucune odeur.

SÉRIE III. — 19 novembre 1855. Le pied d'un homme mort le 13 novembre est injecté avec de la glycérine pure. Après un mois, le pied est très-frais, la peau est normale et les articulations sont souples.

Le 5 décembre, deux autres pieds sont injectés et présentent le même résultat. L'un d'eux, disséqué, montre que les parties imbibées de glycérine ont conservé leur humidité et leur couleur normales.

SÉRIE IV. — 9 décembre 1855. On injecte avec la glycérine deux fœtus jumeaux et mort-nés de 5 mois et demi. Jusqu'ici la putréfaction les a respectés.

Ces faits, communiqués dans la première quinzaine de janvier (année 1856), à la Société de biologie, démontrent dans la glycérine l'existence évidente d'un pouvoir conservateur. Mais pendant combien de temps ce pouvoir est-il capable de manifester son action?

Lors de la publication de la note ci-dessus mentionnée, les faits qu'elle relate étaient trop récents pour qu'il fût possible de répondre à cette question. Après de nouvelles expériences entreprises dans des conditions très-variées et aux différentes époques de l'année, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes:

1° Les substances organiques plongées dans la glycérine peuvent être conservées indéfiniment, pourvu que l'immersion ait été suffisamment prolongée. La durée de l'immersion doit être en raison directe du volume de la substance que l'on veut conserver. J'ai chez moi des côtelettes de mouton retirées de la glycérine depuis au moins trois ans, et qui sont aussi fraîches que si elles sortaient de l'étal du boucher. Elles ont leur forme, leur couleur, leur volume et leur souplesse primitifs, et elles n'exhalent aucune odeur.

2° La glycérine injectée dans les tissus ne les préserve de la putréfaction que momentanément. Son pouvoir conservateur, de courte durée pendant les chaleurs de l'été, est plus considérable pendant l'hiver. Dans cette saison, un cadavre injecté à la glycérine peut se conserver six semaines à deux mois. Il y aurait grand avantage à substituer la glycérine aux solutions avec lesquelles on injecte actuellement les sujets qui servent aux dissections. Outre que ces solutions ont le grave

inconvénient d'attaquer les instruments, elles forment encore, sur les surfaces entamées, des efflorescences, et elles changent les caractères physiques des parties. Or nous avons vu que rien de semblable ne se produit avec la glycérine.

Nous venons de montrer les différentes manières suivant lesquelles se comporte la glycérine lorsqu'elle est mise en contact avec nos tissus ou les éléments de nos tissus; elles vont nous rendre compte de ses divers modes d'action dans les états pathologiques que nous allons passer en revue.

PLAIES SIMPLES; RARETÉ DES ACCIDENTS DES PLAIES; POURRITURE D'HÔPITAL; PLAIES GANGRENEUSES ET DE MAUVAISE NATURE. — Je crois être le premier qui ai appliqué la glycérine à la chirurgie. Il est des découvertes modestes, mais cependant très-fécondes par leurs résultats; celle du pansement à la glycérine est de ce nombre.

La réussite dans les opérations ne dépend pas seulement de l'habileté de l'opérateur; les soins consécutifs y entrent pour beaucoup Pendant tout le temps de la réparation, le malade est exposé à une foule d'accidents toujours prêts à fondre sur lui. Or nous allons voir que le pansement à la glycérine a non-seulement l'avantage de prévenir la plupart de ces accidents, mais encore le pouvoir d'arrêter la marche de quelques-uns d'entre eux lorsqu'ils se sont développés.

Et d'abord, rien de plus simple que ce pansement. Je recommande de faire tremper quelque temps à l'avance dans la glycérine le linge fenêtré, afin qu'il s'imbibe dans toutes ses parties. On le retire au moment du pansement, on le laisse égoutter et on l'étend sur la plaie, qu'il doit recouvrir entièrement. Lorsque la glycérine est pure, le malade n'éprouve à son contact aucune sensation douloureuse; il ressent seulement une légère ardeur beaucoup moins désagréable que le froid produit par le cérat. Par-dessus le linge fenêtré, on place le gâteau de charpie et on continue le pansement comme à l'ordinaire. Si la plaie est profonde et irrégulière, on commence par en combler les anfractuosités avec des bourdonnets de charpie imbibés de glycérine, et on fait, par-dessus, le pansement comme il a été dit plus haut; de cette manière, toute la surface saignante est en contact avec le liquide médicamenteux.

Toutes choses étant égales d'ailleurs, le pansement à la glycérine, non-seulement ne se renouvelle pas plus souvent que le pansement ordinaire, mais même peut être maintenu en place pendant un plus long temps, car, ainsi que nous le verrons, il diminue la sécrétion du pus.

Il s'enlève avec la plus grande facilité et n'adhère jamais à la surface de la plaie. Ainsi sont évitées ces tractions qui déchirent la pellicule cicatricielle, retardent le travail réparateur et sont une cause de douleur pour le malade.

Avec le pansement au cérat, les bords de la plaie ne tardent pas à se couvrir de croûtes, mélange de pus, d'épiderme et de corps gras, qui se durcissent et deviennent la cause d'une irritation nuisible. Pour les enlever, il faut se servir de la spatule, qui ne les détache pas sans déchirer en même temps la pellicule cicatricielle.

Tous ces inconvénients n'existent pas en employant la glycérine. La plaie reste, pendant tout le traitement, d'une netteté et d'une propreté remarquables, et quelque étendue qu'elle soit jusqu'à cicatrisation complète, n'a jamais besoin d'être lavée. De là, économie de temps pour le chirurgien et désagréments évités au malade dont les vêtements et le lit ne sont pas exposés à être mouillés. Chacun sait aussi que le lavage des plaies prédispose celles-ci à l'atonie et en retarde la guérison.

La glycérine empêche les bourgeons charnus de prendre un trop grand développement, en sorte qu'il n'est jamais besoin de les réprimer avec la pierre infernale.

Enfin, elle modère la suppuration; ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en pansant une plaie, comme je l'ai fait, alternativement avec du cérat et avec de la glycérine.

Les plaies pansées avec la glycérine offrent le plus bel aspect et sont d'un rouge rosé indiquant un état d'excitation propice pour la réparation.

Les résultats de tous les avantages que nous venons de reconnaître à la glycérine est de mener les plaies sans retard et sans entraves à une cicatrisation complète.

Soit à cause de l'extrême propreté dans laquelle elle maintient les surfaces suppurantes, soit à cause de son action stimulante favorable à la réparation, soit à cause de son action sur les bourgeons charnus et sur les globules du pus, soit à cause de son pouvoir antiputride, soit peut-être en vertu de toutes ces propriétés réunies et agissant simultanément, la glycérine guérit rapidement les plaies, et il est extrêmement rare de voir, dans le cours du traitement, se développer ces accidents, tels que érysipèle, infection purulente, pourriture d'hôpital... qui trop souvent envahissent les plaies pansées avec le cérat.

Avant l'emploi de la glycérine, ces accidents venaient entraver avec une fréquence désespérante le résultat de nos opérations à l'hôpital Saint-Louis, où nous remplacions M. le professeur Denonvilliers; nous découvrons les remarquables propriétés de la glycérine, nous pansons avec cette substance toutes les plaies de notre service, et à partir de ce moment, érysipèle, infection purulente, pourriture d'hôpital, deviennent aussi rares qu'ils étaient auparavant fréquents; M. Denonvilliers reprend son service, continue notre mode de pansement et fait les mêmes remarques que nous. Depuis, les observations de plusieurs praticiens sont venues corroborer notre opinion sur ce point.

Maintenant que nous avons démontré l'action de la glycérine sur nos tissus, et ses propriétés antiputrides, on ne doit plus s'étonner de voir ce médicament modifier les plaies gangréneuses, fétides, de mauvais aspect, et même celles qui sont envahies par la pourriture d'hôpital.

C'est par la guérison de plaies atteintes de pourriture d'hôpital que nous avons fondé la réputation de la glycérine. Nous avons publié cinq observations qui ne doivent pas laisser le moindre doute à ce sujet. Si, dans la discussion qui s'est élevée à la Société de chirurgie, quelques membres ont refusé de croire que nous avions eu affaire à des cas de véritable pourriture d'hôpital, c'est que, assimilant la glycérine au cérat et ne lui accordant aucune action spéciale, ils ne pouvaient se rendre compte de quelle manière une substance inerte avait le pouvoir de modifier une maladie comme la pourriture d'hôpital. Or nous avons déjà réfuté par les faits l'opinion qui dénie à la glycérine une action sur nos tissus, et nous ne voyons pas quel nom, autre que celui de pourriture d'hôpital, on peut donner à cet état des plaies que nous avons observé et dans lequel la surface suppurante devient douloureuse, se recouvre d'une matière pultacée, grisâtre, s'étendant en largeur et en profondeur, la suppuration se tarit d'abord en partie pour fournir ensuite un pus ichoreux et très-fétide, et la fièvre s'allume en s'accompagnant de phénomènes généraux inquiétants. Ne reconnait-on pas à ces caractères la forme de pourriture d'hôpital décrite dans tous les ouvrages classiques sous le nom de pourriture pulpense?

Tous ces accidents, nous les avons vus promptement dissipés par la glycérine. A peine le pansement est-il achevé que le malade en ressent un soulagement considérable; la douleur disparaît. Quant aux résultats médiats, non-seulement la glycérine empêche la pourriture de s'étendre davantage, mais elle détermine l'élimination des parties mortifiées, déterge la surface suppurante qui prend une teinte rosée, fournit un pus bien lié et perd toute mauvaise odeur. La rapidité avec laquelle s'opèrent tous ces changements est très-remarquable. Il suffit pour cela de quelques pansements.

La pourriture d'hôpital étant une maladie heureusement assez rare et ne se développant que dans des conditions spéciales, nous n'avons pas eu de nouvelles occasions d'opposer la glycérine à cet accident. Quant aux plaies gangréneuses, fétides et de mauvais aspect, avantageusement modifiées par la glycérine, nous en avons observé fréquemment, et beaucoup de praticiens ont également signalé des cas de ce genre. Depuis près de quatre ans, j'ai pansé en ville et à l'hôpital, tous les anthrax que j'ai eu à traiter par la glycérine. Après avoir fait les incisions convenables, je mets dans chacune des incisions de la charpie trempée dans de la glycérine, le tout recouvert d'un cataplasme arrosé de cette substance. Bientôt les escarres s'éliminent, et finalement je finis par panser les plaies résultant de la chute des parties mortifiées comme des plaies simples. Ce mode de pansement a été mis très-souvent en usage avec un résultat local très-avantageux. Mon exemple a été suivi par plusieurs praticiens distingués qui, eux aussi, ont obtenu d'excellents résultats. Dans la séance du 3 janvier 1856, M. Pertus entretenait la Société de médecine pratique des bons effets qu'il avait obtenus de la glycérine appliquée à un anthrax du dos, et M. Chalut rapportait un cas d'escarre gangréneux au talon et un autre d'escarre à la joue consécutive à un sinapisme, heureusement traités par la glycérine. M. Bertet (de Cercoux) a publié sur ce point, dans l'UNION MÉDICALE (p. 51, 1856), plusieurs observations intéressantes.

Là, c'est un anthrax du dos largement incisé à deux reprises, dont les bourbillons constituent une masse énorme de tissu cellulaire mortifié exhalant une mauvaise odeur, et n'ont que peu ou point de tendance à se détacher. M. Bertet substitua aux cataplasmes le pansement à la glycérine, et en deux jours la plaie a complétement changé d'aspect, a perdu sa mauvaise odeur et marche vers une cicatrisation rapide.

Ici, c'est une plaie gangréneuse infecte existant chez un paraplé-

gique, à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque droite. Elle renferme une grande quantité de tissu cellulaire mortifié, la peau est décollée et enflammée dans une certaine étendue autour de son ouverture. La poudre de quinquina reste sans avantages. On la remplace par la glycérine que l'on applique deux fois par jour. Après quarante-huit heures la plaie est modifiée, propre; après cinq jours, le tissu cellulaire mortifié est détaché, le fond de la plaie est vermeil. En moins de deux mois la guérison était complète.

Nous pourrions multiplier beaucoup les faits de ce genre, mais comme ils sont passés dans la pratique et reconnus par la plupart des médecins, nous n'y insisterons pas davantage. Nous disons la plupart des médecins, car il en est encore qui restent fidèles à l'ancien mode de pansement ne pouvant se décider à rompre avec leurs vieilles habitudes. Nous serions heureux si nous arrivions à convaincre ces indifférents, et c'est avec cet espoir que nous avons réuni en un faisceau compacte tous les services rendus par le médicament que nous avons heureusement mis en honneur. Nous voudrions le voir exclusivement employé dans les hôpitaux et adopté par le service de santé des armées.

En campagne, quel que soit le zèle que déploie le corps médical, le petit nombre de son personnel, relativement à la masse des blessés, fait que pour telle maladie, par exemple, le pansement ne peut être renouvelé qu'une fois lorsqu'il devrait l'être deux et même trois. Or la glycérine, d'une part, en rendant les pansements très-prompts, d'autre part, en diminuant la suppuration, et, par conséquent, en permettant de laisser en place sans préjudice le même pansement pendant un temps plus long, fait que le chirurgien peut étendre ses soins à un plus grand nombre de malades. En outre, les projectiles de guerre produisent des plaies contuses avec mortification des bords, ordinairement très-compliquées, entraînant souvent l'amputation, toujours très-longues à se cicatriser, et fournissent une abondante suppuration. Pendant ce temps, les blessés entassés les uns sur les autres, soumis aux conditions hygiéniques les plus défavorables, sont sous l'imminence continuelle de tous les accidents qui compliquent les plaies. Or dans ces circonstances la glycérine se recommande au premier chef par son pouvoir prophylactique et curatif de ces accidents, par son action antiputride et par la qualité qu'elle possède de modérer la suppuration.

Ajoutez à cela que la glycérine est d'un transport facile, qu'elle ne craint pas les avaries, qu'elle se conserve indéfiniment et qu'elle ne rancit pas comme le cérat.

ABCÈS PROFONDS, CLAPIERS, TRAJETS FISTULEUX. — Presque en même temps que nous commençions à appliquer la glycérine au traitement des plaies à ciel ouvert, nous l'employions en injections dans les plaies cachées, c'est-à-dire les abcès profonds, les clapiers, les trajets fistuleux.

Dans ces cas, j'ai recours à la glycérine pour remplir des indications, quelquefois isolées, souvent réunies et qui sont les suivantes :

Il s'agit de parer à l'abondance de la suppuration;

Ou bien de déterger les surfaces sécrétantes;

Ou bien de modifier les mauvaises qualités du pus;

Ou bien encore d'empêcher la stagnation des liquides;

Ou bien enfin d'exciter simplement la membrane piogénique, afin de hâter la réparation.

Souvent, concurremment aux injections de glycérine, j'emploie la compression lorsque les parties et la nature de la lésion le permettent. J'ai vu l'action simultanée de ces deux moyens me donner de très-beaux résultats dans les cas d'abcès sous-mammaires et d'abcès profonds de l'aisselle avec fusées purulentes sous les pectoraux.

A la suite des amputations et des désarticulations, il est fréquent de voir se former des fusées purulentes autour du moignon; je les combats heureusement avec les injections de glycérine.

Lorsque l'abcès est lié à la lésion d'un os, j'unis l'iode à la glycérine. J'ai remarqué que ces deux médicaments donnaient des résultats beaucoup plus satisfaisants lorsqu'ils étaient réunis que quand ils étaient employés isolément. La glycérine est douée, comme nous l'avons dit, d'un pouvoir de pénétration énorme, et comme elle est, après l'alcool, le meilleur dissolvant de l'iode, elle entraîne ce médicament avec elle en imbibant les tissus malades molécule à molécule, et étend de la sorte son action à une grande profondeur.

Je pratique les mêmes injections dans les bubons syphilitiques suppurés.

BRULURES. — Nous avons eu souvent occasion d'appliquer la glycérine aux brûlures, et toujours nous nous sommes bien trouvé de ce mode de pansement.

La glycérine, en effet, agit très-heureusement contre les accidents qu'entraînent ces sortes de lésions, c'est-à-dire contre la douleur, contre la réaction inflammatoire qui préside à l'élimination des escarres et contre l'abondance de la suppuration, qui, après la chûte des parties mortifiées, est si souvent une cause d'épuisement et de mort.

La douleur qui se montre immédiatement après l'accident est surtout intense dans les deux premiers degrés de brûlure. Les applications de glycérine l'apaisent et souvent la font disparaître entièrement en pénétrant la surface lésée, en substituant à la sécheresse une humidité qui détend la partie, et à la sensation d'ardeur une sensation de frais qui dure fort longtemps.

En pathologie, les phénomènes s'enchaînent les uns les autres. Pour les brûlures, chacun a remarqué que quand la douleur persistait, en général la réaction inflammatoire consécutive était très-intense. Serait-ce en agissant primitivement sur la douleur que la glycérine préviendrait une inflammation trop vive? Nous ne nions pas cette influence, mais nous expliquerons beaucoup mieux le fait en invoquant le pouvoir que possède la glycérine de préserver les plaies d'une excitation aiguë, et de dissiper cette irritation lorsqu'elle s'est développée.

Quoi qu'il en soit, l'élimination des escarres s'effectue sans ébranler l'organisme, et bientôt à la brûlure succède une plaie simple secrétant du pus en quantité proportionnelle à son étendue. Les brûlures larges et profondes sont fréquentes, et beaucoup des malades, après avoir résisté à la douleur et à la réaction inflammatoire, succombent épuisés par l'abondance de la suppuration. La glycérine vient heureusement lutter contre ce dernier accident en modérant la sécrétion du pus.

Enfin le pansement à la glycérine nous a paru posséder encore un avantage dans le traitement des brûlures. Et s'opposant à l'exubérance des bourgeons charnus, il procure une cicatrice plus plate et plus régulière que celle obtenue par le pansement ordinaire.

ULCÈRE, ULCÉRATIONS, CHANCRES. — Sous le nom d'ulcères nous comprenons, comme Boyer, les solutions de continuité des parties plus ou moins anciennes, accompagnées d'un écoulement de matière purulente et entretenues par un vice local ou une cause interne.

La glycérine, à elle seule, peut amener la guérison de certains ulcères, mais cela est rare, et nous l'employons dans ces lésions comme moyen préparatoire d'un autre traitement, ou comme adjuvant d'une médication générale, ou simplement comme palliatif.

C'est dans les ulcères tenant à un vice local que nous employons la glycérine comme moyen préparatoire d'un autre traitement, la compression à l'aide de bandelettes agglutinatives. Ce dernier traitement, en effet, réussit d'autant mieux qu'il est appliqué à un ulcère ramené à un état plus simple. Or les sujets porteurs d'ulcères appartenant à la classe indigente et exerçant des professions pénibles, n'ont, en général, recours au chirurgien que quand des complications que leur genre d'existence ne tarde pas à amener, les forcent à s'arrêter complétement.

Les complications qu'ils présentent sont : l'inflammation de l'ulcère, le gangrène de quelques-uns de ses points, une exubérance de fongosités à sa surface, une éruption eczémateuse, le développement de callosités sur ses bords. Les pansements à la glycérine font disparaître ces accidents, et c'est alors que j'applique les bandelettes de sparadrap qui, dans ces conditions, procurent une prompte guérison. Quelquefois l'irritation qu'elles causent étant trop considérable, j'alterne leur application avec celle de la glycérine.

Dans le cas d'ulcère atonique, scorbutique, scrofuleux et syphilitique, l'action locale de la glycérine seconde merveilleusement la médication interne en stimulant la plaie et la maintenant dans un état favorable à la cicatrisation.

Enfin, la glycérine n'est plus qu'un palliatif pour l'ulcère cancéreux, mais un palliatif jouissant de propriétés utiles. En effet, elle modère la suppuration, lui enlève sa mauvaise odeur, empêche le développement des fongosités, entretient une propreté précieuse et rend le pansement facile et peu douloureux. Les ulcères cancéreux sont fréquemment le siége de douleurs très-vives tenant à la nature de la lésion. On parvient à les calmer en partie en associant à la glycérine du laudanum ou de l'extrait d'opium qu'elle dissout facilement.

Une inflammation ulcérative peut envahir une plaie. Celle-ci prend alors une teinte d'un rouge violacé, devient douloureuse, fournit un pus abondant et mal lié. On ne tarde pas à voir une nouvelle plaie s'enter, en quelque sorte, sur la première, qu'elle tend à agrandir en surface et en profondeur en détruisant les tissus. J'ai vu plusieurs fois ce travail ulcératif s'emparer de la surface d'un vésicatoire chez les jeunes enfants, et devenir une complication inquiétante. Dans ces

circonstances, le pansement à la glycérine est très-efficace. Il arrête le travail désorganisateur, fait cesser la douleur, détermine la formation de granulations qui fournissent un pus de bonne nature et amène la réparation des parties détruites et la cicatrisation de la plaie (1).

Nous avons administré la glycérine en lavement (30 grammes de glycérine pour 250 grammes de véhicule) contre les ulcérations de la partie inférieure du gros intestin. Relativement au but que nous nous proposions, nous avons toujours obtenu des résultats satisfaisants. Après tout ce que nous avons dit des propriétés de la glycérine, on comprendra facilement comment son pouvoir curatif varie suivant la nature de l'ulcération, et, par conséquant, ce qu'on doit en attendre dans tel ou tel cas.

M. le docteur Van Holsbeck combat les ulcérations de la marge de l'anus qui constitnent les fissures, par la glycérine, mais la glycérine médicamenteuse tenant du tannin en dissolution. Une mèche plus ou moins volumineuse enduite de glycérine au tannin, est introduite matin et soir avec précaution. M. Van Holsbeck rapporte un cas dans lequel la guérison a été obtenue en cinq jours par ce moyen. Nous ne faisons qu'enregistrer ce fait, n'ayant à cet égard aucune expérience personnelle.

Nous arrivons au traitement par la glycérine des ulcérations spécifiques ou des chancres. Le pansement qu'ordonnent la plupart des médecins dans ce cas, est le pansement au vin aromatique. Or il arrive presque toujours que le malade imbibe la charpie d'une quantité trop grande de liquide qui baigne alors les parties et leur fait subir une macération préjudiciable; ou bien, au contraire, la charpie non suffisamment mouillée adhère à la petite plaie, et oblige à chaque pansement de recourir à des tractions qui détruisent la pellicule épidermique cicatricielle; la glycérine, tout en ayant les avantages du vin aromatique, n'a pas les inconvénients que nous venons de signaler. Elle nous a paru, en outre, amener plus promptement la détersion de la surface ulcérée, et favoriser la résolution de l'induration du chancre infectant. Le pansement à la glycérine se fait comme le pansement au vin aromatique.

CREVASSES, ENGELURES. — Ces lésions, à cause de leur peu de gravité, ne nous arrêteront pas longtemps. On leur a opposé la glycérine avec succès, mais dans presque tous les cas, la glycérine tenant une autre substance en dissolution.

Veici deux formules que M. Stratin prescrit dans les écorchures, les excoriations, les fissures du mamelon, des lèvres, des mains.

1° Gomme adragante pure. . .	8 à 15 gr.	On obtient une gelée molle qu'on peut employer en onctions ou embrocations.
Eau de chaux.	120	
Glycérine purifiée.	30	
Eau distillée de roses. . . .	100	
2° Biborate de soude.	2 à 4 gr.	Pour lotions.
Glycérine.	15	
Eau de roses.	125	

Le docteur Brinton a employé avec succès comme topique dans les gerçures de la langue, le mélange suivant de glycérine et de borax :

Borax.	2,50 gr.
Glycérine.	30
Eau.	120

La glycérine fait promptement cesser les démangeaisons qu'occasionnent les engelures, et elle agit consécutivement sur les crevasses de la peau lorsqu'il en existe. A cause de la sensibilité et de la susceptibilité des parties, nous recommandons une glycérine très-pure. Un fait digne de remarque, c'est qu'une glycérine impure affecte plus douloureusement une solution de continuité de petite étendue qu'une plaie de grande dimension.

(1) La glycérine peut, avec grand avantage, être substituée au cérat dans le pansement ordinaire des vésicatoires; elle prévient les accumulations de pus et de cérat qui se font au pourtour des vésicatoires qui ont été pansés pendant quelque temps par la méthode ordinaire.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

II. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

(Deuxième semestre de 1857 et premier semestre de 1858.)

DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PNEUMONIE ET DE LA PNEUMONIE RHUMATISMALE, rapport fait à la Société de médecine de Strasbourg par le professeur SCHÜTZEMBERGER, sur un travail de M. le docteur PAUL ARRONSOHN.

M. le docteur Arronsohn, dans un mémoire lu à la Société, s'est proposé : 1° d'établir l'identité de nature entre certaines pneumonies et le rhumatisme aigu, ce qui conduirait à faire admettre des pneumonies rhumatismes ; 2° de démontrer que les pneumonies rhumatismales offrent de préférence la forme fibrineuse ou inflammatoire hyperplastique.

Le travail de M. Arrousohn aurait, semble-t-il, contre lui de ne s'appuyer que sur une seule observation, et cette circonstance ne pouvait peut-être pas permettre à l'auteur de formuler la seconde des conclusions que nous venons de reproduire comme offrant un caractère habituel. Quant à l'étiologie rhumatismale de la pneumonie, si, comme le pense M. Schützemberger, elle n'a pas de cause concrété, si elle est une simple vue de l'esprit, une hypothèse qui atténue sa mise en évidence expérimentale, il ne fallait peut-être pas faire aussi bon marché du travail de l'auteur de la note, que l'a fait M. le rapporteur ; car cette observation, quoique unique, si elle a été bien interprétée, est un fait, une unité en faveur de l'hypothèse de l'auteur, hypothèse que M. Schützemberger reconnaît comme *infiniment probable.*

Comme il est très-difficile de se faire une idée exacte du travail d'un auteur d'après une analyse conçue à un point de vue qui lui est contraire, il eût été bon qu'en regard du rapport de M. le professeur de Strasbourg eût été mis le travail original de Arronsohn. Quoique paraissant reposer sur une hypothèse, l'idée qui est au fond de cette doctrine ne saurait être traitée légèrement et comme sans importance. Entre la pneumonie et l'arthrite, les différences sont grandes, sans doute ; mais quand ces maladies succèdent si fréquemment à une même influence extérieure, c'est peut-être un grand pas que de savoir les y rattacher, même par un x, car cette inconnue, cet x, qu'est-ce autre chose que l'étiologie physiologique de la manifestation symptomatique du trouble fonctionnel observé?

DE L'OBLITÉRATION SUBITE DES ARTÈRES PAR DES CORPS SOLIDES OU DES CONCRETIONS FIBRINEUSES DETACHÉES DU CŒUR OU DES GROS VAISSEAUX A SANG ROUGE; par le professeur CH. SCHÜTZEMBERGER.

Conclusions générales :

I. Des concrétions fibrineuses ou des corps solides formés dans le cœur ou dans les gros vaisseaux à sang rouge, peuvent se détacher de leur siége primitif, être transportés par le torrent circulatoire et obturer différentes branches secondaires de l'arbre artériel.

II. Ce fait n'est ni absolument rare ni exceptionnel ; il constitue une affection spéciale et très-remarquable des artères qui a été désignée par Virchow sous le nom d'*embolie artérielle.*

III. Cette affection, longtemps méconnue et fort grave, est prouvée aussi bien par l'induction scientifique que par l'observation clinique et microscopique.

IV. Elle a été observée à la suite :

De phléhite gangréneuse des veines pulmonaires ;

D'affections organiques du cœur gauche ;

De dégénérescence athéromateuse des gros troncs artériels.

V. Sa cause la plus fréquente réside dans des concrétions fibrineuses ou calcaires, excroissances polypiformes développées sur la valvule mitrale et entraînées par le courant sanguin.

VII. Quand les malades ne succombent pas à une première obturation artérielle, il s'en produit ordinairement d'autres; la multiplicité et la successivité des lésions artérielles est un des caractères de la maladie.

IX. Les artères que l'on a trouvées le plus souvent altérées sont : les artères sylvienne, carotide interne, celles des extrémités inférieures et supérieures; spléniques, rénales, carotide externe, mésentérique.

X. L'obturation se produit d'ordinaire dans tous les lieux de rétrécissement ou de gêne du système artériel.

XI. Si à la suite d'une obturation artérielle il s'établit une circulation collatérale suffisante, la lésion reste locale et n'entraîne que des perturbations fonctionnelles passagères.

XVI. A la suite des oblitérations artérielles, sans circulation collatérale des altérations organiques, la mortification et la gangrène, sèche ou humide, partielle ou générale, en sont la conséquence obligée.

XVIII. Dans les organes parenchymateux, l'obturation des branches artérielles produit des infarctus sanguins ou fibrineux très-exactement circonscrits.

XIX. Dans le cerveau, l'infarctus donne ordinairement lieu au ramollissement jaune ; mais il est infiniment probable que certaines indurations circonscrites dépendent de l'obturation de ramuscules artériels.

XX. Dans la rate et dans les reins, l'infarctus, suite d'obturation, constitue une lésion toute spéciale, exactement circonscrite, de forme ordinairement conique, de coloration variable, selon son ancienneté, et souvent plus dense que le reste du parenchyme.

XXIII. L'embolie des artères cérébrales produit des perturbations fonctionnelles analogues à l'attaque d'apoplexie. Les symptômes ne diffèrent pas de ceux de l'hémorrhagie cérébrale ou du ramollissement aigu.

OBSERVATIONS DE FISTULES VÉSICO-VAGINALES ; par M. le docteur HERGOTT, professeur agrégé.

L'auteur cite deux observations de fistules vésico-vaginales. L'un des deux malades a guéri sans opération ; l'autre nous intéresse davantage à cause du procédé mis en pratique avec succès par l'auteur.

OBS. — Justine Grille, âgée de 33 ans, entre à l'hôpital pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale, suite de couches, le 11 juillet 1857.

Le 30, on procède une dernière fois à l'examen des parties, on constate :

1° Que le col utérin n'existe pour ainsi dire plus, et qu'on ne peut, par conséquent, pas s'en servir pour abaisser le vagin ;

2° Que les brides cicatricielles fixent si bien le vagin aux parties voisines qu'il n'est pas possible de le faire glisser vers le bas au moyen de crochets ;

3° Que, grâce à la déchirure du périnée, il devient possible, en plaçant la femme dans une position convenable et en dilatant l'entrée du vagin, d'opérer sans avoir préalablement abaissé celui-ci. On met une sonde à demeure et on administre un lavement purgatif qui amène deux évacuations.

OPÉRATION. — La femme est placée sur un lit très-élevé, à la hauteur de la ceinture de l'opérateur, le siége dépassant un peu le bord du matelas ; le tronc incliné en arrière et en bas, les cuisses relevées comme dans l'opération de la taille.

Aux deux crochets dilatateurs qui ne dilatent pas suffisamment, on substitue les doigts de deux aides appliqués sur les côtés du vagin. La paroi antérieure est élevée et la postérieure abaissée de la même manière ; de cette façon, la fistule devient assez facile à voir et à atteindre.

Au moyen d'un petit ténotome pointu, M. Hergott avive tout le pourtour de l'orifice fistuleux dans l'étendue de 15 millimètres transversalement, saisissant la muqueuse tantôt avec des pinces à dents de souris, tantôt avec de petites érignes ; puis, au moyen d'aiguilles fortement courbées, il passe premièrement d'avant en arrière, puis d'arrière en avant, deux fils dans les deux lèvres de l'orifice. Chacun de ces fils est alors serré isolément et relevé sur le mont de Vénus ; dès lors les lèvres de l'orifice sont régulièrement juxtaposées, et il n'y passe plus d'urine. Les sutures n'exercent aucun tiraillement sur la muqueuse, il paraît inutile de faire deux incisions semi-lunaires pour relâcher les tissus.

Un tampon de coton retenu par un fil est placé au niveau de l'orifice, puis la femme est reportée dans son lit, les jambes soutenues par des coussins ; une sonde est placée à demeure dans la vessie et fixée. L'urine qui s'écoule par la sonde est d'abord un peu sanguinolente, mais bientôt elle devient limpide.

Du 31 juillet au 5 août, rien de particulier ; à ce moment les fils commencent à ulcérer les tissus, on les enlève.

Le 6 août, on retire la sonde à demeure et on pratique le cathétérisme toutes les demi-heures.

Le 13, la malade garde ses urines pendant plus de deux heures, et urine sans sonde. Depuis ce moment, nouvel écoulement d'urines par le vagin. A l'examen, on ne découvre aucun trajet fistuleux. Cautérisations avec le nitrate d'argent du point d'où suinte l'urine.

Le 19, l'urine qui avait continué à suinter par un pertuis, ne passe plus dans le vagin. La malade reste à l'hôpital jusqu'au 25 octobre, toujours avec un suintement d'urine plus ou moins abondant ; mais à cette date tout allait bien. Cette femme a été vue par M. Stoll le 5 décembre ; elle était parfaitement guérie.

II. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

(Deuxième semestre de 1857.)

DES DIATHÈSES MORBIDES ET DE LEUR IMPORTANCE AU POINT DE VUE CLINIQUE ; leçon d'ouverture du cours de clinique ; par M. TEISSIER.

Belle et bonne leçon : sage et éloquente réaction contre la domination de l'organicisme pur. L'auteur se propose de démontrer qu'un grand nombre de maladies, même les plus simples et les plus locales, tiennent à un état général de l'économie, à une modification, par exemple, du liquide sanguin, et qu'il n'y a de guérison possible alors qu'à la condition d'avoir remédié à l'état constitutionnel.

Les diathèses appartiennent, dans l'ordre pathologique, à la classe des causes prédisposantes, et parmi ces dernières, à celles particulièrement constituées par la présence, dans l'économie, d'un principe morbide spécifique ou latent, dont les manifestations, ordinairement successives et mobiles, sont identiques par leur nature, quoique variables dans leur forme et leur siége.

Quant aux viciations du liquide sanguin, elles ne consistent pas en altérations exclusivement chimiques ou physiques, mais en des modifications insaisissables au moyen des instruments de la science, et seulement perceptibles par leurs effets physiologiques.

Dans la diathèse, il y a un état morbide latent, un germe, un levain dans l'économie ; dans la simple prédisposition, il y a seulement susceptibilité d'un organe ou d'un tissu à contracter la maladie.

M. Teissier reconnaît les diathèses suivantes :

1° La diathèse rhumatismale ;

2° La diathèse goutteuse, différente de la précédente par la présence des concrétions tophacées : la diathèse urique n'en est qu'une branche secondaire ;

3° La diathèse herpétique. Beaucoup d'auteurs ont été conduits par l'observation à penser que cette diathèse avait, avec celle du rhumatisme, une grande analogie, si ce n'est une identité de nature. M. Teissier croit qu'il y a certainement du vrai dans cette opinion : suivant lui, on pourrait presque établir en loi la coexistence du rhumatisme chronique et des affections herpétiques.

Ces faits sont, en effet, d'observation commune pour les médecins praticiens.

4° La diathèse scrofuleuse ;

5° La diathèse syphilitique, qu'il est presque superflu de décrire ;

6° Enfin, les diathèses tuberculeuse et cancéreuse, caractérisées par la création, dans l'économie, de produits hétéromorphes.

Les diathèses peuvent demeurer complétement latentes ; cependant ce n'est pas l'ordinaire, et l'observateur attentif et expérimenté peut deviner assez souvent l'existence d'une diathèse chez un sujet qui n'aura pas présenté de manifestation évidente et formelle. C'est qu'en effet les sujets diathésiques sont habituellement tourmentés par des malaises vagues, des troubles fonctionnels variés, des névralgies erratiques, des migraines, de la lassitude, des modifications de la sensibilité et de la calorification : ils ont une inégale répartition de la chaleur ; en un mot, ils éprouvent rarement le sentiment de bien-être et de force qui accompagne la plénitude de la santé.

Une des manifestations les plus notables des diathèses consiste dans l'influence qu'elles exercent sur la marche des maladies aiguës, dont elles prolongent la durée, qu'elles transforment en maladies chroniques.

Tout trouble dans la résolution naturelle d'un état morbide doit faire suspecter l'existence d'une diathèse.

Aussi ne doit-on pas oublier cette maxime des grands maîtres : Toute maladie locale qui se rattache à un vice de constitution exige, avant tout, un traitement général constitutionnel ; toute maladie tenant à une diathèse persiste ou revient avec ténacité, tant qu'elle n'est pas combattue par des moyens généraux propres à guérir l'état constitutionnel, qui en est la cause première.

Parmi les principaux moyens thérapeutiques à employer, on trouve :

Au premier rang, les eaux minérales, l'hydrothérapie, les bains de mer, de rivière ;

L'iode, le soufre, le fer, le mercure, la ciguë, l'huile de foie de morue, etc. ;

Les purgatifs, les exutoires, le régime lacté, l'eau pure à l'intérieur.

On voit tous les jours les brillants résultats de ces médications générales : il est inutile d'insister sur ce point de cette importante

étude. Les bons esprits s'y rattachent de toutes parts avec empressement.

THÉRAPEUTIQUE DE LA BLENNORRHAGIE : PRÉCEPTES POUR L'EMPLOI DE LA MÉTHODE ABORTIVE ; par M. P. DIDAY.

1° Avertir tous les clients de la possibilité d'une cure expéditive, s'ils viennent consulter à temps ; leur indiquer les premiers signes de l'écoulement. La période de début est indolente, *parce qu'elle est période de début*. Tous s'y trompent et voient dans ce fait un gage d'insignifiance du mal.

Ce préjugé est général ; combattez-le partout et toujours.

2° Le malade étant en présence, opérez sur l'heure, sans retard, et *opérez vous-même*.

3° Une injection suffit ; j'entends par là une séance d'injection ; car il en faut une première pour nettoyer le canal d'urine et de mucopus, puis une seconde, celle qui agit curationnellement.

4° Dose suffisante, mais nécessaire :

Eau distillée	18 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé	3 décigr.

5° Il n'y a besoin de mettre dans la seringue que de 6 à 8 grammes de ce liquide. En effet, si vous êtes consulté à temps, le mal n'a pas encore gagné en profondeur, et cautériser les 6 centimètres antérieurs du canal, cela suffit.

Si vous jugiez à propos de brûler plus avant, ce serait, n'est-il pas vrai, de crainte que l'inflammation n'y fût déjà parvenue? Mais alors, développée en étendue, elle le serait aussi nécessairement en intensité, et il n'y aurait plus dès lors assez de chances de réussite pour être autorisé à opérer.

6° Après l'injection du balayage, la seconde, celle qui agit, doit être gardée trois minutes. Quelques praticiens croient bien faire en refoulant le liquide d'avant en arrière. C'est pour ce cas un vrai contresens. *L'avant-canal*, à cette époque, est seul malade : lui seul doit donc être touché ; mais il faut le toucher tout entier, dans la cavité de ses follicules comme au fond de ses plis. Pour remplir ce but essentiel, c'est, au contraire, d'arrière en avant qu'il convient de ramener le liquide. Tenez une minute le flot fortement chassé dans ce sens par une pression méthodique, tout en serrant le méat de l'autre main. Ainsi, vous sentez sous vos doigts le canal se goufler de liquide : ainsi, vous aurez puissamment concouru à la guérison, en forçant l'agent curatif à s'insinuer partout où sa présence est nécessaire.

7° Tout n'est pas fini, cependant ; c'est au milieu du méat que la cause contagieuse a agi d'abord. Il est donc le plus fortement puisqu'il est le plus anciennement malade.

Après les manœuvres précédentes, il convient donc de cesser de serrer le méat. Au lieu de le tenir fermé par pression entre deux doigts, je place la pulpe du pouce en dehors, par-dessus l'ouverture, absolument comme on l'applique sur le goulot d'une fiole qu'on veut rincer. Le liquide injecté peut alors descendre librement jusqu'à l'orifice et venir baigner cette partie extrême de l'urètre. Je l'y maintiens une minute environ, puis je laisse sortir, et tout est fini.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. FLOURENS présente, au nom de M. Paolini, professeur de physiologie à l'Université de Bologne, un mémoire relatif à de nouvelles expériences faites par l'auteur sur la *moelle épinière*, expériences qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Les cordons postérieurs et latéraux de la moelle épinière sont doués d'une sensibilité exquise.

2° La division de ces cordons n'empêche pas la transmission à l'encéphale des impressions sensitives.

3° Les impressions transmises par les racines spinales postérieures, après un court trajet à travers les fibres médullaires de ces cordons, passent dans la substance grise.

4° La substance grise, quoique insensible par elle-même, c'est-à-dire incapable de recevoir immédiatement les impressions excitatrices du sentiment, paraît le moyen indispensable pour le transport des impressions au sensorium commun.

5° Les seuls cordons postérieurs, étant coupés transversalement, la sensibilité des parties de l'animal, situées au-dessous de la section, augmente temporairement.

6° Les cordons postérieurs conservent leur propre sensibilité, bien que coupés en deux ou trois points, à une certaine distance l'un de l'autre.

7° Les cordons antérieurs sont insensibles à l'application immédiate des stimulus.

8° Enfin, ces cordons antérieurs sont essentiellement moteurs, mais ne semblent pas étrangers à la production du sentiment.

M. FLOURENS signale encore, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un opuscule concernant des expériences physiologiques SUR LA TRANSMISSION DE LA SENSIBILITÉ ET DU MOUVEMENT DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE. L'auteur, M. Van Kelmen, professeur à l'Université de Louvain, a répété les expériences faites depuis quelques années par divers physiologistes et en a institué qui lui sont propres. Les résultats auxquels il est arrivé sont résumés par lui dans les termes suivants :

I. Chez la grenouille, la transmission de la sensibilité consciente est croisée dans toute la longueur de la moelle épinière ; celle du mouvement, au contraire, est directe dans la portion lombo-dorsale, et croisée dans sa portion cervicale.

II. Chez les pigeons, l'entre-croisement des conducteurs de la sensibilité consciente a lieu dans toute la longueur de la moelle épinière. La transmission du mouvement volontaire est directe dans la région lombo-dorsale ; elle est au contraire croisée partiellement dans la région cervicale.

III. Chez les mammifères, la propagation de la sensibilité consciente est croisée dans toute la longueur de la moelle épinière. La transmission du mouvement volontaire est seulement directe dans la région lombo-dorsale ; à la région cervicale, elle est en partie croisée, et la plus grande partie y est encore directe, puisque dans nos expériences le membre postérieur du côté opéré était plus paralysé que celui du côté opposé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département du Gers sur le service médical de ces établissement pendant l'année 1857 ;

2° Un rapport de M. le docteur Regnault sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault ;

3° Un rapport de M. le docteur Piglowski sur le service médical des eaux de Vernet (Pyrénées-Orientales) pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

Un pli cacheté de M. le docteur Batailhé contenant une note sur divers points de chirurgie militaire. (Accepté.)

M. le SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Caron du Villards, contenant quelques renseignements relatifs au sieur Vriès, dit le docteur Noir.

M. VELPEAU dépose sur le bureau un mémoire imprimé de M. Michaud (de Louvain) sur l'amputation tibio-tarsienne.

M. TRÉBUCHET dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. le docteur Gigol (de Levroux), une brochure intitulée : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA NATURE DES ÉMANATIONS MARÉCAGEUSES ET SUR LES MOYENS D'EMPÊCHER LEUR FORMATION ET LEUR EXPANSION DANS L'EAU.

LECTURES. — RHUMATISME ET GOUTTE.

M. BOUILLAUD donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur le Calvé, intitulé : DU TRAITEMENT DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME.

Après avoir formulé quelques considérations générales sur la relation des maladies avec les médications et après avoir commenté les aphorismes : *naturam morborum ostendunt curationes* et *contraria contrariis curantur*, M. Bouillaud analyse sommairement le travail de M. le Calvé, qui contient : 1° un parallèle entre le rhumatisme et la goutte sous le double rapport de l'étiologie et de la symptomatologie ; 2° la formule d'un nouveau traitement spécifique de ces deux maladies.

Relativement au premier point, M. Calvé conclut de ses propres recherches et de celles d'un grand nombre d'auteurs que ces deux maladies sont non-seulement de la même famille, mais qu'elles ne sont que deux variétés de la même espèce et qu'elles sont liées par un trait d'union admis par tous les auteurs, le *rhumatisme goutteux* ; que cependant il est vrai de dire qu'en général la goutte affecte plus profondément l'économie, est plus tenace, plus rebelle que le rhumatisme, et exige un traitement plus long.

Le traitement proposé par M. le Calvé se compose d'un sirop et d'un topique, ainsi constitués :

1° Pour le sirop :

Pr. extrait alcoolique d'aconit	de chacun. .	0,50 grammes.
— de digitale		
— de menthe poivrée.		
Extrait aqueux de persicaire	1,00	—
Eau distillée	q. s.	
Pour dissoudre :		
Sirop de gomme	300,00	—

On prendra une cuillerée à café le matin, une à midi et une le soir dans un verre d'eau gommée.

2° Pour le topique :

Teinture de lierre terrestre	de chacun. .	100 grammes.
— de scille		
— de mentre poivrée.		
— de belladone	60	—

On enveloppe les parties affectées d'une compresse imbibée de topique.

M. le rapporteur discute ensuite la valeur des faits que M. le Calvé produit à l'appui de l'efficacité de son traitement.

« Ces faits sont-ils bien observés, bien comptés, suffisamment nombreux, bien interprétés, bien catégorisés ? » M. Bouillaud ne le pense pas. Il regrette surtout que ces observations ne contiennent pas une description suffisamment exacte de l'état des articulations, et laissent dans une ignorance absolue sur l'état des organes intérieurs en général et du cœur en particulier, lequel est si souvent le siége d'une affection de même nature que celle des articulations.

M. Bouilland reproche aussi à M. le Calvé de ne pas définir nettement ce qu'il nomme *l'élément rhumatique*, différent de l'élément inflammatoire dans la goutte et le rhumatisme. Ne connaissant pas la nature de ces deux affections, il ne saurait donc raisonnablement proposer une médication *spécifique* ni démontrer rigoureusement la vertu antirhumatique des moyens qu'il conseille.

Après avoir insisté sur la nature essentiellement inflammatoire de l'affection désignée sous les noms de rhumatisme articulaire aigu, de fièvre rhumatismale, etc., sous le double point de vue des affections locales et de l'état général ou diathésique, M. Bouillaud déclare que le traitement antiphlogistique rationnellement formulé convient seul à cette maladie. Il termine son rapport en proposant à l'Académie l'adoption de conclusions qui, après quelques observations de MM. Robinet et Gibert, sont adoptées dans les termes suivants :

1° Déposer avec bienveillance le travail de M. le Calvé dans les archives de l'Académie ;

2° Adresser à l'auteur une lettre de remerciments.

MALADIE PARASITAIRE DES OISEAUX DE BASSE-COUR, TRANSMISSIBLE A L'HOMME ET AU CHEVAL ; par MM. REYNAL et LANQUETIN.

L'affection des oiseaux sur laquelle nous venons aujourd'hui, de concert avec M. Lanquetin, appeler l'attention de l'Académie, n'a pas encore été décrite. Elle offre cette particularité curieuse qu'elle est transmissible à l'homme et aux animaux, et qu'elle est déterminée par un arachnide particulier, du genre sarcopte désigné par M. Robin sous le nom de sarcopte mutans.

Cette maladie s'observe plus communément sur la poule et le coq ; elle apparaît d'abord sur les pattes, sur la crête et au pourtour du bec de la volaille.

Aucun signe précurseur ne peut faire prévoir sa manifestation prochaine, les poules conservent l'appétit et la gaîté ; parfois cependant, à un examen attentif, on remarque que les bêtes malades secouent la tête, lèvent et étirent les pattes d'une manière convulsive.

Si l'on poursuit l'examen des gallinacés chez lesquels on observe ces symptômes, on voit vers la base de la crête des points blanchâtres et des traînées linéaires disposées en zigzag recouvertes par des pellicules épidermiques très-minces, que le moindre frottement fait tomber ; la peau recouverte par ces pellicules est légèrement chagrinée et d'une couleur brune qui contraste avec la couleur rouge du reste de la crête.

A cette période on ne trouve encore aucune lésion des tissus. La maladie demeure stationnaire pendant quinze jours, trois semaines et même un mois ; au bout de ce temps la base de la crête s'épaissit et se fonce en couleur, les traînées linéaires occupent une plus large surface, elles représentent alors de véritables sillons semblables à ceux de la gale, et dans le fond desquels on trouve le sarcopte mutans. Sous l'épiderme qui se détache en écailles furfuracées, il se développe de petites granulations, sorte de papules d'un rouge brun qui durcissent la crête et la rendent moins souple et moins flottante.

A une période plus avancée, les plumes du sommet de la tête et du pourtour du bec subissent un changement bien remarquable : elles se redressent, se hérissent, perdent leur brillant ; elles blanchissent et s'atrophient comme s'il existait une perversion dans le travail de sécrétion de la peau et du bulbe.

Au point où la plume se détache de la peau, on trouve un amas de matière épidermique disposé en couche d'une épaisseur de quelques millimètres ; tout autour on observe des traînées linéaires ou des sillons formés par le soulèvement de l'épiderme.

A mesure que la maladie fait des progrès, les plumes de la région de la tête et de la région supérieure du corps s'atrophient, leur extrémité libre s'infléchit, se tord, s'enroule sur elle-même, et finit par disparaître au milieu des productions épidermiques accumulées à la base du tuyau.

La tête de la poule et les parties supérieures du cou ont à cette période un aspect tout particulier ; elles sont dépouillées de toutes les plumes qui les décorent à l'état physiologique ; la crête est brune, à surface raboteuse, retirée sur elle-même, large à sa base et maculée par places de taches blanchâtres farineuses. On observe aussi sur ces diverses régions des croûtes de quelques millimètres d'épaisseur qui, détachées, laissent à nu une surface légèrement squameuse qui rappelle le *pityriasis*.

La maladie parasitaire ne débute pas toujours par la tête, c'est souvent sur les pattes qu'on voit apparaître les premières traces de son existence.

Voici dans ce cas les phénomènes morbides que l'on observe :

Au début, les divisions digitées deviennent blanchâtres et poudreuses, par le frottement, des furfures se détachent. Plus tard, il se fait un léger dépôt de la matière jaunâtre dont il a été fait mention plus haut. A cet état la maladie peut rester stationnaire pendant un mois, six semaines à deux mois ; la poule qui en est affectée ne paraît pas souffrir, on n'observe que quelques trépignements et par intervalle des coups de bec portés sur les pattes.

La maladie progresse lentement, ses progrès sont accusés par le soulèvement des écailles qui recouvrent les pattes et par le dépôt à leur surface d'une matière concrète de couleur grisâtre ou jaune sale et d'un aspect aréolaire.

Cette matière, dont je passe sous silence la composition chimique, est accumulée tantôt entre et sur les divisions digitées, tantôt elle se prolonge sur le tibia et constitue dans toute son étendue une croûte épaisse d'un centimètre et plus qui emboîte toute cette région. Par la pression de la main seule ou armée d'un instrument tranchant, on enlève des fragments de cette matière qui ont le volume d'une noisette et d'une noix ; ces croûtes présentent la plus grande analogie avec celles qui ont été signalées pour la première fois à Christiana par M. le docteur Beck dans une forme curieuse et heureusement très-rare de la gale de l'homme, et dont l'un de nous, M. Lanquetin, a reproduit une observation dans le travail qu'il vient de publier sur cette maladie.

C'est sous les écailles et au milieu de cette matière concrète qu'on trouve en grand nombre le sarcopte mutans cause première de la maladie.

Pour ne pas abuser de la bienveillance de l'Académie, nous ne donnons pas ici la description du sarcopte mutans ; nous ne parlerons pas non plus des remarques que nous avons pu faire sur le traitement, sur les maladies intercurrentes et les complications de l'affection parasitaire nouvelle dont nous venons de donner une description sommaire.

Nous avons hâte de faire connaître le chapitre le plus intéressant de notre mémoire : celui qui a trait à l'étiologie et à la contagion.

Le sarcopte mutans est la cause originelle de cette maladie cutanée de la volaille.

Une fois développée, elle se propage rapidement par contagion. Pour en acquérir expérimentalement la preuve, nous avons plusieurs fois enfermé dans une volière des volailles saines avec des volailles sur lesquelles nous avons constaté la présence du parasite.

Après un temps variable les poules saines ont été atteintes de la maladie, et toujours nous avons constaté la présence du parasite. Pour opérer cette transmission, le contact de la poule malade avec la poule saine n'est même pas nécessaire, il suffit souvent de loger cette dernière dans un local qui a été occupé par des poules infectées pour voir apparaître cette maladie.

Contagion au cheval. — On savait depuis longtemps en médecine vétérinaire que la cohabitation des animaux avec les oiseaux de basse-cour (poules ou pigeons) déterminait une maladie prurigineuse qu'on désignait, pour rappeler son origine, sous le nom de phthyriase de la volaille.

Un des premiers, M. H. Bouley a donné une description complète de cette affection chez l'homme.

Les rapports de cause à effet étaient tellement évidents qu'il ne restait aucun doute dans l'esprit des vétérinaires que cette maladie ne reconnût pour pour cause première un parasite particulier à la volaille. Mais ce parasite restait à connaître ; c'est en faisant l'examen microscopique de ces croûtes que MM. Ch. Robin et Lanquetin ont découvert le sarcopte mutans.

Pour démontrer que telle était bien la cause de la maladie dite phthyriase du cheval, nous avons placé le parasite sur la peau de cet animal et nous avons provoqué une maladie prurigineuse à l'excès présentant tous les caractères de cette même affection contractée par la cohabitation avec les volailles.

Contagion à l'homme. — Le sarcopte mutans de la poule est transmissible à l'homme ; notre croyance est basée sur ce fait que nous avons constaté plusieurs fois sur des filles de basse-cour des démangeaisons aux mains et aux bras tellement vives qu'elles étaient persuadées d'être atteintes de la gale.

Dans le but de démontrer cette transmission de la maladie parasitaire à l'homme par le transport du sarcopte mutans, nous avons entrepris une série d'expériences ; nous les ferons connaître ultérieurement à l'Académie, nous dirons seulement aujourd'hui que le sarcopte mutans déposé sous un verre de montre sur l'avant-bras a provoqué le développement d'une éruption vésiculeuse qui rappelle celle de la gale.

Des considérations qui précèdent nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Il existe chez les poules une maladie cutanée déterminée par un sarcopte particulier ; le *sarcopte mutans*.

2° Cette maladie ressemble par ses symptômes et sa marche à la gale de l'homme et des animaux.

3° Elle se transmet de la volaille à la volaille par la cohabitation et par l'intermédiaire du sarcopte mutans.

4° Elle se transmet également au cheval et aux autres animaux domestiques.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart, pour entendre le rapport sur les candidatures au titre de correspondant national.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES ET DES BAINS DE MER DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER; publié par la GAZETTE DES EAUX. — Paris, 1859.

Le médecin praticien accueille volontiers les ouvrages qui, par leur nature comme par leur forme, simplifient les mille exigences de la profession. A côté du livre de science, sur un plan inférieur sans doute, se rangent ces œuvres synthétiques, manuels, formulaires, abrégés ou index, objet de dédain pour le corps enseignant, mais que leur utilité incontestable impose de vive force à l'activité laborieuse du plus grand nombre. Évidemment ce n'est point là qu'il faut aller puiser les principes de l'art, ni la règle de conduite dans des circonstances déterminées. Nous ne sachions pas qu'on ait jamais eu la prétention d'élever un *epitome* au niveau des écrits dogmatiques. Si quelques esprits indolents se contentent de la table des matières pour ne pas s'appliquer à l'enchaînement des faits et des leçons, une faute aussi énorme en revient à eux, et non, nous en sommes convaincu, à l'intention des auteurs. Toujours est-il que, depuis quelques années, ce genre de publication s'est singulièrement multiplié dans la bibliothèque médicale. A bon ou mauvais droit, il y a là réponse à un besoin. Qu'on le veuille ou non, la vie des médecins de nos jours ne comporte plus, comme à d'autres époques, la méditation des in-folio. Il paraîtrait même, à en juger par plus d'un signe, que chez eux comme pour d'autres, le temps devient de l'argent courant. Épargnez-nous la recherche pénible et la dépense d'instants réclamés par des devoirs compliqués. Donnez à l'homme instruit et expérimenté un mémorial commode, un sommaire qu'il n'aurait plus la possibilité d'extraire de ses notes ou de refaire à nouveau sur le progrès quotidien des connaissances, un *vade-mecum* en un mot, comme on l'appelait naguère, et sans conteste il en usera avec reconnaissance, parce qu'il y trouvera son profit.

L'ANNUAIRE que la GAZETTE DES EAUX met au jour n'aspire à aucune destinée transcendante. Ce résumé des indications relatives aux eaux minérales et aux bains de mer de la France et de l'étranger a sa raison d'être. On va beaucoup aux eaux. On prescrit les eaux minérales et le traitement marin beaucoup plus qu'autrefois. Réunir dans des limites bornées, mais suffisantes, les notions que le goût moderne et les nécessités de la thérapeutique semblent multiplier à plaisir, c'est faire œuvre opportune et utile. Le dénombrement des sources dont l'exploitation est autorisée, le rang qu'elles occupent dans la classification la plus généralement adoptée, leurs principales propriétés curatives, leur situation géographique, les voies de communication et les moyens de transport qui permettent d'aller y chercher la santé ou la distraction, tels sont les objets de ce modeste volume. Sous un format à la fois élégant et léger à la main, on trouve réunis, condensés par une plume qui n'en est pas à ses premières œuvres en pareille matière, les documents les plus complets et les plus usuels. A ceux qu'intéresse spécialement l'hydrologie médicale, s'adresse un relevé de ce que la législation et les règlements administratifs ont produit jusqu'à nous en faveur de cette branche importante de la santé publique. Les statuts de la savante société, fondée pour l'avancement de la science thermale, se joignent tout naturellement à ces pièces officielles. Aux eaux de la France appartenait la préséance. L'ANNUAIRE n'oublie pas notre colonie d'Algérie, où tant de ressources de même nature sont réservées pour l'avenir. Il enregistre ensuite, avec une exactitude de bon aloi, une série d'établissements qui, chez nos voisins d'Allemagne, en Belgique, en Suisse, en Italie, en Espagne, en Angleterre, voire même en Russie, en Grèce et en Suède, attirent les baigneurs ou méritent une mention honorable. Nous ne pensons pas que la liste des bains de mer qui termine cette nomenclature soit aussi étendue ailleurs. Bon nombre de notices particulières corrigent, par leurs détails, présentés le plus souvent dans un cadre attrayant, l'aridité d'une exposition que le sujet commandait concise et complète. L'ANNUAIRE s'engage par son titre à se tenir au courant de toutes les modifications inséparables du temps, des mérites ou de la vogue. Aussi faut-il s'en rapporter aux promesses que ce nouveau venu se fait fort de tenir. Il y a vingt-six ans, comme il le dit lui-même, qu'une semblable pensée de publication annuelle avait été conçue par un savant chimiste, ancien commissaire en chef des poudres. L'instant était moins propice alors, et l'œuvre de Longchamp est demeurée en route. Aujourd'hui que l'impulsion est vive et l'affluence croissante près de toutes les sources salutaires, nul doute que, quiconque a besoin d'être renseigné, quiconque se voit obligé de décider un choix parmi toutes ces routes qui s'entre-croisent et ces localités qui rivalisent de séductions, ne prenne la main officieuse d'un indicateur aussi sûr qu'expéditif.

E. LE BRET.

VARIÉTÉS.

— La Faculté de médecine de Paris a procédé, samedi dernier, à la présentation d'une liste de candidats pour la chaire de physiologie et pour la chaire de pharmacie.

La Faculté présente au premier rang, pour la chaire de physiologie, M. le docteur Longet; au deuxième rang, M. le docteur Béclard.

Pour la chaire de pharmacie, la Faculté présente au premier rang, M. Regnault; au deuxième rang, MM. Leconte et Louis Orfila.

— M. le docteur Legouest, qui était attaché au grand quartier-général de l'armée d'Italie, vient d'être nommé médecin en chef du 5e corps d'armée.

— Par décision du 28 mai, M. le docteur Armand a été promu au grade de médecin-major de première classe.

— Par décret du 4 juin, M. le docteur Glatigny, médecin aide-major au 3e de zouaves, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le jury médical pour le concours de la place de chirurgien-major de la Charité de Lyon, est composé de MM. Desgranges, Rollet, Pétrequin, Barrier, Bouchacourt, Valette, Diday, Rodet, Rater, Roy, Cromier et Colrat.

Le concours s'ouvrira le 4 juillet.

— M. le docteur Guisard (de Guéret), ancien représentant, vient de succomber à une affection charbonneuse, à l'âge de 55 ans.

— La Société de médecine de Toulouse rappelle qu'elle a proposé, pour sujet de prix à décerner en 1860, la question suivante :

« Déterminer la valeur des caustiques dans le traitement du cancer. »

Le prix est de 300 fr.

Elle propose, pour sujet de prix à décerner en 1861, la question suivante :

« De l'influence de la culture sur les végétaux employés en médecine. »

Le prix est de 300 fr.

Les mémoires concernant le grand prix devront être remis avant le 1er janvier de chaque année. Ils seront écrits *lisiblement* en français ou en latin, et munis d'une épigraphe ou devise, qui sera répétée dans un bulletin cacheté où doit se trouver le nom de l'auteur.

Les ouvrages qui concourront pour les médailles d'encouragement devront être remis avant le 1er mars. Les auteurs feront connaître leurs noms. On n'admettra pas au concours ceux qui auront été imprimés ou communiqués à d'autres compagnies savantes.

Les membres résidants de la Société sont seuls exclus du concours.

Les ouvrages devront être adressés, francs de port, au secrétaire général de la Société.

— L'île de la Réunion, dont nous recevons des nouvelles jusqu'au 5 mai, a été cruellement éprouvée par le choléra, et à Saint-Denis, pendant la première période de l'épidémie, les décès se sont élevés jusqu'au nombre de 35 par jour.

Les communes de Saint-Louis, Saint-Pierre, Sainte-Marie et Saint-Benoît sont celles qui ont le plus souffert.

Dans ces localités, comme à Saint-Denis, plusieurs familles créoles ont éprouvé de douloureuses pertes, mais la mort a frappé surtout parmi les anciens esclaves et les engagés cafres et malgaches.

Au départ de la malle, le nombre des décès se trouvait réduit à une douzaine par jour à Saint-Denis, et tout faisait espérer la fin prochaine du fléau.

Le nombre total des décès, depuis le 17 mars, époque de l'invasion de l'épidémie, jusqu'au 2 mai, s'élevait à 963 pour Saint-Denis. (UNION MÉDICALE.)

— Nous annonçons avec plaisir et reconnaissance que, sur la demande de M. le docteur Rollet, chirurgien-major de l'Antiquaille, l'administration des hôpitaux a décidé que les lésions syphilitiques et cutanées rares ou dignes d'être recueillies pour l'instruction des élèves, seront reproduites par le dessin ou la photographie pour être conservées d'une manière durable.

L'importance que prend de jour en jour l'Antiquaille rendra plus précieux ce nouveau service rendu par l'administration qui, en quelques années, aura ainsi fondé à l'hospice un musée spécial extrêmement utile au perfectionnement des études médicales. (GAZETTE MÉDICALE DE LYON.)

— La statue de Jenner, élevée, comme on sait, avec le produit d'une souscription nationale, vient d'être exposée devant le Louvre, en face du pont des Arts. Elle est due au ciseau de M. Paul.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MALADIES DE LA PEAU A LA MARTINIQUE. — GÉOGRAPHIE MÉDICALE. — ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE DES EAUX MINÉRALES.

La géographie médicale n'existe encore que de nom. A part les intéressants essais de M. Boudin et quelques observations semées çà et là dans les ouvrages qui traitent des maladies des pays chauds, il n'existe encore, pas même à l'état de programme, aucun travail qui marque le point de départ et le but d'une nosologie climatologique. La lecture faite par notre très-distingué confrère M. Rufz, dans la dernière séance de l'Académie, sur les maladies de la peau à la Martinique, soulève cette question dans toute sa généralité. En fait, M. Rufz a très-bien établi qu'il existe des maladies cutanées propres à la Martinique; que certaines maladies des climats tempérés ne s'y rencontrent pas; et qu'enfin, celles qui s'y observent offrent des modifications en rapport avec la climatologie du pays. C'est une bonne page de nosographie géographique, qui pourra même servir de modèle à d'autres recherches du même genre. Mais est-ce par cette voie qu'on arrivera à fonder une véritable géographie médicale? A supposer que les observateurs des différents pays apportassent chacun leur contingent à cette dermatologie générale, croirait-on posséder les véritables éléments d'une géographie médicale comparée des maladies de la peau? Nous ne le pensons pas. On aurait quelque chose d'intéressant, d'utile même, mais on n'aurait presque rien fait pour atteindre le véritable but qu'on doit se proposer. Peut-être les auteurs qui ont écrit sur les maladies des différents pays ne se sont-ils pas bien rendu compte de ce but : chercher à le bien définir n'est donc pas une tentative sans intérêt.

Une bonne nosologie géographique doit comprendre deux termes : la connaissance des causes morbides propres à chaque pays, et la connaissance des formes sous lesquelles la réaction morbide s'y manifeste; en d'autres termes, l'étiologie et la nosographie des lieux. La première conduit directement à la seconde, et de la seconde on peut induire la première; car, ainsi que nous ne cessons de le rappeler : l'espèce morbide c'est la forme de la réaction, et la forme de la réaction c'est l'effet propre et spécifique de la cause. Appliquant cette double donnée à l'étude des maladies des différents climats, on peut arriver à quelque chose de fondamental, de véritablement scientifique et de pratique tout à la fois.

L'étude des maladies professionnelles, telle que l'ont conçue et commencée quelques écrivains de notre temps, a été faite dans cette direction. Ils ne se sont pas occupés à décrire les apparences plus ou moins superficielles des maladies, leurs symptômes; ils ont été directement à leurs causes, et c'est ainsi que l'on est arrivé à quelque notion précise sur les maladies des mineurs, des vidangeurs, des tourneurs en cuivre, des ouvriers employés au maniement du plomb, de ceux employés à la fabrication des allumettes chimiques, etc. On convient aisément que les mêmes recherches appliquées aux maladies propres aux climats ne sont ni aussi faciles ni aussi fécondes en résultats positifs; mais est-ce une raison pour préférer à cette voie sûre une voie longue et stérile?

Il y a, dans l'étude des maladies propres aux climats, quelque chose de plus que dans l'étude des maladies professionnelles. En effet, chaque climat n'a pas seulement ses causes, il a en outre ses modifications de l'organisme, qui sont elles-mêmes des effets permanents, d'autres causes permanentes. Ainsi, pour nous rapprocher davantage du sujet traité par M. Rufz, n'est-il pas vrai que la peau, sous les températures élevées, acquiert des modifications organiques et fonctionnelles qui la font réagir différemment contre les agents morbides venues du dedans ou du dehors. Notre savant confrère, en énumérant les maladies qu'il n'a point observées à la Martinique, s'étonne de n'y avoir point rencontré la suette, les sudamina, et quelques autres éruptions qui paraissent tenir à des transpirations abondantes. Le contraire n'eût-il pas été plus étonnant? Au point de vue de certaines doctrines que nous croyons dans le vrai, ces maladies, qui tirent leur origine d'une excrétion morbifique, doivent être d'autant plus rares et moins apparentes que ces excrétions se font plus facilement. Les pores de la peau sont plus largement ouverts par la chaleur, et la transpiration abondante et facile a pour effet de porter complétement au dehors les germes morbides qui, dans des conditions d'excrétion moins faciles, s'arrêtent dans les mailles ou à la surface de la peau. L'activité perspiratoire de la peau dans les pays chauds implique donc l'absence des lésions qui tiennent à une moins grande facilité d'excrétion cutanée. Cela ne veut pas dire que l'absence des formes de la réaction implique l'absence de la cause morbide, mais simplement que cette dernière s'élimine plus facilement, sans laisser aucune trace de son passage à travers la peau. C'est aussi de cette façon qu'il faut comprendre toutes les contagions qui n'aboutissent pas : elles traversent le corps sans s'arrêter et se fixer sur aucun organe.

— Des considérations qui précèdent à l'étude étiologique des eaux minérales, il n'y a qu'un pas. L'Académie reçoit à chaque séance, et la GAZETTE MÉDICALE reçoit tous les jours des travaux sur l'emploi des eaux minérales, travaux dont la tendance est loin d'être uniforme. Presque tous sont dépourvus du caractère scientifique. Ce sont nu des relations de faits particuliers ayant pour but de prouver l'efficacité de certaines eaux dans une foule de maladies, ou des affirmations purement théoriques à l'endroit des propriétés omnipotentes de ces eaux. La GAZETTE MÉDICALE a insisté plus d'une fois pour montrer combien cette marche est vicieuse. Elle peut contribuer à servir les intérêts du médecin, mais elle ne sert ni ceux des malades ni ceux de la science. Il n'y a qu'une bonne manière d'étudier l'action des eaux minérales : c'est de les considérer comme autant de modificateurs *physiologiques* ou *spécifiques* qu'il y a d'éléments morbides, *physiologiques* ou *spécifiques* à modifier ou à neutraliser. De même que les maladies climatériques et professionnelles doivent être étudiées au point de vue de leurs causes, de même les propriétés des eaux minérales doivent l'être au point de vue de leurs propriétés spéciales et spécifiques, qui ne sont aussi que des causes neutralisant d'autres causes. Dans cet ordre d'idées, l'étude étiologique des eaux minérales n'est d'abord qu'une sorte de toxicologie expérimentale destinée à fournir les contre-poisons des causes spécifiques des maladies, puis une thérapeutique destinée à modifier les effets nr-

---

FEUILLETON.

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES PHARMACIENS D'ANGERS (1).

Nous eussions vivement désiré de pouvoir présenter à la Société académique un travail complet sur les pharmaciens d'Angers, travail d'ensemble qui eût été d'autant plus intéressant pour cette partie de l'histoire locale, que jusqu'ici nul ne l'a voulu tenter; mais dès les premiers pas, nous nous sommes heurté dans nos recherches contre des obstacles qui ne paraissent pas devoir être jamais surmontés. J'indiquerai particulièrement la confusion qui exista longtemps entre les deux professions si distinctes de nos jours de pharmacien et d'épicier, et qui a fait que nos annales imprimées ou manuscrites les réunissent habituellement sous le même nom de marchands ou marchands-épiciers, surtout de 1400 à 1600, et ne nous permettent ainsi de reconnaître qu'un nombre évidemment trop borné des hommes qui exercèrent la pharmacie.

Cette confusion dans la désignation de professions si différentes était d'ailleurs provoquée par l'existence de règles communes à leur exercice, assimilation qui, au point de vue légal, était surtout motivée sur ce que les épiciers, pour s'approvisionner de leurs marchandises, entretenaient à peu près seuls alors des relations régulières avec les pays étrangers d'où ils recevaient les drogues médicinales qui commençaient à passer d'abord entre leurs mains. Aussi à Paris, et par suite dans plusieurs grandes villes, les deux professions ne formèrent-elles qu'un seul corps composé des *apothicaires* et des *épiciers*, avec cette différence entre elles, toutefois, que si l'apothicaire avait le droit de faire le commerce des épiceries, l'épicier ne pouvait composer de remèdes qu'après avoir été reçu apothicaire. Cette sorte de promiscuité subsista jusqu'à la suppression des jurandes que vint prononcer l'édit de 1776. Du reste, la profession d'apothicaire avait commencé d'être réglée spécialement dès 1484, sous Charles VIII, et fut successivement soumise à des règles plus étendues sous Louis XII, François I[er], Charles IX, Henri III, Henri IV, etc.

On doit, au surplus, remarquer que cette dénomination d'*apothicaire* avait été précédée par celle de *pharmacien*, et que ce ne fut qu'à la Révolution de 89 que le titre de pharmacien vint reprendre sa place.

A cette époque de rénovation sociale et de remaniement général, avec la maîtrise disparurent aussi toutes les minutes des actes, tous les documents officiels qui se rattachaient à l'exercice de la pharmacie dans notre ville, si bien que nous ne pouvons plus guère espérer aujourd'hui d'en pouvoir reconstituer l'histoire, en restant fidèles à la vérité des faits, qu'en glanant avec plus ou moins de bonheur les renseignements épars dans les chroniques

(1) Ce travail a été lu à la Société académique de Maine-et-Loire dans la séance du 6 avril 1859.

ganiques consécutifs. La scrofule, la goutte, le rhumatisme, la gravelle, la plupart des affections cutanées sont des produits de cette sorte de spécificité, dont il faut chercher l'antidote dans les eaux minérales. A la lumière de ce principe, on comprendra comment certaines eaux guérissent les hypertrophies rhumatismales du cœur, du foie ou de la matrice, sans qu'il soit besoin de rester dans un grossier empirisme, ou d'invoquer les théories surrannées de l'organicisme. Nous ne faisons que rappeller ces idées, souvent développées dans ce journal.

JULES GUÉRIN.

HYGIÈNE MILITAIRE.

DE L'EXCÈS DE MORTALITÉ DU A LA PROFESSION MILITAIRE; NATURE ET CAUSE DE LA PHTHISIE ENDÉMIQUE DE L'ARMÉE; MOYEN DE DIMINUER LA MORTALITÉ DES ARMÉES EN TEMPS DE PAIX ET EN TEMPS DE GUERRE; par M. le docteur THOLOZAN.

(Suite et fin. — Voir les n° 23 et 24.)

VIII.

GRANDE EXPÉRIENCE DES ARMÉES ALLIÉES EN ORIENT.

L'histoire dit les noms des chefs d'armée dont le génie a su trouver toujours des ressources efficaces pour la santé du soldat au milieu des difficultés de la guerre. Mais ces exemples sont rares dans les temps anciens, et il en coûte quelquefois de rappeler ces grandes leçons du passé à la génération actuelle, et de dire à ceux qui ont charge de la santé des troupes que l'hygiène marchant avec la civilisation, doit être en mesure aujourd'hui de lutter avec efficacité contre les maux qui déciment les armées.

Une expérience qui s'est accomplie sous nos yeux à Constantinople, pendant la dernière guerre, démontre bien mieux que tout raisonnement la puissante action que peuvent développer les nations d'aujourd'hui contre les maladies des armées. Cet événement, qui est du reste le fait le plus important de l'hygiène militaire dans ces dernières années, mérite d'avoir ici une notion spéciale. Il a une valeur d'autant plus grande qu'il fait voir d'abord sur la plus large échelle les terribles conséquences de l'omission de toutes les mesures hygiéniques, et qu'il montre ensuite les effets des remèdes appliqués à ces maux.

Pendant l'hiver de 1854 à 1855, l'armée anglaise eut à souffrir, en Crimée, de l'excès de travail et de veilles, de l'insuffisance des vêtements et des abris, de l'insalubrité des aliments. A ces causes de maladie et de mortalité, au printemps s'en ajoutèrent d'autres créées par l'absence totale d'égouts, de ventilation, et par l'occupation prolongée du même sol. Pendant la période de sept mois, du 1er octobre 1854 au 30 avril 1855, le chiffre de la mortalité s'éleva à 600 sur 1000 par an. En novembre et en décembre 1855, grâce à des provisions abondantes, à une nourriture salubre et à d'autres conditions hygiéniques en voie d'amélioration, les décès ne s'élevaient plus qu'à 44 et à 33 sur 1000. Plus tard, quand le système de drainage du camp et de ventilation des huttes fut complétement appliqué, quand les immondices furent éloignées des camps et que la propreté fut la règle, du mois de janvier au mois de mai 1856, la mortalité descendit à 12 1/2 et même à 8 sur 1000.

Les pages de l'histoire ne présentent aucun exemple comparable à celui-là; il y a là une expérience hygiénique complète sur des proportions colossales. Pendant les sept premiers mois de la campagne de Crimée, on voit la mortalité s'élever à 60 pour 100 par les maladies seulement, léthalité plus grande que celle de la grande peste de Londres. Cette armée d'invasion perdit plus de monde en un an qu'en temps d'épidémie cholérique il ne meurt de malades sur le nombre des individus atteints. Par contre, pendant les six derniers mois de la guerre, la mortalité sur les malades seulement ne s'éleva pas sensiblement au-dessus de celle des soldats de la garde en Angleterre, tous compris, sans déduction des hommes bien portants; et pendant les cinq derniers mois en particulier, la mortalité ne fut que les deux tiers de celle des troupes casernées en Angleterre.

Une telle épreuve sanitaire est aussi probante qu'une expérience de physique, bien qu'elle ne soit pas de nature à être répétée comme celle-ci. Elle doit rester inscrite avec tous ses détails dans l'histoire de notre temps, afin qu'on trouve un jour, à côté de la constatation du mal, la mesure de l'efficacité des remèdes que l'état actuel de la civilisation a permis d'y apporter. J'ai vu une partie de ces faits, j'ai dit dans le temps les conditions déplorables dans lesquelles se trouvaient les malades pendant l'hiver de 1854 à 1855, par suite de la gravité des maladies contractées en Crimée, de l'insuffisance des transports, du logement, du couchage, de l'alimentation. Dès le moment de l'occupation des bâtiments où se trouvaient les hôpitaux français et anglais en octobre 1854, avant que les cruelles souffrances de l'hiver eussent commencé, la mortalité était trop élevée, quoique le nombre des malades fût peu considérable. Ce fait indiquait dès l'origine la gravité des maladies et l'insalubrité des locaux. Dans les bâtiments neufs du grand hôpital du Medjidié, comme dans tous ceux des vieilles casernes turques qui servaient d'abri aux malades des armées alliées, les affections avaient un cachet de gravité exceptionnelle; elles résistaient à tous les moyens thérapeutiques, se compliquaient de symptômes anormaux et présentaient de fréquentes rechutes. Ces influences pernicieuses n'épargnaient point les salles de blessés; les amputés y mouraient en grand nombre des suites de l'infection purulente. Dans un seul service, sur une série de 19 amputations de cuisse, il y eut 19 décès dont quelques-uns survenus très-promptement après l'opération. Une telle mortalité préoccupait beaucoup le personnel médical; on discutait sur les causes du mal et sur les moyens d'y apporter remède; on indiquait l'insuffisance de l'aération, l'agglomération des malades, la qualité inférieure de l'alimentation; mais aucune mesure grande et décisive n'était prise.

En pareilles circonstances, on marchande souvent avec la mort; on attend que le mal soit prononcé pour y porter remède; ou bien les moyens prophylactiques sont dispensés avec parcimonie. Nous avions notre bonne part dans ces maux; mais du côté de l'Angleterre, la mesure fut comblée. Quand nos alliés eurent à supporter les grands froids

---

locales, les traditions de nos pères et quelques actes privés qui ont pu échapper aux atteintes du temps et au vandalisme des guerres civiles.

C'est seulement dans l'année 1550 qu'il nous est permis de trouver un point de départ pour constater la place importante que par leurs lumières, leur caractère, leur patriotisme, leurs opinions religieuses ou politiques, les services rendus à leurs concitoyens, certains de nos prédécesseurs avaient pu prendre parmi les hommes influents de la ville.

Ainsi qu'on le sait, la nôtre fut l'une des premières où furent accueillies avec ardeur les doctrines du protestantisme. Une bonne partie de la population embrassa avec chaleur le parti de la réforme, et l'on remarque parmi les disciples les plus fervents de la foi nouvelle plusieurs pharmaciens qui, jurant de la propager au péril de leur vie et de leur fortune, abandonnèrent momentanément le pilon héréditaire pour saisir l'arquebuse et l'épée, cédant avec d'autant plus de facilité à l'entraînement des circonstances qu'ils étaient précédés ou accompagnés par plusieurs membres distingués du haut clergé.

C'est ainsi que le 4 avril 1561, Claude Dupineau, dit la Masse, chanoine de la cathédrale d'Angers, dont depuis longtemps on suspectait l'orthodoxie, mais qui, à raison de son mérite et de son caractère personnel, n'en jouissait pas moins d'une grande influence parmi ses concitoyens, ayant abjuré, réunit pendant la nuit à son domicile ses partisans pour organiser le pillage des églises. Bon nombre d'apothicaires répondirent à son appel. Le sieur Grimandel, ayant la qualité de droguiste, laquelle on voit ici pour la première fois apparaître dans nos annales, fut nommé son lieutenant.

Les huguenots restèrent maîtres de la ville; mais, pour s'opposer à leur entreprise, le maire et les échevins avaient formé une garde de 500 arquebusiers, divisés par sections, dont chacune était chargée de veiller à l'une des portes de la ville dont les huguenots voulaient s'emparer.

A la porte Saint-Nicolas, le capitaine la Bellotière et son lieutenant Jehan Cotte-Blanche, apothicaire, bons catholiques et vaillants soldats, défendirent ce poste important. C'est sans doute à l'énergie qu'il montra en cette occasion, et aux bons sentiments dont il fit preuve, que le dernier dut d'être nommé plus tard juge au tribunal de commerce en 1573, puis député aux Etats le 6 décembre 1576, où il demanda avant tout l'unité religieuse. Jehan Cotte-Blanche est le premier pharmacien catholique dont l'histoire de notre pays ait conservé le nom. Il a mérité à plus d'un titre cette mention honorable, et aurait pu servir d'exemple à beaucoup d'autres en ces temps de troubles.

L'année suivante (14 juillet 1562), les huguenots furent obligés de quitter la ville, chassés par les catholiques; 244 habitants furent condamnés à mort par contumace, et parmi eux, neuf apothicaires. Ce sont : Nicolas Fouquère, Pierre du Grap, Jean les Doisseaulx, Gilles les Doisseaulx, Mathurin Godeville, d'Huisseau, Jehan Gillet, Gilles, et François Chopin; mais un autre confrère, dont le nom n'a pas été conservé, moins heureux, fut arrêté, et le 24 du même mois, jour de vendredi, un *couturier* et ce confrère, convaincus d'hérésie et de sédition, furent pendus sur la place Neuve.

Il y avait donc au moins cette année-là dix pharmaciens qui exerçaient dans la ville, car ceux que les années retenaient chez eux, ne durent pas

de l'hiver de Crimée, le chiffre et la gravité des affections dépassèrent toutes les proportions prévues, et une flotte de navires ne cessa de transporter des malades dans des conditions si déplorables que l'atmosphère insalubre de l'hôpital de Scutari produisait chez eux une mort presque certaine. Dans le mois de février, la mortalité de cet hôpital fut de 415 pour 100 annuellement.

Il est très-remarquable de voir la réduction de cette énorme mortalité dès que les réformes sanitaires convenables commencèrent à s'effectuer. Au mois de juin 1855, il y avait à Scutari six fois moins de décès qu'en octobre 1854, et dix-neuf fois moins qu'au mois de février 1855. Il ne serait donc pas juste de dire aujourd'hui d'une manière absolue que les grands hôpitaux d'évacuation sont nécessairement des foyers pestilentiels. Jusqu'ici on n'était pas parvenu, dans les grandes guerres, à assainir ces locaux qui produisaient toujours la plus effroyable mortalité. On connaissait bien ce mal, mais on n'y avait jamais apporté remède, du moins on ne s'y était jamais appliqué d'une manière efficace. L'expérience de Scutari, effectuée sous nos yeux, est démonstrative, parce que les moyens de conviction ont été rassemblés pour la faire parler et lui donner la rigueur d'une démonstration scientifique. Les données statistiques et toutes les évaluations numériques que nous avons citées sont empruntées à différentes enquêtes officielles; elles concordent avec les renseignements particuliers; elles ont été recueillies sous la garantie d'une grande liberté de publication et sous le contrôle de tous. Il n'y a donc pas à les mettre en doute ni à en suspecter la valeur. Il faut les accepter avec l'enseignement qu'elles donnent.

Jusqu'ici on savait que les maladies enlèvent bien plus de soldats aux armées que les batailles les plus meurtrières. On connaissait d'une manière générale les moyens de combattre ces fléaux, mais on n'en avait fait ni un usage assez large, ni une application assez bien entendue. L'hygiène indiquait le remède; ressource inutile puisque des circonstances diverses en empêchaient ou en paralysaient l'action. Aujourd'hui le doute n'est plus possible, et ceux qui connaissent les ressources de l'hygiène, mais qui reculent devant des dépenses considérables, hésiteront moins à appliquer, d'une manière régulière et suivie, des procédés dont la pratique a sanctionné l'efficacité, soit en temps de paix, soit dans les circonstances plus difficiles de la guerre.

CONCLUSIONS.

Les données les plus importantes qui ressortent de nos observations et des travaux qui ont été publiés dans ces dernières années relativement à l'hygiène, à la statistique et aux maladies des armées conduisent, suivant nous, aux résultats suivants (1) :

L'augmentation considérable des décès qui pèse sur l'armée en temps de paix est surtout occasionnée par des lésions pulmonaires d'un caractère particulier. Ces lésions sont l'effet d'un vice spécial, d'une diathèse spécifique de l'économie qui se développe dans des conditions d'encombrement, d'agglomération, de vie en commun, particulières aux casernes. Jusqu'ici la science n'est pas arrivée à saisir les différences qui existent entre ces conditions et celles au milieu desquelles se développent les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine, la fièvre typhoïde, le typhus fever. Les moyens qui sont propres à empêcher ou à diminuer le développement de ces dernières maladies sont aussi merveilleusement appropriés à combattre la phthisie endémique de l'armée.

Si l'opinion que j'énonce ici se confirme, il faudra à l'avenir considérer la phthisie des armées plutôt comme une maladie spécifique infectieuse que comme une affection organique, diathésique, héréditaire. La pathologie, éclairée par l'hygiène, aurait ainsi à modifier une de ses croyances les plus absolues, et cette réforme seconderait à son tour et généraliserait un des progrès les plus importants de l'hygiène.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA GLYCÉRINE ET SES APPLICATIONS A LA CHIRURGIE ET A LA MÉDECINE; par M. DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, etc., etc.

(Suite et fin. — Voir les nos 25 et 26.)

MALADIES DE LA PEAU. — Si l'on excepte quelques maladies cutanées fébriles, il n'est pas d'affection de la peau à laquelle on n'ait opposé la glycérine, soit simple, soit médicamenteuse. Les propriétés que nous avons reconnues à la glycérine devaient, en effet, recommander cette substance dans ces maladies. Nous l'avons vue modifiant les cellules épithéliales, pénétrant facilement les tissus, maintenant à la surface de la peau une humidité et une fraîcheur persistantes, agissant favorablement sur les surfaces ulcérées, en diminuant la suppuration..... Grâce à ces modes d'action divers, la glycérine, appliquée sur les surfaces cutanées malades, peut changer leur vitalité, comme dans l'eczéma, remédier à l'état de tension douloureuse du derme si pénible dans l'érysipèle, à l'état de sécheresse de l'épiderme dans le pityriasis, l'ichthyose....; s'opposer à l'épaississement et au fendillement des tis-

(1) Pour le lecteur français, je n'ai pas besoin de signaler les observations de M. Michel Lévy et les ouvrages spéciaux de MM. Baudens, Scontetten, Scrive.

Pour l'Angleterre, indépendamment des publications déjà indiquées, il faut consulter les documents suivants :

RAPPORT A LORD PANMURE PAR LA COMMISSION SANITAIRE ENVOYÉE EN ORIENT, présenté aux chambres en mars 1857.

OBSERVATIONS SUR LE RAPPORT DE LA COMMISSION SANITAIRE DE CRIMÉE, par sir J. Hall. Londres, 1857.

L'ANGLETERRE ET LA FRANCE sous SÉVASTOPOL, AU POINT DE VUE MÉDICAL, par Charles Bryce, médecin des hôpitaux de Scutari. Londres, 1857.

Enfin, un article remarquable de la MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, janvier 1858.

prendre une part active à la révolte, et la chronique a dû les passer sous silence.

Cette réduction dans le corps des apothicaires ne fut pas du reste de longue durée, car le mercredi 7 avril 1563, par suite de la publication de la paix, quelques huguenots revinrent dans leurs foyers, et plusieurs des nôtres durent aussi profiter de l'armistice; mais ce ne fut définitivement que le 15 janvier 1564, et après avoir pillé le pays environnant, qu'ils rentrèrent tous, sans vouloir abjurer et en restant fidèles à leurs croyances.

Cette trêve avait amené un peu de repos; le commerçant, fatigué et ennuyé de porter l'arquebuse, songea à son négoce, et dans cette même année eut lieu l'établissement de nos premiers juges consuls, formant le tribunal de commerce. En parcourant la liste des apothicaires, on voit que nos confrères y siégèrent fréquemment, acquérant ainsi de nouveaux droits à la considération publique.

Toutefois, la paix était plus apparente que réelle, car les catholiques et les huguenots, pendant les années suivantes, se firent une guerre sourde, sans en venir aux armes. Les catholiques, plus puissants, mais non pas plus modérés, et aveuglés par leur influence et le désir de se venger, faisaient pendre tout individu soupçonné d'hérésie. Aussi François Chopin, apothicaire, sur un simple soupçon (le 30 août 1572), fut-il condamné comme hérétique, mais la sentence ne fut pas exécutée, car nous le retrouvons juge consulaire en 1583.

Non-seulement presque tous les apothicaires de l'époque acceptèrent les idées de la réforme, mais ils inculquèrent à leurs enfants les mêmes convictions et le même esprit d'indépendance et d'égalité qui en était la conséquence : on voit, en effet, qu'en 1573, la femme du procureur du roi, Cuchelin, fille de feu Claude Haran, sieur de la Garde, vivant marchand apothicaire, se fit remarquer, cette année, avec quelques dames de ce temps, en portant en public le chaperon de velours, à la manière des demoiselles nobles. Aussi Bodin fait-il observer « que ces roturières, en franchissant la » barrière que le temps et l'usage avaient élevée entre la noblesse et la ro» ture, contribuèrent peut-être plus que ne firent leurs maris, dans la ma» gistrature et dans la milice bourgeoise, à accélérer la marche de la grande » Révolution. »

Certainement, l'éducation que nos pères recevaient et faisaient donner à leurs enfants, était acceptée comme un besoin; car les moines, qui avaient la prétention d'être seuls instruits, devaient nuire aux intérêts du corps médical, et il serait curieux de rechercher quelles pouvaient être alors les connaissances que ces religieux gardaient si précieusement. On ne peut guère douter que quelques-uns d'entre eux, bons *simplicistes*, ne connussent la pharmacie pratique aussi bien que nos confrères qui avaient pignon sur rue, et certes, quelques-uns d'entre eux devaient faire une concurrence sérieuse aux marchands de la ville, car aucune loi, aucun règlement ne leur défendait l'exercice de l'apothicairerie pour leur communauté d'abord, et pour le public ensuite; aussi dom Alexandre, frère apothicaire bénédictin, publiait-il, en 1750, un dictionnaire de botanique et de pharmacie qui eut un grand succès, et dont les éditions se succédèrent rapidement.

Mais à sa porte, la communauté des apothicaires avait encore à se défen-

sus dans le lichen, le psoriasis inveterata ; calmer les démangeaisons, quelquefois atroces, des affections prurigineuses ; empêcher la formation des croûtes ; agir favorablement sur les ulcérations du pemphigus et du rupia ; diminuer l'abondance des suintements et faire disparaître leur mauvaise odeur.

On voit par là combien d'indications la glycérine est capable de remplir dans le traitement des affections de la peau. A la vérité, son action n'est que topique ; mais, sans nier la diathèse dartreuse, combien de maladies cutanées n'ont pour cause qu'un vice local, et peuvent être guéries par une médication exclusivement externe. D'ailleurs, rien n'empêche de faire suivre un traitement interne en même temps qu'on agit extérieurement par la glycérine.

La glycérine s'adresse surtout aux affections qui atteignent la peau dans ses parties superficielles. Elle est sans action contre les affections profondes, comme le lupus, la couperose, etc...., et, dans ces cas, il faut avoir recours à une glycérine médicamenteuse.

Après ces généralités, il est utile de spécifier davantage et d'entrer dans quelques détails au sujet des affections dans lesquelles la glycérine réussit spécialement.

Chacun sait combien nous avons peu de prise sur la marche de l'érysipèle, en sorte que son traitement n'est le plus souvent que palliatif ; or la glycérine, plus que tout autre agent, modifie favorablement les symptômes de cette affection. Je suis même porté à croire que la glycérine est capable quelquefois d'abréger la durée de l'érysipèle. J'ai vu, en effet, chez une malade que j'avais opérée d'une tumeur au sein, et dont la plaie était pansée avec le cérat, un érysipèle qui s'était montré autour de la solution de continuité aussitôt arrêté dans son développement, puis dissipé promptement, par la substitution de la glycérine au cérat.

Nous n'avons jamais employé contre l'érysipèle que la glycérine simple. Le docteur Anciaux recommande le mélange suivant, en citant à l'appui deux observations de guérison :

Alun réduit en poudre impalpable.	30	grammes.
Précipité blanc	1	—
Glycérine	100	—

Agitez le flacon jusqu'à consistance d'un liquide crémeux.

Quant aux maladies cutanées proprement dites, nous avons surtout observé les bons effets de la glycérine dans l'eczéma et les affections prurigineuses.

L'application de la glycérine se fait par lotions, et nous associons au traitement les bains simples, émollients ou alcalins, suivant les cas.

Dans l'eczéma aigu, l'action de la glycérine se manifeste promptement par un effet sédatif.

Dans l'eczéma chronique, au contraire, la glycérine commence par stimuler les parties malades.

Dans les deux cas, l'amélioration est rapide. Les parties reprennent peu à peu leur vitalité normale. Quelquefois, cependant, après une rétrocession marquée de la maladie, l'état reste stationnaire ; j'insiste alors surtout sur les bains alcalins, et j'administre à l'intérieur les substances arsenicales.

La glycérine agit d'une manière plus prompte et plus décisive encore dans les affections prurigineuses. Nous avons vu, dans le prurigo général, dans le prurigo podicis, le sœnilis, dans le lichen des membres, les démangeaisons, cesser aux premières applications de glycérine, et la plupart de nos malades soumis à ce traitement pendant quelques jours, rarement deux semaines, et que nous avons suivis, n'ont plus ressenti aucune atteinte de leur maladie.

Nous avons obtenu des résultats non moins remarquables dans les hyperesthésies sans papules, l'hyperesthésie de la vulve surtout, maladie si désagréable et si tenace. Il importe, dans ce dernier cas, pour que le traitement réussisse promptement, que les parties soient largement imbibées de glycérine et toujours humectées d'une couche de ce liquide. Nous n'avons pas observé une guérison isolée, mais plusieurs ; M. Monod en a observé également, et c'est avec parfaite connaissance de cause que nous recommandons notre traitement.

Avant nous, M. Trousseau avait déjà constaté les bons effets de la glycérine dans les affections prurigineuses. Depuis, les observations de beaucoup de médecins sont venues confirmer les faits que nous annonçons.

La glycérine calme les douleurs du zona et agit d'une manière favorable sur sa marche. On pourrait utiliser contre cette affection le collodion à la glycérine, de MM. Cap et Garot, qui se recommande par sa souplesse et son élasticité, de telle sorte qu'il adhère à la peau sans la crisper et sans se fendiller.

Le docteur E. Vidal recommande, dans l'herpès præpnĭialis, le glycérolé suivant :

Glycérine	40	grammes.
Tannin	1	—

Il cite trois guérisons obtenues par ce remède. Dans un cas, il a fait disparaître en deux jours un herpès qui ne s'est plus montré depuis, qui datait de très-loin et avait résisté six mois aux lotions d'eau blanche et à celles de sublimé, aux applications de vin aromatique et à celles de la fécule seule, puis mélangée de calomel.

M. Bourguignon a apporté un nouveau perfectionnement au traitement de la gale en substituant à la pommade d'Helmerich un topique dans lequel entre la glycérine, ayant une odeur agréable et opérant une guérison définitive après une seule friction générale non précédée de friction au savon.

Voici la formule :

Jaunes d'œuf . . . . n°		2	
Essence de lavande. . . .	de chacune. . .	5	grammes.
— citron.			
— menthe			
— girofle	de chacune. . .	8	—
— cannelle			
Gomme adragante		2	—
Soufre bien broyé		100	—
Glycérine		200	—
		325	

---

dre du droguiste qui empiétait sur ses droits ; aussi nous retrouvons une première sentence de la Cour prévôtale d'Angers (21 avril 1610) qui défend à un sieur Mareau, droguiste, de faire la pharmacie, bien que notre maîtrise ne fût pas encore obtenue.

Quelques années plus tard, en 1615, l'administration de la ville avait été obligée de créer sous le titre d'*Hospice des pauvres*, une maison spéciale destinée à loger et à soigner les nombreux pauvres qui parcouraient les rues ou stationnaient sur les places, en demandant l'aumône et implorant des secours pour se guérir. Un appel fut fait à tous les pharmaciens, chacun d'eux à tour de rôle fut obligé de fournir les drogues nécessaires au service des chirurgiens, et aucun des nôtres ne faillit à ce devoir.

L'histoire de la corporation et de quelques pharmaciens a été peu étudiée ; cependant les différentes phases par lesquelles nous sommes passés, et que nous venons d'exposer, méritaient à plus d'un titre de fixer l'attention. Il est bon que nous sachions que nos pères, qu'ils aient été catholiques ou huguenots, n'ont laissé aucune tache dans nos annales. Quand ils furent suffisamment fatigués de guerroyer, ils songèrent enfin à s'unir et à déterminer les bases de leur profession dans l'intérêt de leurs successeurs.

Le premier acte prouvant la bonne confraternité qui existait alors entre les pharmaciens, est un projet d'association sous la date de 1618. Voulant se réunir par un règlement sérieux, et taisant de côté toute discussion religieuse, ils formèrent dès lors une corporation ; mais jusqu'à ce jour ils n'avaient joui d'aucun des privilèges accordés à une profession qui, autant qu'aucune autre, méritait certainement de fixer l'attention, ou plutôt le bon vouloir du juge prévôtal de notre bonne ville.

Louis XIII prit en considération la demande qui fut faite par la corporation des maîtres apothicaires, et leur accorda leurs premières lettres patentes en février 1619, sur la demande du sieur Urbain-Gabriel Goupil, maître apothicaire, demeurant place Neuve, lequel avait certainement consulté les règlements de la maîtrise de Paris, laquelle avait seule précédé la nôtre de près d'un demi-siècle.

L'histoire nous a encore conservé le nom d'un autre apothicaire de cette époque, de Jean Besnard, lequel devint plus tard échevin de la ville, et il est probable que comme beaucoup d'autres, il approuva la demande qui avait été présentée par son confrère.

Il y avait déjà alors environ quarante-deux ans que la maîtrise de Paris était instituée. Les apothicaires de Tours, la Rochelle, Angers, ne firent donc que suivre cet exemple, voulant surtout empêcher l'exercice de leur profession par les étrangers.

A cette époque la chimie n'était pas encore, à proprement parler, une science, et les formules que les chirurgiens envoyaient chez les pharmaciens étaient hérissées de signes cabalistiques, inconnus du public, dont les alchimistes se servaient journellement pour décrire leur *caput mortum*, leur *crapaud*, la *calombe*, etc., en désignant par *règne* ou *relation* chaque opération qui leur présentait un aspect particulier. Cependant des curieux cherchaient à lever le voile qui couvrait ces opérations mystérieuses, et finissaient par en découvrir le secret qu'ils s'empressaient de livrer à la connaissance du

Mêlez intimement les essences aux jaunes d'œuf ; ajoutez la gomme adragante ; développez complétement le mucilage, puis versez par petites portions la glycérine et le soufre.

M. Bourguignon a obtenu un grand nombre de guérisons par ce topique, qui, outre les avantages déjà signalés, a celui de n'être pas douloureux.

Reconnaissant l'avantage de la glycérine sur l'axonge, il a eu l'idée de préparer une pommade d'Helmerich à la glycérine, qui ne revient pas plus cher, guérit aussi bien, est moins douloureuse, n'altère pas les vêtements et a une odeur agréable :

Gomme adragante		1	gramme.
Sous-carbonate de potasse		50	—
Soufre bien broyé		100	—
Glycérine		200	—
Essence de lavande	de chacune	1	—
— citron			
— menthe			
— girofle			
— cannelle			
		356	

Faites un mucilage avec la gomme adragante et 30 grammes de glycérine ; ajoutez le carbonate de potasse ; mêlez jusqu'à dissolution, puis versez le soufre et la glycérine par petites portions ; aromatisez.

Les enfants oot été traités à l'hôpital Saiote-Eugénie par les deux topiques, comme les adultes l'avaient été à Saint-Louis.

M. Bourguignon fait faire deux frictions générales d'une demi-heure, à douze heures d'intervalle, et suivies, vingt-quatre heures après la dernière friction, d'un hain de propreté, la glycérine étant soluhle dans l'eau. La première friction doit absorber les deux tiers du topique ; la seconde le dernier tiers.

M. Legroux, à l'Hôtel-Dieu, traite avec succès le pemphigus des nouveau-nés par les onctions de glycérine, sur laquelle il saupoudre de la fécule, quelquefois simple, quelquefois additionnée de calomel.

M. Chausit a recommandé le glycérolé d'aloès après l'avoir expérimenté avec booheur dans le lichen agrius. Ce topique, dit M. Chausit, a pour effet constant d'amener rapidement la cicatrisation des gerçures qui caractérisent le lichen agrius et qui sont souvent si pénibles ; de modifier, par l'effet de cette cicatrisation, la marche de la maladie au point de la faire disparaître quelquefois complétement.

Le glycérolé d'aloès peut être avantageusement appliqué au traitement des excoriations de l'eczéma, et surtout de l'eczéma chronique.

L'action du glycérolé est prompte ; et il suffit de cinq ou six applications pour déterminer la cicatrisation des crevasses, souvent anciennes et très-opiniâtres.

M. Chausit rapporte à l'aloès tout l'honneur des guérisoos obtenues. Sa formule est la suivante ;

	Teinture d'aloès	De 4 à 8 grammes.
Faites chauffer jusqu'à évaporation complète de l'alcool, et ajontez :	Glycérine	30 grammes.

On étale le glycérolé à l'aide d'un pinceau sur les surfaces malades.

Il nous reste à parler d'un mode de traitement appliqué par le docteur Richter (de Vienne) à quelques maladies de la peau et au lupus en particulier. Le médecin viennois se sert d'une solution préparée en faisant dissoudre :

	Iodure de potassium	1 partie.
	dans Glycérine	2 parties.
et versant le liquide sur	Iode	1 partie.

Cette solntion a, sur les solutions alcooliques, le grand avantage de ne pas se dessécher, de sorte que l'absorption et l'action de l'iode se continuent longtemps. On l'étend sur les parties malades, que l'on recouvre de papier de gutta-percha pour empêcher l'évaporation de l'iode et pour augmenter la perspiratioo des endroits touchés. Cette teinture agit comme caustique. Elle détermine une douleur variable, suivant la sensibilité des parties et des individus. L'appareil est laissé en place vingt-quatre heures, et le degré de réaction règle les pansements consécutifs.

Elle a, suivant le docteur Richter, une action vraiment héroïque contre les différentes formes de lupus, contre le goître vasculaire, les ulcères scrofuleux, les ulcères syphilitiques constitutionnels, douteuse contre les chancres primitifs et l'eczéma, et nulle contre le psoriasis.

L'observation suivante de lupus guéri par le docteur Richter, au moyen de sa solution, nous paraît trop remarquable pour n'être pas rapportée:

Il s'agit d'un homme atteint de lupus hypertrophique depuis son enfance. Toute la face était traosformée en une masse informe, ulcérée en quelques endroits, et dans laquelle deux trous indiquaient les yeux et une ouverture circulaire indiquait la bouche. La peau du cou était tellement épaissie qu'elle était en ligne droite du menton au sternum. Pour diminuer les douleurs de l'application iodée sur une surface aussi étendue, on l'entreprit en deux portions : d'abord le cou et la mâchoire inférieure, et, après leur guérison, le reste de la face. Chaque application causait des douleurs pendant deux heures, et, dès la deuxième, l'iode se retrouva dans l'urine en grande quantité. L'hypertrophie diminuait peu à peu, les tubercules se fondaient, se recouvraient d'un épiderme d'abord fin, devenant de plus en plus dense, et de petites cicatrices plates. Cinquante-cinq cautérisations en trois mois suffirent pour amener une guérison complète et inespérée.

Nous livrons ces faits à l'appréciation des médecins en les engageant à répéter les expériences si merveilleuses du docteur Richter. Nous n'avons pas eu à appliquer sa solution, dans laquelle l'iode est le médicament important, mais dans laquelle la glycérine joue un rôle utile et que nous avons spécifié.

MALADIES DE L'OREILLE EXTERNE. — MM. Turnbull et Thomas Wakley

---

public. C'est ainsi que l'on vit arriver à Angers (en 1623), rue Saint-Michel, et descendre à la *Rose-Rouge*, un alchimiste qui avait le don de faire croître en vingt-quatre heures, dans un vase de verre ou de cristal, un arbre d'or ou d'argent, appelé l'arbre végétatif des philosophes.

Je pense que les pharmaciens, pour faire voir le même miracle, comme on l'appelait, placèrent sur leurs devantures la même préparation, et que de nos jours on pourrait encore retrouver cet arbre relégué dans quelque coin obscur des anciennes officines, comme on y retrouve différents vases de forme particulière, portant pour inscription le nom de certaines préparations qui étaient placées à l'intérieur, ou bien encore l'ancienne *chevrette* (pot de faïence à bec) dans laquelle nos aïeux mettaient leurs sirops et leurs opiats.

De tout temps le pharmacien a placé sur sa devanture des *serpents ;* nos livres en portent encore l'empreinte ; c'était l'attribut d'Esculape et le symbole de la prudence, et il ne faut pas s'étonner si nos anciens allaient jusqu'à suspendre à leur plancher des peaux de serpents bourrées. Il en fut toutefois quelques-uns qui, rejetant ces souvenirs du paganisme, mettaient leurs maisons sous la protection d'un saint qu'ils affectionnaient d'une manière particulière ; ainsi saint Christophe, avec une belle figure, bien taillée et peinte par un des meilleurs sculpteurs de France, décorait la façade de la boutique du sieur *Thibouce*, maître apothicaire, demeurant au quarroy de la porte Chapelière, au logis de Jehan Lecompte, qui l'y avait fait placer vers l'an 1550. D'autres, plus simples, affectionnaient le vénérable mortier, l'emblème matériel de leur profession, et le décoraient de fleurs de lis, de croix de Malte et de l'inscription suivante, qu'on peut encore lire aujourd'hui sur quelques-uns de ces ustensiles :

Je prends plaisir
A mon maistre bien servir.

La médecine ne se contentait pas de nos opiats, de nos électuaires, car, en 1625, plusieurs personnes firent usage de l'eau ferrugineuse de la fontaine de l'Epervière. Dès 1623, l'administration de la ville pria Hubert (Pierre), apothicaire, ainsi que plusieurs médecins, de s'assurer par eux-mêmes de la vertu de cette eau. Ils allèrent visiter la fontaine le 8 août 1624, et un an plus tard les mêmes personnes (le 4 août 1525) se rendirent de nouveau sur le tertre de l'Epervière, non plus pour s'assurer de l'existence de la fontaine, mais bien pour étudier la nature de ses eaux et rechercher les *terres* qu'elle pouvait contenir. Nous regrettons de ne pas connaître ce procès-verbal et ses conclusions, qu'on ne retrouve plus, bien qu'il eût été imprimé à Angers.

Si jusqu'ici nous avons eu surtout à signaler parmi nos confrères, d'après ce que nous en ont appris nos chroniques, des partisans religieux et politiques animés d'une humeur aventureuse ou guerroyante, nous rencontrons aussi quelques hommes plus modestes et qui se plaisent à concentrer leur activité dans l'accomplissement du plus généreux des devoirs de leur profession. Nous indiquerons particulièrement un sieur Dugrat, qui vivait en 1626. Homme instruit, paraît-il, jouissant d'une fortune noblement acquise, et animé d'un amour ardent pour sa ville et pour le soulagement de l'humanité

se disputent la priorité de l'emploi de la glycérine dans certains cas de surdité liée à une lésion de l'oreille externe. Le traitement des médecins anglais n'a pas encore passé le détroit, en sorte que nous sommes réduits à exprimer simplement leurs idées sur ce point.

M. Wakley, après de nombreux essais, établit ainsi les indications de la glycérine dans la surdité :

Il existe un épaississement cuticulaire ou épithélial du méat auditif, affectant tantôt la membrane du tympan seulement, tantôt la totalité du méat auditif externe, avec surdité plus ou moins prononcée, sécrétion cérumineuse suspendue, souvent tintement d'oreille, bruit de sifflement ou de chant et sensation de chatouillement dans le méat. La cause en est une prédisposition particulière, un âge avancé, et surtout un écoulement de longue date, succédant aux fièvres éruptives et aux applications escarrotiques et irritantes.

Le méat auditif est sec, luisant, sans élasticité, d'un blanc de perle ; la membrane du tympan moirée et chagrinée, avec quelques petites saillies à sa surface.

Dans ces cas, le docteur Wakley emploie la glycérine de la manière suivante : il en verse chaque matin quelques gouttes dans l'oreille externe, dont il bouche le méat avec de la gutta-percha ramollie dans l'eau chaude, et qui, se durcissant, retient la glycérine et empêche le contact de l'air. Le traitement dure de deux à quatre semaines. Le méat perd peu à peu son aspect luisant et perlé, des morceaux de la membrane se séparent et on les détache facilement, soit avec des pinces, soit avec des injections. A la suite de ce traitement, les malades doivent prendre le soin d'humecter au moins une fois la semaine leur conduit auditif avec un pinceau de blaireau humecté de glycérine. La glycérine agit ici mécaniquement en pénétrant la couche épithéliale et la séparant par fragments. Pendant le traitement, M. Wakley surveille la santé générale et emploie avec avantage les préparations de fer et les acides minéraux.

Lorsque les parties présentent un état de simple sécheresse sans épaississement, la glycérine agit simplement en les humectant.

Enfin, elle peut servir à dissoudre le cérumen que l'on rencontre souvent accumulé dans l'oreille des vieillards et à en faciliter l'extraction.

Le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, qui rapporte ces faits d'après le journal anglais THE LANCET, cite plusieurs observations à l'appui du traitement de la surdité par la glycérine. Nous choisissons la suivante :

Il s'agit d'un homme de 37 ans, ayant perdu l'ouïe droite depuis dix-huit ans, à la suite d'une inflammation avec écoulement de l'oreille externe. Le méat auditif offre un épaississement avec teinte perlée et absence complète de sécrétion. Le malade entend un bruit incessant dans l'oreille affectée. On applique la glycérine au moyen d'un pinceau humecté de ce liquide. La première lotion est suivie d'une amélioration de quatre heures. On répète les lotions deux ou trois fois la semaine, et, au bout de cinq semaines, l'ouïe est redevenue saine.

MALADIES DES YEUX. — Les applications de la glycérine aux maladies des yeux sont encore très-restreintes. M. Taylor l'a opposée avec quelque succès à la xérophthalmie.

La glycérine nous paraît être, en effet, le meilleur topique à mettre en usage dans cette circonstance. Par son action stimulante, elle réveille l'action sécrétante des glandes de l'œil, affaiblie ou supprimée, et enfin, par l'humidité persistante qu'elle entretient au devant de la cornée, elle empêche le dessèchement de cette membrane, et lui rend sa transparence. Son action est donc à la fois curative et palliative, mais malheureusement palliative surtout.

M. Giraldès, dans un voyage à Londres, a vu la glycérine employée par Bowmann dans les maladies des yeux. Quand ce chirurgien veut cautériser quelques points de la cornée et garantir le reste de cette membrane contre l'action du nitrate d'argent, il le recouvre de glycérine.

Enfin, M. Dallos aurait obtenu des succès remarquables, à l'aide de la glycérine, dans plusieurs cas d'ophthalmie. Nous manquons malheureusement de détails à cet égard.

D'après les propriétés que nous avons reconnues à la glycérine, nous pensons que les injections de glycérine, dans les ophthalmies purulentes, doivent être d'un très-bon effet, et nous nous proposons d'appliquer ce traitement à la première occasion.

STOMATITE ULCÉREUSE. — L'état putride qui accompagne certaines stomatites ulcéreuses m'a engagé à essayer la glycérine dans ces affections. Le succès a justifié mes présomptions. J'ai recours à ce moyen lorsque les malades se présentent avec des ulcérations à fond grisâtre, à bords boursouflés, communiquant à l'haleine une odeur infecte, déterminant une douleur intense qui les empêche de prendre des aliments et du sommeil.

La glycérine, appliquée topiquement, fait cesser ces accidents. Son premier effet est de dissiper la douleur, puis les ulcérations revêtent un aspect favorable, l'haleine perd sa fétidité, et une tendance à la guérison ne tarde pas à se manifester par une diminution de gravité des symptômes. Je me suis plusieurs fois assuré que la glycérine, à elle seule, produisait ces résultats ; mais, pour hâter la guérison, j'administre simultanément le chlorate de potasse à l'intérieur.

La glycérine dissout très-bien l'alun et le borate de soude, et par l'association de ces médicaments, on fait des collutoires d'une application facile et d'une grande efficacité.

ANGINE GRANULEUSE ; MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE. — M. Scott Alison emploie la glycérine en topique dans certaines formes de maladies du larynx et de la trachée. Après avoir abaissé la langue et l'épiglotte, il porte sur l'ouverture de la glotte une éponge imbibée de glycérine, préalablement ramollie dans l'eau tiède et épurée.

Il a recours à ce moyen dans les cas de laryngite légère consécutive à un refroidissement, s'accompagnant de raucité, de perte partielle de la voix, de gêne au devant du cou et de la poitrine, de toux plus ou moins fréquente ; dans les maladies aiguës ou chroniques du larynx locales ou associées à des maladies plus importantes des bronches, des poumons et du cœur.

Les résultats de la médication sont la disparition du sentiment de

---

souffrante, apothicaire et *père des pauvres* de l'hôpital Saint-Jean, on le vit successivement juge aux marchands et échevin. Ce fut lui qui acheva de ses propres deniers la promenade près le *portail Lyonnais*, d'où l'on avait la vue de la Maine. Le 6 août 1626, dit une chronique manuscrite, pour prouver sa bonne affection et amitié aux habitants de la ville d'Angers et particulièrement aux paroissiens de la Trinité, il fit établir, au faubourg Saint-Lazare, deux religieux récollets du couvent de la Baumette, afin d'assister les malades frappés de la *peste et contagion*, leur administrer les sacrements et aussi procéder à l'enterrement de ceux qui meurent de la maladie, et ce, à défaut de MM. les curés de ladite paroisse, qui ne veulent aller voir et assister les malades.

Bien que les lettres patentes délivrées aux apothicaires d'Angers portassent qu'elles étaient accordées aux marchands, maîtres apothicaires-épiciers, les deux professions étaient distinctes dans notre ville, où chacune avait son règlement particulier tout en étant de la même maîtrise. La distinction entre les deux professions n'excluait pas d'ailleurs la bonne intelligence entre ceux qui les exerçaient ; car on ne rencontre pas un seul arrêt contre le corps des épiciers ; mais diverses sentences furent rendues contre les droguistes et les chirurgiens de la ville d'Angers et de Durtal, au profit de la maîtrise, et nous citerons à cet égard :

1° Sentence de la sénéchaussée d'Angers, du 31 décembre 1688, au profit des maîtres apothicaires contre le sieur Buret, droguiste.

2° Sentence de la sénéchaussée d'Angers, du 30 août 1692, contre le même.

3° Sentence de la sénéchaussée d'Angers, du 27 avril 1693, qui ordonne au sieur Bault, droguiste, de faire visiter ses marchandises, et contre le sieur Blain, droguiste.

4° Sentence de la sénéchaussée d'Angers, du 18 juillet 1745, qui prononce le bien jugé d'une sentence de la prévôté d'Angers, du 2 mars 1744, et fait défense au sieur Gabriel Silord et aux chirurgiens de la ville, de faire mixtion de drogues, seulement pour les maladies vénériennes, lesquelles drogues seront prises chez les apothicaires.

5° Sentence de la sénéchaussée d'Angers, le 30 mai 1757, contre le sieur Jau, chirurgien, condamné à 3 livres d'amende au profit de la maîtrise.

Toutefois cette querelle entre l'apothicaire et le chirurgien ne fut pas de longue durée, et doit étonner d'autant plus que nos lettres patentes nous obligeaient à faire instruire nos serviteurs et élèves par un chirurgien bien famé. Ainsi, pendant la première année d'apprentissage, c'était le chirurgien qui devait faire la lecture à l'élève dans un livre de bonne apothicairerie, deux fois par semaine dans la pharmacie du maître ; ce n'était pas un simple acte de complaisance, nos statuts l'exigeaient.

Chaque année la maîtrise nommait un doyen, un procureur, un syndic et deux gardes-jurés ; les noms de ceux qui remplirent ces fonctions sont arrivés jusqu'à nous ; le garde-juré était chargé d'empêcher les étrangers de débiter des drogues, d'éviter toute malversation des deniers de la communauté et de conserver les archives.

Nous ne connaissons que dix pharmaciens qui furent reçus par la maîtrise, ce sont : Salmon, exerçant à Beaufort en 1755 ; Claude Lemaire, exerçant à

gêne et de picotement au devant du larynx et le long de la trachée, la diminution de la toux, le retour plus ou moins complet de la voix. Quelquefois, lorsque l'altération de la voix provient d'une simple sécheresse du larynx, l'application de la glycérine lui rend immédiatement son timbre ordinaire.

Ces faits nous paraissent assez remarquables pour mériter d'être pris en considération et consignés ici. C'est là, en effet, un nouveau mode d'application de la glycérine qui peut être appelé à prendre de l'extension et à rendre de grands services.

M. Debout a déjà appliqué la médication du docteur Alison à l'angine granuleuse. Il rapporte, dans son BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, une observation remarquable de cette maladie, ayant déterminé des symptômes assez inquiétants pour menacer la vie, rebelle aux eaux sulfureuses, et dont il vint à bout par des applications locales et réitérées d'un glycérolé d'iode.

On doit avoir recours au glycérolé d'iode lorsque les granulations sont très-développées; la glycérine simple suffit dans le cas de granulations peu volumineuses.

BALANO-POSTHITE; BLENNORRHAGIE. — Nous avons déjà eu occasion de parler de l'action remarquable de la glycérine dans la balano-posthite; nous n'y reviendrons que pour mémoire. L'application du médicament varie suivant les cas. Si le prépuce peut être facilement ramené en arrière, je recommande de maintenir entre le gland et le prépuce quelques brins de charpie imbibés de glycérine, que l'on renouvelle suivant l'abondance de la suppuration. Lorsque, par suite de l'acuité de l'inflammation et de l'étroitesse du prépuce, il y a complication de phimosis, les injections de glycérine entre le gland et le prépuce, fréquemment répétées, ne tardent pas à faire tomber l'inflammation. La guérison est ordinairement très-rapide.

Je n'ai pas employé la glycérine dans la blennorrhagie, mais je vois, dans une note publiée par la GAZETTE DES HÔPITAUX, que M. Dallas a traité avec succès, par cette substance, une blennorrhagie négligée, s'accompagnant d'hématurie et de douleurs d'une violence extrême.

VAGINITE. — Chacun sait combien la vaginite est une maladie rebelle et difficile à guérir; nous croyons donc avoir bien fait en instituant contre cette maladie le traitement que nous allons faire connaître, et dont l'efficacité est telle que, depuis quatre ans que nous l'employons, nous n'avons pas encore rencontré un seul sujet réfractaire.

Ce traitement consiste en applications de tampons imbibés de glycérine tannique ainsi formulée :

Glycérine. . . . . 100 grammes.
Tannin. . . . . 10 à 20 —

Le tannin est entièrement dissous par la glycérine, et il en résulte un topique d'une belle couleur brune tirant sur le jaune, transparent, d'une consistance demi-liquide, imbibant très-bien les tampons de charpie ou de coton, et après application, ne s'écoulant pas au dehors même dans la position verticale.

Le pansement se fait de la manière suivante :

Le spéculum étant introduit, une injection à grande eau est pratiquée afin d'enlever tout le muco-pus qui tapisse les parois vaginales que l'on essuie avec un bourdonnet de charpie sèche placé au bout d'une longue pince. J'introduis alors un ou plusieurs tampons de ouate bien trempés dans la glycérine tannique, et par-dessus un tampon sec destiné à retenir les gouttelettes qui tendraient à s'échapper. Je retire le spéculum, et les choses restent ainsi jusqu'au lendemain matin. Les tampons sont alors enlevés, la malade ayant pris un bain simple; et je renouvelle le pansement qui est exactement semblable à celui de la veille. Quatre ou cinq pansements suffisent pour amener une guérison complète et définitive. Cependant, par simple mesure de précaution, je conseille à la malade de faire encore pendant une semaine, à partir de la dernière application du glycérolé de tannin, deux ou trois injections par jour avec une décoction de feuilles de noyer additionnée de 4 grammes d'alun par litre.

Il est des cas dans lesquels notre pansement ne peut être immédiatement appliqué à cause de l'acuité de l'inflammation qui ne permet pas l'introduction du spéculum. Je commence alors par calmer les accidents inflammatoires par un régime approprié, des bains, des injections émollientes fréquemment répétées.

Fait dans les conditions que nous avons spécifiées, notre tamponnement, non-seulement n'est pas douloureux, mais même ne gêne que très-peu les malades. Celles-ci peuvent se lever et rester debout une partie de la journée.

L'effet local du glycérolé de tannin se traduit par les signes suivants : coagulation du muco-pus à mesure qu'il est sécrété, décoloration de la muqueuse vaginale, qui perd sa rougeur inflammatoire, siccité des parois vaginales et resserrement de ces parois, disparition de la douleur et de l'écoulement.

J'ai eu souvent occasion d'appliquer ce traitement à la maison municipale de santé et dans ma clientèle privée, et, je le répète de nouveau, je n'ai pas vu, dans l'espace de quatre ans, un seul cas de vaginite qui s'y soit montré rebelle.

Plusieurs praticiens l'ont employé avec le même bonheur que nous, et nous ne doutons pas qu'exécuté suivant les règles que nous avons tracées, il ne donne entre toutes les mains les résultats que nous obtenons chaque jour.

M. Aran a expérimenté la glycérine simple en injections dans le vagin et la matrice, contre les ulcérations du col et le catarrhe utérin. Les injections dans la matrice étaient très-douloureuses, de sorte qu'il a fallu y renoncer. Ces essais ayant été faits à la glycérine, il est possible que la douleur qu'éprouvaient les malades de M. Aran tînt à l'impureté du produit. Ce serait donc un point à vérifier de nouveau, aujourd'hui que nous avons de la glycérine pure.

Pour les ulcérations du col, elles n'ont pas été modifiées sensiblement. Nous avons essayé, de notre côté, dans ces affections, l'application de tampons enduits de glycérine simple; les résultats nous ont aussi paru si peu tranchés que nous n'avons pas continué ce mode de traitement.

Ici se termine ce que nous avions à dire des services que la glycérine est capable de rendre à la chirurgie. On voit combien ils sont

---

Durtal en 1763; Perraud, exerçant en 1763; Coustard père, et son fils; Belon (Pierre); Chaillin, exerçant à Baugé; Ollivier (Jean-Charles), reçu le 9 juin 1767; Roujou (Pierre), reçu le 1er juillet 1783; Gonpil fils; Faucon et Pain, exerçant à Saumur.

Cette liste n'est pas complète; mais si la maîtrise a reçu des pharmaciens, elle doit avoir reçu aussi deux *pharmaciennes* : madame Rivière, femme Villaton, pharmacienne au Bourg d'Iré, et madame Claudine Cahoreau, dans la même localité, lesquelles auraient obtenu leur diplôme après trois années d'exercice. Malgré l'autorité de l'annuaire, ce fait peut paraître extraordinaire, puisque la maîtrise n'accordait pas de titre aux femmes, et encore moins les jurys médicaux qui lui ont succédé.

Si notre maîtrise n'a pas reçu un grand nombre de pharmaciens, elle en a du moins fourni un qui adressa, le 21 mars 1671, à l'administration de la ville, une demande d'immunités et de privilèges qu'aucun de nous ne pourrait adresser aujourd'hui, fondée sur ce qu'il avait 19 enfants vivants! Le sieur Michel Desmazières, maître pharmacien, et Pierre Goubault, chirurgien, ce dernier, sans doute, un des aïeux de Simon Goubault, l'apothicaire, adressèrent de semblables demandes.

Dans cette même année parut la PHARMACIE GALÉNIQUE ET CHIMIQUE de Moïse Charas, apothicaire, appartenant à la religion réformée. Ce traité était généralement suivi à Angers, car on en retrouve encore, dans le commerce de la librairie, diverses éditions avec le nom des pharmaciens qui en étaient propriétaires.

Ce fut en 1672 que l'on nous accorda la maîtrise, qui vint remplacer la communauté des pharmaciens. Il fallut dès lors que les maîtres et les apprentis payassent à l'hospice général la somme de 6 livres, à titre d'aumône aux pauvres. Mais si certaines charges pesaient sur la caisse commune, l'instruction devint, en 1753, plus facile pour les jeunes serviteurs des pharmaciens. L'on voit que la Faculté de médecine, qui tenait ses séances aux grandes écoles, chaussée Saint-Pierre, chargea un de ses professeurs de faire un cours d'histoire naturelle et de pharmacie. Nous étions obligés, en outre, comme toutes les autres corporations, d'assister à la Fête-Dieu, et le rôle signé par le garde des Gardes, nous fait connaître qu'en 1757, les sieurs Jacques-François Bonester de la Touche, Joseph Coustard, ancien garde, Joseph Proust, Charles-Jacques Berger, demeurant au coin de la rue du Godet, Jean Monier, Claude-Simon Goubault, Louis-Jean-Baptiste Raimbault, habitant place du Pilori, n° 5, et Jacques Pelletier, tous gardes-jurés ou anciens gardes, représentaient la maîtrise à cette procession. Si parmi les nôtres nous avons eu des calvinistes, nous pouvons donc nous vanter aussi d'avoir eu de bons catholiques comme de bons pères de famille.

Si nous passons en revue les vingt-six articles qui composent notre règlement, nous voyons que, tout en sauvegardant l'intérêt général, nos pères n'avaient point, du reste, oublié leur intérêt particulier, lorsqu'ils exigeaient de leurs élèves un travail sérieux pendant dix années d'études passées sous leurs yeux; il fallait en outre qu'ils eussent fait leurs humanités, afin de traduire facilement le latin plus ou moins correct de la formule du chirurgien.

Le droit de recevoir les pharmaciens était le droit le plus important. Pour

déjà nombreux, et cependant le terrain est encore neuf et peu retourné. Le dernier mot sur ce produit est loin d'être prononcé. Tout est à faire touchant son administration à l'intérieur, et bien des points touchant son emploi topique sont encore à éclaircir.

En voyant les lacunes qu'a déjà comblées la glycérine dans la thérapeutique chirurgicale, nous nous féliciterons toujours d'avoir été un des premiers à signaler cette substance et à l'appliquer au traitement des maladies.

DE LA GLYCÉRINE PRISE A L'INTÉRIEUR.

Pour être complet, nous devons ajouter quelques lignes sur l'administration de la glycérine à l'intérieur.

Jusqu'ici les essais de ce genre ont été très-restreints; mais aujourd'hui que nous possédons une glycérine pure, ils vont probablement se multiplier.

Jouissant d'une innocuité parfaite, elle sera, dans maintes circonstances, un excipient très-commode pour les médicaments internes.

PHTHISIE, SCROFULE, ETC. — On a voulu lui faire jouer un grand rôle et trouver en elle, après lui avoir ajouté un peu d'iode, un succédané de l'huile de foie de morue.

Rien ne justifie ces prétentions, auxquelles on a été entraîné par l'analogie physique de la glycérine avec l'huile.

En effet, la glycérine ne peut être utilisée à l'intérieur, de même que les corps gras, et si l'iode est pour quelque chose dans l'action de l'huile de morue, ce n'est qu'un élément de sa puissance. Ne renferme-t-elle pas aussi du brome, du phosphore, du soufre, de la soude, de la chaux, des résines biliaires amères? D'ailleurs, il ne suffit pas d'émettre une idée, il faut l'appuyer par des faits, et nous sommes encore à attendre ceux de M. Lambert-Séron, l'auteur de la glycérine iodée.

DYSSENTERIE. — Une indication plus rationnelle est celle de la glycérine pure dans la dyssenterie. Elle a été employée dans cette maladie par le docteur J. Laudé (de Marvejols), qui l'administrait simultanément en lavements à la dose de 30 gram. pour 150 gr. de véhicule, et en potion à la dose de 45 gram. (2 cuillerées par heure).

Ce traitement, appliqué seul chez douze malades, a donné douze guérisons. Ajoutons qu'au moment où le docteur eut l'idée d'y recourir, l'épidémie touchait à sa fin. Néanmoins ces faits méritent d'être pris en considération.

L'action de la glycérine se manifestait par une diminution des douleurs, par un changement de nature des matières qui prenaient un meilleur aspect et perdaient de leur mauvaise odeur.

Cette action concorde avec les propriétés antiputrides de la glycérine.

Nous touchons au terme de notre travail.

Nous avons exposé d'une manière aussi complète que possible l'état où en est actuellement la question de la glycérine. Dans notre récit nous nous sommes attaché à mettre des faits à côté de nos assertions, et à signaler les points qui nous semblaient douteux. Nous terminons en appelant de nouvelles recherches sur cet intéressant sujet, et en engageant ceux qui pourraient encore n'être pas convaincus à répéter nos expériences.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

II. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros de janvier, février, mars, avril et mai 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'injection iodée dans des cas d'ascites symptomatiques de maladies organiques graves*, par M. Teissier ; 2° *Du soulèvement et de la cautérisation profonde du cul-de-sac rétro-utérin dans les rétroversions de la matrice*, par M. Bonnet ; 3° *De la destruction des chancres primitifs*, par M. Diday ; 4° *Des vins plâtrés considérés au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale*, par M. Glénard ; 5° *Note sur l'emploi thérapeutique du bichlorure de mercure dissous dans l'huile d'amandes douces*, par M. Rollet ; 6° *Mémoire sur la conservation du vaccin*, par M. Chassagny ; 6° *Note sur les causes de la grippe à Lyon*, par M. Fauconnet ; 8° *De la consanguinité comme cause de scrofules*, par M. Leriche ; 9° *Nouvelle sonde pour limiter les injections dans l'urètre*, par M. Brou ; 10° *De la fièvre pseudo-continue simulant la fièvre typhoïde*, par M. Riembault ; 11° *De l'étude des médecins de l'antiquité*, par M. Pétrequin ; 12° *Anévrisme de l'artère tibiale antérieure guérie par la ligature*, par M. Chabanne ; 13° *Du rhumatisme blennorrhagique*, par M. Rollet ; 14° *De la combinaison du soufre avec l'iode*, par M. Vezu ; 15° *Des scarifications de l'œil dans les nébulosités de la cornée*, par M. Berne ; 16° *Sirop de perchlorure de fer*, par M. Durin-Dubuisson.

MÉMOIRE SUR LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE ; par M. J. ROLLET, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

L'auteur, dans ce travail de longue haleine, qui renferme un grand nombre d'observations et où la question du rhumatisme est envisagée à un point de vue nouveau, a consacré un premier article à l'examen *des preuves de l'existence du rhumatisme blennorrhagique*.

On sait qu'un savant professeur de Bruxelles, M. Thiry, a dernièrement nié qu'il existât une arthrite réellement blennorrhagique, et qu'à l'Académie de médecine de Turin, où cette question a été soulevée, beaucoup de membres ont pris parti pour l'opinion du syphilographe belge.

M. Rollet trouve une première preuve de l'existence d'un rhumatisme réellement blennorrhagique dans la *fréquence* très-grande des arthrites observées pendant le cours de la blennorrhagie, fréquence telle qu'on ne peut pas l'expliquer par une simple coïncidence des

---

se conformer à l'usage reçu, il fallait que l'aspirant fît prévenir les maîtres jurés par un sergent; lorsqu'il se disposait à passer ses examens, à peu près à l'époque de la Saint-Nicolas d'hiver. Alors, en présence de deux chirurgiens notables pris dans la Faculté d'Angers et acceptés par la compagnie, l'aspirant subissait son premier examen, appelé la lecture, chez l'un des gardes-jurés ; puis l'acte des herbes, qu'il passait en herborisant aux environs de la ville. L'acte des herbes accompli, il fallait faire un chef-d'œuvre de quatre compositions, et après ces épreuves, le candidat, accepté par la compagnie, versait dans la caisse de la communauté un marc d'argent (environ 54 fr. de notre monnaie), pour subvenir aux frais de la communauté, somme qui était divisée, ici comme ailleurs, en trois portions, l'une pour le roi, une autre pour le service des messes et frais de la confrérie et du métier, une troisième partie qui était attribuée aux gardes-jurés pour leurs peines et leurs vacations.

Une fois les frais soldés, le candidat était présenté par les deux chirurgiens et les gardes-jurés, au juge prévostal de la ville, pour prêter le serment solennel des apothicaires *chrétiens et craignant Dieu*, à savoir: « Jurer de composer toutes poudres de bonnes et saines épices, de faire loyalement tous les actes du métier, sans y mettre aucunes fournitures non pertinentes. »

Les empoisonnements qui signalèrent en France la moitié du dix-septième siècle firent voir que la police de la pharmacie avait besoin d'être complétée; aussi, à partir du 11 janvier 1759, et par suite de l'arrêt de la cour du parlement de cette date, qui condamne Barbe Leleu (de Noyon), à être brûlée vive, pour avoir empoisonné plusieurs personnes, il fut enjoint aux apothicaires d'inscrire désormais sur leurs registres le nom de ceux à qui ils vendaient de l'arsenic.

Nous savons qu'en 1777 il n'était pas possible, sans être reçu dans les formes que nous avons indiquées, de venir à Angers s'établir pharmacien à l'aide de lettres patentes particulières, comme cela se faisait encore cette année-là à Paris ; nous savons en outre que quelques pharmaciens reçus à Paris exerçaient déjà la pharmacie au milieu de nous.

Le nombre des pharmacies a peu varié, en raison des mouvements de la population :

Nous en trouvons en 1562, 10; en 1757, 9; en 1788, 10; en 1790, 11; en 1793, 9.

Dans ce nombre, il en est plusieurs qui se livraient avec succès à des travaux scientifiques, mais l'absence de journaux spéciaux faisait que chacun était contraint de garder par devers lui ce qu'il savait. Ils éprouvèrent donc d'autant plus le besoin de se réunir pour s'éclairer et se soutenir mutuellement dans leurs études, et fondèrent une société de médecine et de pharmacie en 17... Déjà plusieurs d'entre eux avaient accepté le titre de fondateurs de la Société des botanophiles. Proust, Roujou père, contribuèrent comme les autres, de leurs deniers, à l'établissement du premier jardin botanique du faubourg Bressigny.

Telle était la position de la pharmacie angevine, lorsque survint la révolution française, et elle ne fut pas la dernière de nos corporations à y prendre part. Les sieurs Pelletier, Goupil père et fils, et Coustard signèrent l'a-

deux maladies, et qui montre déjà qu'il existe entre elles un lien plus étroit.

Une preuve plus péremptoire et sur laquelle l'auteur insiste davantage, c'est la *répétition* du rhumatisme, chez un individu donné, à chaque blennorrhagie nouvelle ou ravivée que cet individu présente.

M. Rollet cite un grand nombre d'observations où cette répétition a été notée avec soin. Parmi ces observations, les unes lui appartiennent, et c'est le plus grand nombre; d'autres ont été empruntées à différents auteurs, à M. Brandey (de Copenhague), notamment. Il est évident que si la blennorrhagie peut ainsi décider de l'apparition d'un rhumatisme, et cela à plusieurs reprises, ainsi que l'auteur en a cité des cas, celui-ci doit être considéré dans ces cas, comme un symptôme, une complication de la maladie première, c'est-à-dire de la blennorrhagie.

M. Rollet va plus loin; il se demande si le rhumatisme blennorrhagique ressemble au rhumatisme vulgaire, ou bien s'il n'y aurait pas entre eux des différences tranchées et telles qu'il en résultât pour la première un ensemble de symptômes qui en feraient une maladie *spéciale*, sinon spécifique.

Tout un article est consacré à cette question : *De l'iritis considérée comme une des manifestations du rhumatisme blennorrhagique*, question neuve que l'auteur a résolue en citant des faits assez nombreux et concluants, d'où il résulte que le rhumatisme blennorrhagique s'accompagne souvent d'une forme particulière d'iritis, qu'il a soigneusement décrite, et qu'il compare à l'endocardite qui accompagne si souvent le rhumatisme vulgaire.

Cette iritis est déjà un premier symptôme, une première manifestation morbide qui donne au rhumatisme blennorrhagique une physionomie spéciale.

D'après M. Rollet, il y aurait encore d'autres caractères qui établiraient une difficulté tranchée entre le rhumatisme blennorrhagique et l'autre.

Le premier serait beaucoup plus souvent mono-articulaire, et alors même qu'il est poly-articulaire, il n'affecterait que rarement beaucoup d'articulations.

L'auteur cite une statistique de 80 cas à l'appui.

Le rhumatisme blennorrhagique n'est pas aussi fébrile que l'autre. M. Rollet a noté que le sang est alors rarement *couenneux*, alors même que plusieurs articulations sont affectées.

L'endocardite est rare dans le rhumatisme blennorrhagique; par contre, les synoviales tendineuses sont assez souvent affectées.

Il y a encore d'autres différences moins tranchées, mais nombreuses et présentées par l'auteur de telle manière qu'il est impossible de ne pas convenir avec lui qu'il s'agit ici, en effet, d'une espèce de rhumatisme distincte.

M. Rollet ne considère pas le rhumatisme comme engendré par une infection générale de l'économie, par un virus soit syphilitique, soit blennorrhagique. Il regarde la maladie comme produite par un effet sympathique, ressemblant sous ce rapport à ces épididymites qu'on voit quelquefois se développer dans le cours de la blennorrhagie sans que le cordon qui relie l'épididyme au canal soit affecté. C'est la sympathie à distance de Hunter.

Quant au traitement, il doit varier suivant les cas, mais il consiste essentiellement en applications de sangsues et de vésicatoires volants sur les points affectés.

M. Rollet insiste beaucoup pour qu'on s'occupe en même temps de la blennorrhagie : « C'est elle, dit-il, qui est le foyer de la maladie; pour guérir celle-ci, et surtout pour prévenir toute récidive, il faut éteindre complétement ce foyer. »

Nous ne sachions pas que jusqu'à présent on soit allé aussi loin dans l'étude de cette affection, digne à tous égards d'attirer l'attention des observateurs.

DE L'IMPORTANCE DES SCARIFICATIONS DE L'ŒIL DANS LES CAS DE NÉBULOSITÉS VASCULAIRES DE LA CORNÉE; par M. BERNE.

L'auteur cite trois observations où les scarifications ont eu des succès. Il résume lui-même les enseignements qu'on peut tirer de ces faits et des considérations théoriques dont il les a fait précéder :

1° La kératite panniforme est, de toutes les affections oculaires, une des plus difficiles à guérir, une des plus désespérantes et pour le malade et pour le médecin.

2° On peut ranger dans trois groupes distincts l'ensemble des moyens locaux proposés pour arriver à la guérison.

3° A chaque groupe correspond une indication thérapeutique spéciale à établir :

a Les excitants simples;

b Les moyens avec lesquels on se propose surtout la suppression des vaisseaux de nouvelle formation et qui perpétuent le mal;

c La méthode substitutive représentée par l'inoculation blennorrhagique.

4° Il est convenable d'employer, au début, les excitants simples.

5° On les variera souvent, en ayant soin de n'en pas continuer l'emploi trop longtemps, s'il n'y a pas d'amélioration sensible.

6° Parmi les moyens de la deuxième catégorie, les scarifications me semblent mériter la préférence. Elles réalisent le type des indications curatives, restreignant tout d'abord la nutrition des opacités, en supprimant plus tard les vaisseaux eux-mêmes.

7° Après l'emploi des scarifications, il faut toujours, à moins d'inflammation trop intense, revenir à l'usage des collyres excitants.

8° Ce n'est jamais au début des vascularisations cornéales que les scarifications doivent être employées. Les vaisseaux sont alors souvent utiles et doivent être par conséquent respectés.

III. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI.

Les numéros de janvier, février, mars, avril et mai 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation d'angine inflammatoire jugée par une hémorrhagie critique*; par M. Pécholier. 2° *Fièvre intermittente quotidienne et chronique*; par M. Bathier. 3° *Considérations sur l'hydrocéphalie aiguë et son traitement par le mercure*; par

---

dresse qui demandait à l'administration départementale la formation d'un bataillon de volontaires, pour être adjoint au 1er bataillon que commandait Beaurepaire, afin d'aller combattre avec lui les armées étrangères. Parmi les volontaires qui furent envoyés dans la Vendée se trouvait le fils d'un pharmacien d'Angers, Guitet, qui fut fait prisonnier à Cholet, le 14 octobre 1793, par les Vendéens, et traduit devant un conseil de guerre présidé par le général d'Autichamp. Chargé d'interroger le prisonnier et apprenant qu'il était le fils de Guitet l'apothicaire, le juge improvisé lui dit : « Je n'ai point oublié votre père, *c'est un honnête homme;* » et le jeune prisonnier eut la vie sauve.

Guitet, ainsi rendu à sa famille, passa à l'hôpital militaire de Nantes, puis alla faire la guerre d'Espagne. De retour à 24 ans, il fut nommé pharmacien en chef de l'hôpital de Cholet, puis enfin il vint remplacer son père dans son officine et dans la place de pharmacien des hôpitaux d'Angers. Pendant sa longue carrière dans cette profession, le fils se montra toujours, et dans toutes les circonstances, digne du père dont la réputation de probité avait protégé sa jeunesse.

Nos annales nous ont conservé les noms de ceux de nos confrères qui ont rempli les premières charges de la maîtrise, et nous les indiquerons ailleurs; mais avant de clore ces notes, nous croyons devoir consacrer ici une mention plus étendue à Jean-Charles Ollivier, qui fut le dernier des représentants de l'ancien corps des pharmaciens d'Angers. C'était le grand père d'Ollivier d'Angers, membre de l'Académie de médecine et auteur d'un traité des maladies de la moelle épinière.

Issu d'une famille honorable qui avait longtemps habité le quartier de la Doutre, il avait un frère aîné, médecin estimé et habile chirurgien, qui fut attaché, en 1789, à l'hôpital militaire de la Trinité. Quant à Jean-Charles, une vocation impérieuse l'appelait à l'étude de la chimie et de la pharmacie, qui commençaient dès lors à être plus étroitement liées. C'était un homme d'un extérieur agréable, d'une taille élevée, au regard fin et intelligent. Il suivit, à Paris les cours de Rouelle l'aîné, démonstrateur au jardin du Roi et prédécesseur de Fourcroy, à une époque où se révélèrent et se posèrent en quelque sorte les bases de la chimie moderne. Sous ce maître, qui tenait alors le premier rang parmi les promoteurs de la science nouvelle, il reçut les premières leçons des sciences naturelles et chimiques, et de leur application à la pharmacie. Acceptant comme vérité tout ce que la parole du maître venait de lui apprendre, il tenait exactement note de ses improvisations. C'était un de ces élèves que les maîtres affectionnent toujours : ardents à s'instruire, tourmentés du besoin de se rendre compte de tout ce qu'on leur enseigne, et les attendant au passage à la sortie de l'amphithéâtre pour en obtenir de nouvelles explications.

Rouelle n'a pas publié son cours, mais son élève avait recueilli avec une exactitude extrême ses leçons orales, et les avait annotées de précieuses observations. Il paraît que le maître manifestait un certain dédain pour les préparations pharmaceutiques qui se faisaient avec des substances animales, et que, sans tenir en grande estime les travaux et les idées des alchimistes, il ne niait pas absolument la possibilité de la transmutation des métaux, se fondant sans doute sur ce que les métaux n'étant que des *corps composés*, la

M. Rouzier-Joly. 4° *Mémoire sur la constitution médicale de la ville d'Autun*; par M. Guyton. 5° *Hémiplégie essentielle et persistante*; par M. Viquol. 6° *Notice médicale sur les eaux minérales de Vols*; par M. Tourette. 7° *Observation de gangrène de la vulve*; par M. A. Gachon. 8° *Des fièvres miasmatiques*; par M. Audouard. 9° *Tribut à la chirurgie*; par M. Bouissou.

OBSERVATION DE GANGRÈNE DE LA VULVE; par M. A. GACHON.

OBS. — Fanny Colou, âgée de 8 ans, urpheline, entra à l'Hôtel-Dieu avec les symptômes suivants :

Tuméfaction considérable de la vulve s'étendant aux tissus environnants du côté droit; formation d'une membrane pulpeuse recouvrant les parties malades; celles-ci offrent un aspect violacé, livide, et sont le siége d'une douleur brûlante. L'écoulement des urines est douloureux. Attouchement de la surface malade avec une solution de chlorate de potasse (6 grammes de chlorate de potasse sur 60 grammes d'eau distillée).

Au 11 janvier, on put constater une notable amélioration. Pansement avec solution d'extrait de quinquina; interposition d'un linge entre les grandes lèvres, pour éviter les adhérences vicieuses.

Le 14, les parties malades ont perdu l'aspect livide qu'elles avaient d'abord; la membrane pulpeuse cesse de se reproduire, la gangrène commence à se limiter; néanmoins la petite malade accuse toujours à la vulve une douleur cuisante qui lui enlève tout repos. Lotions avec la décoction de quinquina. Sirop de Portal.

Sous l'influence de cette médication, les progrès de la gangrène furent enrayés; des escarres se sont détachées et les parties malades ne tardèrent pas à offrir l'aspect d'une bonne plaie en voie de cicatrisation.

IV. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les cahiers de janvier, février, mars et avril 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rapports de la varicelle avec la variole et la varioloïde*; par M. Gintrac. 2° *Observation d'anthrax*; par M. J. Vénot. 3° *De l'écrasement linéaire*; par M. Chaumet. 4° *Du cancer de l'estomac*; par M. E. Marx. 5° *Du diagnostic différentiel des polypes utérins*; par M. Cazenave.

DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE; par M. le professeur CHAUMET.

L'auteur, après avoir passé en revue les différentes applications de l'écrasement linéaire, émet cette opinion que les cas les plus favorables à cette méthode sont incontestablement ceux de bourrelets hémorrhoïdaux. Il rapporte trois observations d'opérations de ce genre; il cite aussi des cas d'amputations du testicule affecté de sarcocèle; mais il est moins partisan de l'opération dans cette dernière maladie.

« En effet, dit-il, tous les praticiens savent à combien de mécomptes ils ont exposés les hémorrhagies après les extirpations de bourrelets hémorrhoïdaux du rectum. Nous-même, malgré toutes nos préoccupations, nous eûmes, dans cinq cas différents, les plus grandes perplexités au sujet d'hémorrhagies internes consécutives les plus intenses.

» L'extrême vascularité de la région anale et une foule d'autres motifs anatomo-physiologiques donnent la raison de la fréquence et de la gravité de cette complication.

» Les trois faits consignés dans ce mémoire montrent d'une manière bien positive que la méthode opératoire de l'*écrasement* met à l'abri de ce grave accident tous les malades qui y ont été soumis. »

Dans cette application de l'écrasement linéaire aux bourrelets hémorrhoïdaux, l'auteur exécute d'abord une opération préalable, c'est-à-dire qu'il incise le sphincter pour prévenir l'étranglement inflammatoire, et surtout l'atrésie anale qui assez souvent succède à ces sortes d'opérations :

« Quant au reproche de causer l'inaction, la paralysie des muscles constricteurs de l'anus, dit l'auteur, je n'ai jamais eu l'occasion de constater ce résultat. Le plus souvent, au contraire, j'ai observé un excès de constriction, une véritable atrésie pour laquelle il fallait soumettre les malades aux introductions de corps dilatants, puis à une nouvelle opération. Ce fut à la suite de ce fait, bien souvent constaté, que nous acceptâmes le précepte du débridement préalable de l'un des sphincters, opération qui nous a toujours paru, non-seulement favorable, mais encore faciliter l'accomplissement de l'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux profonds. »

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

M. JUNOD lit un mémoire sur les nouveaux résultats qu'il a obtenus dans diverses affections de l'emploi de la *méthode hémospasique*, et met sous les yeux de l'Académie des appareils qu'il a imaginés récemment pour l'application de la grande ventouse sur des régions où ce mode de dérivation n'avait pas encore été pratiqué, par exemple sur la poitrine, l'abdomen, le dos, les hanches et même la tête, le visage excepté. Ces appareils sont des cloches approchant plus ou moins de la forme hémisphérique; la cloche destinée pour la tête est garnie d'une manchette en caoutchouc qui la fait adhérer près de son pourtour; dans celle qui est destinée à agir sur l'abdomen, on a ajouté à la calotte sphérique un diaphragme mobile percé de trous circulaires de différents diamètres qui repose directement sur la peau, et ne lui permet de se soulever que partiellement. (Commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Andral, Rayer.)

M. BILLIARD envoie de Corbigny (Nièvre) une note qu'il annonce comme faisant suite à sa note sur l'*hématose*, présentée à la séance du 31 janvier dernier. (Commissaires déjà nommés : MM. Peligot, Cl. Bernard.)

M. E. GINTRAC prie l'Académie, qui déjà à deux reprises, en 1855 et 1856, l'a compris dans le nombre des candidats pour une place de correspondant de la section de médecine et de chirurgie, de vouloir bien lui continuer le même honneur maintenant qu'elle va s'occuper de pourvoir à une nouvelle vacance.

M. Gintrac, à l'appui de cette demande, adresse plusieurs ouvrages qu'il a publiés et une liste de ses travaux. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

---

proportion des corps simples qui entrent dans leur composition venant à varier, pouvait, en modifiant leurs combinaisons, changer la nature et l'apparence du métal.

Ollivier revint dans sa ville natale avec des idées neuves, bien différentes de celles des autres pharmacopoles, idées qu'il ne cessa d'étendre et de modifier depuis lors par des études constantes et personnelles. Ce fut dans cet esprit de critique et de progrès qu'il avait annoté toutes les préparations du *Codex*, en y joignant incessamment un grand nombre de remarques claires et judicieuses, et nous ferons remarquer à cette occasion que si l'on croit généralement que nos prédécesseurs avaient une très-grande quantité de préparations en vogue, c'est une erreur, car le *Codex* de cette époque était beaucoup plus restreint que le nôtre. Seulement les recettes étaient plus compliquées et plus longues à exécuter.

Non-seulement Ollivier étudiait la pharmacie avec succès, mais il connaissait aussi les langues vivantes, l'anglais, l'italien, et l'on ne peut s'étonner de ce qu'avec une pareille éducation, il dut s'attirer d'une façon particulière l'estime et la considération du public. On voit, en effet, qu'il fut nommé garde en 1771, procureur en 1772, sous-aide-major dans la milice bourgeoise en 1778, avec le grade d'enseigne, et capitaine de la 5e légion en 1790.

En 1778, il avait fait revenir son fils de Paris, et l'avait établi rue Saint-Aubin; lié d'amitié avec David père, il avait fait faire par celui-ci la boiserie de sa pharmacie, en chêne sculpté.

Jusqu'à ses derniers instants, il s'occupa de son officine, et mourut âgé de 85 ans, vers 1817; il resta donc longtemps le dernier représentant des pharmaciens reçus par la maîtrise.

CH. MENIÈRE,
pharmacien à Angers.

— MM. Leuret et Haspel, médecins principaux, et Netter, médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, ont été délégués pour l'armée d'Italie.

Par suite du départ de ces officiers de santé, MM. les docteurs Corbin, Schmidt et Rohert, de Strasbourg, ont été requis, par M. l'intendant militaire, pour les remplacer. GAZ. MÉD. DE STRASBOURG.

— On lit dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG :

« Le recrutement de la médecine militaire paraît devoir se faire dorénavant dans des conditions très-favorables. Déjà l'on compte à Strasbourg cinquante-six élèves qui se présenteront au prochain concours, sans compter ceux qui viendront des écoles secondaires du ressort de la Faculté; il est donc probable qu'il y aura bien plus de concurrents que de places à donner. »

— M. le docteur Clausing, ancien médecin communal à Strasbourg, a succombé le 15 juin à la longue et douloureuse maladie (anévrisme de l'aorte) qui l'avait éloigné depuis longtemps de la pratique de la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Mialet sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cuzance pendant l'année 1858;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département de la Somme (Comm. des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Peironnel sur le service médical des eaux minérales de la Bourboule (Puy-de-Dôme);

4° Un rapport de M. le docteur Allard sur le service médical des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre) pendant l'année 1857 (Comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend :

Une note sur l'albuminurie et l'insensibilité considérées comme indices d'un état asphyxique, par M. E. Robin, qui réclame à ce sujet la priorité sur M. Bouchut.

— M. Malgaigne lit un rapport sur le Traité du rhumatisme articulaire chronique ou rhumatisme goutteux, par M. Robert Adams, chirurgien de l'hôpital Richmond, à Dublin.

Ce livre est divisé en deux parties. La première considère l'affection sous un point de vue général, et traite en autant de chapitres particuliers de son histoire, des causes et des symptômes, du diagnostic et du pronostic, des caractères anatomiques et du traitement. La deuxième partie les poursuit dans presque toutes les articulations, la hanche, l'épaule, le coude, le genou, le poignet et les articulations de la main, le cou-de-pied et les articulations du pied, les articulations temporo-maxillaire, sterno-claviculaire et anomio-claviculaire, et enfin dans le rachis.

L'ouvrage est terminé par diverses observations particulières, et illustré surtout par de nombreuses planches et un atlas de 11 planches lithographiées, dont quelques-unes coloriées.

Cette affection peut en imposer pour une fracture ou une luxation des extrémités articulaires des os, et M. Adams rapporte divers exemples de cette confusion faite par les chirurgiens les plus distingués de la Grande-Bretagne. M. Malgaigne fait observer cependant que M. Adams a trop de tendance à rapporter à cette affection des déplacements articulaires dont la nature rhumatismale est au moins douteuse. Ceci, dit M. le rapporteur, ramène à la question générale de la nature de la maladie, question qui, si elle était résolue, résoudrait du même coup celle du traitement. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point; les uns, avec MM. Adams, Cruveilhier, Brodie, attribuant à cette affection une origine inflammatoire, les autres, avec R. Tode, le rapportant à quelque chose de plus vague, à l'irritation. M. Malgaigne y voit avant tout des altérations de nutrition qui portent encore plus sur les tissus osseux que sur les autres tissus articulaires, et il pense que sur les os ces altérations se rapprochent singulièrement du rachitisme.

L'ouvrage de M. Adams, dit en terminant M. Malgaigne, est une monographie des plus remarquables et des plus complètes, bien qu'il n'ait pas en connaissance de quelques thèses excellentes publiées sur le même sujet à la Faculté de Paris.

Il est juste, en outre, de lui tenir compte des sacrifices qu'il a faits pour cette publication qui ne saurait compter un bien grand nombre de lecteurs parmi les simples praticiens. Je pense que l'Académie ferait un acte de justice en décidant que l'ouvrage sera déposé très-honorablement dans sa bibliothèque, et l'auteur inscrit sur la liste prochaine des candidats aux places de correspondants étrangers (Adopté).

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un correspondant national. La liste présentée par la commission, porte :

En première ligne, M. Reybard (de Lyon).
En deuxième ligne, M. Bertherand (d'Alger).
En troisième ligne, M. Parise (de Lille).
En quatrième ligne, M. Bardinet (de Limoges).

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 57,

MM. Bertherand obtient	.....	36 voix.
Reybard	—	14 —
Parise	—	4 —
Bardinet	—	3 —

M. Bertherand ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé correspondant national.

RAPPORTS.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, donne lecture d'une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux dont les conclusions négatives sont successivement mises aux voix et adoptées.

A propos d'un de ces rapports, relatif à une pétition adressée par un sieur Giardano (de Naples) à l'empereur, et renvoyée à M. le ministre de l'instruction publique qui demande l'avis de l'Académie; rapport dont les conclusions sont très-sévères.

M. Moreau propose d'adresser un exemplaire du rapport à M. le procureur impérial, et de le mettre ainsi en demeure d'appliquer la loi contre les charlatans.

M. Robinet fait remarquer que les attributions de l'Académie sont très-nettement déterminées vis-à-vis du pouvoir public; elles consistent à émettre des avis sur les questions qui lui sont soumises; mais il ne lui appartient pas de rappeler à la magistrature l'opportunité de l'application de la loi.

M. Chevallier appuie la motion de M. Moreau. Les exigences et l'audace de M. Giardano rappellent un scandale qui dure encore, et on devrait profiter de l'occasion qui s'offre aujourd'hui pour redemander l'application de la loi à qui de droit.

M. Trébuchet fait observer que toutes les questions professionnelles sont soumises à l'Académie par M. le ministre du commerce, et que par conséquent c'est à lui seul que l'Académie doit répondre, sauf à M. le ministre à prendre les mesures qui lui paraîtront convenables.

M. Dubois (d'Amiens) : L'affaire Giardano n'a pas été transmise par M. le ministre du commerce, mais par M. le ministre de l'instruction publique. Or, puisque le ministre de l'instruction publique demande exceptionnellement l'avis de l'Académie, on peut lui signaler les manœuvres employées par le sieur Giardano, et entre autres le front de distribuer jusque dans l'Académie des circulaires imprimées portant son adresse.

M. Velpeau : Il est très-bien, sans doute de signaler le charlatanisme au pouvoir public, et de réclamer contre lui l'application de la loi. Mais si les personnes haut placées, desquelles dépend cette application, se trouvent être précisément les clients des charlatans qu'il s'agit de poursuivre, que feront nos réclamations? Si l'administration supérieure a un goût particulier pour le charlatanisme, à quoi servira-t-il que nous la mettions en demeure de réprimer le charlatanisme qui lui tient tant à cœur?

LECTURES. — MALADIES DE LA MARTINIQUE.

M. Rufz donne lecture d'une note *sur les maladies de la peau à la Martinique.*

C'est une opinion assez généralement répandue, dit-il, que les maladies de la peau sont plus fréquentes, plus graves et plus diverses sous le ciel de la zone torride, que dans les climats les plus tempérés. L'analogie physiologique suggère naturellement que la peau, exposée par sa surface externe à une température qui n'est jamais moindre de 20° centigrades, et qui, en plein soleil, s'élève souvent à 45°, congestionnée à sa face interne par une incessante et abondante transpiration, doive être plus souvent malade. D'une autre part, l'observation, dans ces pays, portant sur des peaux d'une coloration différente, il semble qu'il doive en résulter, dans les maladies cutanées, des aspects ou même des formes particulières, aussi diverses que dans les végétaux de ces contrées. Il n'en est rien. A la Martinique, les maladies de la peau m'ont paru moins fréquentes et moins diverses qu'à Paris.

M. Rufz divise les affections cutanées à la Martinique en :

1° Celles qu'il n'a jamais vues durant une période de vingt ans ;

2° Celles qu'il n'a vues que rarement;

3° Celles qui se sont présentées le plus fréquemment;

4° Celles qui lui ont paru particulières à la Martinique et sans doute aux pays placés dans les mêmes conditions.

Les affections que M. Rufz n'a point vues à la Martinique sont : le favus, la lepra vulgaris, les psoriasis, la pellagre et la suette miliaire. Le manque des trois premières affections, dans une île éloignée, isolée, dont les communications avec le reste du monde sont restreintes, dit M. Rufz, me semblent concorder avec les nouvelles données que fournit le microscope sur le grand rôle que joue le parasitisme végétal ou animal dans l'évolution des maladies de la peau.

Les affections vues rarement sont : la gale, la mentagre, l'ichthyose, l'acné, l'herpès, les lichens, le pemphigus et le rupia.

Les nègres sont assez sujets à une affection de la plante du pied qu'ils désignent sous le nom de *crabes*. Ce n'est autre chose qu'une altération de l'épiderme sous forme d'abord d'une callosité ou durillon assez épais qui siége principalement au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. L'épiderme hypertrophié finit par se détacher par une ulcération du derme ou par un petit abcès. Il reste un ulcère arrondi, à bords épais et décollés dont la guérison est très-difficile à obtenir et qui peut, en rongeant en profondeur, atteindre les os et entraîner la perte du pied. Les nègres disent alors que le crabe ronge et fait son trou, et ils considèrent comme les pattes de l'animal les engorgements qui sont le premier degré des progrès du mal. C'est la maladie décrite récemment sous le nom de *mal perforant.*

Les affections cutanées que M. Rufz a vues le plus fréquemment sont, par ordre de fréquence, les eczémas, les ecthymas et les exanthèmes, les pithyriasis et les éphélides. Parmi les ecthymas, une espèce très-commune est l'ecthyma des jambes, désigné sous le nom de *feux sauvages;* il se déclare après des marches forcées et à la suite des grandes pluies chez les nègres des champs, qui marchent nu-pieds dans la boue. Une autre sorte d'ecthyma, une moins fréquente, est celle qui reconnaît pour cause la présence d'un petit insecte appelé dans le pays *bête rouge*. Cet insecte, de dimensions microscopiques, existe en abondance dans le gazon des savanes, surtout aux époques des grandes sécheresses. Certains individus, et surtout les enfants ca-

chectiques, pour peu qu'ils traversent une savane, sont envahis par les bêtes rouges. Ces insectes déterminent d'abord des élevures papuleuses, accompagnées d'un prurit considérable, qui ne tardent pas à se changer en pustules d'ecthyma. Cette éruption a lieu sur tout le corps, particulièrement à la tête, derrière les oreilles, au scrotum et sur les jambes.

M. Rufz signale, dans la quatrième catégorie, une affection cutanée particulière à la race nègre et fréquente à la Martinique. Cette affection, qui pourrait être confondue au premier coup d'œil avec l'éléphantiasis des Arabes, consiste dans des excroissances de la peau, formant comme des reliefs plaqués sur ce tégument, sans pédicules véritables, durs, indolores, présentant la même couleur et la même sensibilité que les parties voisines. Ces élevures de la peau sont parfois partagées par des scissures profondes; à la longue, l'épiderme qui les recouvre s'excorie, et leur surface devient le siége d'un suintement particulier. Le siége de la maladie est dans le tissu même du derme, et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est une hypertrophie de tous les éléments normaux du derme.

Jamais M. Rufz n'a vu ces tumeurs se ramollir ou présenter quelque dégénérescence. On les rencontre fréquemment aux lobules des oreilles chez les femmes qui y suspendent de très-lourds bijoux.

La cause de ces productions est toujours traumatique : ce sont des plaies, des contusions, des coups de fouet, etc.

M. Rufz a eu l'occasion d'enlever une tumeur de ce genre, et il a reconnu qu'elles se reproduisent avec une extrême facilité.

L'auteur signale encore une altération particulière de l'épiderme des noirs : c'est son dessèchement à la suite des maladies chroniques, et il termine son travail par une observation de *lupus dessiccans*, affection dans laquelle la peau est amincie, sèche, dure, insensible, offrant la plupart des caractères d'une brûlure au troisième degré.

Le travail de M. Rufz est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, par M. F.-A. LONGET, membre de l'Académie impériale de médecine. — Tome Ier, 2e partie. Fascicule II. *Absorption, respiration.* — Paris, chez Victor Masson. — 1859.

Fidèle à l'esprit dans lequel a été conçu ce vaste ouvrage, et que nous avons déjà eu occasion de louer dans nos comptes rendus sur un précédent fascicule, l'auteur étudie dans celui-ci, au point de vue de la critique la plus judicieuse et en même temps la plus érudite, tous les faits expérimentaux ou d'observation qui se rattachent aux phénomènes généraux de l'absorption et de la respiration. Historien exact et impartial, M. Longet reproduit d'abord avec détails les arguments et les expériences de chaque école et de chaque système sur tous les points litigieux qu'a présentés la grande et importante question de l'absorption. Sur chacun de ces points, en outre, l'auteur donne ses propres conclusions sous forme de résumé, et, dans plus d'un cas, ses propres recherches expérimentales servent puissamment à éclairer les propositions douteuses.

C'est ainsi qu'à l'occasion de l'absorption en général, notre savant confrère, après avoir établi la nécessité absolue d'une solution préalable des éléments destinés à l'absorption, et la nécessité non moindre de la faculté d'imbibition, compare ce grand phénomène à une propriété physique collatérale, l'endosmose, et montre que, tout en se rapprochant considérablement de cette propriété physique (ou plutôt de ce qu'on connaît à son endroit), l'absorption repose sur quelques propriétés de plus dans lesquelles la chimie animale joue des rôles inconnus encore. Ainsi, dit-il sagement « il ne saurait être permis au » physiologiste de se borner à considérer, à l'instar du physicien, les » phénomènes physiologiques de l'absorption sous le seul rapport de » l'imbibition et de l'endosmose : il lui faut connaître aussi les changements de propriétés *et d'état moléculaire* que subissent certaines » substances pendant l'absorption, etc. » États moléculaires qui jouent ici un rôle supérieur à celui de la densité des liquides en contact, dans la loi de l'endosmose.

Nous passerons rapidement sur les chapitres consacrés par M. Longet aux différents organes de l'absorption, celle exécutée par la peau, par la muqueuse pulmonaire et digestive, pour arriver à la longue et intéressante dissertation sur le rôle respectif des appareils vasculaire et lymphatique dans l'accomplissement de cette grande fonction.

M. Longet reprend ici l'historique des longs débats expérimentaux auxquels cette question si controversée a donné lieu. Discutant chaque système et éclairant la discussion par ses expériences propres, il arrive à conclure, avec la généralité des physiologistes, que les deux systèmes remplissent simultanément ce grand rôle, et qu'il y avait abus dans chaque école à vouloir attribuer exclusivement la fonction à l'un d'eux. Mais néanmoins, et quoique exerçant tous deux la fonction, il parait établi « que les lymphatiques généraux et les veines » concourent à puiser dans les profondeurs des tissus, comme à la sur» face des membranes, les matériaux qui, exhalés par les capillaires » artériels, doivent rentrer dans les voies circulatoires : seulement, » dans cette espèce d'absorption intime, les lymphatiques absorbent » de préférence tout ce qui est encore apte à être utilisé et à devenir » fluide nutritif, tandis que les veines s'emparent plus particulière» ment des matériaux qui doivent être rejetés comme inutiles par les » voies excrétoires. »

RESPIRATION. — Nous citerons dans ce chapitre, qui forme la portion la plus considérable de ce fascicule, un très-intéressant paragraphe consacré à l'exposition des divers modes que la nature a adoptés pour accomplir la respiration, ou, comme le dit très-bien M. Longet, l'*échange de gaz qui s'opère entre le sang et l'air extérieur*, dans les diverses classes de la série animale. Depuis la simple absorption opérée par le système cutané des espèces inférieures, jusqu'aux appareils complexes que présente l'organisation des animaux supérieurs, toutes les diversités de détail qui caractérisent cet acte important de la vie organique sont exposées dans tous leurs développements. Nous avons remarqué, dans cet exposé, une série de réflexions très-judicieuses concernant l'appareil respiratoire des oiseaux, et ce supplément d'appareil, connu sous le nom de réservoirs d'air, et qui tient une place si considérable dans l'anatomie de cette classe. Le rôle de ces vastes réservoirs d'air n'a jamais paru faire grand doute dans l'opinion des savants et des naturalistes. Dans un aperçu un peu superficiel, on a généralement attribué leur présence à une question de pesanteur spécifique au point de vue du vol. M. Longet fait remarquer, avec beaucoup de sens, que l'addition au corps de l'oiseau de ces cavités remplies d'air ne diminue pas leur poids d'une quantité en rapport avec les données de la question, et que l'avantage apporté par leur introduction dans l'organisation de l'oiseau, sous le rapport de la densité, n'est pas proportionné au résultat différentiel que la nature avait à réaliser. Ces réflexions sont parfaitement justes, et nous regrettons, pour notre part, de ne les avoir pas suffisamment mises en relief dans le chapitre, relatif au vol, de notre mécanique animale.

L'opinion présentée par M. Duvernoy, dont nous n'avions pas connaissance, et qui est très-plausible, mais qu'il y aurait danger cependant à adopter exclusivement à toute autre, doit figurer dans cette appréciation générale; aussi la reproduisons-nous ici avec éloge. Suivant ce naturaliste, « toutes les circonstances qui distinguent essentiellement les poumons et la respiration des oiseaux, semblent avoir été nécessitées par les conséquences sur la circulation en général et sur la circulation pulmonaire en particulier, de la rapidité extrême de leur vol et des changements fréquents dans le poids des couches de l'atmosphère, auxquels les oiseaux sont soumis dans leurs voyages aériens. Ils doivent à cette organisation de n'avoir, dans leurs mouvements si rapides, si soutenus, et quelquefois si élevés, ni essoufflements ni hémorrhagies. »

Ces raisons sont incontestablement bonnes, et ne peuvent pas ne point remplir un rôle important dans l'économie de l'oiseau. Nous rappellerons pourtant une considération non moins sérieuse que celle-ci et sur laquelle nous avons insisté dans notre chapitre spécial sur ce sujet. C'est la nécessité pour l'accomplissement du vol de points d'appui *fixes* aux membres chargés du transport ou du maintien de l'oiseau dans les airs. La cage thoracique doit être immobilisée pendant le vol et sans variations sensibles de volume ni de forme. D'où l'obligation pour la nature d'avoir installé l'appareil respiratoire des oiseaux dans un système solide invariable de forme pendant l'accomplissement de cet acte. Les poumons, pendant le vol, au lieu de puiser directement dans l'atmosphère l'air respirable, l'empruntent à certains de leurs réservoirs remplis au moment du départ, puis au lieu de le rendre à cette même atmosphère l'air respiré, ils le mettent en réserve dans d'autres réservoirs à ce destinés pour être évacué définitivement à la fin de la course. Toute réserve étant faite, il est bien entendu d'un faible mouvement d'entretien qui peut avoir lieu dans les mouvements plus réguliers du vol, ou bien quand l'oiseau plane.

Qui voudra dans un espace relativement restreint être fixé sur l'état de la science en ce qui concerne un point quelconque de l'histoire de la respiration, pourra recourir avec tout avantage à l'ouvrage de M. Longet. Chacune des sections naturelles de ce grand chapitre y est traitée sans longueur, mais avec tous les développements de nature à mettre le lecteur au courant de la science, et en outre, car l'élément critique y tient un juste rôle, à le fixer sur la conclusion à

déduire de ces exposés historiques scientifiques. Le lecteur y trouvera aussi le tableau complet des phénomènes physico-chimiques de cette grande fonction. L'étude de ces actes partiels, dans leurs rapports avec les variations de pression, avec la composition du sang, des détails micrographiques très-précis sur la texture intime du tissu pulmonaire, le résumé des travaux positifs faits sur la spirométrie, sur les altérations de l'air ambiant dans l'acte respiratoire, et la balance établie par la nature entre les règnes animal et végétal, etc., enfin une dissertation très-complète sur le mécanisme de cette grande fonction.

Comme chacun a quelque inclination à s'arrêter sur les questions dont il s'est occupé lui-même, *trahit sua quemque voluptas*, que M. Longet nous permette une station avec lui devant le célèbre débat dont à tant retenti la physiologie à propos du rôle des intercostaux, débat qu'il reproduit et éclaire par un supplément d'instruction éclectique, sans pourtant le trancher encore. Ce ne pouvait être, en effet, sur une chose facile à décider que deux athlètes de la force de Haller et d'Hamberger se sont livré un combat aussi long et aussi passionné.

Qu'il nous soit permis, en nous appuyant et sur l'expérience des autres dont M. Longet résume parfaitement les enseignements, et sur les principes de la géométrie, d'apporter à ce débat quelques éléments utiles encore, malgré tout ce qui a été dit.

Le point en discussion roule sur la difficulté qu'ont éprouvée les physiologistes à s'assurer de ce qui advenait de la dimension d'un espace intercostal pendant l'inspiration. S'agrandissait-il, ou au contraire éprouvait-il une diminution? Suivant la réponse obtenue de la méthode expérimentale, chacun tirait une conclusion fort logique, et cependant toujours en désaccord avec quelque autre conclusion non moins logique en apparence, non moins considérable par la valeur de l'observateur. D'où venaient donc ces différences?

Du point du thorax sur lequel avait porté l'observation.

Jusqu'au remarquable travail de MM. Beau et Maissiat, tous les physiologistes, Hamberger d'abord, Haller lui-même, au moins en partie, voyaient les côtes (et sur toute leur étendue) exécuter pendant l'inspiration un simple mouvement d'élévation, en tournant, comme autour d'une charnière, autour de leurs articulations vertébrales.

A ce point de vue, Hamberger avait incontestablement raison en prétendant que l'espace qui les séparait s'agrandissait et que les intercostaux externes devenaient plus courts. Limitée à cette observation, sa doctrine était inattaquable; mais son tort était d'étendre à toute la longueur des côtes ce qui n'est vrai que de leur moitié postérieure, plus ou moins.

En avant, il y a un autre centre de mouvement autour du sternum, ou plutôt des articulations chondro-sternales, et à un moindre degré sur la moitié ou le tiers antérieur, c'est autour de charnières antérieures que s'opère ce mouvement d'élévation par rotation. En ce tiers antérieur, le rôle des espaces intercostaux et des muscles, par conséquent, est complétement différent de ce qu'il est en arrière, quoique moins nettement saisissable, il est vrai, dans la partie antérieure.

Quoi qu'il en soit, l'expérience a démontré à MM. Beau et Maissiat que dans leur type costo-supérieur, l'espace intercostal dans les intervalles de la moitié supérieure, s'élargissait pendant l'inspiration, *suivant la verticale*, en un point pris sur la région médiane latérale du thorax, et suivant deux obliques *dirigées en sens contraire*, selon qu'on observe l'espace intercostal à droite ou à gauche de cette ligne médiane. Ce que l'expérience leur enseignait, l'interprétation géométrique du mouvement des leviers osseux aurait dû l'indiquer avant eux, mais ne fait que le confirmer en réalité. Aussi ont-ils eu raison d'établir que dans le type costo-supérieur, le plus ordinairement dévolu à la femme, « les intercostaux externes sont inspirateurs en arrière, les internes en avant. » A quoi on peut ajouter, *et réciproquement*. Proposition qui demande un surcroît d'explication.

Cette explication la voici : la physiologie n'a qu'a y prendre une conclusion, mais rien à y réformer; elle est toute géométrique et ne se préoccupe en rien du lieu où elle aura à être appliquée. C'est que dans un mouvement d'élévation parallèle autour des charnières disposées comme les articulations costales, de deux droites parallèles, deux obliques qui se croisent à angle quelconque (ici presque à angle droit) éprouvent *nécessairement* en ce lieu de croisement une modification de longueur exactement contraire. Où l'une s'allonge, l'autre se raccourcit, et réciproquement. Nous avons donné de cette proposition une démonstration analytique dans notre thèse inaugurale, sans songer que par la géométrie pure la démonstration eût été plus saisissante. Et quand nous avons voulu la reproduire sous cette forme nouvelle, nous avons trouvé que longtemps avant nous elle avait été exposée dans le journal de Magendie par un savant plein de modestie et de savoir, M. Roulin, bibliothécaire de l'Académie des sciences. D'autre part, Hamberger l'avait expérimentalement vérifiée. Ce point là est hors de doute et simplifie la question. Il n'y a à s'occuper que d'un des deux plans musculaires; au même point, ils jouent nécessairement des rôles opposés.

Le rôle de la physiologie est maintenant de demander à l'observation comment se comportent en chaque point du thorax les espaces intercostaux : la géométrie dira le reste.

MM. Beau et Maissiat ont fait voir ce qui se passait dans la moitié supérieure, lors de l'action costo-supérieure. Les muscles changent d'action, suivant la région, sans changer de nom, faute dont la nature n'est pas coupable, mais bien nous-mêmes. La nature n'est pas obligée d'avoir prévu nos dénominations ; où nous avons pris pour caractères distinctifs « externes et internes », elle peut bien avoir adopté la distinction de « antérieurs et postérieurs », et encore n'avoir pas pris une limite de séparation fonctionnelle saisissable à première vue pour nous.

Ainsi donc, dans la station droite ou dans le décubitus dorsal, et lors de la respiration régulière suivant le type costo-supérieur, il existe nécessairement sur le thorax une certaine ligne théorique droite ou sinueuse qui doit servir de limite au raccourcissement des fibres externes, et à l'allongement simultané des fibres internes sous-jacentes de la région postérieure du tronc pendant l'inspiration, ainsi qu'aux modifications opposées des fibres du même nom dans la région antérieure. A gauche et à droite des points de rencontre de cette ligne avec chaque espace intercostal, les fibres musculaires de même nom éprouvent, lors du mouvement d'inspiration, des variations contraires.

Il n'est pas sans intérêt de rechercher ce que devient cette ligne, lors des mouvements d'inspiration suivant les autres types.

Et d'abord, pour ce qui concerne le type abdominal ou plutôt diaphragmatique, rien n'est à attendre en ce qui le concerne. Les côtes inférieures demeurent immobiles, et leurs intervalles constants quand le diaphragme seul entre en action.

Mais si nous observons ce qui se passe lors de l'inspiration, suivant le type costo-inférieur, nous pourrons faire quelques remarques intéressantes.

Supposons le sujet couché sur le ventre et endormi, position qui condamne à une immobilité quasi-absolue la partie supérieure de la poitrine, qui restreint aussi l'étendue de l'action diaphragmatique, en laissant, au contraire, toute latitude à la respiration costo-inférieure.

En cette situation, ce n'est plus le sternum, c'est la colonne vertébrale qui se trouve soulevée à chaque inspiration, quoique sans doute d'une façon plus obscure que ne le fait le premier de ces leviers dans la position habituelle. En même temps, c'est l'angle propre des côtes et non plus l'angle chondro-sternal qui se voit projeté en avant, en haut et en dehors.

Les rôles sont ici renversés et le mouvement des parallèles (le *gliding motion* du docteur Sibson) est, en ce cas, plus généralement rattaché au sternum comme centre de rotation, c'est-à-dire pour une plus grande étendue des leviers parallèles. C'est juste l'inverse, quoiqu'à un moindre degré, de ce qui s'observait dans le premier cas. La ligne limite de séparation du sens des actions musculaires est repoussée vers le rachis ou plutôt vers l'angle des côtes.

Ces circonstances très-observables chez les animaux (observez un chat ou un lapin endormi sur le ventre), se reconnaissent à un moindre degré, mais sont sensibles chez l'homme endormi sur le côté. On voit, dans ce cas, la ligne moyenne latérale être le siége du mouvement d'élévation, autour de deux centres de rotation, antérieur et postérieur.

On est conduit par cet aperçu à se rendre raison de l'impossibilité où ont été jusqu'ici les auteurs de tracer une démarcation absolue entre les actions des couches sublime ou profonde des intercostaux, puisqu'il est clair que, suivant le type respiratoire, la même fibre peut remplir un double rôle en deux moments différents. Mais on ne devra jamais oublier qu'en un même point et au même moment, les deux plans musculaires agissent forcément de façon opposée.

Nous soumettons cette solution par compromis à notre savant confrère, nous assurant que par son moyen il réussira à concilier bien des opinions divergentes qu'il a discutées dans son exposé, et dont la plupart, vraies comme observation de détail, et pour des cas particuliers, ont, par leur contradiction apparente, trop longtemps obscurci cette question. MM. Beau et Maissiat fournissent la clef de la difficulté,

mais ils n'ont pas pu lever le voile eux-mêmes, confondant l'action des deux plans musculaires. Il faut rapprocher de leurs observations les propositions géométriques énoncées plus haut au moyen desquelles tout devient bientôt aussi clair que les solutions, sans elles, demeuraient confuses et contradictoires.

Nous quitterons ici, mais à regret, le savant auteur, pour le retrouver avec le même intérêt lors de la publication ultérieure des autres parties de son remarquable ouvrage, le premier traité vraiment complet et scientifique de physiologie générale que possède la littérature médicale française.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

— La presse médicale a obtenu, mardi dernier, un succès inattendu. L'Académie avait à élire un membre associé correspondant national. Bien que M. Bertherand, directeur de l'École de médecine d'Alger et rédacteur-en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE, n'ait été placé que le second sur la liste, il a eu la préférence sur M. Beybard, qui avait été placé avant lui. LA GAZETTE MÉDICALE s'est associée de toutes les façons au légitime succès obtenu par M. Bertherand.

— M. le docteur Champonillon, médecin en chef du 1er corps à l'armée d'Italie, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur à la suite du combat de Marignan.

— M. le docteur Seutin vient d'être élevé au grade de commandeur de l'ordre de Léopold.

— La Faculté de médecine de Bruxelles, dans sa séance du 22 juin, a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année académique 1859-1860. M. le professeur Thiry a été proclamé président et M. le professeur Bossignol, secrétaire.

— M. Hippolyte Larrey, chirurgien en chef de l'armée d'Italie, a eu un cheval tué sous lui à la bataille de Solferino.

— Nous empruntons à une correspondance du MESSAGER les quelques lignes qui suivent sur les soins donnés à nos militaires blessés qui se trouvent dans les hôpitaux de Milan :

Les blessés de Marignan et quelques victimes occupent l'*Ospedale Maggiore*, ou grand hôpital qui renferme plus de 2,500 lits, et deux couvents immenses transformés en hôpitaux : ce sont les couvents de *Fate bene, fratelli* (faites du bien, mes frères) et de *Fate bene, sorelle* (faites du bien, mes sœurs).

L'état sanitaire de ces hôpitaux est excellent. Le grand hôpital surtout est placé dans d'excellentes conditions de salubrité.

Parfaitement aéré, le service médical se compose des plus habiles praticiens de Milan.

Quant à ce qui regarde les soins et les consolations, qui sont beaucoup dans la guérison du soldat, je vous assure que chacun en a sa part et que les dévouements ne manquent pas.

Indépendamment des religieuses chargées ordinairement deces fonctions, un grand nombre de dames milanaises se disputent le bonheur de contribuer à la guérison des soldats de l'indépendance italienne.

Aussi la mortalité y est-elle très-restreinte. Sur 37 amputations du 9 juin, pas un seul n'a succombé à l'heure où je vous écris (16 juin), et tous promettent de vivre.

A la vérité le temps est très-favorable. La chaleur est tempérée par de fréquents orages et par des brises presque continuelles.

— On écrit de Covo, 17 juin, à la GAZETTE DE MILAN :

L'hôpital de Monza a mis à la disposition des malades ou blessés de l'armée franco-italienne un grand nombre de lits dans un local préparé.

La ville de Cantu, qui possède un hôpital, en a fait autant.

La municipalité de Bergame et celle de Côme ont été invitées à pourvoir au logement des militaires convalescents.

PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

La Société croit devoir rappeler la question qu'elle a mise au concours pour l'année 1859.

« Des injections iodées dans les cavités séreuses naturelles. »

Les nombreux travaux entrepris depuis quelques années pour bien constater l'action spéciale des liquides *iodés* sur les tissus séreux, font espérer qu'un travail général résumera, pour la conduite des praticiens, les avantages et les inconvénients d'une solution plus ou moins chargée d'iode, poussée par jet dans les larges poches séreuses de la poitrine et de l'abdomen.

En enlevant de son programme la question concernant les *champignons*, proposée en 1856, la Société de Médecine de Bordeaux a voulu la remplacer par une autre qui ressortît également de l'hygiène.

L'hygiène ne s'exerce-t-elle pas surtout à prévenir ces causes premières qui déterminent et entretiennent un trouble morbide et latent dans les divers organes, et surtout dans les organes pulmonaires, par suite duquel (certaines prédispositions particulières aidant) arrive la formation des tubercules?

Ne fait-on pas servir, de nos jours, des moyens hygiéniques même un peu violents, comme des exercices du corps, un régime alimentaire convenablement excitant et nutritif, des voyages pleins de fatigue sous certaines températures chaudes, le séjour dans des conditions atmosphériques spéciales, comme celles des bords de la mer, à modifier le travail intérieur d'une organisation ayant tendance à ces sécrétions morbides d'une substance concrète? De plus, et dans son ensemble, l'affection ou la sécrétion tuberculeuse étant envisagée, dans notre époque, sous des aspects variés et nouveaux qui ont amené des changements radicaux dans les ressources, soit alimentaires, soit médicamenteuses qu'on lui oppose, n'est-ce pas le moment de faire appel à l'expérience pour ce qui concerne les moyens préventifs, et de réclamer de celle-ci les documents qu'elle a pu recueillir sur ce point?

La Société s'est laissé guider par ces considérations, en formulant la question suivante, qui résume le sujet :

« De la prophylaxie de la tuberculose. »

Le prix de 300 fr. sera décerné dans la séance publique de 1860.

Indépendamment des prix sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des Mémoires ou des observations manuscrites sur quelque partie de l'art de guérir ; elle se plaît à stimuler et récompenser le zèle et l'émulation de ses correspondants.

Parmi les Mémoires manuscrits que la Société a reçus, *deux* ont une valeur réelle.

Ces deux Mémoires appartiennent à MM. Paul Fisher et Hédouin :

1° Il existe une maladie rare qui a été d'abord seulement signalée, puis, ensuite, qu'on a commencé d'étudier : c'est celle nommée *myosite* ou état phlegmasique particulier du tissu cellulaire intersticiel aux faisceaux des muscles, provenant principalement du froid et de la fatigue. Ces musles sont douloureux, privés de mouvements spontanés, durs et comme *tansformés en bois.*

Cette maladie, encore peu connue, a été observée plusieurs fois, isolée de toute affection pouvant être confondue avec elle, et décrite avec soin et précision par M. Paul Fisher.

On remarque dans ce mémoire, rempli de faits nombreux et intéressants, un judicieux esprit de critique, et la manière large et complète avec laquelle le sujet a été traité.

2° M. Hédouin s'est occupé avec soin d'une affection entrevue seulement il y a quelques années, et qui peut influer beaucoup sur la santé des femmes (*les fongosités utérines*); il a eu recours, contre leurs effets, à une opération (l'abrasion) qu'il a pratiquée quinze fois, dont quatorze avec guérison consécutive.

Ce travail, par son intérêt pratique et par la manière dont il est présenté, a mérité à son auteur, malgré des réserves sur l'innocuité qui paraîtrait presque absolue de l'abrasion, le titre de membre correspondant, auquel vous voulez ajouter aujourd'hui un autre témoignage de satisfaction.

La Société décerne :

1° Une médaille d'argent, grand module, à M. Paul Fisher (de Bordeaux), interne des hôpitaux de Paris;

2° Une mention honorable à M. Hédouin, médecin-adjoint de Saint-Lazare et membre correspondant.

Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales (médailles d'or ou d'argent) aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver, par des expériences exactes, son efficacité, aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfants de ce bienfait; et, de plus, que la variole, quoique semblant modifiée et moins violente, reparaît encore. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager la vaccine, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques les plus complets des vaccinations qu'ils ont pratiquées et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.— La Société verrait avec plaisir que ces tableaux offrissent, autant que faire se pourrait, des faits, des observations, qui serviraient à compléter nos connaissances sur la découverte de Jenner.

Ils doivent être dûment légalisés, renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir. — La Société doit faire connaître aux médecins que les récompenses accordées par le département aux vaccinations n'excluent par les mêmes travaux du concours qu'elle ouvre elle-même.

Les Mémoires, écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *franc de port*, chez M. É. Dégrange, secrétaire général de la Société, rue Sainte-Catherine, 25, avant le 15 mars.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE — LA CHORÉE : M. BLACHE.

Un excellent rapport de M. Blache a porté devant l'Académie un sujet de méditation et de discussion que la GAZETTE MÉDICALE se gardera bien de ne pas arrêter au passage. La *chorée* et ses *complications mentales*, telle est la question sur laquelle notre savant et modeste collègue a présenté les considérations les plus pratiques et les plus élevées à la fois. Question de nosologie, question d'étiologie, question de psychologie, question de thérapeutique, M. Blache n'a rien omis dans son remarquable rapport. Aucun sujet, il faut en convenir, ne prêtait mieux à une discussion approfondie ; aussi, vu l'heure avancée, l'Académie, sur la proposition de M. Trousseau, a-t-elle voté l'impression du rapport et renvoyé la discussion à une prochaine séance.

L'étude que nous avons faite, depuis longtemps, de tout ce qui se rattache aux affections musculaires convulsives, nous permet peut-être de présenter quelques considérations préliminaires qui auront pour résultat de fixer l'état actuel de la science sur ce point et de marquer le point de départ de nouvelles observations.

Ce que l'on sait depuis un temps immémorial, c'est qu'il existe, sous le nom de *chorée*, de *danse de Saint-Guy*, de *danse de Saint-Vit* et autres dénominations moins générales, une maladie propre à l'enfance, caractérisée par des mouvements musculaires involontaires dont la physionomie particulière ne permet pas de la confondre avec aucune autre maladie. Mais ce que l'on ne sait pas, c'est la nature de cette singulière affection, sa cause, son siége propre et immédiat ; ce que l'on ne sait pas davantage, c'est le rapport qu'elle a avec d'autres maladies nerveuses, l'hystérie, la manie, les affections mentales. Nous omettons quelques autres points accessoires non moins incertains, mais dont l'obscurité tient à l'ignorance où l'on est sur les points généraux auxquels ils se rattachent. On pourra les viser dans le cours de la discussion qui va s'ouvrir.

On ne connaît donc pas la nature, la cause de la danse de Saint-Guy. En la classant parmi les névroses et en la désignant comme telle, on ne croit pas sans doute avoir été très-loin. C'est une névrose, a-t-on dit, c'est-à-dire une maladie qui consiste dans une aberration des fonctions du système nerveux, aberration de la *sensibilité* ou de la *motilité*, considérée à tous les degrés d'*intensité* possibles. Le jeune médecin dont le travail a servi de base au rapport de M. Blache, M. Marcé, a cru, en définissant ainsi les névroses en général, et la danse de Saint-Guy en particulier, avoir pénétré plus loin dans la notion essentielle de la maladie. Mais cela ne conduit pas bien loin. Les aberrations de la sensibilité et de la motilité à tous les degrés d'intensité possible ne sauraient donner une idée des *modalités*, c'est-à-dire des différences de fond, que peuvent offrir les aberrations du système nerveux. Or ces *modalités* sont précisément le résultat de la causalité essentielle en vertu de laquelle la danse de Saint-Guy est elle et pas autre chose. Cette remarque est capitale, et elle est destinée à couper court à des méprises dont beaucoup de personnes, et M. Marcé en particulier, n'ont pas su se défendre. Ainsi les mouvements désordonnés des muscles à leurs différents degrés d'intensité constitueraient donc autant de formes de chorée? Il est indispensable d'arrêter au passage une telle manière de considérer les choses, et de chercher à faire prévaloir à leur place la véritable doctrine destinée à les faire mieux connaître.

La chorée n'est donc pas seulement une aberration de la motilité musculaire ; ceci n'est que la lettre de la maladie : son sens, son caractère consistent dans la cause — occulte, si l'on veut — de la maladie, ou à défaut de celle-ci, dans la juste et rigoureuse observation de ses effets, considérés dans leur agencement, leur mode d'apparition et de succession, et toutes les circonstances qui accompagnent leur évolution. Or s'il suffisait d'un trouble de la motilité musculaire pour constituer la chorée, il y aurait autant de sortes de chorée qu'il y a de degrés de paralysie convulsive chronique des muscles, depuis le torticolis spasmodique et le bégayement jusqu'aux convulsions hystériques les plus accentuées. La chorée est elle, et pas autre chose, et vouloir étendre son domaine à toutes les aberrations du mouvement musculaire volontaire, c'est confondre le symptôme avec la maladie ; c'est faire, au point de vue de la nosologie des affections convulsives, ce qu'on a fait au point de vue des affections fébriles lorsqu'on a pris pour base de leur détermination l'altération anatomique des organes : la considération absolue et exclusive du symptôme, qu'il consiste dans une aberration du mouvement volontaire, ou dans une ulcération de l'intestin, c'est toujours le même arbitraire d'observation et le même arbitraire de conclusion. Ce point réglé, sortons du domaine de la généralité, mais concluons, en terminant, qu'il n'existe encore, dans l'état actuel de la science, aucune ligne de démarcation rigoureusement tranchée entre la véritable chorée et les autres affections musculaires convulsives avec lesquelles on l'a confondue.

Le défaut de diagnostic précis à l'endroit du caractère véritable de la chorée se retrouve pour toutes les dépendances de la maladie. Quel en est le siége immédiat quant au système nerveux et au système musculaire spécialement affectés? Car il ne suffit pas de dire : il y a névrose, il y a aberration du mouvement. Quels sont les nerfs, quel est le système nerveux affectés? Quels sont les muscles, quel est le système musculaire affectés? La réponse à cette question n'est guère possible. Jusqu'ici la notion physiologique ne va guère loin en ce qui concerne la spécialité des nerfs : on se croit bien avancé lorsqu'on a parlé de nerfs du sentiment, de nerfs du mouvement, du système cérébro-spinal et du système ganglionnaire. La spécialité fonctionnelle se joue de ces étroites divisions, et l'observation pathologique, aperçoit bien des faits en dehors de ce cercle étroit, et suggère des distinctions bien au-dessus de celles admises et démontrées par le scalpel. Or, dans la danse de Saint-Guy, quel est le système nerveux, quel est le système musculaire affectés? Nous ne craignons pas de répondre que l'on n'en sait rien. Ce que l'on sait, c'est qu'il y a des mouvements désordonnés en antagonisme avec les mouvements volontaires, voilà tout, et l'on en induit que c'est une névrose qui a son siége dans le système cérébro-spinal.

Or voici un observateur qui, avec plus de précision qu'on ne l'avait fait avant lui, signale comme définie une complication de la danse de Saint-Guy. 1° des altérations de caractère, irascibilité, gaieté ou tris-

---

FEUILLETON.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS DES MÉDECINS DU RHONE.

L'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône vient de tenir à Lyon (16 juin) sa septième séance annuelle. Les questions à l'ordre du jour avaient attiré un auditoire plus nombreux encore que d'habitude, où l'on remarquait l'élite des praticiens non-seulement de la ville, mais de la banlieue et de tout le département. Chacun d'eux avait compris que l'Association médicale du Rhône, avec les développements qu'elle n'a cessé de prendre, doit aujourd'hui être considérée à la fois comme une société de secours mutuels, comme une société de prévoyance pour l'avenir de ses membres, et enfin comme une société de protection pour les intérêts professionnels ; et à ce titre, les utiles travaux qui ont préoccupé son bureau et ses diverses commissions dans ces deux dernières années, ne sont point d'un intérêt exclusivement local ; ils intéressent le corps médical de la France tout entière ; en présence de l'insuffisance des lois qui régissent l'art de guérir, ses luttes et ses besoins sont les mêmes dans toute l'étendue de l'empire ; partout on cherche avec raison dans l'union confraternelle une force et un secours que l'isolement ne saurait donner.

L'Association du Rhône, comme *institution de secours mutuels*, est dans une situation des plus prospères ; et si l'on considère qu'elle est de date encore récente, on est forcé de reconnaître qu'elle a fait sous ce rapport de grands et rapides progrès. Laissons parler M. Jacques Bormet, secrétaire général : « Si nous pouvons aujourd'hui, dit-il, disposer annuellement d'une somme de mille francs et plus pour satisfaire aux demandes de secours qui pourraient nous être adressées, il ne faut pas oublier que nous devons en grande partie ce résultat à la prévoyante gestion de votre commission générale. Le chiffre minime de nos cotisations ne pourrait, en effet, arriver à produire un revenu de quelque importance que par l'accumulation prolongée pendant plusieurs années de nos recettes et des intérêts de notre fonds de réserve. Heureusement, aidée par les circonstances, l'Association n'a eu jusqu'à ce jour à secourir que des confrères étrangers auxquels nos statuts, comme vous le savez, n'accordent qu'une faible part de nos ressources ; ce qui nous a permis d'accroître notre capital social sans cesser d'exercer votre bienfaisance sur la plupart de ceux qui sont venus l'implorer.

« C'est ainsi que cette année nous avons pu venir en aide à trois docteurs en médecine de passage en notre ville, à un officier de santé qui se recommandait à vous par une profonde misère, et à la veuve d'un médecin de Savoie qui, après un long séjour à l'hôpital, manquait de l'argent nécessaire pour rejoindre sa pauvre famille. »

tesse ; 2° des troubles d'intelligence, perte de la mémoire, égarement de l'attention ; 3° des hallucinations ; 4° du délire maniaque. Si ces complications sont réelles, et elles le sont au moins partiellement, leur liaison avec la maladie principale implique pour cette dernière un théâtre égal aux phénomènes qu'elle comporte, c'est-à-dire les portions du système nerveux d'où dépendent, à l'état physiologique, les fonctions dont les troubles précités ne sont que des altérations. Quelles sont ces portions du système nerveux ? On n'en sait rien ; la discussion en apprendra peut-être davantage.

D'autres questions accessoires pourront encore être l'objet de nouveaux éclaircissements. A quel âge se montre la maladie, quel sexe en est le plus fréquemment atteint? Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ces points. Faute sans doute d'avoir observé dans les mêmes lieux, ou bien d'avoir confondu différentes maladies avec la chorée, il en est qui attribuent une plus grande fréquence au sexe féminin, et qui étendent jusqu'après la puberté l'âge où on l'observe. Mais il est permis de croire qu'une observation plus large et plus rigoureuse aura pour effet de reconnaître la maladie avant la puberté, et d'en laisser une part à peu près égale à chacun des deux sexes.

Nous ne parlerons pas du traitement de la maladie ; la discussion n'abordera probablement pas cette question ; mais nous ne renonçons pas à faire connaître ce que l'expérience nous a appris jusqu'ici à cet égard.

JULES GUÉRIN.

OPHTHALMOLOGIE.

DE L'AMAUROSE CÉRÉBRALE, DE SES PRINCIPALES ESPÈCES ET DE L'AMAUROSE SYPHILITIQUE. (Extrait de la dernière livraison inédite de l'ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE) ; par le docteur SICHEL.

Pour rendre cet article plus intelligible, je le fais précéder du *tableau synoptique des espèces, sous-espèces et variétés des amauroses*, dans lequel on a marqué les *espèces* par des chiffres romains, les *sous-espèces* par des chiffres arabes, et les *variétés* par des lettres. Un coup d'œil jeté sur ce tableau indique immédiatement le siége, la nature, les causes principales et, par conséquent, la thérapeutique de chaque espèce, sous-espèce ou variété de l'amaurose ; cette classification est donc aussi importante pour la pratique que pour la théorie.

I. AMAUROSE CÉRÉBRALE.

1. *Amaurose cérébrale sthénique ou irritative.*
   a. Congestive ; b. apoplectique ; c. inflammatoire ; d. traumatique ; e. syphilitique ; f. par l'abus des spiritueux ; g. par les narcotiques ; h. irritative nerveuse.
2. *Amaurose cérébrale asthénique.*
3. *Amaurose cérébrale organique.*

II. AMAUROSE DU NERF OPTIQUE.

III. AMAUROSE RÉTINIENNE.

1. *Amaurose rétinienne sthénique ou irritative.*
   a. Congestive ; b. apoplectique ; c. inflammatoire ; d. traumatique ; e. syphilitique ; f. irritative nerveuse ; g. intermittente (peut-être, du moins en partie, une sous-variété de l'amaurose spinale nerveuse) ; h. rhumatismale (probablement une simple sous-variété de l'amaurose rétinienne inflammatoire) ; i. albuminurique et diabétique ; k. presbamblyopie (plutôt une altération pathologique de la faculté d'accommodation qu'une véritable amblyopie).
2. *Amaurose rétinienne asthénique.*
3. *Amaurose rétinienne organique.*

IV. AMAUROSE OCULAIRE OU OPHTHALMIQUE.

V. AMAUROSE SPINALE.

1. *Amaurose spinale sthénique ou irritative.*
   a-g. Mêmes variétés que dans l'amaurose rétinienne.
2. *Amaurose spinale asthénique.*
3. *Amaurose spinale organique.*

VI. AMAUROSE GANGLIONNAIRE.

1. *Amaurose ganglionnaire sthénique ou irritative.*
   a. Congestive ; b. nerveuse.
2. *Amaurose ganglionnaire asthénique.*
3. *Amaurose ganglionnaire organique.*

VII. AMAUROSE TRIFACIALE.

Cette espèce doit être rayée du cadre nosologique, car elle n'existe positivement pas. Les prétendus cas de cécité causée par des affections du nerf de la cinquième paire rentrent tous dans l'amaurose cérébrale ou dans les autres espèces. (Voyez Sichel, TRAITÉ DE L'OPHTHALMIE, ETC., p. 697.)

AMAUROSE CÉRÉBRALE.

Ses trois espèces principales, l'amaurose cérébrale *congestive*, *asthénique* ou *paralytique*, et *organique*, ont pour caractère commun la négativité, l'absence presque complète ou la nature peu tranchée des phénomènes ophthalmoscopiques. Cela s'explique aisément, l'état morbide, ici, résidant exclusivement dans les origines cérébrales du nerf optique, tandis que la rétine et la choroïde restent presque entièrement normales, ou ne subissent que des altérations pathologiques secondaires, dépendant de la compression que le nerf optique et ses vaisseaux éprouvent à l'intérieur de la boîte crânienne, derrière le trou optique. Il en résulte que l'ophthalmoscope n'a rien ajouté d'essentiel ou de bien important au diagnostic et à la thérapeutique de l'amaurose cérébrale ; aussi les caractères physiologiques ou symptômes subjectifs de l'amaurose conservent-ils toute leur valeur dans cette espèce et priment-ils les caractères ophthalmoscopiques, qui seuls ne suffisent point à asseoir solidement le diagnostic. Cette circonstance, qui d'ailleurs se répète souvent, serait suffisante pour démontrer l'absurdité de la thèse qu'on a voulu soutenir : « Sans l'ophthalmoscope, point de diagnostic ophthalmologique possible. »

Un accroissement notable s'est opéré dans le personnel de l'Association du Rhône ; dix-sept admissions nouvelles ont eu lieu dans l'exercice de 1858, à savoir MM. Glénard, E. M. Soutagne, Ant. Favre, F. Ortel, F. Bron, Piocbe et Reudet (de Lyon) ; et MM. Crouzat (de Givors), Carreau de Brignais, baron de Nenville, Guyot de Saint-Georges (de Beneins), Dunoyer (de Belleville), Petrus Carreau (de Symphorien), Aug. Gonnet (du bois d'Oingt), Llosa de Saint-Cyr, Montauzon-Brachet, Missol (de Villefranche). — « Mais, s'écrie M. le secrétaire général, la satisfaction profonde que nous a fait éprouver l'adhésion des nouveaux sociétaires recrutés cette année, ne saurait nous faire oublier les pertes cruelles qui en ont été comme la triste compensation. Quel douloureux souvenir, en effet, ne doivent pas évoquer dans cette enceinte les noms de Giraud père, de Gensoul et d'Am. Bonnet, tous trois descendus dans la tombe depuis notre dernière réunion. — Tous les trois avaient tenu à l'honneur d'appartenir à notre association ; et tandis que la renommée de deux chirurgiens célèbres rejaillissait sur notre Société, en nous promettant un appui sur lequel nous étions en droit de compter, mais que la mort est venue engloutir avec tant d'autres espérances, la générosité du plus humble de nos regrettés confrères se trahissait à sa dernière heure par un legs de 200 fr. ; témoignage de douce sympathie qui, dans la pensée de Giraud, était la continuation du concours actif qu'il ne cessa de donner à notre œuvre. »

« Si c'est pour nous un devoir, continue le secrétaire général, de proclamer les bienfaits de nos confrères qui ont voulu en mourant grossir nos ressources, notre reconnaissance ne saurait se taire envers nos collègues qui, non contents de prêter à l'Association une coopération de chaque jour, s'empressent d'y ajouter de leur vivant même l'apoint de libérales épargnes ; c'est ainsi que notre honorable vice-président, voulant sans doute marquer son entrée dans notre bureau par un gage de ses bonnes dispositions, a envoyé à votre trésorier la somme de 100 fr. Espérons que cet exemple, dont les traditions sont déjà familières parmi nous, sera souvent imité, et que nos collègues les plus favorisés de la fortune continueront d'augmenter la prospérité d'une œuvre qui a tant de motifs recommandent à leur sollicitude. »

L'Association médicale du Rhône mérite de nous arrêter un instant, comme *institution de prévoyance* ; malgré sa fondation assez récente et le peu de ressources dont elle dispose, elle a réussi à fonder une *caisse de retraite* pour ceux de ses membres que la vieillesse et l'indigence atteindraient en même temps. En faveur de cette œuvre nouvelle, que l'État n'a cessé d'encourager, un prélèvement a été voté chaque année par la commission générale sur le fond de réserve de la Société, et l'on a vu s'accroître rapidement le capital du fonds de retraite, par suite de cette circonstance privilégiée que chaque prélèvement de ce genre a valu une répartition importante dans les subventions accordées par le gouvernement aux sociétés de secours mutuels ; il en résulte que le capital versé a été presque doublé en trois années. A côté de ce premier avantage financier, l'orateur en signale un autre qui ne laisse pas que d'avoir beaucoup d'importance, c'est que la même pension de retraite peut être obtenue avec un capital moins élevé, à l'aide de la *caisse des retraites*, que si l'on devait la servir avec les intérêts seuls du *fonds*

Pourtant les phénoméoes ophthalmoscopiques offrent quelques différences dans les diverses variétés de cette espèce, différence que nous essayerons de caractériser aussi exactement que la nature des choses et notre expérience actuelle le permettent; car, nous le répétons, nous sommes forcé de nous horner ici à exposer, et encore très-brièvement, le seul résultat de notre expérience, toute exposition de faits et de raisonnements, qui ne nous appartiennent pas en propre ou que nous n'avons pas encore pu vérifier, nous étant interdite par le temps et l'espace. Nous ne pourrons que très-rarement nous départir de cette règle.

Amaurose cérébrale congestive.

La teinte du fond de l'œil est d'un rose ou d'un rougeâtre un peu plus foncé. Cette teinte devient un peu plus intense dans le voisinage de la papille optique. Souvent même ce voisioage est légèrement injecté, hyperémié; cette injection envahit la circonférence de la papille, de manière que ses contours paraissent effacés et que sa forme, d'à peu près circulaire, devient plus ou moins irrégulière, ovalaire transversalement ou verticalement, que son aire perd plus ou moins de son étendue, et devient plus petite et d'une forme anormale. Le centre de la papille est quelquefois rose; quelquefois, au contraire, elle commence à tirer sur le blanchâtre ou le blanc bleuâtre, comme dans l'amaurose organique, surtout dans l'une de ses moitiés; cela prouve que cette teinte blanchâtre, et l'altération qu'elle indique, sont causées par une pression quelconque sur les origines cérébrales du nerf optique, et que cette pression peut être due aussi bien à la dilatation des vaisseaux par le sang qu'ils contiennent, que par des épanchements, des tumeurs, des ramollissements, etc.

Rarement la papille optique est rose, légèrement injectée à son centre, en même temps que mal circonscrite à son pourtour; parfois la rétine ou la choroïde, ou toutes les deux, sont un peu hyperémiées; toutes ces circonstances indiquent déjà en général une transition à l'amaurose cérébro-rétinienne. Il est plus fréquent, dans l'amaurose cérébrale congestive simple, de voir la papille d'un blanc rosé. Nous ne parlerons pas ici de la présence de corpuscules opaques dans le corps vitré et d'autres complications ou conséquences de l'amaurose cérébrale congestive. Une seule fois nous avons vu, dans l'amaurose cérébrale congestive, les vaisseaux sous-conjonctivaux excessivement dilatés, sans complication d'amaurose oculaire ni de choroïdite.

Dans l'amaurose cérébrale congestive les vaisseaux centraux offrent souvent, surtout près de leur émergence, une légère dilatation, plus marquée quand la maladie a déjà une certaine durée.

C'est aussi dans l'amaurose cérébrale congestive qu'on observe le plus souvent le *pouls veineux*, la pulsation de la veine centrale de la rétine; mais comme ce phénomène n'est nullement constant, qu'on le voit également dans l'amaurose cérébrale organique, et que mon opinion sur son importance dans cette affection et sa signification en général est loin d'être définitivement arrêtée, je ne le mentionne que pour mémoire et n'en dirai pas davantage pour le moment. On le produit facilement, en comprimant légèrement le globe oculaire à sa partie supérieure ou externe à l'aide d'un doigt de l'une des mains, appliqué par-dessus la paupière supérieure, tandis que de l'autre main on manie l'ophthalmoscope.

Les caractères *physiologiques, fonctionnels* ou *subjectifs* de l'amaurose congestive sont excessivement variés; nous n'entrerons pas dans leurs détails : rappelons seulement que ce sont toujours les symptômes de la congestion cérébrale, tantôt aiguë ou du moins fortement prononcée, tantôt chronique, souvent peu marquée et difficile à reconnaître. Ce dernier cas se présente très-fréquemment; souvent même l'état congestionné du cerveau n'est reconnaissable qu'à un très-petit nombre de symptômes ou même à un symptôme isolé, tels que la dureté de l'ouïe, ne serait-ce que d'une seule oreille, l'engourdissement ou la sensation de fourmillement dans les extrémités ou dans un seul membre, la pesanteur de la tête, un léger embarras de la langue ou une difficulté tout aussi légère dans la déglutition, un affaiblissement commençant de la mémoire, un trouble léger et passager dans les idées, etc., tous symptômes que le malade ou son entourage n'accusent le plus souvent que lorsque le médecin y dirige leur attention par ses questions. Dans ces cas, des symptômes apoplectiques, paralytiques, hémiplégiques ou paraplégiques ont fréquemment précédé à une ou plusieurs reprises, mais de loin et à de longs intervalles, les symptômes cérébraux et visuels; ils peuvent récidiver soudainement, accompagnés d'aliénation, de paralysie des nerfs de la hase du crâne, ou de paralysie générale, si la maladie, méconnue dans son ensemble, est négligée ou mal traitée. Cet enchaînement de symptomes fonctionnels, joint aux phénomènes ophthalmoscopiques très-peu prononcés, à leur négativité ou même à leur nullité complète ou presque complète, est d'une haute importance dans toutes les amauroses cérébrales, et indique suffisamment quelle est la valeur de la localisation dans l'amaurose en général, et combien, dans cette espèce, les caractères physiologiques ou fonctionnels et l'examen oral ont le pas sur l'exploration ophthalmoscopique. Je n'hésite pas à dire que dans l'amaurose cérébrale, une des espèces les plus fréquentes et selon moi la plus fréquente, je me passerais bien plus volontiers de l'ophthalmoscope que de l'examen oral.

Quelques remarques aphoristiques sur plusieurs variétés des symptômes de l'amaurose cérébrale congestive. — L'amaurose cérébrale congestive, comme l'amaurose cérébrale en général, peut être partielle et affecter la forme de l'hémiopie ou de la perception d'une partie seulement de l'objet regardé. L'anesthésie partielle de l'organe immédiat de la vue ne réside pas toujours dans la rétine. L'amaurose par insolation n'est pas toujours rétinienne non plus; l'insolatioo peut frapper la papille optique seule ou même une portion seulement de la papille, et de là se propager aux origines cérébrales du nerf optique. Si les scotômes sont le plus ordinairement le symptôme d'une affection rétinienne, très-fréquemment organique, il y a aussi des scotômes cérébraux immatériels. Dans l'amaurose cérébrale congestive, surtout celle par insolation, on observe souvent de la photophobie et de la photopsie cérébrales, sans aucune altération rétinienne particulière perceptible à l'ophthalmoscope. Ces deux symptômes existent principalement dans cette variété de l'amaurose cérébrale qu'on a appelée nerveuse, et qu'il est difficile de distinguer de l'amaurose cérébrale congestive. Le myosis n'est pas rare daos l'amaurose cérébrale congestive; on se tromperait en le regardant comme apparte-

---

de réserve; il calcule que pour assurer à un sociétaire une pension de 50 fr., par exemple, il ne faudrait pas moins de 1,110 fr. de capital à la caisse des dépôt et consignations, tandis que la caisse des retraites peut permettre de fournir la même pension avec un fonds de 457. Mais à côté de ces avantages, il fait, par une discussion sérieuse, ressortir les inconvénients de ce système de placement, si l'on veut en faire une application trop étendue. La haute portée de ces questions pour les autres associations médicales de la France nous engage à entrer ici dans quelques développements : « Un examen plus approfondi, ajoute M. le secrétaire général, nous a conduit à penser que les résultats utiles que devaient retirer de cette institution les sociétés de secours mutuels en général pouvaient être insuffisants et illusoires pour notre Association : et d'abord, l'intérêt de l'argent placé à la caisse des retraites ne pouvant en aucun cas, aux termes du règlement, être appliqué à un autre usage qu'à celui en vue duquel le capital a été versé, cet intérêt reste sans emploi aussi longtemps qu'aucune pension n'est devenue nécessaire et ne sert, en se capitalisant, qu'à accroître le fonds de retraite lui-même. Il résulterait donc de cette première disposition que, si nous n'avions jamais à servir de retraite régulière à l'un de nous, tout le capital que nous aurions consacré à assurer des pensions viagères resterait à jamais perdu pour notre Association. » On le voit, c'est, dans ce cas, une sorte d'aliénation du capital, sans compensation et en pure perte; c'est là un vice radical de l'institution des caisses de retraite, sur lequel nous appelons l'attention de l'autorité. Ce n'est pas tout : voici d'autres conditions qui ne sont pas moins fâcheuses : « En admettant, poursuit l'orateur, que cette éventualité ne dût pas se rencontrer, il pourrait se présenter d'autres circonstances, moins probables sans doute, mais dont il est prudent de tenir compte à cause des inconvénients qui en seraient la conséquence : supposez, par exemple, qu'un sociétaire doté d'une pension vienne à disparaître sans qu'on ait pu constater son décès, ou bien qu'il cesse de mériter par sa conduite le secours que vous lui accordez; vous ne pourriez dans le premier cas disposer de ta retraite pendant trente ans, terme de la prescription légale, et dans le second vous ne pourriez retirer à un confrère indigne un secours qui doit toujours être le prix d'une vie irréprochable. » Voilà, à coup sûr, des inconvénients majeurs qui frapperont tous les esprits; ils réclament impérieusement une réforme, et tous les philanthropes émettront avec nous le vœu que le législateur, en corrigeant la loi défectueuse, vienne la mettre au niveau des besoins et des lumières de l'époque. Nous signalerons enfin l'insuffisance des pensions qu'elle octroie. « Le règlement des caisses de retraite, fait observer l'orateur, impose d'autres obligations qui seraient pour notre œuvre de véritables entraves au bien qu'elle doit produire. Les pensions de retraite, selon le décret du 26 avril 1856, ne peuvent excéder, dans aucun cas, le décuple de la cotisation annuelle fixée par les statuts de la société à laquelle le titulaire appartient. Conformément à cet article nous ne pourrions, quelque considérable que fût notre fonds de retraite, en disposer autrement que pour fonder une ou plusieurs pensions de 120 fr. chacune. S'il est vrai que selon toute probabilité nous ne puissions toujours éviter de puiser à la caisse des retraites, il n'est pas moins certain que nous n'aurons jamais à constituer qu'un très-petit nombre de pensions; et puisque ces pensions ne peuvent

nant exclusivement, comme symptôme, à l'amaurose rétinienne, à la rétinite ou à l'ophthalmie interne.

Bien que pressé par le temps et l'espace, je ne puis passer sous silence quelques autres remarques accessoires, dont une longue expérience m'a démontré l'importance.

L'amaurose cérébrale congestive a souvent les dehors d'une amaurose simplement nerveuse; traitée comme telle, et notamment par les excitants, elle éclate quelquefois soudainement avec des symptômes de congestion et de désorganisation cérébrales, surtout si les symptômes ci-dessus exposés l'ont précédée de loin et ont passé inaperçus.

Parmi les symptômes de congestion ou d'irritation cérébrale que j'ai signalés plus haut, j'ai plusieurs fois rencontré une céphalalgie fixe, unilatérale, plus souvent frontale ou temporale, d'ordinaire désignée par les malades sous le nom de migraine ou de douleur nerveuse, retentissant jusqu'à l'occiput et quelquefois jusqu'aux extrémités inférieures, dans lesquelles elle se produit sous forme de névralgie, de secousses douloureuses et de soubresauts. Quelquefois cet ensemble de symptômes est accompagné d'abolition subite des fonctions génitales, et cela sans excès vénérien, uniquement par suite de l'affection cérébrale, tandis que les névralgies des extrémités que je viens de signaler sont souvent causées par des excès dans l'usage des plaisirs de l'amour. J'ai vu naguère deux remarquables exemples, l'un de guérison prompte et complète d'une amaurose semblable, reconnue par moi et traitée en conséquence, l'autre méconnue, mal traitée, et déjà devenue incurable au moment où je fus consulté.

Étiologie. — Sans entrer dans des détails sur les causes généralement connues, parmi lesquelles la dysménorrhée, l'aménorrhée, la suppression d'hémorrhoïdes fluentes, d'épistaxis habituelles se présentent fréquemment, je veux seulement diriger l'attention sur quelques causes trop peu connues. L'une des plus fréquentes est l'abus de verres convexes trop forts, qui tantôt préparent de longue main l'affection, tantôt l'augmentent et la rendent incurable, quand les lunettes ont été prises au début de la maladie, alors que le repos des yeux et la cessation de tout travail étaient indispensables.

Des maladies du cœur, surtout l'hypertrophie du ventricule gauche, sont toujours une complication très-fâcheuse de l'amaurose cérébrale congestive, et souvent une des causes qui la rendent incurable.

Traitement. — C'est ici que le traitement antiphlogistique, déplétif et dérivatif trouve son application la plus étendue. C'est également ici que l'usage externe et surtout interne des excitants, de la noix vomique, du camphre, de l'ammoniaque, et principalement de la strychnine, sont si pernicieux, et ramènent ou provoquent si fréquemment la photophobie, la photopsie, les symptômes hémiplégiques, paraplégiques, convulsifs et apoplectiques. Je renvoie à ce que j'ai dit plus haut.

Les révulsifs, tels que vésicatoires, cautères, moxas, séton, etc., ne doivent être employés que lorsque la période de l'acuité ou de la plus grande intensité de la congestion est passée. Pendant cette période ils ne sont ni utiles, ni sans danger quand ils sont appliqués à la tête ou dans son voisinage. Les antiplastiques sont souvent utiles.

Depuis qu'on a voulu remettre en honneur le traitement pharmaceutique des cataractes séniles, traitement qui jusqu'ici n'a pas encore produit d'une manière incontestable et scientifiquement constatée un seul succès complet, j'ai plusieurs fois eu à traiter des amauroses cérébrales ou cérébro-oculaires congestives et inflammatoires, augmentées et devenues incurables par l'ammoniaque appliqué d'une manière peu judicieuse contre des cataractes supposées qui n'avaient jamais existé. J'avais, du reste, autrefois observé ce fait à différentes reprises dans la pratique de Gondret, le guérisseur de cataractes, dont on a naguère essayé si inopportunément et avec si peu de fondement de réhabiliter la mémoire.

Même lorsque la plus grande intensité des symptômes congestifs a cédé au traitement antiphlogistique et dérivatif rationnel, je restreins encore beaucoup l'emploi des moyens révulsifs, et je choisis parmi eux de préférence les vésicatoires volants promenés à la nuque, derrière les oreilles, sur le front, les tempes et la région sous-orbitaire; je prélude même quelquefois à leur usage par les ventouses sèches, par les rubéfiants énergiques, appliqués à une certaine distance de l'organe malade, au dos ou aux lombes, tels que de larges emplâtres de poix de Bourgogne, au besoin saupoudrée d'une certaine quantité de résine d'euphorbe ou de tartre stibié. Les antiphlogistiques et les dérivatifs occupent toujours le premier rang, et souvent amènent la guérison sans aucun auxiliaire, tandis que je n'ai jamais vu le séton, les cautères, les moxas, l'application de l'ammoniaque ou l'ustion sincipitale, révulsifs dont on a tant abusé, produire à eux seuls la guérison, et qu'au contraire je possède de nombreuses observations d'amauroses congestives dans lesquelles l'usage intempestif de ces topiques, surtout des deux derniers, n'a servi qu'à exaspérer les symptômes et à amener une cécité incurable et des accidents cérébraux graves, parfois mortels.

Amaurose cérébrale asthénique.

Comme nous l'avons dit, l'amaurose cérébrale primitivement asthénique est très-rare. Produite par des causes directement affaiblissantes, telles que les pertes de sang ou de liquide séminal, ou symptomatique d'asthénies générales, comme la chloro-anémie, ou enfin consécutive à des maladies asthéniques qui ont cessé d'exister, par exemple, la fièvre typhoïde, elle a pour caractère local l'absence des symptômes ci-dessus signalés d'irritation ou de congestion cérébrales. Quant aux phénomènes ophthalmoscopiques, ils sont nuls ou négatifs, c'est-à-dire que l'aspect des membranes internes ne se distingue pas essentiellement de celui qu'elles présentent à l'état normal. Parfois cependant il existe quelques-uns des phénomènes ophthalmoscopiques que nous indiquerons comme appartenant à l'amaurose cérébrale organique, surtout la teinte blanchâtre de la papille optique, teinte qui toutefois n'est souvent ici qu'une simple anémie de la papille et s'étend à la rétine. Parfois aussi les vaisseaux centraux de la rétine sont minces, pâles, comme s'ils étaient en voie d'oblitération. Enfin les caractères ophthalmoscopiques de cette espèce se rapprochent de ceux de l'amaurose cérébrale organique; car, dans la majorité des cas, elle n'est que la conséquence d'états congestifs ou inflammatoires anciens comprimant la pulpe cérébrale, de manière à simuler l'asthénie, mais en réalité sur le point d'amener des altérations anatomiques profondes, ou les ayant déjà produites en partie.

---

pas dépasser le décuple de notre cotisation, n'est-il pas évident que nous n'avons aucun intérêt à augmenter notre fonds de retraite au delà d'une certaine mesure? D'ailleurs, serait-ce suffisamment remplir nos intentions que d'assurer une pension de 150 fr. à ceux d'entre nous qu'une misère imméritée viendrait atteindre? Un secours aussi illusoire ne manquerait-il pas le but sérieux que nous nous sommes proposé? Cette considération seule ne devrait-elle pas nous détourner de consacrer plus longtemps à un résultat si minime une partie importante de notre fonds de réserve? Mais il est permis de l'espérer, l'évidence des inconvénients que nous venons de signaler amènera un jour dans l'organisation des caisses de retraite des modifications qui les rendront plus propres à répondre aux besoins des associations médicales. »

Il nous reste à examiner les travaux de l'Association du Rhône, comme *institution de protection pour les intérêts professionnels;* et c'est surtout à ce point de vue que toutes les associations médicales du royaume sont vivement intéressées à s'éclairer réciproquement. La poursuite de l'exercice illégal de la médecine et la lutte contre le charlatanisme sont des questions du plus grave intérêt qui, grâce aux efforts de l'Association du Rhône, ont pris cette année une importance croissante. « Née dans le sein de la Société de Seine-et-Marne, à laquelle nous rendons volontiers hommage de priorité, dit M. Jacques Bonnet, l'idée d'intervenir dans les poursuites pour les rendre moins illusoires a reçu de vous, nous pouvons le dire avec fierté, une sanction définitive. C'est depuis que l'Association du Rhône s'est dévouée à cette cause, que la répression du charlatanisme est vraiment sortie des nuages de la spéculation pour entrer dans l'ordre des faits. Le succès des tentatives dirigées avec tant d'ardeur par votre *commission de poursuites* a suscité partout des imitateurs de votre zèle et modifié l'opinion de la magistrature et du public. — Plus de douze associations départementales nous ont adressé une demande de renseignements sur le *modus faciendi* qui a réussi entre nos mains, non-seulement la province, mais Paris même, qui cette fois ne pourra point se glorifier de l'initiative, s'est ému du résultat de nos démarches. Les Sociétés médicales d'arrondissement, prenant le pas sur l'Association de la Seine, que la prudence retient encore au rivage, se sont concertées et ont nommé une commission chargée de présenter un projet de poursuite pour agir dans le même sens que nous. Espérons que ce concours indirect donné à nos tendances achèvera de nous rendre favorable la presse tout entière dont quelques organes déjà se rallient aujourd'hui à notre cause, après n'avoir vu d'abord qu'un effort chimérique dans nos mesures de répression judiciaire. »

— Oui, sans doute, il faut espérer que la lumière se fera, et, avec elle, la justice aussi. La conduite du corps médical qui prend en main la défense de la société tout entière, est trop généreuse pour ne pas conquérir toutes les sympathies et l'appui de tous; quand on le voit courageusement déclarer la guerre au charlatanisme et lutter corps à corps avec les ennemis de la santé publique, il est impossible que le législateur ne revienne point pour la modifier sur la loi si profondément défectueuse à l'endroit de l'exercice de l'art de guérir. — L'orateur expose que la commission de poursuite a frappé cette année sept délinquants, et que dans toutes les contraventions signalées

Le *traitement* de cette espèce consiste dans tous les moyens thérapeutiques généraux indiqués par l'état d'asthénie constitutionnel. Il faut donc avoir recours à l'usage interne des toniques, des amers, du quinquina, des préparations ferrugineuses, des excitants diffusibles; aux bains généraux frais, simples, gélatineux ou ferrugineux; à une alimentation succulente, tonifiante et légèrement excitante. Localement on y joindra la douche oculaire, qui cependant peut être employée dans plusieurs autres espèces; les excitants, les stimulants, tels que les liniments spiritueux avec addition d'huiles essentielles volatiles, de camphre, d'ammoniaque en petite quantité, etc.; les vésicatoires volants, promenés à la base du crâne, au haut de la nuque, aux apophyses mastoïdes, sur le front et les tempes.

C'est dans l'amaurose asthénique primitive que l'usage interne rationnel et prudent de la noix vomique et de la strychnine peut produire de bons effets. Dans l'amaurose asthénique consécutive à l'amaurose congestive, il est plus dangereux, exige les plus grandes précautions et, malgré celles-ci, est rarement couronné de succès; on le voit fréquemment suivi d'accidents fâcheux et souvent dangereux, tels que des congestions cérébro-spinales, des paralysies, des récidives ou des exaspérations de la maladie oculaire primitive, etc.

Amaurose cérébrale organique.

Ici l'injection de la rétine et de la circonférence de la papille optique, ainsi qu'en général les phénomènes congestifs, n'ont lieu qu'exceptionnellement. En revanche les phénomènes de pression sur le cerveau, derrière le trou optique, sont plus ou moins prononcés. Un des principaux est le changement qui a lieu dans l'apparence de la papille optique. Sa couleur rosée légèrement jaunâtre devient, en tout ou en partie, blanchâtre, blanc-bleuâtre, ou même d'un blanc très-prononcé, quelquefois comme nacré ou très-brillant. On a désigné cet aspect selon les circonstances, tantôt comme l'*excavation de la papille*, lorsque celle-ci est seulement concave; tantôt comme son *atrophie*, lorsqu'elle est pâle, plus petite, plus irrégulièrement circulaire. Dans le glaucome et les amaurses glaucomateuses, on a même fait de l'excavation de la papille un symptôme pathognomonique, servant d'indication à l'opération de l'iridectomie; on verra tout à l'heure que je regarde ces noms et ces opinions comme inexacts.

Outre les changements dans la couleur et dans la formation apparente de la papille optique désignés sous les noms d'excavation et d'atrophie, j'en ai observé un troisième, que je regarde comme dépendant de son *infiltration*. De plane ou très-légèrement déprimée à son centre, elle semble devenir élevée, convexe. Plusieurs fois elle m'a même paru presque hémisphérique, d'une teinte blanc-bleuâtre et aqueuse très-prononcée, comme si elle était infiltrée et distendue par un liquide. Comme dans ces cas-là il s'agissait toujours d'amauroses très-graves, plus ou moins complètes et anciennes, pouvant être rangées dans la catégorie de celles que j'appelle hydrocéphaliques, dans lesquelles la dissection fait trouver les origines cérébrales du nerf optique plus ou moins baignées, infiltrées et macérées par l'épanchement d'un liquide séreux dans les ventricules cérébraux, je dois, jusqu'à ce que des dissections faites dans des cas identiques aient prouvé le contraire, regarder cette apparence excessivement convexe et presque hémisphérique comme une véritable infiltration et une distension de la papille optique par un liquide séreux semblable.

Dans d'autres cas, la papille optique présente, avec la couleur indiquée, une élévation moins prononcée ou une véritable dépression. Ici la dissection a prouvé qu'il y a, en réalité, concavité ou *excavation de la papille du nerf optique* (1); l'examen ophthalmoscopique aussi

(1) J'ajoute ici une très-importante note inédite, que M. le docteur Giraud-Teulon a eu la bonté de me communiquer :

« Les pouvoirs d'accommodation que possède l'organe de la vision produisent souvent des résultats singuliers, paradoxaux en apparence, et dont » il faut tenir compte dans certaines observations. Ainsi, lorsqu'on considère » attentivement le moule en creux d'une médaille, par exemple, avec le con» cours des deux yeux, tout observateur reconnaîtra parfaitement qu'il s'a» git du creux, de l'intaglio et non de la bosse, du relief. Mais fermons un » œil, et continuons l'observation, ou examinons le moule à l'aide de la » loupe, en très-peu de temps un phénomène bien connu se manifeste : la » sensation d'intaglio disparaît subitement, et celle d'un relief parfait lui » succède. Et le fait est si bien le produit d'une accommodation interne de » l'œil, et non d'une idée pure, d'une croyance préalable, que les lettres » mêmes de l'exergue, réellement en creux, apparaissent aussi en saillie. » Chose impossible dans la vision binoculaire où jamais cette illusion ne se » produit, les conditions de l'accommodation binoculaire étant synergiques » et se fondant sur des variations angulaires différentes d'un œil à l'autre, » comme nous l'avons montré.

» L'accommodation, on le sait, a lieu en général par élongation, ou vers les » objets rapprochés. Quand nous examinons un moule, dans la vision binocu» laire, les parties profondes de ce moule ou les plus éloignées de l'œil cor» respondent à des points de la rétine plus en avant que ceux impressionnés » par des points du plan antérieur du moule; cela est nécessaire pour qu'il » n'y ait point diffusion dans l'impression. Les points des membranes corres» pondant au plan du moule ont donc reculé relativement; et la situation qui » en résulte est maintenue par les conditions synergiques présidant à la vi» sion binoculaire. Dans ce cas, la région impressionnée de la rétine offre » une légère convexité en avant.

» Mais ferme-t-on un œil, la synergie cesse, et avec elle les conditions » physiologiques de la production du relief binoculaire. La tendance natu» relle des membranes oculaires est de se replacer dans leur situation ordi» naire de concavité antérieure : comment expliquer dès lors, autrement que » par un retrait en arrière de la partie centrale de l'image, la modification » subite de renversement des impressions que démontre l'illusion éprouvée?

» Dans l'examen monoculaire d'un bas-relief, d'une médaille ou d'une sur» face convexe, isolés des points de repère voisins propres à fixer l'intelli» gence, ou bien, dans l'étude contraire de surfaces directement inverses, on » devra donc toujours éprouver la sensation du relief, qui est la plus habituelle » d'abord, puis la plus naturelle physiologiquement. Or, on ne pourra se » renseigner exactement et distinguer l'illusion de la réalité qu'à l'aide » du raisonnement. Dans le cas de la bosse, du relief réel, le sens des om» bres est indiqué par la direction des rayons lumineux éclairant les sur» faces observées; l'ombre est en opposition avec cette direction. Dans le » cas de l'illusion, au contraire, les ombres sont renversées, c'est-à-dire que » la surface examinée semble recevoir la lumière dans le sens contraire au » sens réel, de droite à gauche, par exemple, si la lumière tombe de gauche » à droite.

» Cette remarque peut être utilement employée dans le cas dont s'occupe » ci-dessus M. Sichel, de la convexité réelle ou apparente de la papille. Si la

à la justice, elle a rencontré chez la magistrature un accueil empressé; deux points surtout méritent d'être notés ici : c'est que, 1° partout le droit d'intervenir comme partie civile a été admis sans conteste et que, 2° partout le principe des dommages-intérêts, présenté par la défense, a été accepté par les juges comme une compensation équitable des torts faits aux médecins par le charlatanisme, or il faut savoir que le préjudice est estimé en proportion du nombre des demandeurs, et en conséquence il importe que le plus grand nombre possible de praticiens exerçant dans l'arrondissement qui a été le théâtre du délit, aient la précaution de se faire inscrire comme partie civile (c'est là une simple formalité qui n'oblige point à paraître personnellement à l'audience), afin de prêter à la justice et à la commission de poursuite le concours indispensable qu'elles réclament. En résumé les dommages-intérêts, d'une insignifiance notoire s'il n'y a que 2 ou 3 demandeurs, s'élèveront à un chiffre onéreux pour le charlatanisme si 40 ou 50 docteurs se portent partie civile. — Une des causes mérite une attention particulière en raison des jugements qui ont été prononcés et qui consacrent désormais les droits imprescriptibles des médecins : il s'agit de mademoiselle Marie Bressac; dans une 1re poursuite, l'inculpée fut condamnée à 15 fr. d'amende et à 150 fr. de dommages-intérêts; le jugement eut son exécution de plein droit. Un second jugement en récidive infligea une double amende de 30 fr. et 500 fr. de dommages-intérêts. Cette fois elle ne se tint pas pour battue et en appela; mais elle fut condamnée par la Cour impériale de Lyon, qui confirma en tout point le prononcé du tribunal correctionnel. L'affaire fut alors portée devant la Cour de cassation; qui jugeant de haut les motifs de jurisprudence que Me Bougies défenseur avait fait valoir avec beaucoup de talent, donna gain de cause aux membres de l'Association du Rhône; car, tout en reformant l'arrêt de la Cour impériale en ce qui concerne la question de la double amende, elle admit, en statuant sur l'intervention des médecins, leur droit à se porter partie civile et à intervenir efficacement dans le poursuites contre le charlatanisme. « Cette décision, ajoute l'orateur, qui introduit un nouveau droit en matière de poursuite, est le résultat le plus important qu'il nous fût donné d'attendre; le retentissement de l'arrêt de la Cour de cassation dans toute la presse médicale a été certainement la cause des adhésions nombreuses que nous avons recueillies et de la marche nouvelle que prendra bientôt partout la guerre que nous avons déclarée au charlatanisme. » Après ce prononcé de la Cour suprême, nous ne nous arrêterons pas à un jugement de la Cour de Grenoble qui a paru quelque peu étrange.

Le corps médical, par des efforts persévérants et en se groupant dans une vaste solidarité, arrivera, nous en avons la conviction, à la conquête d'une réforme qui ne touche pas moins aux intérêts sacrés de l'humanité qu'aux intérêts professionnels de la médecine. C'est par le concours de tous que la défense de ces droits peut triompher; « c'est ce sentiment de la force dans l'union qui a présidé surtout à la création des associations médicales en France; c'est aussi de ce sentiment plus universellement éprouvé que doit naître un jour l'association générale. Cette grande idée de l'association qui marche vers son but à travers les obstacles dont toute institution naissante est inévitablement entourée, peut être conçue de bien des manières; deux modes principaux de constitution se sont trouvés en présence : ou bien

suffit en partie pour le prouver ; car on ne voit pas toutes les parties de la papille en se plaçant au même point, et on a besoin de s'approcher davantage et de s'accommoder à une autre distance pour voir le centre de la papille. Toutefois, je dois mettre mes lecteurs sur leurs gardes contre le grand abus que l'on fait aujourd'hui des mots d'*excavation* et d'*atrophie* du nerf optique ; car, sous ces expressions, on englobe des affections très-différentes quant à leurs causes, leur siége, leur nature et leur traitement, au grand détriment de la thérapeutique rationnelle ; au fond, certains oculistes ne les emploient aussi fréquemment que pour cacher leur ignorance quant à la nature réelle de la maladie cérébrale dont dépendent les phénomènes ophthalmoscopiques. En effet, l'atrophie de la papille optique est presque généralement regardée aujourd'hui comme incurable, et son excavation comme guérissable seulement par une opération (l'iridectomie). Or, d'après mon expérience, les différents états qu'on désigne sous ces deux mots peuvent guérir ou s'améliorer notablement par le traitement pharmaceutique rationnel. Dans de nombreux cas où ces phénomènes existaient, je les ai vus diminuer ou presque cesser, et la vue se rétablir plus ou moins complétement. J'ai même obtenu l'amélioration de la faculté visuelle ou son rétablissement complet dans plusieurs cas, où d'autres ophthalmologistes avaient déjà proposé ou pratiqué l'iridectomie. Les phénomènes ophthalmoscopiques désignés sous les noms d'excavation et d'atrophie de la papille optique ne sont ni rigoureusement identiques dans tous les cas, ni toujours symptomatiques d'une altération organique ou absolument incurable ; il me semble donc irrationnel de leur imposer des noms capables d'induire en erreur sous le rapport de la nosologie et de la thérapeutique. Il y a peu de temps j'ai encore vu, sur un homme de 45 ans, affecté d'une amaurose incomplète cérébrale nettement caractérisée comme congestive, la papille optique présenter l'apparence de l'atrophie dans l'œil gauche, dont la vision était encore assez bonne pour servir à la lecture, tandis qu'à l'œil droit, dont la vision était presque éteinte, on observait les phénomènes ophthalmoscopiques ordinaires de l'amaurose congestive, sans excavation ni atrophie de la papille optique, laquelle était à peine un peu plus blanchâtre que d'ordinaire. Un traitement antiphlogistique et dérivatif rationnel a notablement amendé et presque guéri l'affection à l'œil gauche, sans que l'aspect particulier des papilles optiques ait essentiellement changé.

Symptômes. — Aux phénomènes ophthalmoscopiques de cette variété correspondent des symptômes physiologiques semblables ou presque identiques avec ceux de l'amaurose asthénique ou paralytique, c'est-à-dire les symptômes de la compression du cerveau.

Traitement. — Dans la plupart des amauroses cérébrales organiques, les symptômes congestifs persistent à un certain degré, ou se renouvellent de temps à autre, ce qui nécessite la continuation d'un traitement anticongestif modéré et fréquemment interrompu. Les moyens les meilleurs pour enrayer ou même faire rétrograder l'altération organique sont les antiplastiques, parmi lesquels un des plus énergiques et des plus efficaces est le bichlorure d'hydrargyre, moyen qui souvent produit des effets vraiment étonnants, ou même des guérisons auxquelles on ne s'attendait pas. Je donnerai plus loin la formule que je regarde comme la meilleure. On s'explique facilement les succès qu'on obtient par ce médicament dans les amauroses organiques, en considérant que beaucoup d'états pathologiques, présumés dépendre d'une altération organique commençante, sont réellement symptomatiques d'un état de phlegmasie plastique chronique et opiniâtre ou d'engorgement et d'exsudation non encore organiques ni incurables. Après le bichlorure de mercure viennent les autres antiplastiques et l'iode, puis les révulsifs énergiques, le séton, etc., avec les cautèles indiquées ci-dessus.

Amaurose cérébro-rétinienne.

L'amaurose cérébrale ne reste pas toujours strictement limitée au cerveau. La congestion, le long du cordon du nerf optique et des vaisseaux qui l'accompagnent, peut s'étendre à la rétine et à la choroïde. Par suite d'autres causes encore, l'affection peut envahir simultanément les membranes oculaires internes. En un mot, l'amaurose cérébrale peut se compliquer d'amaurose rétinienne, de choroïdite ou de congestion choroïdienne. Pour localiser exactement et savoir au juste à quel organe adresser les moyens thérapeutiques, il convient d'appeler ces états complexes *amauroses cérébro-rétiniennes* ou *cérébro-oculaires*.

Oblitération des vaisseaux centraux de la rétine. — Un phénomène qu'on observe assez souvent dans les degrés avancés de l'amaurose cérébrale, c'est la diminution du volume des vaisseaux centraux de la rétine, leur oblitération successive et finalement leur disparition partielle ou complète. Il se complique souvent de rétinite, de rétino-choroïdite lente et peu intense ou de congestion rétino-choroïdienne, ce qui pourrait faire croire qu'il est le produit d'une rétino-choroïdite ou d'une amaurose cérébro-rétinienne ; aussi mon ami le professeur Ed. Jæger, dans son bel ouvrage iconographique (1), l'attribue-t-il exclusivement à la choroïdite ; mais j'ai vu celle-ci positivement manquer et je suis forcé de regarder l'oblitération des vaisseaux centraux comme appartenant à l'amaurose cérébrale, comme dépendant de la pression que subissent les racines cérébrales du nerf optique, et comme ne se compliquant qu'accidentellement de phlegmasie ou de congestion oculaires (2). On observe ce phénomène principalement

» papille est réellement convexe, les ombres seront naturellement placées
» en opposition avec la direction de la lumière incidente ; si la papille n'est
» convexe que par illusion, les ombres seront renversées et placées sur le
» chemin ou la direction même des rayons incidents.
» On peut donc, à l'ophthalmoscope même, s'assurer du sens de la courbure ; et il n'est pas besoin d'attendre pour cela les enseignements de l'autopsie.
» Indépendamment de leur utilité pratique dans cette circonstance, les remarques qui précèdent jettent le plus grand jour sur les illusions produites dans le phénomène connu sous le nom d'images inverses de Wheatstone. »

(1) Beitraege zur Pathologie des Auges. Wien, 1855, grand in-4.
(2) Au moment où je corrige la présente feuille, mon ami le professeur A.

---

une association unique, reliant entre elles toutes les associations départementales organisées à son image, leur imposant un règlement commun, dirigeant et contrôlant leurs actes. Dans ce système unitaire, l'association mère communique aux agrégations secondaires cette force qui vient de toute centralisation puissante, mais restreint en même temps toute initiative particulière et amoindrit, pour ainsi dire, la vie propre des membres de ce grand corps pour la faire refluer vers le centre ; ou bien une vaste fédération d'associations fraternelles, jouissant par leurs statuts, par leurs attributions, par leurs richesses même d'une individualité distincte, mais se ralliant en un siége commun par des principes généraux identiques, par une représentation régulière dans les assemblées annuelles, par des contributions financières réglées d'avance, en un mot, par cette émulation qui engendre la vie et l'indépendance sans nuire à la vigueur et à l'harmonie de l'ensemble. Disons-le librement, l'Association générale fondée à Paris, ne semble s'être inspiré ni de l'un ni de l'autre de ces modes de constitution. » Il faut le reconnaître, point assez libre dans l'organisation d'une institution qui relève de l'État pour y admettre des sociétés hétérogènes déjà constituées sans leur imposer des modifications réglementaires plus ou moins profonde, la commission générale avait un rôle difficile à remplir ; malgré ses efforts pour concilier autant que possible les éléments divers des sociétés médicales déjà existantes et pour faire graviter son œuvre dans un système conforme aux traditions nationales, elle n'a pu réussir à vaincre les résistances que son appel a rencontrées. On a craint que cette Association générale, organisée simplement en vue de l'assistance mutuelle, ne se trouvât condamnée par son acte constitutif à une inaction forcée, et tout à fait regrettable, devant les besoins et les souffrances du corps médical. Ainsi on a cherché en vain dans ses statuts les articles qui l'autorisent à s'occuper de la répression de l'exercice illégal de la médecine, de la réforme de la loi qui régit l'art de guérir, de l'abolition de deux ordres de médecins, de la protection des intérêts moraux et professionnels en matière de poursuite exercée contre nos confrères par les tribunaux, etc., etc. En présence de ces *desiderata*, l'Association du Rhône, après une étude approfondie de cette grave question, par la commission générale, et un rapport motivé du docteur Duviard, a cru devoir par prudence voter l'*ajournement* de son adhésion à l'Association générale de Paris. Nous espérons tous que cet ajournement sera de peu de durée, et que, dans un avenir rapproché, notre adjonction pourra s'accomplir avec toutes les garanties désirables. Il faut, en effet, considérer que l'Association générale de Paris n'a jusqu'ici qu'un bureau provisoire qui, sans aucun doute, n'a pas été libre de tous ses mouvements ; il deviendra définitif au mois d'octobre prochain, et alors, pressé par les vœux du corps médical, et complétement édifié sur ses besoins et ses tendances, il saura, par une sage fusion des intérêts communs et particuliers, réunir et fortifier la famille médicale dans un ensemble harmonieux pour la faire marcher d'un pas ferme à la conquête des lois et des réformes que réclame impérieusement notre époque.

Après ce vote, le président procède au tirage au sort pour le renouvellement partiel des membres de la commission générale et du comité des poursuites, dont les fonctions étaient expirées.

dans l'amaurose cérébrale congestive, à l'époque de son passage à l'amaurose organique, lorsqu'il existe encore des symptômes de congestion sourde, mais que déjà la marche de l'affection est stationnaire et la vue très-faible, sans que le traitement antiphlogistique produise une amélioration notable ou durable; enfin lorsque tout prélude à une altération organique des origines cérébrales du nerf optique, et que déjà la papille optique commence à prendre la teinte jaune-blanchâtre ou blanchâtre et l'aspect particulier désignés sous les noms d'excavation et d'atrophie.

Les vaisseaux centraux de la rétine montrent d'abord une teinte rose plus mate, pâlissent et s'amincissent; leurs contours sont moins nettement accusés. Quelquefois ils sont plus élargis dans une partie de leur trajet, mais interrompus dans une certaine étendue, à quelque distance de leur émergence; ils manquent, par exemple, dans une partie de la papille, surtout dans sa circonférence, comme si, dans une certaine étendue, ils plongeaient dans la profondeur, pour émerger de nouveau à quelque distance de là. Ils s'amincissent de plus en plus, pâlissent davantage, s'oblitèrent enfin et disparaissent entièrement, d'abord près de leur émergence, puis dans toute la surface de la papille optique, tandis qu'en dehors de celle-ci ils restent encore longtemps normaux et conservent leurs contours nets. Cette marche des phénomènes justifierait parfaitement la supposition d'un travail phlegmasique circonscrit recouvrant les vaisseaux et les faisant disparaître peu à peu, si, dans plusieurs cas, je n'avais pu suivre pas à pas leur oblitération, et constater l'absence positive de tout symptôme phlegmasique dans la rétine et la choroïde, et le développement simultané, lent, de l'aspect particulier ci-dessus mentionné de la rétine, si caractéristique pour l'amaurose cérébrale. Peu à peu la partie des vaisseaux située en dehors de la papille pâlit, s'amincit et s'oblitère également, mais toujours du centre vers la circonférence. La rétine, dans ces cas d'amaurose cérébrale, conserve son aspect normal. La complication avec une rétinite ou une rétino-choroïdite existe sans conteste parfois, et se reconnaît alors facilement à un aspect mat très-particulier de la rétine, produit par une couche mince d'exsudation plastique, aspect très-bien rendu dans les figures 4 et 5 de la planche LXXVIII de notre ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE. Quand la complication de choroïdite est plus prononcée, on voit en outre des bandes ou des plaques ardoisées ou brunâtres, comme dans la choroïdite au premier degré.

L'oblitération commençante des vaisseaux centraux est parfois suivie ou accompagnée de filaments ou flocons de sang épanché ou coagulé, mobiles dans le corps vitré, phénomène qui, comme nous verrons, est presque toujours consécutif à une congestion cérébro-oculaire.

de Græfe vient de publier (CLINIQUE EUROPÉENNE, 2 avril 1859, n° 14) une observation d'amaurose complète survenue subitement, et accompagnée de l'oblitération des vaisseaux centraux attribuée par lui à une embolie de l'artère centrale de la rétine.

(La fin au prochain numéro.)

OBSTÉTRIQUE.

DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE GROSSESSE; par M. NEGRIER, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, professeur d'accouchements, etc.

« En obstétrique, une main habile est le premier des instruments. »

L'Académie impériale de médecine ayant mis au concours, pour le prix Capuron, la question de la *rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse*, j'ai voulu entrer en lice (mais je suis arrivé trop tard), moins peut-être dans l'espoir d'être jugé digne de la récompense proposée, que de faire connaître, dans une occasion solennelle, un mode de traitement qui m'a toujours réussi dans les circonstances, déjà assez nombreuses, où j'ai été appelé à secourir des femmes affectées de ce genre d'accident. Ce procédé opératoire, que j'expose chaque année dans mes leçons orales, n'est indiqué nulle part, que je sache, car je ne puis le reconnaître dans la neuvième observation (1) rapportée dans le travail de Martin jeune (de Lyon), p. 154. Les accoucheurs plus modernes qui ont profité de ses conseils, n'ont rien ajouté à son œuvre, de sorte que je puis donner comme mienne une façon d'agir qui m'a toujours réussi, même dans un cas où le renversement datait de vingt jours, et si complétement, que la femme est accouchée à terme et de la manière la plus heureuse.

Bien qu'Hippocrate et les médecins grecs paraissent avoir connu le renversement de la matrice, et que Roderic a Castro, au seizième siècle, en parle positivement, cependant les anciens accoucheurs s'en occupent à peine, et il faut arriver jusqu'au commencement du dix-huitième siècle pour rencontrer dans les recueils anglais un certain nombre de cas bien authentiques de rétroversion utérine pendant la grossesse. Grégoire, le maître de notre Levret, en parle dans ses leçons. G. Hunter, en 1754, publia un excellent mémoire sur ce sujet. Trente ans plus tard, Desgranges (de Lyon) envoya à l'Académie royale de chirurgie une dissertation sur cet accident grave, et son travail fut couronné par cette société savante. Depuis cette époque, je ne connais aucun travail *ex professo* sur ce sujet. Les traités d'accouchements modernes contiennent tous un chapitre sur la rétroversion pendant la grossesse, et leurs auteurs ont produit des faits nouveaux propres à éclairer certains points de l'étiologie ou de la thérapeutique de cet accident.

John Burns a recueilli avec un soin extrême tout ce que l'on savait

(1) Sur les vingt-deux observations que contient son mémoire, c'est la seule dans laquelle il soit question de l'introduction de la main entière dans le vagin, et l'auteur n'indique pas la manière dont cette main doit agir sur l'utérus renversé. Est-ce seulement avec le bout des doigts que l'organe fut remis en place? L'accident se renouvela au bout de quinze jours. Martin ne dit pas s'il le réduisit par le même moyen, et il n'indique pas comment se termina la grossesse.

Un banquet avait été organisé à la demande de plusieurs sociétaires, et, au sortir de la séance, il a réuni un grand nombre de convives, heureux de resserrer davantage les liens de confraternité qui unissent les médecins du Rhône.

J.-E. PÉTREQUIN.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

SOCIÉTÉ CENTRALE.

L'installation de la Société centrale a été faite le 24 juin, au siége provisoire de l'Association générale, rue de Londres, 14.

A cette première réunion, avaient été convoqués, sous la présidence de M. Rayer, les membres du bureau et de la commission administrative, ainsi que les membres de la sous-commission de l'Association générale. Le président de l'Association générale a ouvert la séance par un discours dans lequel, après avoir rappelé les statuts de la Société centrale approuvés par un arrêté de Son Excellence M. le ministre de l'intérieur, en date du 23 avril, il a présenté le programme des attributions qui incombent à la commission administrative.

Le président a remercié les membres de la commission administrative qui, en acceptant les fonctions qui leur ont été conférées, ont mis leur zèle et leur dévouement au service de l'Association générale. « C'est, dit-il, par » le temps et par l'expérience, que notre œuvre doit prouver sa raison d'être. » C'est par les services qu'elle est appelée à rendre, qu'elle s'emparera sur» tout du cœur et de l'esprit de nos confrères. Votre concours assure son » succès. Encore une fois merci ! »

M. le président a ajouté : « Je termine en vous annonçant une mesure qui » recevra votre chaleureuse approbation. A ma prière, un des chefs de la » médecine militaire, le savant illustre que ses travaux ont placé si haut » dans l'estime de ses confrères, M. Michel Lévy, a bien voulu accepter la » présidence de la Société centrale dont les statuts m'autorisent à faire la » délégation à l'un des vice-présidents. Par ce choix, j'ai réalisé un vœu » de la sous-commission du conseil général, un vœu de notre autre vice» président, M. Andral, dont le nom et le concours honorent notre œuvre, » et j'ai la confiance d'avoir aussi devancé le vôtre. »

Le secrétaire de la Société centrale,

LUDGER LALLEMAND.

— Dans la plupart des journaux de médecine anglais, les plaintes recommencent, plus vives encore que l'an dernier, sur les miasmes émanés de la Tamise. Il paraît que les émanations fétides se sont fait sentir, cette année, quelques semaines plus tôt qu'en 1858. Le journal THE LANCET va jusqu'à dire que, si le fleuve n'est pas purifié, la peste sera telle qu'une Nouvelle-Zélande pourra prendre la place de Londres, et que les survivants erreront autour des ruines en criant : « Ici fut la capitale de l'empire britannique ! »

de son temps sur la rétroversion utérine pendant la grossesse. C'est à cette source que M. le docteur Jacquemier a puisé pour composer le judicieux article de son MANUEL. L'ouvrage de Burns, traduit en français sur la neuvième édition, a été imprimé à Paris en 1839, et je ne l'ai connu qu'alors, mais déjà depuis longtemps j'avais reconnu la gravité de cette maladie et compris la valeur des conseils de notre Baudelocque, qui m'avait servi de guide en cela comme en beaucoup d'autres choses.

Les premiers faits de rétroversion que je pus observer, en 1820, m'offrirent des particularités qui me parurent si remarquables, que j'en consignai tous les détails dans mon registre, en y joignant les réflexions que chacun d'eux me suggérait. J'arrivai ainsi assez rapidement à déterminer les moyens de traitement les plus efficaces.

Bien que les cas de rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ne soient pas rares, que chaque année les praticiens en consignent quelques nouveaux exemples dans les recueils périodiques, cependant ils ne sont pas assez fréquents pour que le même accoucheur en puisse rencontrer beaucoup, même pendant le cours d'une longue pratique. Il en résulte que l'on n'est jamais bien préparé à juger le fait et à mettre en usage le moyen le plus propre à remédier au mal. On peut dire avec quelque certitude que les cas de rétroversion utérine sont presque toujours méconnus de prime abord par les médecins appelés auprès des femmes qui en sont atteintes. Ceux-ci ont alors recours aux accoucheurs de profession. Cela m'est arrivé six fois, et toujours par des praticiens qui, comptant au moins dix ans d'exercice de la médecine, n'avaient jamais eu l'occasion de constater un accident de cette espèce. Et pour mon compte particulier, bien que chargé depuis longues années d'un service de salles d'accouchements, je n'ai jamais été à même de constater le premier un cas de rétroversion utérine pendant la grossesse.

L'Académie impériale de médecine, en mettant au concours l'histoire de cette maladie, a déclaré par là qu'elle ne la croyait pas complète; que les moyens de traitement préconisés jusque-là et beaucoup trop vantés, avaient besoin d'être soumis à une révision scrupuleuse; que les causes de la maladie n'ont pas été suffisamment indiquées; enfin, que les troubles locaux et généraux causés par le déplacement de l'organe, n'ont pas été décrits avec assez de soin. Ces lacunes, je le sais, ne sont pas faciles à combler, mais je ferai mon possible pour ajouter quelque chose à la somme des connaissances acquises sur ce point de l'obstétrique. Je ne crois pas que les impressions morales vives, la joie, la frayeur, puissent, ainsi que l'ont prétendu G. Hunter et Chappelain (de Marseille), être acceptées comme cause déterminante de cette maladie, et je tâcherai d'en indiquer de plus réelles, de plus efficaces. Enfin, je décrirai avec tout le soin dont je suis capable le procédé opératoire qui m'a toujours réussi et qui n'a jamais exercé aucune influence fâcheuse sur la grossesse.

DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE PENDANT LA GROSSESSE.

DÉFINITION. — La rétroversion de l'utérus ou son renversement en arrière, dans l'excavation pelvienne, est un désordre permanent qui ne peut arriver que lorsque le grand diamètre de l'organe a dépassé celui du diamètre bijugué du détroit supérieur; c'est le seul déplacement capable d'amener de graves accidents.

Au quatrième mois de la gestation, le volume longitudinal de l'utérus est de 13 à 14 centimètres; il a donc dépassé de 2 à 3 centimètres le diamètre sacro-pubien de l'entrée du canal; c'est vers cette époque qu'a *toujours* lieu la rétroversion.

Quand le renversement est récent, qu'il ne date que de trois à quatre jours, le toucher vaginal fait connaître l'état suivant : le doigt introduit est arrêté, vers la moitié de la hauteur normale du vagin, par une tumeur large, à surface lisse et légèrement bombée; c'est la paroi postérieure de l'utérus enveloppée de la portion supérieure du vagin appelée *cul-de-sac*. Le doigt, ramené derrière la symphyse pubienne, touche facilement la lèvre postérieure de l'orifice utérin, et bientôt tout le museau de tanche qui comprime plus ou moins le canal de l'urètre.

La tumeur ne remplit pas exactement l'excavation du bassin; on sent un vide à droite et à gauche du col qui peut être poussé par le doigt, dans l'une ou l'autre direction; ce mouvement est très-borné.

La tumeur offre de la fermeté, de l'élasticité, de la *mollesse* même, chez certains sujets; deux ou trois doigts soulevant à la fois la tumeur, l'aplatissent, y *creusent* un sillon sans obtenir *d'abord* la réduction de l'organe.

La rétroversion produit *localement* et presque aussitôt les phénomènes suivants : sentiment de tension dans l'hypogastre, celui d'un poids sur le périnée et le commencement du ténesme qui accompagne le besoin de la défécation. La malade éprouve le désir de pousser hors du rectum les matières fécales qui le remplissent ou la tumeur qui en tient la place. Les phénomènes généraux sont encore peu sensibles : ils se bornent à une profonde et pénible sensation dans les lombes, sensation qui a, chez certaines femmes, quelque rapport avec le début de l'acte puerpéral, sauf l'intermittence, qui n'existe pas et qui constitue un des caractères distinctifs du travail de la parturition.

Lorsque la rétroversion existe déjà depuis six à dix jours, les phénomènes morbides se sont aggravés. Dans l'excavation, la tumeur remplit plus exactement tout l'espace indiqué. Le fond de l'utérus qui, dans les premiers jours dépassait encore le niveau du détroit supérieur, s'est abaissé, il occupe les deux tiers supérieurs de la courbure du sacrum; son axe longitudinal est horizontal d'avant en arrière. Le col comprime davantage la vessie contre la symphyse pubienne et le museau de tanche est souvent contourné en bas, de façon à présenter, de trois quarts, l'ouverture du col. Vers le sacrum, la tumeur ne forme plus une ligne courbe, l'utérus *aplati* s'engage entre le rectum et la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure. Sous le rapport des fonctions, celles du rectum et de la vessie sont suspendues ou très-difficiles, imparfaites et douloureuses. Les fèces ne franchissent l'obstacle que délayées par un laxatif; les urines, bourbeuses et fétides, ne sortent plus que par regorgement ou bien quand on comprime la région hypogastrique.

Toutes les fonctions générales sont troublées alors : il y a fièvre permanente, perte de sommeil, angoisse profonde, sueurs fétides; sécheresse de la bouche et soif que n'apaisent guère les boissons fraîches. L'abdomen est douloureux, non-seulement quand on le touche, mais encore quand la malade se remue dans son lit.

Au quinzième jour de la rétroversion, certaines femmes à grand bassin peuvent encore marcher, rendre quelques parcelles de matières stercorales et uriner de temps en temps. Chez elles, le rectum semble comme chassé vers la grande échancrure ischiatique gauche, et échapper ainsi à un aplatissement complet; le col utérin renversé en bas, plus accessible, presse moins le canal de l'urètre, et produit quelquefois une sorte de hernie vésicale causée par la dépression de la paroi antérieure du vagin. J'ai rencontré à l'entrée de ce canal, immédiatement au-dessus du méat urinaire, une tumeur vésicale bilobée, fluctuante, du volume de deux noix, séparée à la partie médiane par le canal de l'urètre, plus épais que les parois des deux tumeurs latérales; ce fait sera rapporté avec quelques détails.

J'ai vu aussi l'ouverture du col utérin occuper *à peu près* le centre de l'excavation, ce qui semblait annoncer une situation normale de l'utérus, et cependant depuis longtemps la cavité pelvienne était le siége des plus graves accidents de compression : le déplacement de la matrice en arrière n'est donc pas la cause unique de ces désordres fonctionnels. Il y a des déplacements organiques plus considérables que ceux-ci et qui, produisant des désordres plus grands, peuvent aggraver encore la situation puisqu'ils rendent moins faciles et moins prompts les moyens d'y remédier. Ainsi, dans certains cas, l'utérus renversé descend en arrière, à ce point que son fond s'engageant de plus en plus entre la fin du rectum et le vagin, vient remplir la vulve en poussant au dehors la muqueuse de ce canal; plusieurs auteurs rapportent des faits de ce genre. Le périnée est alors distendu, l'anus aminci, entr'ouvert, et projeté au dehors; la main ne peut plus être introduite dans l'excavation pelvienne; tout au plus les doigts portés aussi haut que possible, derrière la symphyse pubienne, peuvent-ils atteindre la portion sous-vaginale du col. L'utérus est complétement renversé, c'est-à-dire que le museau de tanche est plus élevé que le fond de l'organe. Tous ces accidents ont été signalés par de bons observateurs, tant en France qu'à l'étranger. Ce ne sont donc pas les matériaux qui manquent pour établir le diagnostic de la rétroversion utérine à tous ses degrés. On appuie également sur des faits nombreux le fâcheux pronostic que l'on porte dans ces cas de renversement extrême. Étudions maintenant les causes occasionnelles de cette maladie afin d'appuyer sur cette connaissance les indications thérapeutiques que nous établirons.

CAUSES. — Avant d'énumérer et d'examiner les circonstances qu'on a considérées comme causes de la rétroversion utérine, je ferai les remarques suivantes qui pourront servir de base à mon appréciation.

Les femmes primipares sont très-rarement atteintes de renversement de l'utérus; tous les faits que j'ai recueillis, et la majorité de ceux qui sont consignés dans les annales de la science, viennent à

l'appui de cette proposition. Les malades ainsi affectées appartiennent presque toutes à la classe laborieuse et sont soumises à des travaux pénibles. Presque toujours aussi l'accident s'est déclaré brusquement et les malades ont eu la conscience du moment précis où il est arrivé; c'est une secousse subite, un dérangement violent dans l'hypogastre, la sensation distincte de la précipitation d'un corps volumineux sur le périnée, produisant immédiatement de la gêne et souvent du ténesme. Je dois encore signaler l'observation anatomique suivante, qui prouve que l'état des organes sexuels internes, dans le repos, n'est pas le même chez tous les sujets et qu'il est des femmes chez lesquelles le volume et le mode de soutenement de l'utérus peuvent être considérés comme des prédispositions remarquables à son renversement; ainsi chez les sujets *multipares* ayant les organes sexuels parfaitement *normaux*, le relief que fait le fond de l'utérus au-dessus du niveau de la cloison pelvienne que forment les ligaments larges, est de 12 à 13 millim., et l'épaisseur de la matrice, d'avant en arrière, de 3 à 4 centim. (ces mesures sont d'un quart moins étendues chez la fille pubère nullipare) (1).

Dans les cas que je signale, qui ne sont pas tellement rares que j'en aie pu observer cinq, j'ai constaté que, bien que tous les organes génitaux offrissent les apparences d'une bonne organisation, et que les sujets eussent succombé à des affections étrangères à ces organes, la saillie du fond de l'utérus au-dessus de la cloison péritonéale était beaucoup plus marquée, presque du double, et l'épaisseur de la matrice plus considérable. Après ces faits que j'ai notés avec soin et qui établissent aussi que les femmes, avant leur mort, avaient cessé depuis plusieurs mois d'être menstruées, je trouve cette remarque, que je copie textuellement : « Cette disposition anatomique insolite, me paraît être le résultat d'une organisation spéciale et peut-être aussi celui de gestations antérieures; elle doit singulièrement prédisposer à la rétroversion utérine, car elle rend bien plus facile le renversement de l'organe dans la courbure du sacrum. »

Les causes véritablement agissantes du renversement utérin me paraissent devoir être réduites à un petit nombre; je ne pense pas qu'on puisse en compter plus de deux. La première, et de beaucoup la plus fréquente, provient d'une pression de haut en bas et d'avant en arrière, exercée sur le fond de l'utérus par le choc ou le poids d'un corps extérieur ou par l'action musculaire seule des parois abdominales, pression transmise, dans la même direction, par la masse flottante de l'intestin ou par les matières fécales durcies, accumulées dans la portion iliaque du colon. La seconde cause, qui est assez rare, provient d'une violente secousse que fait éprouver, surtout aux organes pelviens, une chute brusque sur le siége ou sur les pieds : je rapporterai des exemples de ces deux modes d'action, et ce sont ceux qui se rencontrent dans le plus grand nombre des faits rapportés par les auteurs. Dans certains cas, le renversement de l'utérus semble être survenu progressivement, avec lenteur (Baudelocque); le fond de l'utérus pressé graduellement sur la saillie sacrée a été enfoncé en s'*aplatissant* sous l'effort d'une pression continue. Dans ce cas, il est à peu près indubitable que c'est au volume et au poids des matières stercorales accumulées dans l'S iliaque (prédisposition) et aux efforts d'expulsion répétés, que doit être attribuée la rétroversion, aucune autre cause ne pouvant rendre compte de cet enfoncement lent, puisque la rétention urinaire ne suffit pas pour l'expliquer.

Parmi les premiers observateurs anglais, l'un des plus célèbres, Denmann, a cru devoir attribuer la rétroversion à la distention de la vessie; mais bientôt d'autres accoucheurs de la même nation prouvèrent, par des expériences directes, que la rétention de l'urine n'était que la conséquence et non la cause du renversement utérin. En France, personne ne s'est mépris sur la valeur réelle des causes de l'accident; les expériences de J. Burns furent soigneusement répétées chez nous et prouvèrent de nouveau que la réplétion forcée de la vessie gêne plutôt qu'elle ne favorise la précipitation du fond de l'utérus au-dessous de l'angle sacro-vertébral.

Dans l'immense majorité des cas, les causes de la rétroversion utérine ont agi brusquement et les troubles fonctionnels qu'elle a produits ont été immédiats; excepté, peut-être, lorsque l'accident, comme nous l'avons indiqué plus haut, est arrivé lentement et à l'insu de la malade. Dans les cas ordinaires, la femme, comme je l'ai dit, a parfaitement la conscience du moment précis de l'accident. Mais si la rétention de l'urine ne joue pas un rôle actif comme cause de la rétroversion, celle des matières fécales peut, dans bien des cas, y contribuer efficacement et même la déterminer, *elle seule*, dans quelques circonstances.

On a dit cependant que la vessie graduellement distendue pouvait aussi, par son volume et par le poids considérable du liquide qu'elle peut contenir, déterminer le renversement utérin, et que la simple évacuation du liquide, opérée régulièrement pour prévenir une nouvelle distension, avait suffi pour faire cesser la maladie; des observateurs recommandables ont rapporté des faits de ce genre. En y réfléchissant bien, on voit que ces exemples sont mal choisis, car ils ne consistent pas dans un déplacement permanent de l'utérus, mais seulement dans une dépression en arrière de cet organe, non encore parvenu à un volume dépassant le diamètre bijugué du détroit supérieur; il n'y a rien d'étonnant, en pareille circonstance, de voir cesser l'accident par un simple cathétérisme. Alors cette opération qu'on dit *difficile, impossible* quelquefois dans les véritables rétroversions, a dû être très-facile.

En France, on a toujours pensé qu'il serait peu prudent d'attendre la réduction de l'organe déplacé du simple affaissement de la vessie, et même de l'expulsion des matières stercorales; on n'a de confiance que dans des effets mécaniques les mieux dirigés et les plus prompts : les préceptes de Baudelocque sur ce point, sont encore les plus sages, et rien de mieux n'a été dit jusqu'à ce jour.

Je rapporterai maintenant les faits qui forment la base de ce mémoire; ils présenteront chacun une physionomie spéciale et me conduiront à des considérations qu'il m'a semblé utile de faire connaître. Je commencerai par la narration d'un cas mortel auquel les médecins consultés ne furent pas libres d'apporter les secours qu'ils pensaient devoir être, sinon efficaces, du moins rationnels.

RÉCLUSION DE L'UTÉRUS DANS L'EXCAVATION PELVIENNE AU SIXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE; MORT.

Obs. I. — (18 mai 1840). Madame ***, âgée de vingt ans, mariée depuis sept mois. Cette jeune femme, nous dit-on, était fraîche et assez bien portante avant son mariage; cependant on la supposait *délicate de poitrine;* elle toussait souvent; sa taille est ordinaire, le développement du bassin paraît suffisant. Madame *** vit ses règles une seule fois après son mariage, c'était à l'époque ordinaire de la fonction. Un mois après elle éprouva des nausées et des vomissements qui augmentèrent peu à peu dans le mois suivant. Bientôt la région de l'estomac devint douloureuse; aucun aliment ne pouvait être supporté.

Vers le troisième mois, la région hypogastrique n'offrant aucune tumeur, le médecin ayant des doutes sur la gestation, voulut reconnaître l'état de l'utérus par le toucher; la malade s'y refusa complétement.

Le 9 mai, c'est-à-dire six mois après la disparition des règles, je fus appelé en consultation avec M. le docteur ***.

La malade depuis longtemps ne se levait plus; elle était considérablement amaigrie; les pommettes sont d'un rouge vif, la respiration est courte, la toux fréquente. Le pouls bat 120 fois par minute; la peau est chaude et sèche, la transpiration et l'haleine sont fétides. L'auscultation fait connaître que l'air pénètre suffisamment dans toute l'étendue des poumons; la respiration est même puérile. Le ventre dans ses deux tiers supérieurs, est assez plat; il est tendu et empâté vers l'hypogastre, douloureux à la pression, et surtout à la plus légère percussion au-dessus de la symphise pubienne. L'émission de l'urine est suffisante; la malade rend chaque jour quelques matières stercorales.

Cette fois, nous pûmes pratiquer, explorer le vagin. Ce canal est raccourci de moitié; il est occupé par un segment de tumeur remplissant toute l'excavation pelvienne. Cette tumeur, élastique au toucher, est formée par l'utérus renfermant un fœtus vivant et assez développé pour qu'il nous ait fait percevoir plusieurs mouvements spontanés, *très-distincts.*

Les parois de l'utérus semblent amincies, tant le fœtus paraît voisin du doigt explorateur. Le col de l'utérus occupe le centre de l'excavation. Il n'a éprouvé aucune déviation, il est seulement beaucoup plus bas qu'il ne devrait être. En arrière de la portion sous-vaginale du col qui n'a que six à huit millimètres de saillie, et dont l'orifice est fort petit et clos, on touche une portion sphérique de l'utérus qui remplit toute la concavité du sacrum. La pression sur la partie de l'utérus qui dépasse le pubis de trois doigts, est fort douloureuse. Pendant que je tentais de soulever l'organe avec la main droite, ma main gauche placée sur l'hypogastre, ne ressentit aucune impression pouvant résulter du soulèvement imprimé à l'organe. Quelques matières fécales durcies remplissaient le rectum; la vessie était vide.

L'oreille placée sur l'hypogastre ne put percevoir les battements du cœur du fœtus.

Le diagnostic suivant fut porté : gestation de cinq à six mois; utérus retenu dans l'excavation pelvienne par une cause inconnue et qui ne peut être l'étroitesse du bassin, car le pelvimètre donnait, pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, défalcation faite des os, onze centimètres.

(1) Ces mesures sont la moyenne de celles que j'ai recueillies sur un grand nombre de sujets adultes (cent cinquante au moins), et qui ont été entreprises à un autre point de vue; recherches faites de 1823 à 1839.

Si l'obstacle provenait, dîmes-nous, de la saillie de l'angle sacro-vertébral, il faudrait admettre un développement anormal considérable de ce point ou bien la présence d'une tumeur osseuse sur cette partie de la circonférence du détroit supérieur; mais rien ne justifiait cette hypothèse.

L'utérus n'est pas renversé, son col, que le doigt peut circonscrire, ne présente aucune courbure, il se perd directement dans la tumeur utérine.

L'état général de la malade, la réclusion complète de l'utérus, absolument immobile, nous firent proposer l'avortement par la perforation de l'œuf. Les parents refusèrent ce moyen, quelque dangereuse que pût être l'expectation dans cette circonstance. Le 15 mai, l'état de la malade était aggravé; nous éprouvâmes le même refus relativement au moyen proposé. Deux jours après, la malade tomba dans un délire fugace; son pouls devint irrégulier; elle succomba dans la soirée. Les parents nous refusèrent la permission de faire la nécropsie.

Ce fait perd ainsi la plus grande partie de son importance, je ne le présente ici que pour offrir un exemple du danger extrême qui accompagne l'incarcération dans le bassin d'un utérus en état de gestation. Les observations suivantes plus complètes contribueront plus efficacement à la démonstration de notre thèse.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

[Suite.]

V. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les livraisons d'octobre, novembre et décembre 1857 et janvier 1858, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Anasarque suite d'albuminurie*; par M. Malherbe. 2° *Etudes cliniques sur quelques cas de tuberculisation*; par le même. 3° *Observation de paralysie hystérique*; par M. Rouxeau. 4° *Observations d'occlusion intestinale*; par M. Thibeaud. 5° *Observation de grossesse extrà-utérine*; par M. Hélie. 6° *Etude sur les fièvres pernicieuses*; par M. Anizon. 7° *Observation de tétanos spontané*; par M. Goean-Brissonnière. 8° *Observation d'ascite et de kyste de l'ovaire*; par M. Letenneur. 9° *De l'implantation centrale du placenta sur le col*; par M. Aubinais. 10° *Observation de convulsions traumatiques*; par M. Bernandeaux.

OBSERVATION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; par M. HÉLIE, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

OBS. — La femme N..., âgée de 30 ans, fut prise d'un étourdissement subit le 10 mars 1857, perdit connaissance et tomba. Hémiplégie gauche, contraction des muscles des membres droits, affaiblissement graduel jusqu'au 13, jour de la mort. Autopsie faite le 14.

Cavité du crâne. Les lobes cérébraux, le corps calleux, le cervelet, la moelle allongée, étaient remarquables par leur consistance ferme, sans injection anormale. Il n'y avait d'altération que dans la protubérance cérébrale qui offrait, dans ses deux tiers postérieurs, un ramollissement d'un blanc jaunâtre, diffluent, plus étendu à droite qu'à gauche. Rien dans la poitrine.

Abdomen. En ouvrant l'abdomen, on remarqua une hémorrhagie considérable qui occupait le petit bassin, l'hypogastre et les régions lombaires. Le sang était en partie fluide, en partie coagulé; il y en avait plus de deux litres. Cette hémorrhagie provenait de la rupture d'un kyste attenant à l'ovaire gauche. Ce kyste avait la forme et le volume d'un très-gros œuf de poule. Mobile comme l'ovaire et la trompe, il était pendant dans le petit bassin. La déchirure à bords frangés était à l'extrémité externe du kyste.

En écartant les bords de la déchirure, on aperçut les villosités du chorion d'un œuf au deuxième mois de la gestation.

Le kyste fut ouvert avec précaution, sans intéresser la déchirure. Ses parois étaient formées par deux membranes, l'une externe, séreuse, et l'autre interne, assez épaisse, molle et vasculaire; c'était celle-ci dont la déchirure avait produit l'hémorrhagie.

Le kyste fut vidé des caillots qu'il contenait et qui entouraient l'œuf d'une couche presque complète; l'œuf fut mis à découvert, il était parfaitement intact, entièrement revêtu de villosités choriales.

Le chorion incisé, la poche amniotique se présenta intacte, renfermant un embryon de 7 ou 8 semaines, long de 2 centimètres. L'abdomen était fermé, le cordon ombilical très-court; la vésicule ombilicale était affaissée, les yeux représentés par des points noirs, les conduits auditifs distincts, les mains et les pieds digités. La consistance et la couleur de l'embryon indiquaient que sa mort était récente.

L'utérus avait doublé de volume; son tissu était blanc, moins dense que dans l'état normal; on y distinguait des fibres musculaires très-évidentes; les parois avaient, du reste, leur épaisseur habituelle; les veines étaient dilatées.

La membrane muqueuse de la cavité du corps, molle, gonflée, mamelonnée, se rapprochait beaucoup de celle de l'estomac à l'état normal. La muqueuse du col était restée telle qu'elle est dans l'état de vacuité. Nulle matière n'était épanchée dans l'utérus.

Le pavillon de la trompe adhérait au kyste; son orifice était, du reste, parfaitement libre et de grandeur ordinaire. La trompe, qui fut ouverte dans toute sa longueur, était à l'état normal; son canal, partout libre, avait au moins 1 millimètre de largeur. La muqueuse de la trompe était partout de couleur rosée.

L'ovaire, de forme ovoïde, plus volumineux qu'il ne l'est habituellement, adhérent dans une petite étendue au kyste fœtal, contenait, dans son intérieur, un kyste séreux du volume d'une cerise, et vers son bord libre un corps jaune, large d'un centimètre, dont la membrane interne, plissée sur elle-même, renfermait un liquide incolore.

La trompe droite était remplie d'un liquide rougeâtre; son pavillon était oblitéré. Le canal de la trompe était libre.

L'ovaire droit, tuméfié, contenait un vaste kyste, rempli d'un liquide trouble, mêlé de matière caséeuse; son tissu propre avait presque complétement disparu. On y découvrait cependant encore quelques vésicules de de Graaf.

Les vaisseaux ovariques gauches n'étaient pas plus volumineux que dans l'état de vacuité de l'utérus; leur volume était le même qu'à droite.

VI. GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT.

Les numéros de janvier, février et mars 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur la vaccination*; par M. Millingen. 2° *Cas de lithotritie*; par M. Paléologue. 3° *Observations d'enchondrome*; par M. Callias. 4° *Des effets de la saignée*; par M. Mavrojény. 5° *Grossesse multiple (trijumeaux)*; par M. Fenerly. 6° *De l'atrophie aiguë du foie*; par le docteur Muhlig. 7° *Du tétanos des nouveau-nés*; par le docteur Goodell.

GROSSESSE MULTIPLE (TRIJUMEAUX); par M. le docteur FENERLY.

OBS. — Une femme âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, mais ayant les extrémités inférieures infiltrées et gonflées, met au monde un premier enfant le 10 janvier, à trois heures du matin. Il ne s'est point écoulé de sang par le bout placentaire du cordon.

Au bout de trois heures, les contractions ne se faisant pas bien activement, et la présence d'un second enfant ayant été reconnue, l'accoucheur résolut d'intervenir. La poche des eaux fut rompue, et on alla à la recherche du second enfant. Celui-ci fut saisi par les pieds; la tête seule offrit quelque résistance à l'extraction; il fallut appliquer le forceps.

Après la sortie du second enfant, l'utérus conservant encore un volume considérable, le toucher fut pratiqué et on constata la présence d'un troisième enfant. Celui-ci fut expulsé quinze à vingt minutes après l'autre.

Tous trois sont bien portants, et la mère en bon état.

La femme a porté le fruit de la conception juste neuf mois. Aucun signe autre que le volume considérable du ventre ne pouvait faire soupçonner la multiparité.

Les trois placentas étaient réunis ensemble par des membranes et formaient ainsi une seule masse, mais il n'existait entre ces trois placentas aucune communication vasculaire. Les cordons naissaient de points distincts et du milieu de chaque espace placentaire. Les trois enfants étaient entourés d'une caduque commune, mais chacun avait son chorion et son amnios à part. Les enfants étaient dans des cavités isolées, séparés l'un de l'autre par une cloison constituée par l'adossement des membranes de chacun d'eux, baignés chacun par un liquide spécial, et alimentés chacun par un placenta propre à chaque fœtus.

Le premier enfant sorti était le plus volumineux; les deux autres étaient plus petits, mais bien conformés.

VII. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS.

Les livraisons de la deuxième série contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Etudes sur la menstruation chez les femmes des Sables-d'Olonne (Vendée)*; par le docteur Marcel-Petiteau, membre correspondant (Ouvrage couronné par la Société de médecine de Poitiers.) 2° *Observation de phlegmatia alba dolens, œdème douloureux des nouvelles accouchées, suivie de quelques mots sur la nature de cette maladie*; par le docteur Pingault. 3° *Note sur le traitement de l'ongle incarné*; par le docteur Levieil de la Marsonnière. 4° *Treize années de pratique à la Maternité de Poitiers*, par le docteur Bonnet, professeur d'accouchements à l'Ecole secondaire.

TREIZE ANNÉES DE PRATIQUE A LA MATERNITÉ DE POITIERS; par le docteur BONNET, professeur d'accouchements, médecin de la Maternité.

Ce mémoire, présenté à la Société, est le compte rendu des principaux faits qui se sont passés, pendant ce temps, à l'école d'accouchements de Poitiers. Depuis l'établissement des maisons de maternité auprès des écoles secondaires de médecine, la statistique des accouchements fait de véritables progrès. Chaque professeur commence à

publier les résultats de son expérimentation, et plus d'un point de doctrine ou plutôt de pratique y trouve des éléments de décision. C'est donc une conduite qu'on ne saurait trop encourager que cette disposition de la part des obstétriciens de la province. Le même nombre d'observations éparses, prises à des points de vue nécessairement divers, ne saurait manquer de fournir de précieux renseignements, même venant après ceux que nous puisons dans les écoles des grandes capitales, toujours plus ou moins empreints du même esprit d'école.

Les points saillants du travail de M. Bonnet nous ont paru se rapporter à la conduite à tenir dans les cas d'hémorrhagie, suite d'implantation du placenta sur l'orifice, d'éclampsie et d'ulcères du col.

Dans la première catégorie, M. Bonnet conseille la perforation plutôt que le décollement du placenta lorsque cet organe repose en plein sur le col. Il dit n'avoir jamais osé pratiquer l'extraction du placenta préalablement à celle de l'enfant, suivant la méthode du professeur Simpson.

Dans les cas d'éclampsie, il insiste sur la puissance quasi-exclusive de la saignée, combinée avec l'accouchement forcé.

Enfin dans le traitement des ulcérations syphilitiques ou autres du col pendant la grossesse, il s'élève énergiquement contre l'emploi de la cautérisation, surtout avec le caustique Filhos, cette opération produisant des cicatrices qui deviennent de véritables obstacles à la dilatation du col.

Ces diverses opinions sont appuyées sur des observations bien prises et méritant toute considération.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUIN 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOUVEAUX ÉCLAIRCISSEMENTS SUR LE NOEUD VITAL; par M. FLOURENS.

Je ne reviens aujourd'hui sur le *nœud vital* que pour relever deux erreurs de rédaction qui me sont échappées dans ma note de 1851.

Première erreur. — Je dis p. 438, lig. 22, que le petit emporte-pièce dont je me sers pour couper la moelle allongée, a *à peine un millimètre de diamètre.*

C'est *à peine une ligne de diamètre* que j'aurais dû dire (1). Et tout le reste de ma note le démontre assez.

J'y dis en effet : « J'ai fait représenter sur deux figures de cerveaux, l'une » d'un cerveau de chien, l'autre d'un cerveau de lapin (2), les deux limites, » supérieure et inférieure, du *nœud vital*, telles que me les donnent mes dernières expériences.

» La limite supérieure passe sur le *trou borgne*, la limite inférieure passe » sur le point de jonction des *pyramides postérieures*; entre ces deux limites » est le *nœud vital*, et, de l'une de ces limites à l'autre, *il y a à peine une* » *ligne.* »

Or entre ces deux limites, se trouve précisément le V *de substance grise*, dont la base répond au *trou borgne* et la pointe au point de jonction des *pyramides postérieures*, et c'est pourquoi j'ai donné aux physiologistes le V *de substance grise* comme le *signe* extérieur et indicateur du point où réside, dans la profondeur de la moelle allongée, le *nœud vital*, du point où il faut couper la moelle allongée pour atteindre et couper le *nœud vital*.

Au reste, ni le diamètre ni l'épaisseur de l'instrument dont je me sers, n'ont, en soi, aucune importance.

Jusqu'en 1851, je me servais d'un histouri dont l'épaisseur est précisément d'*un millimètre*. Dans mes dernières expériences, je me suis servi d'un scalpel à double tranchant dont l'épaisseur n'est aussi que d'*un millimètre*.

Le point essentiel n'est pas l'instrument dont on se sert; le point essentiel est le point, le lieu, l'endroit précis où il faut couper la moelle allongée, et ce point est marqué à l'extérieur par le V *de substance grise.*

Pourvu qu'on coupe la moelle allongée sous le V *de substance grise*, peu importe l'instrument avec lequel on la coupe.

Deuxième erreur. — Je dis, p. 438, lig. 18 : « Si la section passe la pointe du » V *de substance grise.....* »

C'est « *sur le* V *de substance grise* » que j'aurais dû dire.

La pointe du V *de substance grise* marque la limite inférieure du *nœud vital*, la base du V *de substance grise* marque la limite inférieure du *nœud vital.* C'est entre ces deux limites, c'est-à-dire sur le V *de substance grise*, qu'il faut couper la moelle allongée.

Au reste ces deux erreurs de rédaction ont été corrigées dans ma note du 22 novembre 1858, c'est pour les corriger que je l'ai principalement écrite, et c'est cette note de 1858 que j'ai donnée comme la dernière et définitive exposition de mes travaux sur le *nœud vital.*

Et maintenant, ces deux éclaircissements posés, je prie que l'on me permette de rappeler ici le vrai caractère de ma découverte.

Galien, Lorry, Le Gallois avaient reconnu qu'il y a, dans la moelle allongée, un point où, la moelle allongée étant coupée, l'animal est frappé de mort subite.

Mais ce point où est-il? En quel lieu précis faut-il le chercher? Par quelle marque extérieure peut-on l'indiquer aux physiologistes?

Galien avait dit : « Après la deuxième ou première vertèbre ou à l'origine » même de la moelle épinière (1). »

Lorry : « Entre la deuxième et troisième, troisième et quatrième, première » et deuxième vertèbres du col (2). »

Le Gallois : « A une petite distance du trou occipital et vers l'origine de la » huitième paire (3). »

Je suis le premier qui ai marqué un point fixe : « Entre le *trou borgne* et » le point de jonction des *pyramides postérieures*, » et donné aux physiologistes un signe anatomique, extérieur et certain, pour le retrouver : le V *de substance grise.*

C'est là ma découverte.

NOTE SUR QUELQUES NOUVELLES EXPÉRIENCES; par M. CH. MATTEUCCI.

En faisant dernièrement mon cours, j'ai été amené à tenter quelques nouvelles expériences sur deux points qui intéressent hautement l'électro-physiologie. Depuis bien longtemps j'ai montré qu'un courant électrique qui est transmis à travers ou normalement à l'axe d'un filet nerveux, n'a pas, comme le courant qui parcourt le nerf longitudinalement, la propriété de l'exciter et d'éveiller les contractions dans les muscles dans lesquels le filet nerveux se ramifie. On conçoit facilement toute l'importance de ce résultat pour la théorie, encore inconnue, de l'action physiologique du courant sur les nerfs. Malheureusement l'expérience, qui peut facilement être énoncée, est très-difficile à exécuter de manière à conduire à un résultat rigoureux. Toutes les fois que je me suis occupé de ce sujet, j'ai tâché de perfectionner l'expérience. Voici comment j'opère dans mon cours d'électro-physiologie.

Sur une petite planche de bois, je fixe deux lames carrées de 50 millimètres de côté, l'une de zinc et l'autre de cuivre, à la distance d'à peu près 80 millimètres entre elles. Une bande de papier à filtrer ou de toile, de la même largeur que les lames, légèrement imbibée d'eau de puits ou d'eau distillée, est placée sur les deux lames. Lorsqu'un fil de cuivre réuni à une des lames métalliques est porté en contact de l'autre lame, un courant circule dans le conducteur humide, ayant à peu près la même intensité dans tous les points. Une patte galvanoscopique, soutenue sur une lame de gutta-percha, étant rapidement préparée, on étend son filet nerveux sur le papier, tantôt parallèlement aux filets du courant électrique, tantôt normalement à ces filets. On voit alors, toutes les fois qu'on établit le circuit métallique entre les deux lames, la grenouille se contracter si le nerf est étendu parallèlement aux filets électriques, tandis qu'il n'y a aucun signe de contraction si le nerf est normal à ces filets. Ce résultat est constant, quelle que soit la distance du filet nerveux aux lames métalliques, et, ce qui intéresse encore plus, la contraction s'obtient lorsque le filet nerveux, étendu longitudinalement, touche le papier sur une longueur d'à peu près 2 millimètres, tandis que la contraction manque quand le nerf placé en travers touche le papier sur une longueur de 40 à 50 millimètres. Je n'ai pas besoin de dire que, lorsque la grenouille galvanoscopique est un peu affaiblie, la contraction n'a lieu qu'au moment de la fermeture du circuit avec le courant direct, et que, avec le courant inverse, la contraction arrive au moment où le circuit est ouvert.

Je dois remarquer ici qu'en réfléchissant sur la relation, aujourd'hui bien démontrée, entre les effets électro-physiologiques du courant et sa direction dans le nerf, la différence des effets trouvés, suivant que le courant parcourt un nerf parallèlement ou à travers sa longueur, devient presque une conséquence théorique de cette relation.

Quoique le résultat de l'expérience que j'ai décrite avec soin soit constant et concluant, j'ai voulu perfectionner encore l'expérience et la mettre à l'abri d'une espèce d'objection qu'on pourrait lui faire en se fondant sur la théorie des courants dérivés. Lorsque le nerf est étendu normalement, le courant qui le traverse et qui dépend, comme il arrive toujours, de la différence des états électriques des points touchés par le nerf, ne peut être que très-faible

(1) C'est-à-dire à peu près 3 millimètres. Au reste, c'est toujours avec le même instrument, le même *emporte-pièce*, que j'ai fait toutes mes expériences.

(2) Je ne parle, dans ma note actuelle, que de mes expériences sur les lapins.

(1) Atqui perspicuum est quod, si post secundam aut primam vertebram, aut in ipso spinalis medullæ principio, sectionem ducas, repente animal corrumpetur. (DE ANATOM. ADMINIST., lib. VIII, cap. IX, p. 103, édition de Juntes.)

(2) MÉMOIRES DE L'ACAD. DES SCIENCES: — SAVANTS ÉTRANGERS, t. III, p. 36.

(3) EXPÉRIENCES SUR LE PRINCIPE DE LA VIE, p. 37. — Moi-même je disais en 1827 : « De l'origine de la huitième paire à trois lignes au-dessous. » (RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, p. 204, 2e édition.)

Enfin, M. Longet, dans son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, t. II, p. 206, dit : « La » destruction isolée du faisceau intermédiaire du bulbe, *au même niveau*, a » produit la suspension momentanée de la respiration. »

Au même niveau, c'est-à-dire au niveau indiqué par moi en 1827; mais *niveau* que j'étais loin d'avoir déterminé encore avec le degré de précision qui a paru dans mes notes de 1851 et de 1858.

à cause de la petite épaisseur du nerf. Nous avons déjà dit que l'expérience réussit très-bien quand le nerf parcouru suivant sa longueur touche le papier sur une longueur vingt fois plus grande. Cette manière d'opérer répond bien à l'objection, mais on pourrait objecter qu'elle n'y répond pas entièrement, puisqu'il faudrait que le nerf étendu en longueur ne touchât le papier que sur un espace égal à celui que le nerf occupe avec son épaisseur.

Pour enlever tous les doutes, au lieu d'avoir un papier continu entre les deux lames du couple, j'ai deux morceaux de papier posés, d'une part sur les lames, de l'autre placés presque en contact et de manière à laisser une fente de 1 à 2 millimètres entre eux. Alors je fais l'expérience en remplissant la fente seulement avec le nerf de la grenouille galvanoscopique et en ayant dans tous les cas la même longueur de nerf placée en travers de la fente, mais disposée de manière à avoir le nerf parcouru tantôt longitudinalement, tantôt transversalement par le courant. Lorsque l'expérience est bien faite, c'est-à-dire en employant un courant qui ne soit pas trop fort et des nerfs assez affaiblis pour qu'ils ne soient plus excitables au passage du courant inverse, le résultat est le même que celui obtenu de la manière précédente.

Si j'ai été très-minutieux dans la description de ces expériences, il faut admettre pour mon excuse que, pour la théorie de l'action physiologique du courant électrique, il est important d'avoir démontré rigoureusement que le courant électrique n'agit sur un nerf qu'en le parcourant suivant sa longueur.

L'autre résultat auquel je suis dernièrement parvenu, est la différence notable et constante dans le pouvoir électromoteur des muscles des grenouilles, suivant que ces animaux ont été tués à l'état naturel ou après avoir éprouvé l'effet de l'empoisonnement du curare. Pour bien faire cette comparaison, j'ai employé un procédé qui m'a toujours servi dans mes anciennes expériences d'électrophysiologie, et qui consiste dans l'opposition de deux éléments musculaires qu'on veut comparer. J'ai tué un grand nombre de grenouilles empoisonnées par le curare au moment où les premiers effets du poison se manifestaient, et en même temps je tuais un grand nombre de grenouilles semblables qui n'avaient pas été empoisonnées. Des piles de gastrocnémiens pris sur les grenouilles saines et sur les grenouilles empoisonnées, ou bien, un gastrocnémien sain et un gastrocnémien empoisonné étant opposés, le galvanomètre m'a toujours indiqué un courant différentiel notable, et qui dénotait que le pouvoir électromoteur des muscles empoisonnés était devenu beaucoup plus faible que celui des muscles sains.

Si l'on compare ce résultat à celui que j'ai obtenu, il y a déjà longtemps, sur des muscles appartenant à des grenouilles tuées avec des poisons narcotiques, et qui ne montrent pas de différence des muscles sains, on serait amené à considérer, comme c'est, je crois, le résultat des expériences de M. Bernard, que l'action du curare s'exerce sur le sang et sur la nutrition et par conséquent sur la fonction qui est, suivant moi, la source du pouvoir électromoteur musculaire.

— M. Virchow, récemment nommé à une place de correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, adresse, de Berlin, ses remercîments à l'Académie.

Observations sur l'opium indigène ; par M. Roux.

(Commissaires : MM. Pelouze, Bussy.)

L'auteur, professeur de botanique à l'École navale de Rochefort, a entrepris, dès l'année 1851, mais suivi plus assidûment en 1856, 1857 et 1858, les recherches qui font l'objet de son mémoire.

Ces recherches ont porté sur huit variétés ou espèces de pavots, savoir : 1° le pavot blanc médicinal à capsules indéhiscentes ; 2° le pavot œillette ; 3° le pavot œillette aveugle (capsules indéhiscentes) ; 4° le pavot lilas foncé avec une tache brune à la base du pétale ; 5° le pavot violet ; 6° le pavot à pétale rouge ; 7° le pavot de l'Inde, *cassa-cassa* de la côte de Coromandel ; 8° le pavot à bractées.

Les résultats auxquels il est arrivé sont résumés par lui, à la fin du mémoire, dans les propositions suivantes :

1° Le pavot de l'Inde fournit une proportion considérable d'opium et de graines ; la culture de cette vigoureuse et remarquable espèce devrait être tentée dans les départements où l'extraction de l'huile d'œillette s'opère sur une grande échelle. Cette plante s'acclimatera facilement en France. Un semis fait au mois d'octobre 1857 a parfaitement réussi, et les jeunes plants ont, sans accident, supporté, dans l'hiver de 1857 à 1858, une température de 10 degrés au-dessous de zéro. L'influence de ce froid n'a pas été plus sensible sur des pavots blancs, œillettes ordinaires, pavots rouges semés à la même époque et dans le même terrain que les pavots de l'Inde.

2° Les pavots œillette, œillette aveugle et rouge, sont les espèces qui fournissent le meilleur opium.

3° Le suc provenant de ces pavots offre une richesse en morphine supérieure à celle des opiums du commerce.

4° L'œillette, l'œillette aveugle, le pavot indien, le pavot rouge, pourraient être cultivés avec avantage dans la plupart de nos départements.

5° Un ouvrier peut récolter, en quinze heures, 100 grammes d'opium au moins. En employant à ce travail des femmes ou des enfants dont les bras sont souvent inoccupés dans les campagnes, ou dans divers établissements de nos villes, tels que les hospices, on pourrait livrer avec avantage au commerce l'opium nécessaire aux officines et affranchir la France du tribut onéreux qu'elle paye au Levant.

6° La récolte de l'opium me paraît promettre des bénéfices notables au cultivateur qui la tenterait avec un peu d'intelligence. Si l'on se rappelle que la France retire annuellement des pavots qu'elle cultive une quantité d'huile dont la valeur atteint de 25 à 30 millions de francs, on verra qu'il serait facile d'ajouter comme annexe à cette importante production l'intéressante industrie de l'opium indigène. L'avenir nous dira si, après avoir approvisionné nos officines, l'excédant de cette production ne pourrait pas être livré au commerce. En observant que la valeur de l'opium introduit en Chine, dans l'année 1838, s'est élevée à 67 millions, on peut se demander s'il ne serait pas possible d'échanger un jour l'opium indigène contre les thés et autres substances que nous tirons à grands frais de l'Orient.

L'emploi de l'opium indigène en médecine, conseillé par divers observateurs, administré avec succès, sur nos prières, par M. Duval, premier chirurgien en chef de la marine à Brest, serait une heureuse innovation. Ce suc, riche en morphine, mettrait à la disposition du praticien des produits actifs, dont les effets seraient au moins égaux ou supérieurs à ceux fournis par les diverses espèces d'opium de l'Égypte, de Smyrne, de Constantinople et de l'Inde.

Sur les propriétés fondantes et résolutives du fucus vesicularios ; sur l'emploi de cette plante dans le traitement de l'obésité ; par M. Duchesne Duparc.

(Commissaires : MM. Andral, Rayer.)

D'après quelques indications qui lui avaient été fournies relativement à l'emploi de ce médicament contre le psoriasis invétéré. M. Duchesne Duparc crut devoir en faire l'essai et reconnut que les propriétés qu'on lui attribuait étaient au moins fort exagérées. L'administration du remède, continuée pendant un temps qui semblait plus que suffisant, n'amena point le résultat attendu, mais produisit un effet sur lequel on ne comptait pas. Cet effet consistait dans un amaigrissement marqué, quelquefois très-rapide, mais toujours exempt de malaise et sans aucun trouble des fonctions digestives. M. Duchesne pensa dès lors avoir trouvé un remède à opposer à l'obésité quand elle constitue un état maladif, et les essais qu'il en a faits ont, assure-t-il, justifié cette prévision. Il emploie toute la plante (tige et feuilles) soit en décoction, soit en poudre sous forme pilulaire. Il donne dans son mémoire les doses auxquelles il administre le médicament, et cite à l'appui de ses propriétés thérapeutiques un certain nombre d'observations.

— M. le Ministre de la guerre adresse, pour la bibliothèque de l'Institut, le tome XXII de la 2e série du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Un rapport adressé par M. le docteur Montard-Martin, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à M. le directeur général de l'assistance publique, sur les propriétés du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes. (Comm. : MM. Grisolle, Bouchardat.)

L'Académie reçoit :

1° Une liste de souscriptions ouverte pour couvrir les frais de sépulture de feu M. le docteur Gaimard, membre correspondant de l'Académie et compagnon de voyage de Dumont-d'Urville ;

2° La recette d'une eau, d'un sirop et d'une pâte balsamiques de pin vierge, par M. le docteur Lalesque et M. Sémiac, pharmacien (Comm. des remèdes nouveaux) ;

3° Une série de documents relatifs à l'action du seigle ergoté sur le produit de la conception, par M. le docteur R. West (Comm. : MM. P. Dubois, Depaul, Danyau) ;

4° Une note de M. le docteur Faure sur l'inhalation du chloroforme par une seule narine (Comm. : MM. Velpeau, Malgaigne) ;

5° Une série de pièces justificatives envoyées par M. Labourdette, pour établir ses droits de priorité sur M. Domesnil, dans la question des laits médicamenteux (Comm. déjà nommée, M. Bouley rapporteur).

— M. Depaul présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Anreliano Maëstro de San Juan, une brochure intitulée : « Études cliniques sur l'action qu'exerce le chloroforme administré par l'estomac dans le traitement des fièvres intermittentes. »

— A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Guérard sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

La séance publique est reprise à quatre heures et demie.

Lectures. — État mental dans la chorée.

M. Blache, en son nom et au nom de MM. Ferrus et Baillarger, lit un rapport sur un mémoire de M. Marcé, intitulé : De l'état mental dans la chorée.

A propos d'une courte introduction placée en tête de ce travail, M. le rapporteur rappelle le rôle que jouent, dans la pathogénie d'un grand nombre

de névroses, des diathèses, des états généraux de l'organisme qui attaquent non-seulement les fonctions nerveuses, mais encore, et surtout, des fonctions de la vie nutritive. Il signale l'importance de ce fait qui, en permettant d'établir la classification la plus philosophique des névroses, devient en même temps une source féconde d'indications thérapeutiques rationnelles. Entrant ensuite dans l'analyse du mémoire de M. Marcé, il en résume successivement les points les plus saillants.

Pour M. Marcé, autour de l'élément convulsif qui forme le point essentiel de la chorée, viennent se grouper d'autres phénomènes nerveux : l'anesthésie superficielle et profonde, l'hyperesthésie, l'affaiblissement musculaire, divers troubles de la sensibilité générale et spéciale, et surtout un état mental qui offre des nuances infinies, depuis les troubles intellectuels les plus légers jusqu'à la mélancolie et l'hébétude, depuis l'hallucination jusqu'au délire le plus complet.

Ainsi, la chorée se rapprocherait singulièrement de l'hystérie, névrose générale par excellence, dans laquelle toutes ou presque toutes les fonctions du système nerveux sont atteintes simultanément ou successivement.

M. Marcé écarte de son sujet les névroses épidémiques du moyen âge, décrites par Hecker comme appartenant à la chorée et rangées aujourd'hui avec raison parmi les vésanies ; mais il y fait rentrer les chorées anormales, que Félix Plater et Tulpius attribuent à tort à la folie.

Passant ensuite en revue les ouvrages écrits sur la chorée, il signale comme une lacune qu'il espère combler l'étude trop incomplète des rapports de la chorée avec la pathologie mentale.

Le travail de M. Marcé est fondé sur l'analyse de 57 observations.

M. Blache insiste sur la nécessité de ne pas confondre des phénomènes cérébraux fugaces, qui ne font pas partie des maladies et se développent seulement comme conséquence d'une excitation momentanée trop vive, avec une folie véritable, persistante, qui ferait partie intégrante des maladies. Or, dans la chorée légitime, vulgaire, dégagée de toute complication, les désordres psychiques, quand ils existent, sont si légers, si superficiels, si fugaces, qu'on devra toujours les reléguer au second plan. S'ils se présentent avec des caractères plus accusés, sous une forme plus bizarre et plus insolite, c'est que la chorée n'est plus simple, elle est compliquée d'hystérie ou elle complique une hystérie, ou elle s'est développée chez un sujet si fortement prédisposé aux troubles mentaux par son idiosyncrasie que toute autre maladie nerveuse produirait sur lui des effets analogues. M. Marcé a peut-être trop grossi les désordres de l'entendement qui se rattachent à la chorée.

M. Marcé a été frappé de l'immunité complète qu'offrent un grand nombre de choréiques sous le rapport des désordres cérébraux. Sur 57 choréiques, il en a trouvé 21 qui n'ont offert aucun désordre de ce genre. Cette proportion, ajoute M. Blache, serait beaucoup plus grande, si les observations avaient été prises à l'hôpital des Enfants. La rareté des troubles mentaux chez les enfants fait que, quand ils se présentent, on doit moins les rattacher à la chorée elle-même qu'à l'idiosyncrasie du sujet ou à l'hystérie qui complique la chorée.

M. Blache passe ensuite à la deuxième partie du travail de M. Marcé, à celle qui, selon l'auteur, a le plus d'importance, car il y décrit un état mental qu'on n'avait pas observé jusqu'ici, ou du moins que les pathologistes avaient passé sous silence : il s'agit des hallucinations, le plus souvent limitées au sens de la vue. On peut, dit M. Marcé, les rencontrer dans la chorée pure, dégagée de toute complication, mais leur existence est infiniment plus fréquente toutes les fois que la chorée est associée à des symptômes hystériques. Si, dans la grande majorité des cas, ces hallucinations constituent un symptôme sans gravité, elles peuvent, dans certains faits exceptionnels, amener de l'excitation et du délire.

La chorée, dit encore M. Marcé, peut, dès son début, ou pendant son cours, se compliquer de délire maniaque ; il en résulte alors un état fort grave qui, dans plus de la moitié des cas, amène la mort au milieu de formidables accidents ataxiques, et même, dans les cas heureux, laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable.

C'est par ces deux conclusions que se termine le travail de M. Marcé.

M. le rapporteur, sans entrer dans l'analyse des observations de M. Marcé, fait remarquer que les femmes dont il est question sont jeunes, hystériques et choréiques, et que, pour apprécier la valeur de la chorée comme cause des désordres psychiques, il est rationnel de peser l'influence que peuvent avoir sur leur production le sexe, l'âge et l'hystérie. Or, selon lui, cette influence est énorme, et il pense que M. Marcé ne lui a pas fait la part assez grande, bien qu'il reconnaisse que l'hystérie, à elle seule, peut déterminer des hallucinations.

Dans la dernière partie de son travail, M. Marcé s'occupe de la chorée avec délire maniaque, et rapporte 4 observations à l'appui de ses conclusions. M. Blache les examine successivement et fait voir, qu'à l'exception d'une seule, il est possible, dans ces observations, de rattacher les désordres de l'état mental à une autre cause qu'à la chorée.

Ainsi, messieurs, dit en terminant M. Blache, le délire maniaque se manifeste très-rarement dans les chorées simples exemptes de complications. Quelquefois il est le phénomène essentiel de la maladie, la chorée ne survenant que plus tard comme phénomène secondaire; d'autres fois, il se développe sous l'influence d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une méningite, ou d'une congestion cérébrale ; mais quelle que soit sa cause immédiate, il entraîne presque toujours la mort des malades.

Quoique nous ne partagions pas complétement la manière de voir de l'auteur sur tous les sujets qu'il a traités, la scrupuleuse attention avec laquelle nous avons étudié son mémoire témoigne de l'intérêt qu'il nous inspire et de l'importance que nous lui accordons. Nous lui devons de justes éloges, et lui savons gré des efforts qu'il a faits pour élucider des questions encore obscures.

Nous proposons à l'Académie :

1° De renvoyer ce mémoire au comité de publication ;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur.

Sur la proposition de M. Trousseau, la discussion sur le rapport de M. Blache est renvoyée à quinzaine.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou de l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel ; par le docteur Moreau (de Tours). — 1 vol. in-8°. — Paris, chez Victor Masson. — 1859.

En terminant la lecture de cet attachant volume, un impérieux besoin s'empare de vous, celui de se recueillir et de le résumer. De raisonnement en raisonnement, d'exemple en analogie, l'esprit est mené si loin, l'auteur lui fait parcourir de chapitre en chapitre de telles distances dans une voie nouvelle, l'entraîne sans lui permettre de résistances partielles, si loin de sa demeure habituelle, que vraiment le tourbillonnement vous prend et qu'à l'instar du profond observateur, on croit un peu avoir pris aussi du baschich.

Ainsi, en ouvrant le volume, qui pourrait songer à refuser son adhésion au principe éminemment rationnel sur lequel va s'asseoir la méthode que notre savant confrère applique à l'étude des affections mentales? Nul système psychique pur, nulle philosophie ne sont jamais parvenues à se faire une idée nette, à se donner une solution de la nature et de l'essence de l'âme, du principe qui préside à nos facultés intellectuelles et morales. Il n'est pas un philosophe, un métaphysicien, cherchant à pénétrer le *moi* dans l'étude de la raison pure, qui se doule, qui se soit jamais douté de tout ce que révèle, à l'endroit de la nature et du mode d'activité de nos facultés mentales, l'observation des maladies de ces facultés.

Après avoir établi ce qu'on a pu fonder au moyen de la seule méditation, il est nécessaire, si l'on ne veut pas demeurer dans une inexprimable confusion, une profonde obscurité, recourir à l'observation de l'intelligence humaine dans ses perversions, il faut l'étudier malade.

Le premier coup d'œil jeté sur deux ou trois tableaux représentant les principales de ces perversions, vous démontre à l'instant que, du premier jour de la métaphysique jusqu'à notre ère, cette science des sciences n'a fait que s'entraver, s'embarrasser dans ses langes. Un seul mot justifiera cette assertion impertinente : Qu'est-ce que la métaphysique en face des hallucinations?

L'étude de la pathologie mentale, il n'est pas un médecin qui en doute, est donc la clef unique de ce qui pourra être découvert en matière psychologique.

C'est bien ce qu'ont compris les écoles psychiâtres modernes, et c'est, en effet, à leur observation des malades que sont dues les seules notions positives, quoique encore assurément confuses, que possède la science en matière psychologique. Mais ces écoles, malgré l'importance et le prix des propositions qu'elles ont su établir, se sont montrées plus fidèles, dans leurs recherches, à la méthode d'induction métaphysique qu'à la méthode scientifique fondée sur l'expérience et l'observation. Elles ont étudié les facultés perverties en elles-mêmes, et ont en cela travaillé presque sur le terrain exclusif de la philosophie, éclairée, il est vrai, par l'observation, mais ont négligé l'élément organique qui leur servait d'interprète.

M. Moreau reste, lui, sur le terrain de la simple observation médicale.

Quelles que soient les maladies que nous avons à traiter, et auparavant à étudier, dit notre savant confrère, l'altération fonctionnelle qui la constitue ne se manifeste à nous que par l'intermédiaire d'un organe ou d'un système d'organes. La fonction, quelle qu'elle soit, est un acte abstrait pour nous ; nous ne pouvons nous adresser jamais qu'à l'appareil qui l'accomplit ou par lequel elle se manifeste à nos sens. Où est le motif qui nous ferait nous écarter, pour l'étude des affections des facultés de l'âme, d'une voie exclusivement suivie par nous dans tous nos conflits avec la maladie. Où les attaquer, où les surprendre, médicalement parlant, si ce n'est dans l'organe ou le système d'organes

au moyen desquels elles se manifestent, si l'on ne peut dire par qui elles s'accomplissent. Pour notre compte, nous serions dans l'impossibilité d'objecter à M. Moreau une raison exclusive contre cette façon de voir. La méditation pure, depuis le temps qu'elle est à l'œuvre, a dû fournir à cet égard tout ce dont elle était capable d'accoucher; cherchons donc si la méthode naturelle ne sera pas plus féconde. Pour cela nous suivrons l'observateur dans l'application de cette nouvelle méthode d'observation des maladies mentales, concession qui nous conduit à la proposition suivante :

Le cerveau, ce point de départ, cet organe de manifestation des facultés mentales, a d'autres facultés sous sa dépendance, d'autres facultés aussi inextricablement liées à lui, aussi impénétrables que les facultés de l'âme elles-mêmes dans leur mode de production : la motilité, la sensibilité physique. Pourquoi a-t-on donc jusqu'ici toujours étudié séparément les altérations fonctionnelles de l'une et l'autre catégorie? Ne sont-elles pas les indices, et à un degré pareil, d'une altération de l'organe. Les unes sont plus nobles que les autres, mais il n'est pas un médecin qui se sente rassuré sur l'intégrité des unes quand les autres, par leur trouble, lui révèlent forcément un changement introduit dans l'état de l'organe. Etudions donc les perversions manifestées concurremment avec les autres perversions fonctionnelles des centres nerveux, c'est-à-dire avec les troubles de la motilité et de la sensibilité. Or un premier examen conduit M. Moreau à la constatation statistique suivante :

Sur 56 idiots ou imbéciles, il a trouvé 132 cas pathologiques à ranger par ordre de fréquence relative parmi les suivants : folie proprement dite,

Affections cérébrales aiguës (fièvre cérébrale),
Epilepsie,
Hystérie;
Névroses caractérisées par une lésion, par excès ou par défaut de la sensibilité générale ou spéciale;
Les névralgies de toutes sortes;
Les névroses des organes principaux.

Et en regard, sur 124 épileptiques, 250 cas pathologiques à inscrire dans le même tableau et à peu près dans le même ordre.

Notre savant confrère voit là un premier point établi, à savoir que les anomalies de l'intelligence, les modifications accidentelles ou congéniales ont pour origine les mêmes conditions organiques que tous les autres troubles fonctionnels des centres nerveux : lésions de la sensibilité, des mouvements, convulsions, paralysies, etc.

Les chiffres ne permettent assurément pas de considérer cette affirmation comme téméraire. Pour qu'on l'accepte, cependant, il est besoin d'ajouter à ces données une remarque importante.

Si l'on y porte attention, on voit que les tableaux statistiques invoqués par M. Moreau ne sont établis que sur un nombre donné d'idiots et d'imbéciles d'une part, d'épileptiques de l'autre. Mais M. Moreau étend à la folie les conclusions que lui fournit la considération des idiots. Il assimile donc la folie (expression qui comprend des perversions de nature apparemment variées et différentes) avec l'idiotie qui ne varie guère, consistant dans l'extinction quasi totale de toute lueur d'intelligence. Devons-nous accepter cette assimilation? La folie qui s'offre à nous sous les traits d'une mobilité, d'une exaltation souvent effrayante, peut-elle donc être traitée sur un pied d'égalité ou d'indifférence avec l'idiotisme qui nous rappelle une physionomie morale si éloignée de ce type? Voici ce que nous dit à cet égard M. Moreau, et comment il a pu prendre l'idiotie et l'imbécillité comme le type le plus absolu des perversions intellectuelles, dont la folie ne serait que le premier échelon, le premier degré.

Aux yeux du médecin de Bicêtre, le cerveau, dans ses manifestations fonctionnelles pathologiques, nous offre une série de modifications dont l'état de veille et de sommeil absolu, sans rêves, sont les deux termes physiologiques normaux extrêmes. Entre eux se placent en partant du sommeil, pour la clarté de l'exposition, 1° le sommeil *avec rêves fugaces*; 2° le *somnambulisme*, état dans lequel « sans être débarrassée complétement des liens du sommeil, la pensée n'est plus étrangère aux choses de l'état de veille; 3° l'*extase*, où les sens conservent le plus souvent une certaine activité; 4° l'état désigné par J. Franck sous le nom de « *somniatio*, » espèce d'extase accompagnée de mouvement et d'action; 5° le délire aigu, espèce de partage entre la veille et le sommeil avec rêves; 6° enfin la *folie*, dernier terme des modifications de la faculté pensante et le plus éloigné du type sommeil absolu, ou se rapprochant davantage de l'état de veille. C'est absolument *le rêve pendant la veille*.

De tous les états que nous venons de passer en revue, la folie peut donc être considérée comme la lésion mentale la moins profonde, la moins éloignée du type normal, comme l'idiotie, qui se rapproche davantage du sommeil absolu de l'intelligence, en serait le terme le plus élevé. Le degré de l'altération, l'époque de la vie où la cause productrice a été appelée en exercice, sont différents, mais l'altération fonctionnelle est évidemment de même ordre; et si nous devons admettre, en ce qui concerne l'idiotie, les enseignements de la statistique sur sa parenté étroite et originelle avec les troubles de la motilité et de la sensibilité, nous ne saurions raisonnablement exclure ces mêmes conséquences dans leurs relations avec l'aliénation mentale. Il nous paraît donc démontré, comme à M. Moreau, qu'au point de vue des causes prédisposantes originelles, idiots et imbéciles, aliénés et épileptiques, sont unis par les liens d'une étroite parenté.

Nous varions ici les termes mêmes de la formule de M. Moreau, formule un peu plus absolue, vraie, nous ne disons pas non, mais qui, sous sa plume, conduisent à des conclusions si considérables, d'une portée peut-être si redoutable, que nous préférons ne le suivre que d'un peu loin.

M. Moreau dit, en effet, expressément que ces altérations fonctionnelles, nées de la même origine, se développent sous les mêmes influences, sous les expressions diverses d'une même cause supérieure, et même, ajouterait-il presque, ne sont que cela. Etendant à toutes ces perversions considérées comme filles d'une même mère, la loi de famille ou d'hérédité, notre confrère, dans sa conviction intime, semble douter que l'une quelconque d'entre elles, la plus faible, la simple aliénation, puisse apparaître en dehors de cette prédisposition suprême. La folie, répète-t-il à chaque instant, est héréditaire, avant tout héréditaire, bien entendu dans le fait supérieur d'une altération transmise *quelconque* des centres nerveux : embrassant dans le même terme l'hérédité plastique, somatique et l'hérédité mentale, l'une quelconque des fonctions émanées du cerveau pouvant être indifféremment influencée par un état pathologique de l'organe. Sur 100 cas, M. Moreau établit formellement cette loi, 72 fois, et ne doute pas que, eu égard à la difficulté habituelle d'avoir des renseignements exacts sur les ascendants et collatéraux, la proportion réelle ne soit bien plus forte. Aussi n'accorde-t-il qu'une influence relativement faible, et la plupart du temps simplement occasionnelle, aux causes accessoires de folie, comme les émotions morales vives, etc., faisant observer à ce propos que le trouble des passions affectives n'est pas d'une nature moins héréditaire que les facultés mentales proprement dites, les instincts, sentiments, affections, ayant des racines encore plus profondes que ces dernières dans l'organisation. L'expérience démontre, d'ailleurs, que ces causes, exclusivement morales, jouent en réalité, dans la production de la folie, un rôle bien plus rare qu'on ne le croit généralement.

Pénétrant au fond des choses, l'hérédité, cette grande puissance pathogénique, prend sous la pression analytique de notre profond confrère une position plus importante, un rôle tout à fait supérieur dans l'étude des maladies mentales. Avant toutes choses, une perversion mentale étant offerte à l'observation du psychiatre, ce dernier devra penser qu'*à priori* l'organe malade portait en lui, par transmission héréditaire et dès le principe de sa formation, quelque chose d'anormal qui devait un jour se traduire par un trouble de l'une quelconque des fonctions placées sous la dépendance du cerveau, motilité, sensibilité générale ou spéciale, intelligence, instincts ou sentiments.

En ce qui concerne la folie en elle-même, abstraction faite des autres lésions fonctionnelles, l'hérédité ne consiste pas, il est bien entendu, en un legs identique aux expressions phénoménales présentées par l'ascendant. Si l'observation montre souvent chez les descendants des désordres de même nature que chez l'ascendant, souvent ces désordres sont réduits à de simples anomalies de l'innervation, quelquefois à une simple physionomie qui ne dépassera pas le degré de la bizarrerie ou de l'excentricité. Inutile de dire que la réciproque est aussi vraie et d'observation non moins journalière.

GIRAUD-TEULON.

(*La suite au prochain numéro.*)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LES INHALATIONS D'ÉTHER QUINIQUE. — DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE PAR LA CAUTÉRISATION AU MOYEN DE LA POTASSE FONDUE.

Pour qui a eu à lutter contre des intoxications palustres anciennes, confirmées ou rebelles, et provenant de contrées où l'élément toxique est doué de qualités puissantes, comme dans nos contrées méridionales, la question des succédanés du quinquina ou du sulfate de quinine est toujours un objet d'importance. Combien de fois un estomac épuisé ou malade ne répugne-t-il pas à l'admission de nouvelles quantités du fébrifuge classique; combien de fois n'a-t-on pas de justes défiances contre l'insuffisance de la méthode iatraleptique? Le moyen nouveau d'administration de l'atome péruvien spécifique recommandé par M. Eissen dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, l'absorption de la quinine, confiée aux voies respiratoires, va-t-elle mettre en effet une arme aussi nouvelle qu'utile aux mains du médecin? Si nous devons nous en rapporter aux observations recueillies par MM. les docteurs Wurzian et Groh, médecins de l'armée autrichienne, la réponse serait affirmative.

Le procédé consiste dans l'inhalation de l'éther quinique, combinaison imaginée par M. Manetti et expérimentée pour la première fois par M. Pignacca (de Milan), déjà connu des lecteurs de la GAZETTE.

La substance, incomplétement définie encore au point de vue de la chimie atomique, est obtenue au moyen de la distillation de l'alcool traité par l'acide sulfurique (théorie des éthers), en présence du quinate de chaux. Le produit de cette distillation est un liquide parfaitement limpide, incolore, d'une odeur agréable, moins volatil que l'éther sulfurique, mais assez volatil encore pour disparaître à une température ordinaire sans laisser de résidu. Il mérite donc bien le nom d'éther, et son action thérapeutique semble devoir justifier, en outre, la qualification de quinique qui lui a été imposée.

L'éther quinique, dit notre confrère M. Eissen, remplit les conditions requises de tout élément thérapeutique complet. Il agit tout à la fois *tuto, cito et jucunde*. Inhalé à la dose de quelques grammes (2 à 3), comme on emploie le chloroforme le plus généralement encore, sur une compresse, il jugule un accès commencé et prévient le retour des accès suivants. Les sept observations rapportées témoignent nettement en faveur de cette action rapide et radicale. Dans tous les cas expérimentés, l'accès s'est vu grandement diminué, pour ne plus revenir quand la fièvre était simple et légitime, ou pour ne se représenter que sous des traits fort affaiblis dans les cas de cachexie invétérée.

Depuis les premiers essais dont les sujets étaient des fébricitants lombards, non suspects d'insigniliance par conséquent, d'autres tentatives ont été poursuivies par le professeur Groh à Olmütz, et avec le même succès. Les résultats se sont montrés constants; que l'inhalation fût faite hors ou pendant la pyrexie, l'accès prévu se voyait très-notablement amoindri et le prochain prévenu dans la plupart des cas; la tuméfaction de la rate disparaissait en même temps. L'inhalation, du reste, loin d'être aucunement désagréable, s'accompagnait de bien-être ou d'une sensation reconnaissable d'amélioration. Si donc cette substance peut s'obtenir à un prix avantageux et que sa composition obtienne une détermination atomique exacte, il y a tout lieu d'y fonder la légitime espérance d'une très-heureuse acquisition thérapeutique. Ajoutons que dans leurs expérimentations les savants confrères que nous avons cités ont eu soin d'établir des contre-épreuves propres à fixer leur jugement. Ils ont soumis un certain nombre de fiévreux à des inhalations comparatives d'éther sulfurique pur, ou tenant en solution du sulfate de quinine. Les inhalations d'éther pur ne produisirent d'autre effet que d'augmenter d'une manière insupportable la période de chaleur; quant à celles contenant le sel quinique, quelques effets antipériodiques ont pu s'observer après de grandes quantités du remède absorbé; mais dans les cas graves ces effets étaient si peu sensibles après de longs essais, que les malades sollicitaient des moyens plus énergiques.

Il est superflu, après cette exposition rapide, d'encourager nos confrères à continuer ou reprendre d'aussi heureuses tentatives. Chacun y sera logiquement encouragé par l'importance du sujet; et quant à nous, nous réclamerions avec empressement, si l'occasion s'en présentait, les secours de nos collaborateurs les pharmaciens chimistes pour obtenir ce nouveau médicament scientifiquement préparé!

— Parmi les affections qui désolent le plus les malades et les médecins, il n'est pas téméraire de placer au premier rang les rétrécissements invétérés de l'urètre, les strictures cartilagineuses peu perméables s'indurant et se contracturant chaque jour davantage, et menaçant à chaque instant de devenir absolument imperméables. Pour ces cas n'est plus applicable l'heureuse et simple méthode de la dilatation progressive. Force est alors au malade et à son conseil habituel de recourir aux grands moyens, de s'adresser aux spécialistes ou d'entrer dans les grands services chirurgicaux des capitales, pour s'y offrir aux divers procédés de l'application de l'instrument tranchant.

Quel que soit le mérite de ces procédés et l'habileté des opérateurs, nous ne craignons pas d'avouer nos préférences en faveur des méthodes qui se privent du secours du couteau. Beaucoup de bons esprits se portent journellement sur la chirurgie des caustiques, et nous les suivons volontiers dans cette voie quand la qualité des observateurs nous rassure sur le jugement et la sincérité qui ont présidé aux observations.

Poussé par ces considérations, nous avons donné une grande attention aux essais entrepris ou plutôt renouvelés, dans ces derniers temps en Angleterre, au sujet du traitement des rétrécissements graves et invétérés par les caustiques, ou plutôt par un caustique, la potasse fondue; car il est essentiel de différencier énergiquement cette substance de toute autre, notamment du nitrate d'argent généralement employé en France, et avec des succès assez peu constants, assez incertains, pour avoir peut-être mal à propos frappé de discrédit la méthode caustique elle-même, quand l'agent employé était seul à accuser.

Les effets de ces deux caustiques sur les tissus qu'ils atteignent sont en réalité des plus différents. Le nitrate d'argent, quand il est employé largement, ayant l'inconvénient, eu égard à sa propriété de

FEUILLETON.

MONTAIGNE.

SES PÉRÉGRINATIONS A QUELQUES EAUX MINÉRALES.

(Suite et fin. — Voir les nos 23 et 25.)

Montaigne partit de Rome le 19 avril, avec l'intention de se rendre aux bains de Lucques. Mais, au lieu de suivre la voie la plus directe, qui était celle de Sienne, il aima mieux faire un assez long détour par Narni, Spolette, Foligno et Macerata, afin de visiter le célèbre pèlerinage de Lorette où il arriva le 25. La description qu'il donne de la *Santa Casa*, ou maison de la Vierge, qu'une pieuse tradition rapporte avoir été transportée de Judée par les anges, à travers les airs, en 1291, est remplie d'intéressants détails. « Là, dit-il, se voit, au haut des murs, l'image Notre-Dame, faite de bois; tout le reste est si fort paré de vœux, riche de tant de lieux et princes, qu'il n'y a jusques à terre pas un pouce vide, et qui ne soit couvert de quelque lame d'or et d'argent. J'y pus trouver, à toute peine, place et avec beaucoup de faveur, pour y loger un tableau dans lequel il y a quatre figures d'argent attachées : celle de Notre-Dame, la mienne, celle de ma femme, celle de ma fille; et sont toutes de rang, à genoux, dans ce tableau, et la Notre-Dame au haut sur le devant. Mon tableau est logé à main gauche, contre la porte d'entrée, et je l'y ai laissé très-curieusement attaché et cloué. » Quelle put être ici la pensée de Montaigne? Ne devons-nous voir dans cet *ex voto* qu'une exhibition semblable à celle de son écusson? J'y vois bien plutôt un acte profondément religieux. En effet, il ajoute : « Nous fîmes en cette chapelle-là nos pâques, ce qui ne se permet pas à tous. Un jésuite allemand m'y dit la messe et donna à communier. » Que demander de plus? Ce qui suit paraîtra peut-être plus significatif encore. « Ce lieu, dit-il, est plein d'infinis miracles. Je n'en citerai qu'un seul. Il y avait là Michel Marteau, seigneur de la Chapelle, parisien, jeune homme très-riche, avec grand train. Je me fis fort particulièrement et curieusement réciter par lui et par aucuns de sa suite, l'événement de la guérison d'une jambe qu'il disait avoir eue de ce lieu; il n'est possible de mieux ni plus exactement former l'effet d'un miracle. Tous les chirurgiens de Paris et d'Italie s'y étaient faillis. Il y avait dépensé plus de trois mille écus; son genou enflé, inutile et très-douloureux, il y avait plus de trois ans, devenait de plus en plus mal, plus rouge, enflammé et enflé, jusques à lui donner la fièvre. En ce même instant, tous autres médicaments et secours abandonnés depuis plusieurs jours, dormant, il songe tout à coup qu'il est guéri, et il lui semble voir un éclair. Il s'éveille, crie qu'il est guéri, appelle ses gens, se lève, se promène, ce qu'il n'avait pas fait onques depuis son mal; son genou désenfle, la peau flétrie tout autour du genou et comme morte, lui toujours depuis en amendant, sans nulle autre sorte d'aide. Et lors, quand je le vis, il était en cet état d'entière guérison, étant revenu à Lorette d'un voyage

développer la puissance plastique des tissus qu'il imprègne, d'accroître l'épaisseur des anneaux cartilagineux ou d'induration; tandis que la potasse fondue, remarquable par son action dissolvante, est loin d'offrir ce danger capital. On peut même dire, sans exagération, avec M. Robert Wade (MEDICAL TIMES AND GAZETTE), que si la potasse fondue avait été appelée un agent dissolvant au lieu de recevoir le nom de caustique, les préjugés élevés contre son emploi n'eussent peut-être même pas vu le jour, tant est au fond inoffensive, et dans ce cas salutaire, son action sur les tissus avec lesquels elle entre en contact, bien entendu, quand cet emploi est judicieusement surveillé ou limité.

C'est à M. Whately, contemporain de S. Everard Home (1), qu'est due l'introduction de la potasse fondue dans le traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Whately faisait donc un grand cas de la potasse fondue dans les strictures urétrales; mais il ne l'employait que dans les rétrécissements perméables : son procédé consistait à passer une bougie armée à son extrémité d'un petit fragment de potasse fondue (gros comme une petite tête d'épingle), deux ou trois secondes à travers le siége du rétrécissement. Il n'osa l'employer contre les rétrécissements infranchissables.

Ce pas que n'ose franchir l'intelligent élève de Hunter, M. Wade l'a fait, l'a fait un grand nombre de fois, imité, suivi depuis par un grand nombre de praticiens recommandables de la Grande-Bretagne. Et c'est précisément dans ces cas si sérieux qu'il a pu observer les avantages de cette méthode, avantages qu'il fait porter sur deux chefs principaux : combattre l'irritation locale, détruire les tissus épaissis et indurés.

Le *modus faciendi* est d'ailleurs des plus simples : M. Wade pratique un petit trou au bout d'une bougie et y renferme un tout petit fragment (une tête d'épingle) de potasse caustique qu'il y assujettit et recouvre d'axonge. La bougie est alors introduite doucement, l'axonge préserve du contact de l'alcali les tissus du canal, jusqu'à ce que parvenue au siége du rétrécissement, la bougie s'applique contre l'anneau calleux. Le chirurgien le maintient là pendant une minute ou deux si le rétrécissement est imperméable, puis la retire. Si au contraire l'anneau induré peut être franchi, la bougie est passée plusieurs fois et lentement d'avant en arrière et d'arrière en avant sur la surface de la stricture. Il n'est pas rare d'observer, dans le cas de rétrécissements infranchissables, qu'après une ou deux applications, la bougie se trouve passer librement à travers l'obstruction.

Les cas d'expresse indication de l'emploi de la méthode peuvent se ranger sous les chefs suivants : rétrécissement présentant une dureté cartilagineuse, perméables ou non; rétrécissements diposés aux hémorrhagies; rétrécissements spasmodiques ou avec irritation.

C'est un effet très-remarquable que l'action de la potasse fondue sur les tissus disposés à saigner ou sur ceux qui présentent une grande irritabilité. Le soulagement dans ce dernier cas, l'arrêt de toute disposition hémorrhagique dans le premier, sont une des conséquences les plus immédiates des premières applications de ce caustique. Mais sa valeur inappréciable est dans la destruction graduelle et rapide des anneaux indurés et cartilagineux, circonstances qui exigent naturellement un nombre d'applications en rapport avec le degré de rétrécissement et l'épaisseur de l'anneau fibreux.

Si l'on écarte du tableau les cas de rétrécissement offrant une grande complication, comme de nombreuses fistules périnéales, un état spasmodique incoercible et douloureux, circonstances qui, exceptionnellement, peuvent nécessiter des moyens exceptionnels aussi, on voit quelle simplification apporte dans la conduite et les délibérations du chirurgien, la méthode aujourd'hui très-répandue dans le Royaume-Uni de l'emploi de la potasse fondue.

A-t-il affaire à un de ces cas simples, malgré l'étroitesse du passage où peut être appliquée l'heureuse méthode de la dilatation progressive, sa conduite est aisée et toute tracée. La stricture, au contraire, perméable ou infranchissable, offre-t-elle, par son ancienneté, ses récidives multipliées, l'inutilité de sondes et bougies dilatatrices, l'indication d'une opération d'ordre supérieur, plus de ces hésitations si tristes entre tant de procédés de stricturotomie plus ou moins attaquables et imparfaits, toujours difficiles à pratiquer, et si souvent dangereux par les infiltations urineuses auxquelles ils exposent. Le chirurgien, si la pratique du continent concorde avec les enseignements de l'art britannique, a désormais entre les mains, dans la chirurgie caustique, une arme puissante et applicable à la presque totalité des cas; car on ne perdra pas de vue que s'il se trouve en présence même de rétrécissements absolument infranchissables, et accompagnés de rétention d'urine complète, le praticien peut encore éviter l'introduction de l'opération sanglante. Il trouve en effet dans l'opium (GAZ. MED. 18 juin dernier) un moyen de gagner du temps, et de chercher à obtenir, après une ou deux applications de la potasse caustique, la facile introduction, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, d'une petite sonde propre à amener le soulagement du malade.

Nous voyons, par exemple, dans le DUBLIN MEDICAL PRESS, après un témoignage apporté en faveur de cette méthode par le docteur B. M., le petit fait suivant qui ne manque pas de valeur comme enseignement. M. B. . avait donné pendant un certain temps des soins assidus et inutiles à un malade affecté de rétrécissement; aucun progrès ne répondait à ses efforts. Il se détermine enfin à employer la potasse fondue. Un petit fragment du caustique ayant été inséré dans un trou pratiqué à l'extrémité d'une bougie, fut conduit sur le siége du rétrécissement et maintenu en contact avec lui pendant deux ou trois secondes. La sortie de l'instrument fut suivie d'un peu de sang qui augmenta graduellement pendant trois ou quatre heures.

Pendant que M. B... était allé lui-même chercher à la pharmacie de l'acide gallique qu'il se proposait d'employer contre l'hémorrhagie, le malade fut conduit chez un autre chirurgien qu'on laissa dans l'ignorance de ce qui avait été fait déjà, et qui, pour s'assurer de ce qu'il avait sous les yeux, résolut de passer une sonde; or cette sonde, d'un volume moyennement fort, passa avec la plus grande facilité. M. B... en conclut, non sans raison, que ce fait démontre l'heureuse influence de la potasse sur les parties indurées, et ce qu'on peut attendre de ce

(1) Nous ne faisons pas ici l'historique de la cautérisation en général, dans ses applications à la cure des rétrécissements de l'urètre, méthode qui remonte, comme on sait, à Ambroise Paré; nous ne voulons parler que de l'emploi de la potasse caustique comme méthode particulière.

---

de deux mois qu'il venait de faire à Rome. De sa bouche et de tous les siens, il ne s'en peut tirer pour certain que cela. » Quand Montaigne écrivait ces lignes, il n'avait pas encore 50 ans, et il avait publié les deux premiers livres de ses ESSAIS ! Ainsi voilà l'auteur du fameux *Que sais-je?* qui, malgré sa santé délabrée, entreprend au loin un fatigant pèlerinage. A peine arrivé, il n'a rien de plus pressé que de se mettre, lui et sa famille, sous la protection de la Vierge. Il se confesse, communie, puis, comme si ce n'était assez, il fait hautement profession de croire aux miracles; il va même jusqu'à en citer un dont il n'hésite pas à se porter garant. Qui donc, après de tels actes et en face de semblables déclarations, pourrait suspecter encore la sincérité de ses sentiments religieux?

Montaigne resta trois jours entiers à Lorette, « lieu où il se plaisait fort. ». Il eut quelque velléité de se rendre de là à Naples, en longeant le littoral de l'Adriatique, mais la crainte des bandits et l'impatience d'arriver aux bains de Lucques le firent renoncer à ce projet. Il s'achemina directement vers ces bains, qu'il atteignit le 8 mai.

BAINS DE LUCQUES. — Ces bains, malgré le nom par lequel on les désigne, ne se trouvent pas à Lucques même, mais à seize milles plus au nord, en pleine chaîne des Apennins. Montaigne dit de la capitale du duché, « que c'est une des plus plaisantes assiettes de villes qu'il vit jamais. » On ne saurait, en effet, imaginer rien de plus ravissant comme situation. Mais il ajoute : « Lucques est une ville libre, *sauf* que, pour sa faiblesse, elle s'est jetée sous la protection de l'empereur et maison d'Autriche. » Voilà une liberté qui, réglementée de la sorte, ressemble singulièrement à celle que dé-finissait Beaumarchais. Lucques fait aujourd'hui partie de la Toscane. Quelle sera sa destinée demain?

Une fois aux bains, Montaigne songea tout d'abord à s'y établir de la manière la plus confortable. « Il y a là, dit-il, trente ou quarante maisons très-bien accommodées. Je les reconnus quasi toutes avant de faire marché, et m'arrêtai à la plus belle, notamment pour le prospect qui regarde la vallée, la rivière de la Lima et les montagnes environnantes. Ces montagnes sont toutes bien cultivées et vertes jusqu'à la cime, peuplées de châtaigniers et oliviers, et ailleurs de vignes qu'ils plantent et disposent en forme de cercles et de degrés. Mon hôte, qui est pharmacien, se nomme le capitaine Paolini. » Le voilà organisé. Tout entier désormais au traitement thermal qu'il s'est prescrit de sa propre ordonnance, il ne parlera plus que de ce qu'il fait, de ce qu'il prend et.... de ce qu'il rend (1). Montaigne, dans cette naïve exposition de son état physique, semble s'être inspiré du précepte d'Horace :

(1) Il entre parfois dans des détails incroyables. Témoin le passage suivant : « Le soir du 21 août, raconte-t-il, il me fut donné un lavement très-bien préparé avec de l'huile, de la camomille et de l'anis. Le capitaine Paolini me l'administra lui-même avec beaucoup d'adresse; car, quand il sentait que les vents refoulaient, il s'arrêtait et retirait la seringue à lui, puis il reprenait doucement et continuait, de façon que je pris ce remède tout entier sans aucun dégoût. » A quel genre de lecteurs Montaigne destinait-il ces agréables confidences?

genre de traitement. Il faut cependant faire aussi dans ce fait la part de l'hémorrhagie qui, selon ce que nous enseigne J.-L. Petit dans une histoire très-analogue à celle-ci, est des plus propres à ouvrir à la sonde une voie jusqu'à ce moment fermée.

Quoi qu'il en soit, il y a dans les essais si généralement suivis aujourd'hui chez nos voisins, un grand encouragement à entrer dans cette voie nouvelle; nouvelle au point de vue de l'agent employé, s'entend, et non de la méthode elle-même. Mais qui s'étonnerait qu'une méthode produise tel ou tel résultat, quand on la fait reposer sur de nouveaux agents? Les caustiques (dans la question de rétrécissement) ont failli entre nos mains quand ils étaient représentés par le nitrate d'argent (nous en avons vu plus haut la raison, et l'histoire des chancres qui s'indurent par cautérisation en confirme la valeur), cherchons aujourd'hui s'ils ne mériteront pas notre éloge, comme la faveur de nos voisins d'outre-Manche, quand nous les emploierons sous la forme de potasse fondue en suivant les données résumées ci-dessus.

GIRAUD-TEULON.

OPHTHALMOLOGIE.

DE L'AMAUROSE CÉRÉBRALE, DE SES PRINCIPALES ESPÈCES ET DE L'AMAUROSE SYPHILITIQUE. (Extrait de la dernière livraison inédite de l'ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE); par le docteur SICHEL.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

AMAUROSE SYPHILITIQUE.

Elle a deux sous-espèces principales : 1° l'*amaurose syphilitique cérébrale*, à raison de laquelle nous devons la grouper ici, et qui est presque toujours une variété de l'amaurose cérébrale organique, et 2° l'*amaurose syphilitique rétinienne* ou *oculaire*.

La première, la plus fréquente, l'*amaurose syphilitique cérébrale*, reconnaît toujours pour cause des intumescences du périoste et des os du crâne, symptomatiques d'une syphilis secondaire ou tertiaire, surtout des tumeurs gommeuses de la boîte crânienne, etc. De pareilles affections simulent très-fréquemment des congestions cérébrales violentes, résistent opiniâtrément au traitement antiphlogistique le plus énergique et le plus persévérant, et ne cèdent qu'au traitement spécial. Dans cette espèce, l'ophthalmoscope ne fait reconnaître aucune altération des membranes oculaires internes, mais uniquement les phénomènes ordinaires plus ou moins prononcés de l'amaurose cérébrale organique, tantôt simples, tantôt, lorsqu'il existe des symptômes de congestion cérébrale, accompagnés d'un ou de plusieurs des signes ophthalmoscopiques de l'amaurose cérébrale congestive. Ainsi l'on retrouve ici ce qu'on a appelé atrophie et excavation de la papille optique, et néanmoins la plupart des amauroses syphilitiques cérébrales sont guérissables. Simultanément les vaisseaux centraux peuvent être élargis, en voie d'oblitération, la papille mal circonscrite, etc.; mais les chances de guérison restent toujours plus grandes ici que lorsque les mêmes phénomènes se présentent sans le cortége de la syphilis.

Nous excluons ici les cas où ces tumeurs gommeuses occupent les os et le périoste de l'orbite, et où l'amaurose, toujours accompagnée d'exophthalmos, n'est que le symptôme d'une tumeur syphilitique de l'orbite.

Disons encore qu'il existe aussi une amaurose syphilitique spinale ou cérébro-spinale, causée par des tumeurs du périoste, des os ou de la cavité de la colonne vertébrale, ou par des tumeurs de cette colonne et de la boîte crânienne en même temps.

Dans la seconde sous-espèce, l'*amaurose syphilitique rétinienne* ou *oculaire*, l'ophthalmoscope montre tantôt les symptômes, tantôt les états pathologiques consécutifs d'une rétinite ou d'une rétino-choroïdite, tels que des exsudations dans le tissu de ces membranes, des adhérences entre elles, des points, plaques et stries jaunâtres ou blanchâtres d'étendue variable, soit seuls, soit alternant avec des plaques de pigment accumulé, enfin toutes les altérations anatomiques que produit la rétino-choroïdite postérieure, même les épanchements sous-rétiniens, à tous les degrés, jusqu'au décollement complet de la rétine. Au premier degré, on a appelé cet épanchement *œdème de la rétine*, nom qui ne lui convient guère; on en a voulu faire un caractère pathognomonique de l'amaurose syphilitique, à tort, selon moi, car les épanchements sous-rétiniens, même au premier degré, où l'élévation de la membrane est peu sensible et où la fluctuation du liquide manque, sont beaucoup plus rares ici que les autres phénomènes ci-dessus mentionnés.

Quant à la choroïdite simple, primitive, sans phlegmasie rétinienne, je ne l'ai jamais observée dans l'amaurose syphilitique; si elle s'y rencontre quelquefois, elle doit du moins être très-rare.

Il existe aussi une amaurose syphilitique cérébro-oculaire ou cérébro-rétinienne avec oblitération, à différents degrés, des vaisseaux centraux de la rétine, accompagnée quelquefois d'une légère couche de matière plastique exsudée à la surface de cette membrane.

L'amaurose syphilitique oculaire peut aussi se présenter à la suite de l'iritis et de l'ophthalmie interne. Dans ce cas l'ophthalmoscope montre souvent, avec les autres phénomènes, des corpuscules opaques, brunâtres ou brun rougeâtre, flottant dans le corps vitré, consécutivement à un épanchement de sang qui s'y est fait. D'autres fois les milieux réfringents sont troublés par les produits de la phlegmasie, et on ne peut plus voir les membranes internes.

Traitement. — L'amaurose syphilitique est d'ordinaire précédée de symptômes très-positifs de syphilis constitutionnelle secondaire et tertiaire; mais une longue expérience m'a prouvé que, plus souvent qu'on ne le pense, ces symptômes ont passé depuis longtemps sans laisser de trace autre que l'amaurose, de sorte que celle-ci constitue à elle seule tous les symptômes syphilitiques et se présente à l'état de syphilis larvée. Dans des cas de cette nature, toujours réfractaires aux traitements les plus variés, la méthode antisyphilitique rationnelle, suivie avec conséquence et persévérance, produit les résultats les plus heureux et les plus surprenants. J'insiste par expérience sur ce point important de diagnostic et de thérapeutique.

Si ventri bene, si lateri est pedibusque tuis, nil
Divitiæ poterunt regales addere majus.

N'espérez pas qu'il vous fasse grâce de la plus petite circonstance relative à l'opération de ses eaux. Il a, sous ce rapport, un arriéré de comptes à régler. «Souvent, dit-il, je me suis repenti de n'avoir pas écrit plus particulièrement sur les autres bains, ce qui aurait pu me servir de règle et d'exemple pour ceux que je verrais dans la suite; je veux cette fois me mettre au large sur cette matière». Or il s'y mit beaucoup trop, toute cette partie de son journal étant d'une monotonie désespérante. Cette attention si minutieuse de sa santé et de lui-même semble attester de la part de Montaigne une crainte de la mort qui touche à la pusillanimité, encore bien que, par moments, il affecte un complet détachement de la vie. Aussi pourrait-on lui appliquer ce mot que Cicéron met dans la bouche de je ne sais quel personnage : « Je ne veux pas mourir, mais il me serait fort indifférent d'être mort. » (*Emori nolo, sed me mortuum nihil estimo.*)

Laissons Montaigne noter jour par jour et heure par heure, sur son JOURNAL (1), tout ce que les eaux prises en boisson, en bains et en douches, lui font éprouver. Ce sont là de ces passe-temps auxquels on comprend qu'un malade se livre pour mieux fixer ses souvenirs, mais qui, en définitive, n'intéressent que lui. Aussi nous contenterons-nous de relater sommairement quelques-unes des principales évolutions de sa cure.

Il prit tout d'abord une médecine de casse, se purger étant alors, comme cela a été longtemps depuis, le prélude obligé de toute médication thermale (1). Ensuite il commença son traitement. « L'usage ici, dit-il, est de

(1) Montaigne, dans toute cette partie de son JOURNAL, a la fantaisie de s'exprimer en italien. Comme il ne savait pas, du moins par principes, le premier mot de cette langue, il me paraît avoir mis en pratique la recette qu'il indique dans ses ESSAIS ; « En Italie, dit-il, je conseillais à quelqu'un qui était en peine de parler italien, que, pourvu qu'il ne cherchât qu'à se faire entendre, sans y vouloir autrement exceller, il employât seulement les premiers mots qui lui viendraient à la bouche, latins, français, espagnols ou gascons, et qu'en y adjoutant la terminaison italienne, il ne fauldrait jamais à rencontrer quelque idiome du pays ou toscan, ou romain, ou vénitien, ou piémontais, ou napolitain. » Et, en effet, l'italien de Montaigne est une macédoine de diverses langues où domine surtout le patois périgourdin. J'ai consulté, pour l'intelligence de cette partie du JOURNAL, la traduction de Bartoli, mise en regard du texte italien dans l'édition de 1774.

(1) C'est ainsi qu'un siècle plus tard, Boileau écrivait de Bourbon-l'Archambault à Racine (21 juillet 1687) : « J'ai été *purgé*, saigné; il ne me manque plus aucune des *formalités prétendues nécessaires* pour prendre les eaux La médecine que j'ai prise aujourd'hui m'a fait, à ce qu'on dit, tous les biens du monde, car elle m'a fait tomber quatre ou cinq fois en faiblesse, et m'a mis en état qu'à peine je me puis soutenir. C'est demain que je dois com-

Le traitement de l'amaurose syphilitique est celui de la syphilis constitutionnelle. Rarement, surtout quand il s'agit de cette espèce de syphilis tarvée que je viens de signaler, on obtient la guérison par les préparations iodurées seules, ni même par l'iodure de mercure. Le moyen qui me réussit le plus constamment est le bichlorure de mercure, selon la formule suivante : bichlorure d'hydrargyre, 15 centigrammes; eau distillée, quelques gouttes; extrait de réglisse, q. s. Mêlez exactement et divisez en 50 pilules; en prendre une matin et soir, en augmentant d'une pilule chaque jour, jusqu'à la dose totale de 3 à 4 le matin et autant le soir. En associant à l'usage de ces pilules celui d'une tisane sudorifique, en rendant le régime très-végétal et peu nourrissant, en évitant soigneusement tout refroidissement, et en substituant de temps à autre pendant six à huit jours à ces pilules l'usage interne de l'iodure de potassium, on obtient les effets les plus satisfaisants dans des cas presque désespérés. Lorsque le traitement antisyphilitique a été poussé assez loin, on peut accélérer et compléter la guérison par les autres antiplastiques et par les révulsifs, tels que les vésicatoires volants promenés au haut de la nuque, sur le front et les tempes, le séton appliqué à la nuque, révulsifs qui, avant le traitement antisyphilitique, n'ont aucune efficacité, et finalement par les liniments spiritueux. On peut dire que, en général, le pronostic de l'amaurose franchement syphilitique est favorable. Toutefois, il est à remarquer que l'amaurose syphilitique rétinienne ou oculaire, dans ses phases les plus avancées, est d'ordinaire plus réfractaire au traitement antisyphilitique que l'amaurose syphilitique cérébrale, par la raison que, dans cette dernière, les intumescences des os du crâne et de leur périoste sont sous la dépendance de la syphilis seule, tandis que, dans la première, l'élément phlegmasique joue un très-grand rôle, et souvent a déjà produit des altérations anatomiques profondes et incurables, au moment où le traitement est commencé.

AMAUROSE CÉRÉBRO-RÉTINIENNE SYPHILITIQUE DE L'ŒIL DROIT.

Obs. — Madame Th..., domestique, âgée de 25 ans, a ressenti, il y a une année (en novembre 1856), immédiatement après une fausse couche (à sept mois et demi, troisième grossesse), un trouble de la vue de l'œil droit. Plus tard, l'œil gauche aussi est devenu plus faible, mais en même temps la vision de l'œil droit s'est presque rétablie. Depuis, l'amblyopie a passé tantôt à l'un, tantôt à l'autre œil, sans jamais arriver à la cécité complète.

Pendant la grossesse, madame T... a présenté des symptômes de syphilis constitutionnelle (plaques muqueuses à la vulve et à l'anus, puis ulcérations à la gorge), pour lesquelles on a administré des pilules mercurielles et l'iodure de potassium. Ce n'est que plus tard que les troubles de la vue sont survenus.

Actuellement (20 novembre 1857), la vue des deux yeux est très-faible. La malade peut encore se conduire dans la journée; mais le soir elle ne voit plus les chiffres, même les plus gros (elle ne sait pas lire), et la vision s'affaiblit au point de ne plus permettre de reconnaître les personnes, et de rendre la marche dangereuse dans la rue. Un examen plus attentif montre que l'œil droit ne voit plus que la lumière et les masses. Les objets paraissent sautillants et plus nets latéralement. Il existe aussi un état congestif manifesté par des étourdissements, de la pesanteur dans la région orbitaire, etc. Il y a deux ou trois mois, vision d'une boule de feu suivant les mouvements de la tête; ce symptôme a complétement cessé.

La santé générale est bonne; les menstrues sont régulières et abondantes. Les iris sont d'un gris bleuâtre.

L'ophthalmoscope fait reconnaître dans l'œil droit, presque complétement aveugle, les phénomènes suivants, fidèlement rendus dans le dessin pris le 18 décembre 1857 (Iconographie, pl. LXXVIII, fig. 5) :

Fond de l'œil d'une teinte rouge pâle, uniforme, mate, comme si la rétine était recouverte d'une couche exsudative mince. Cette teinte, moins mate que dans la figure précédente, s'étend de la circonférence vers le centre, au delà des limites de la papille optique, et se perd peu à peu en se fondant et s'affaiblissant successivement, de telle sorte que les contours de la papille sont entièrement effacés, et que son étendue est visiblement diminuée. En même temps la couleur de la papille est très-blanche, sans aucun mélange de jaune, mais d'un blanc mat, n'offrant ni cette espèce d'éclat on de transparence, ni l'aspect convexe ou concave qu'elle a si souvent dans les amauroses cérébrales, et qu'on a à tort assigné comme caractère pathognomonique au glaucôme. On dirait qu'une couche de matière exsudative, analogue à celle qui semble recouvrir la rétine, mais encore plus mince, a envahi l'aire de l'entrée du nerf optique.

Un changement beaucoup plus remarquable encore s'est opéré dans les vaisseaux centraux. Il sont tous excessivement amincis, évidemment en voie d'oblitération, d'un rouge très-pâle et uniforme, de manière qu'il en résulte une impossibilité complète de distinguer les artères des veines, si ce n'est par leurs rapports de position. La direction même des vaisseaux et leur nombre ont changé, car ils sont plus droits, moins flexueux; il n'existe pas de branches du côté de la concavité de leur arc, dont la courbe a en même temps notablement diminué et s'est presque effacée; on voit au contraire des branches nombreuses à sa convexité. Enfin il y a une frappante analogie entre la manière d'être des vaisseaux centraux dans ce cas et dans le précédent, comme il y a également certains rapports entre les symptômes fonctionnels de ces deux cas.

On ne pouvait méconnaître ici une amaurose syphilitique cérébro-oculaire, ou, pour nous exprimer avec plus de précision, cérébro-rétinienne, congestive et subinflammatoire; c'est ce qui a fourni les indications pour le traitement.

Plusieurs applications de six à huit sangsues à l'anus, faites immédiatement après l'époque menstruelle, des purgatifs réitérés de temps à autre, des onctions pratiquées sur le front et les tempes avec la pommade d'oxyde noir de cuivre (1 gramme pour 10 grammes d'axonge) et l'usage interne alternatif, longtemps continué, du bichlorure d'hydrargyre en pilules et de l'iodure de potassium, secondés par un régime convenable, doux, pas trop nourrissant et une tisane sudorifique, rétablirent si complétement la vision, que la malade put reprendre toutes ses occupations et même coudre de l'œil gauche. L'œil droit, tout en suffisant pour les travaux ordinaires, resta plus faible et incapable de servir pour les travaux d'aiguille minutieux. Les symptômes de congestion cérébro oculaire disparurent complétement et sans retour. L'aspect de la rétine droite, malgré cette amélioration si considérable, n'avait pas encore notablement changé.

Pour assurer et consolider la guérison, le traitement fut continué pendant longtemps, chez madame Th..., par les anticongestifs, les antiplastiques, les antisyphilitiques. Les purgatifs, le chlorure de barium, l'iodure de potassium, le bichlorure d'hydrargyre à l'intérieur, les pommades mercurielle et d'oxyde noir de cuivre à l'extérieur, furent administrés alternativement à doses modérées et avec de fréquentes interruptions. Grâce à la docilité et à la persévérance avec laquelle la malade suivit mes prescriptions, le 17 septembre 1858 non-seulement l'œil gauche avait recouvré l'intégrité de sa faculté visuelle, mais encore l'œil droit reconnaissait des chiffres de 6 millimètres de hauteur. Un examen ophthalmoscopique attentif de l'œil droit, après dilatation artificielle de la papille, fit voir les changements suivants dans l'état anatomique de la rétine, en me permettant en même temps de signaler et de rectifier une erreur importante dans la description.

Toute la surface de la rétine a un aspect plus sain, moins mat qu'en sep-

---

boire les eaux huit jours, puis de se baigner trente; on évite de prendre le bain et la boisson le même jour, dans la crainte que leurs effets ne se contrarient. J'agis contre ces règles. » Elles étaient sans doute un peu arbitraires; celles qu'il lui substitua de son chef valaient-elles beaucoup mieux? Voyons-le à l'œuvre. Il s'ingurgite tous les matins, coup sur coup, de sept à huit livres d'eau minérale; de plus il prend, chaque après-midi, un bain d'une à deux heures, suivi d'une forte douche. Je veux bien que les eaux de Lucques soient des eaux très-anodines, mais encore faut-il quelque mesure dans leur emploi. Aussi entendons-nous Montaigne se plaindre à tout instant de gonflement, de malaise, d'insomnie, d'irritation vésicale, à tel point qu'en moins de huit jours il se sent littéralement sur les dents. Alors que de récriminations contre la médecine et les médecins! C'est toujours son même refrain. Or notez que, fidèle à son système, il n'a pris conseil que de lui seul; par conséquent, c'est lui seul qu'il devrait accuser. Enfin, après bien des tâtonnements et bien des essais dont aucun ne lui réussit, il croit prudent de suspendre son traitement.

Ici se place, dans le récit de Montaigne, la description d'un bal champêtre que, pour occuper ses loisirs, il donna aux jeunes filles de l'endroit. Ce bal eut lieu sur la place publique. « J'avais, dit-il, cinq ou six jours auparavant, fait publier la fête dans tous les lieux voisins. La musique se composa de cinq fifres que je nourris pendant tout le jour et les gratifiai d'un écu pour eux tous. » Aujourd'hui un orchestre coûte plus cher; il est vrai que son personnel est un peu plus varié. Montaigne, conformément à ce qui se faisait d'habitude, établit des prix pour les danseurs et les danseuses que désignerait une sorte d'aréopage formé des dames les plus distinguées de la société. « L'usage, dit-il, est qu'on en distribue plusieurs pour éviter toute jalousie et tout soupçon de préférence. Je fus sollicité par beaucoup de personnes qui me priaient de ne point oublier, l'une elle-même, l'autre sa nièce, une autre sa fille. » Cet empressement s'explique très-bien pour peu qu'on jette les yeux sur la liste des prix dont Montaigne nous donne avec tant de complaisance la pompeuse énumération. Voici cette liste : « J'avais fait venir de Lucques, raconte-t-il, une ceinture de cuir et un bonnet de drap noir pour les hommes, et pour les femmes, deux tabliers de taffetas, l'un vert et l'autre violet, deux autres tabliers d'étamine, quatre quarternons d'épingles, quatre paires d'escarpins, dont je donnai une paire à une jolie fille, hors du bal, une paire de mules à laquelle j'ajoutai une paire d'escarpins, ne faisant qu'un prix des deux; trois coiffes de gaze, trois tresses qui faisaient trois prix et quatre petits colliers de perles: ce qui faisait dix-neuf prix pour les femmes et deux pour les hommes. Le tout me revenait à un peu plus de six écus. On attacha ces prix à un cercle fort orné de tous côtés, et ils furent exposés à la vue de tout le monde. » Viennent ensuite les détails de la fête. « Nous commençâmes, dit-il, le bal avec les femmes du village auxquelles se joignirent bientôt plusieurs dames et gentilshommes de la seigneurie. J'allais parmi les villageoises choisissant des

---

mencer le grand œuvre, je veux dire que demain je dois commencer à prendre les eaux. »

tembre 1857. Le tiers interne de la papille optique n'a pas changé d'apparence, mais ses deux tiers externes ont maintenant des contours d'une netteté presque normale. Les vaisseaux centraux sont généralement moins pâles, plus larges, qu'il y a neuf mois. Quelques-unes des artères commencent déjà à offrir un contour très-fortement accusé de chaque côté, et, au milieu, une lumière plus pâle. La distribution des vaisseaux est exactement la même que dans la description donnée, si ce n'est que les branches principales supérieure et inférieure de l'artère centrale ont été décrites dans une direction ascendante trop rectiligne, parce qu'ils ont été examinés avec un grossissement plus considérable que les autres vaisseaux, et que par conséquent je n'en ai vu que la partie inférieure droite. En les soumettant aujourd'hui au même grossissement modéré que les autres vaisseaux (verre — 12), je reconnais que leurs extrémités supérieure et inférieure, longtemps avant d'atteindre la circonférence de la surface rouge du dessin, s'infléchissent à gauche et forment une courbe régulière, et, en même temps, qu'elles commencent à montrer, entre des contours plus foncés, une lumière plus claire. C'est ainsi que disparait l'altération pathologique inexplicable de la direction et de la courbure des vaisseaux centraux. Ce nouvel examen ophthalmoscopique prouve en outre qu'avec l'affection cérébrale, l'altération anatomique de la rétine a subi, par suite de la thérapeutique rationnelle, une modification également très-avantageuse, mais beaucoup plus tardive.

Le traitement fut encore continué longtemps, mais avec une assiduité et une activité moindres. Le 2 juillet 1858, madame Th... était guérie si complétement qu'elle travaillait aussi facilement de l'œil droit que du gauche. En février 1859, la vue et la santé générale étaient parfaites. Si les altérations ophthalmoscopiques ont mis plus de temps à céder que les symptômes fonctionnels, cela semble prouver encore que l'oblitération des vaisseaux tient beaucoup plus à des causes cérébrales qu'à des causes résidant dans les membranes oculaires internes.

OBSTÉTRIQUE.

DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE GROSSESSE; par M. NEGRIER, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, professeur d'accouchements, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

RÉTROVERSION UTÉRINE A TROIS MOIS ET DEMI DE GROSSESSE; RÉDUCTION, AVORTEMENT.

OBS. II. — La femme X... est âgée de 30 ans, elle est pâle et affaiblie depuis longtemps par la misère et un travail pénible.

A la fin de 1837, cette femme a eu un avortement sans cause connue, elle était grosse de trois mois. Enceinte de nouveau dans le mois de décembre 1838, elle éprouva, vers la fin du mois de février, une sensation de pesanteur *dans le bas-ventre*, elle fut bientôt suivie de douleurs sourdes dans les lombes. La défécation devint plus difficile et rare. L'émission des urines fut normale dans les premiers jours, puis elle devint difficile et moins abondante; enfin la vessie ne put se vider. La femme X... souffrait beaucoup dans la région hypogastrique, aucune situation ne pouvait la calmer; tantôt levée, tantôt couchée, son angoisse était extrême. Le cathétérisme de la vessie pouvait seul lui procurer un peu de soulagement. M. le docteur Mirault, qui voyait la malade, ayant reconnu une rétroversion, me pria de la recevoir dans les salles de la Maternité.

Le 9 mars, à son arrivée, la femme X..., qui n'avait pas uriné depuis la veille au soir fut sondée. Cette opération produisit 2 litres d'urine. La malade dit que ses souffrances dataient de quinze jours; que, faibles d'abord, elles avaient été en s'aggravant progressivement jusqu'à devenir intolérables. Elle ne sait à quelle cause attribuer son accident, qui est arrivé *tout à coup avant* que les évacuations alvines eussent offert le moindre dérangement.

Les douleurs consistent en une tension horrible et des élancements vers les reins, le bas-ventre et les cuisses. Elle n'était pas allée à la garde-robe depuis cinq à six jours. Elle n'avait rejeté que peu de matières depuis son accident. La malade se croit grosse de onze semaines. Le toucher vaginal fit reconnaître une tumeur volumineuse occupant tout le petit bassin. Cette tumeur est enveloppée de la paroi postérieure du vagin. Le doigt porté derrière la symphyse du pubis arrive avec difficulté jusqu'aux lèvres de l'orifice utérin. On sent en arrière, dans l'excavation, que toute la concavité du sacrum est remplie par le fond de la matrice.

La malade fut placée sur le bord de son lit, comme pour l'application du forceps. J'introduisis dans le vagin, aussi haut qu'il me fut possible, les quatre doigts de la main droite enduits d'un corps gras, et je pressai *graduellement et avec force* le corps de l'utérus, en dirigeant la pression de bas en haut et d'arrière en avant.

Cette première tentative fut suivie de succès; je sentis l'organe déprimé se relever et glisser au-dessus du promontoire sacré. Les douleurs cessèrent aussitôt et la malade passa une nuit calme qui répara un peu ses forces.

Dès le lendemain, 10 mars, un peu de sang parut à la vulve. Cet écoulement augmenta dans la journée du 11. Des contractions utérines intermittentes et régulières se développèrent, et, vers midi de ce même jour, l'utérus rejeta une masse placentaire ayant 12 à 15 centimètres de diamètre et quelques millimètres seulement d'épaisseur. Les cotylédons de l'organe fœtal étaient écartés et comme liés à peine. On voyait dans un grand nombre de points du tissu mou du placenta, des vésicules rondes de la grosseur d'un fort plomb de chasse. Des lambeaux de l'œuf pendaient aux bords de l'organe vasculaire. Il n'existait aucune trace de cordon ombilical, de même qu'on ne trouva pas d'embryon.

Dans ce fait, il est vraisemblable que la mort de l'embryon précédait de beaucoup l'accident du renversement de l'utérus. Vraisemblablement aussi les débris de cet embryon, de 2 mois et demi peut-être, se fondirent en partie et furent rejetés à l'insu de la sage-femme garde-malade.

L'opération, qui fut pratiquée selon les indications ordinaires et qui réussit dès la première tentative, laissa dans mon esprit la conviction qu'elle eût été dangereuse pour le fœtus vivant, car, en pressant avec les quatre doigts, *sur une même ligne transversale*, la partie postérieure de l'utérus près de son fond, j'avais produit une dépression considérable, et ce fut à cet enfoncement de la paroi utérine que j'attribuai le décollement du placenta et le début du travail expulsif. Dès ce moment, je compris bien toute l'importance du pessaire de Baudelocque qui, « pour ne pas fatiguer la matrice par la pression immédiate des doigts, insinua au dessous de son fond un pessaire de gomme élastique fort épais (de l'invention des sieurs Durand), qui servit après la réduction, à fixer le viscère. » (Baudelocque, tome Ier, page 156.) (1).

(1) La *Gazette hebdomadaire*, page 326 des ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, 1858, rapporte une observation de M. le docteur Mazier, qui tend à faire croire, à tort, que le docteur belge est l'inventeur du

---

yeux tantôt l'une, tantôt l'autre, et j'avais égard à la beauté ainsi qu'à la gentillesse : d'où je leur faisais observer que l'agrément d'un bal ne dépendait pas seulement du mouvement des pieds, mais encore de la contenance, de l'air, de la bonne façon et de la grâce de toute la personne. Les prix furent ainsi distribués, aux unes plus, aux autres moins, suivant leurs mérites. La distributrice les offrait de ma part aux danseuses, en leur disant toujours d'un air agréable : C'est M. le chevalier qui vous fait ce beau présent; remerciez-le. Point du tout, répliquais-je. Vous en aurez l'obligation à cette dame qui vous a jugée mériter, entre tant d'autres, cette petite récompense. Je suis seulement fâché que l'objet ne soit pas plus digne de telle ou telle de vos qualités, lesquelles alors je détaillais suivant ce qu'elles étaient. Les choses se passèrent de même pour les hommes. La fête finie, j'invitai tout le monde à souper. J'en fus quitte pour plusieurs pièces de veau et quelques paires de poulets (1). »

Montaigne, on le voit, nous transporte ici en pleine pastorale. Sa qualité d'amphitryon et d'ordonnateur l'empêcha seule de prendre part à la danse. Chacun, du reste, ainsi qu'il nous l'apprend, se montra charmé de son amabilité et de la manière grande et noble dont il avait fait les choses.

Montaigne, après plusieurs jours de repos, reprit son traitement. Il se trouvait alors dans l'état suivant : « Je souffrais peu des reins, dit-il, mais je sentais de la pesanteur sur le front et des bourdonnements d'oreille. Quand je voulais lire ou regarder fixement un objet, mes yeux se couvraient de certains nuages qui, sans rendre la vue plus courte, y occasionnaient je ne sais quel trouble. J'avais en même temps des étourdissements. » C'étaient là bien évidemment les signes d'un état congestif du cerveau. Mais Montaigne, avec ses idées médicales à lui, en jugea tout autrement; il voulut y voir de la faiblesse et du défaut de ton. Aussi se fit-il administrer tous les jours, sur la tête, des douches (1) d'une demi-heure avec l'eau de la source Barnabé qui est une des plus actives de Lucques. Le cerveau, bien entendu, se prit davantage, au point même qu'une attaque parut imminente. S'apercevant, assez à temps heureusement, qu'il faisait fausse route, il changea tout à coup ses batteries. Désormais plus de bains, plus de douches, mais la boisson à plus haute dose encore qu'au début. Et en effet, il se soumit à une véritable question humide, buvant tous les matins jusqu'à neuf à dix livres d'eau minérale. Son attente fut encore trompée, car cette médication dépurative, dont il se promettait merveille, n'aboutit qu'à des vomissements et à des crampes d'estomac.

Que faire cependant? Consulter? Bien au contraire, c'est lui qui donnera

(1) « On vit ici, dit-il, à très-bon marché. La livre de veau très-blanc, très-tendre, coûte environ trois sous de France. Un superbe lièvre me fut vendu six sous au premier mot. »

(1) Ces douches avaient d'autant plus d'action que, d'après ce que nous apprend Montaigne, « l'usage était de se faire préalablement raser la tête. Quant à lui, son crâne lisse le dispensa de ce préambule. »

RÉTROVERSION RÉCENTE, RÉDUCTION FACILE A POING FERMÉ; CONTINUATION DE LA GROSSESSE, ACCOUCHEMENT HEUREUX.

Obs. III. — Cette même femme X... vint d'elle-même en mars 1840, à la salle de la Maternité, réclamer des secours pour le même accident qui venait de se reproduire. Elle avait bien reconnu à leur début les phénomènes dont elle avait tant souffert deux années auparavant.

Elle se présenta le quatrième jour après l'accident qu'elle attribuait à des efforts pour porter un sac très-lourd qu'elle avait appuyé sur son ventre. Elle n'avait point uriné depuis vingt-quatre heures; elle se croyait enceinte de quatre mois, parce que ce temps s'était à peu près écoulé depuis le dernier jour de ses règles. Cette femme était alors dans un assez bon état de santé, et son esprit était complétement rassuré sur les conséquences de ce nouvel accident. Plusieurs des élèves internes purent constater la situation vicieuse de l'utérus avant ma visite.

Cette fois j'eus recours à un autre procédé opératoire, et pour éviter le décollement du placenta que je croyais pouvoir attribuer à la pression de l'extrémité de mes doigts, voulant imiter le procédé si rationnel de Baudelocque, j'introduisis ma main tout entière dans le vagin; et lorsque je sentis que le sphincter vulvaire était dépassé par la portion la plus volumineuse de cette main, je la fermai exactement et la tournai complétement en supination. Il résulta de là que ce fut la face dorsale des deuxième et première phalanges des quatre doigts, et le bord radical du pouce qui répondirent à la face postérieure de l'utérus renversé.

La malade avait été placée comme la première fois sur le bord de son lit, les cuisses écartées et les pieds appuyés sur deux chaises. L'accident, comme on sait, était récent; l'introduction de la main fut facile et sans douleur, et la réduction immédiatement opérée, sans grands efforts, par un simple mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras. L'articulation cubito-humérale servit d'axe à ce mouvement; la main placée à l'extrémité du levier parcourut exactement la courbe de l'excavation, pelvienne dans le sens la plus favorable à la réduction.

Tous les accidents fâcheux disparurent aussitôt. La femme X... fut gardée dans le service pendant le temps de sa grossesse, qui fut heureuse ainsi que son accouchement. L'enfant vivant et suffisamment développé fut allaité par sa mère. Ces résultats me convainquirent de la justesse de mon raisonnement et de l'opportunité de mon procédé.

Treize années se passèrent avant qu'un nouveau fait de rétroversion s'offrît à moi; cet accident est assez rare comme on le voit, et c'est par cette raison qu'il est souvent méconnu.

RÉTROVERSION ANCIENNE; RÉDUCTION A POING FERMÉ; CONTINUATION DE LA GROSSESSE, ACCOUCHEMENT NORMAL.

Obs. IV.—La femme X... de la Bohalle, vint, le 17 novembre 1853, sur l'invitation de son médecin, réclamer mes conseils. Elle se plaignait d'accidents qui me firent soupçonner l'existence d'une rétroversion datant de quinze jours. Cette femme, grande et forte, est âgée de 30 ans; elle est accouchée une fois en 1851, et a nourri son enfant. Sa santé est excellente. En tenant compte de la dernière époque menstruelle, j'estimai que cette femmme était arrivée au quatrième mois de sa grossesse. Elle dit que tous les désordres de l'émission des urines et des selles, que les douleurs dans le ventre, les lombes et les cuisses, ont commencé aussitôt après un violent effort fait pour enlever et faire rouler une brouette pesamment chargée.

pessaire pour la réduction utérine; c'est à notre vieux maître français qu'il faut laisser le mérite de cet heureux procédé.

Aujourd'hui, les évacuations alvines sont presque complétement suspendues, l'urine ne coule, goutte à goutte, qu'après de longs efforts et par la pression des mains sur l'hypogastre. La malade a vomi plusieurs fois des matières bilieuses, la bouche est mauvaise et les éructations *fétides*.

Le palper du ventre et le toucher vaginal firent reconnaître : 1° la présence d'une tumeur *molle* et considérable, derrière et au-dessus de la symphyse pubienne; 2° le renversement de l'utérus en arrière. Le fond de cet organe occupait toute l'excavation du sacrum. Une légère pression, en soulevant l'utérus, fit couler un demi-litre d'urine. La réduction fut remise au lendemain.

La malade, étant couchée sur le dos, les cuisses écartées et relevées, je reconnus que l'utérus conservait la même position que j'avais constatée la veille; je trouvais, de plus, une *poche herniaire* formée par le segment inférieur de la vessie déprimant la portion inférieure de la paroi antérieure du vagin. Cette poche bilobée se vida par l'expulsion de l'urine, lors de l'introduction de la main.

Je m'attendais à éprouver une forte résistance, tant à cause du développement de l'utérus dilaté par une grossesse de quatre mois que par le temps écoulé depuis l'accident, seize jours. L'utérus renversé profondément écartait la paroi postérieure du vagin du plan incliné constitué par le périnée; le globe utérin occupait exactement toute la hauteur de l'excavation pelvienne à partir du quart inférieur de ce canal.

Je repoussai d'abord avec l'extrémité de mes doigts cette portion plus abaissée de l'utérus, afin de me donner assez d'espace pour loger la main entière, ce qui demanda quelques instants et du soin; puis *fermant* la main et *la renversant fortement en supination*, tout en *rangeant le pouce pour qu'il fît suite au plan des doigts*; appuyant fortement le coude sur la garniture du lit pour qu'il devînt *l'axe du mouvement imprimé à l'avant-bras et à la main*, je relevai ainsi de *bas en haut et d'arrière en avant l'utérus* qui remonta dans le grand bassin par cette première tentative, faite avec *lenteur, persévérance et force*.

Pendant la réduction de l'organe dévié, les urines coulèrent abondamment; la vessie se vida complétement, et les jours suivants, cet organe ayant conservé sa contractilité et la puissance de retenir le liquide, put fonctionner normalement. Les intestins furent déblayés par l'emploi plusieurs fois répété de quelques cuillerées d'huile de ricin. La grossesse n'a pas été entravée, et l'accouchement a été normal dans tous ses phénomènes.

Dès lors, je me crus en possession d'un mode opératoire meilleur que ceux qui sont recommandés dans les traités d'accouchement. L'introduction de la main dans le vagin, *si cette main est de volume ordinaire*, n'est pas très-douloureuse; elle est même prompte et facile chez les femmes multipares.

Serait-on tenté de mettre en opposition et de préférer l'opération exécutée par Dusaussois (de Lyon) (1786), lequel redressa l'utérus en introduisant la main dans le rectum? Un pareil moyen est bien difficile à mettre en usage en raison de la résistance qu'offrent les sphincters de l'anus et tout le plancher du périnée. Je serais presque tenté de douter aussi de l'efficacité du tampon graissé, porté très-haut dans le rectum, si des noms connus, comme ceux de MM. Evrat et Moreau, n'étaient attachés à cette méthode. Quant à agir sur l'utérus avec les doigts des deux mains à la fois, et par le rectum et par le vagin, la femme étant sur les genoux et sur les coudes, l'opération ne semble guère possible; les deux premiers doigts de la main gauche qui doivent abaisser le col utérin au-dessous de la symphyse du pubis, ne peuvent au plus atteindre qu'au-dessous de la lèvre postérieure de l'orifice, et les deux premiers doigts de la main droite, chargés de

---

des consultations. Inhabile à se traiter, il traitera les autres, et, qui plus est, ses ordonnances feront loi. « Quelques médecins, raconte-t-il, ayant à prendre un parti important pour un jeune seigneur, M. Paul de Cesis, qui était à ces bains, vinrent me prier de vouloir bien assister à leur délibération et entendre leur avis, parce qu'on était résolu de s'en tenir à ce que je déciderais. J'en riais alors en moi-même; mais il m'est arrivé plus d'une fois pareille chose pendant mes voyages. » C'est peut-être le cas de se demander qui l'on trompait ici. Or, pour quiconque connaît la causticité italienne, si remplie d'urbanité et de déférence, nul doute que ce pauvre Montaigne n'ait été la dupe d'une mystification concertée. Il devait, du reste, être magnifique dans ce rôle de consultant, à en juger par l'incroyable aplomb avec lequel il débite dans son JOURNAL les plus monstrueuses stupidités en médecine.

Voilà bientôt un mois que Montaigne est à Lucques, et il s'en faut de beaucoup que sa position se soit améliorée. Ce qui le confond surtout, c'est la quantité prodigieuse de sable et de pierres qu'il continue de rendre. Fatigué du traitement et découragé de l'insuccès de chaque nouvelle tentative, il se décide le 21 juin à quitter Lucques, afin de voir s'il ne trouvera pas dans le voisinage quelque autre Bain plus à sa convenance.

Son intention était de se rendre d'abord aux eaux de Monte-Catini dont il avait entendu dire beaucoup de bien : quelques malades, à Lucques, buvaient même de l'eau transportée du Tetucelo, qui en est la principale source. Par malheur, il ne s'était pas suffisamment renseigné sur la situation de ce Bain, de telle sorte qu'arrivé à Pistoia, il apprit qu'il l'avait dépassé de six à sept milles; au lieu de revenir sur ses pas, ce qui eût été le parti le plus sage, les eaux de Monte-Catini (1) lui convenant mieux que celles de Lucques, il préféra continuer sa route vers Florence, où il arriva le 23 juin. Nous avons déjà parlé de son premier séjour dans cette ville; il y resta moins de temps cette fois-ci. Ses principales distractions furent d'aller voir les salles d'escrime, les courtisanes, la course des chars et celle des barbes ou chevaux sauvages. Il s'amusa beaucoup aussi de la revue passée par le grand-duc, François de Médicis, de toutes les villes de la Toscane que « représentaient des estafiers dans un accoutrement moins imposant que burlesque. » Enfin, après avoir été visiter une dernière fois sa chère villa Pratolino qu'il ne pouvait se lasser d'admirer, il quitta Florence le 3 juillet et prit la direction de Pise où il fut rendu en deux jours.

Pise parut l'intéresser presque autant que Florence. C'est, du reste, une grande et belle ville, trop grande même pour sa population actuelle, avec de magnifiques quais sur l'Arno. Si Florence est infiniment plus riche en palais et en monuments d'art, Pise l'emporte par sa place du Dôme, merveilleuse enceinte où se trouvent harmonieusement groupés le *Campo-Santo*, le Bap-

(1) Ces eaux, les premières de la Toscane par leur importance, sont des eaux salines chlorurées. D'après Jean Villani, historien du quinzième siècle, le nom de Monte-Catini (autrefois *Catellino*) leur viendrait de ce que c'est au pied de la montagne qui domine les sources que Catilina fut défait par le consul Petreius. On montre même la place où il aurait été trouvé percé de coups, le visage encore animé de toute sa férocité naturelle : *Ferociam animi quam habuerat vivus, in vultu retinens*, dit Salluste.

repousser par le rectum le fond de l'utérus, quelque soulèvement que la main imprime au périnée, n'arriveraient qu'à la moitié de la hauteur suffisante. On comprend bien en théorie l'insuffisance de ces procédés; les deux faits suivants en démontreront mieux encore les nombreux inconvénients.

RÉTROVERSION ANCIENNE; RÉDUCTION A POING FERMÉ; GROSSESSE ET PARTURITION NORMALES.

Obs. V. — Madame F..., de la commune de Feneu, souffrait depuis quinze jours d'angoisses extrêmes dans tout l'abdomen. Je fus invité à me joindre à M. le docteur X.., médecin ordinaire de la famille.

Madame F... a 44 ans, elle est de constitution moyenne, de bonne santé habituelle et fort active dans son ménage; elle est mère de trois enfants qu'elle a tous allaités. Ses règles venant à manquer vers les premiers jours du mois d'août 1857, elle s'en étonna peu, dit-elle, « elle crut être arrivée à l'époque de son *changement*. »

Cependant des vomissements sympathiques furent observés dans les premiers jours du mois d'octobre et firent penser à une grossesse *possible*. Le 4 novembre, cette fermière active voulut suppléer une de ses servantes en portant à la fois deux seaux remplis d'eau. L'effort qu'elle fit produisit *instantanément* une *secousse* dans son ventre, et c'est à partir de ce moment que tous les dérangements douloureux de sa santé sont apparus. On pensa dès lors qu'il n'y avait pas de grossesse.

Lors de mon examen, la malade, très-souffrante, était couchée depuis plusieurs jours. Ses douleurs partaient de la région sus-pubienne et s'étendaient aux lombes et aux cuisses, en arrière. L'excrétion des urines est presque complétement suspendue, les selles sont supprimées depuis huit jours. Le ventre est développé, il offre vers l'hypogastre une large tumeur molle, et la pression sur cette partie fait naître de violentes envies d'uriner. Le pouls est rapide (110 battements à la minute), le visage est coloré, la peau est chaude, halitueuse. Le moindre attouchement sur le ventre, sur une partie quelconque des téguments, cause une sensation nerveuse très-pénible, et détermine une secousse générale brusque. Le toucher vaginal vint corroborer le diagnostic d'une rétroversion utérine.

Ne soupçonnant pas la nature de l'affection pour laquelle j'avais été appelé, je ne m'étais pas muni d'une sonde; mais convaincu que le mode de réduction applicable en pareil cas ne devait causer aucun accident du côté de la vessie, quoiqu'elle fût remplie outre mesure, je proposai d'agir immédiatement, ce qui fut accepté.

Tout ici se passa comme dans le cas précédent, et j'eus le bonheur de voir la grossesse et l'accouchement se terminer de la manière la plus heureuse. Une seule circonstance spéciale fut consignée dans mes notes à l'occasion de ce fait. Je crois utile de la rapporter ; la voici : « Ne pouvant préalablement vider la vessie, faute d'instrument, j'eus » l'attention, pendant l'effort de soulèvement de l'utérus, d'appuyer » plus fortement le coude sur la garniture du lit, dans le but de trans- » porter un peu plus en arrière l'axe du mouvement, afin que le ca- » nal de l'urètre fût de moins en moins comprimé par l'avant-bras; » aussi les urines coulèrent-elles à plein canal. » Les fonctions de la vessie se rétablirent peu d'heures après, et les intestins furent débayés au moyen de lavements laxatifs et de quelques doses d'huile de ricin.

RÉTROVERSION UTÉRINE; RÉDUCTION A POING FERMÉ VINGT JOURS APRÈS L'ACCIDENT; NOUVEAU RENVERSEMENT; RÉDUCTION NOUVELLE ET PERMANENTE; GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT NORMAUX.

Obs. VI. — La femme B..., âgée de 42 ans, grande et forte, de bonne santé habituelle, est accouchée naturellement, il y a dix ans. Enceinte de nouveau et parvenue au quatrième mois de sa grossesse, elle tomba dans un escalier très-roide, de la hauteur de cinq marches. La chute eut lieu d'aplomb, le siége sur la marche inférieure. La brusque secousse qui en résulta produisit *instantanément* un dérangement *dans son ventre*. Les fesses et les cuisses furent largement meurtries.

A partir de ce jour commencèrent des difficultés de plus en plus grandes pour l'émission des urines et l'expulsion des garde-robes. Le médecin ordinaire tenta de remédier à ces accidents qui augmentèrent graduellement ; il n'avait pas reconnu la rétroversion utérine. Après quinze jours, la défécation devint impossible, même aidée par des lavements ou des laxatifs. Les urines coulaient chaque jour encore *fréquemment*, et chaque fois en très-petite quantité.

Vingt jours se passèrent ainsi, et, pendant ce temps, le ventre devint volumineux et très-douloureux. La fièvre se manifesta, des vomissements se répétèrent chaque jour, et une insomnie complète acheva de briser les forces de la malade.

Le mal était à ce point, quand la femme B... entendit raconter l'histoire de la fermière de X... et le résultat heureux du moyen que j'avais employé. Elle me fit appeler, et de prime abord je constatai le renversement de l'utérus en arrière, ainsi que l'énorme développement de la vessie qui s'élevait à la hauteur de l'ombilic.

La situation de la malade me parut grave, tant à cause de l'abaissement considérable de l'utérus dans l'excavation, de l'ancienneté de l'accident, que par l'état de faiblesse, d'agacement nerveux général et d'une résorption fécale et urineuse bien caractérisée par l'odeur fétide de l'haleine et de la transpiration.

Une heure plus tard, je revins près de la malade, muni d'une sonde et accompagné de l'élève interne de service à la Maternité. La vessie fut vidée de 3 litres d'urine, et après avoir fait reconnaître au jeune étudiant la rétroversion utérine, je procédai à la réduction.

La malade fut placée sur le bord de son lit. Bien que les organes sexuels fussent larges et souples, il me fut difficile de pénétrer dans le vagin, parce que la paroi postérieure de ce canal était fortement projetée vers le centre de l'excavation. L'utérus, en se renversant de plus en plus, avait poussé le cul-de-sac vaginal vers la commissure périnéale de la vulve. Le rectum était vide.

Mon premier soin fut de repousser avec l'extrémité des quatre doigts le fond de l'utérus descendant vers la pointe du sacrum. J'y parvins avec quelque peine, et lorsque j'eus la certitude d'avoir débarrassé la partie inférieure de la courbure sacrée, lorsque j'eus obtenu l'espace suffisant pour fermer la main, tournant exactement le poignet en supination forcée et rangeant le pouce raccourci, je relevai la masse utérine, *lentement*, *graduellement*, avec force et persistance. La réduction ne se fit que peu à peu; peut-être ne fut-elle pas *complète* tout d'abord. Ce qui me le ferait croire, bien que la cavité de l'excavation me semblât dégagée, c'est que le lendemain, de simples efforts d'expulsion, pour le passage de matières fécales durcies, reproduisirent l'accident.

Cette fois, le renversement ne fut point aussi grand, et la main, passée de nouveau et immédiatement fermée, put ramener l'organe à sa situation normale, qu'il conserva depuis ce jour.

Dans ce fait remarquable, le déplacement organique avait eu lieu à une époque trop avancée de la gestation, et sa durée avait été trop

---

tistère, la *Cathédrale* (1) et la *Tour penchée*. Pise peut encore lutter sans désavantage avec Florence par quelques-unes de ses promenades. Ainsi, celle dite des *Cascines* ou *fromagerie* des Médicis, représente une longue et splendide avenue, conduisant de Pise à la mer à travers de riches prairies et des bois formés d'essences résineuses. On y respire un air balsamique d'une extrême pureté, et, en même temps, l'œil est très-agréablement surpris d'y voir des bandes de dromadaires et de chevaux sauvages errer en liberté au milieu de troupeaux domestiques. La plage, où cette avenue aboutit, est, chaque année, le rendez-vous de beaucoup de baigneurs. Vous y rencontrez également bon nombre de ces malheureux phthisiques qui viennent, trop souvent hélas! sans succès, demander à l'Italie le bénéfice de son climat exceptionnel. Montaigne, l'esprit toujours à la galanterie, y fit emplette d'une provision de beau poisson qu'il envoya en cadeau aux comédiennes (2) de Pise. Et, comme il avait une foi toute particulière aux remèdes de bonne femme, il acheta pour son usage un gobelet en bois de tamaris, lequel bois, ajoute-t-il très-sérieusement, « communique aux boissons des propriétés souveraines contre les maux de rate et la gravelle. »

Nous n'avons pas oublié que son principal but, en quittant Lucques, avait été d'aller à la recherche de quelque autre eau minérale. Comme il se trouvait, à cet égard, un peu dépaysé, il voulut avoir l'avis du célèbre médecin Cornachine (1), professeur à l'université de Pise, mais non sans déguiser sa démarche sous la forme d'une simple visite de politesse. Combien de malades trouvent ainsi moyen pour un motif ou pour un autre, de nous escamoter gratuitement des consultations ! Du moins Montaigne n'avait d'autre but ici que de sauvegarder son amour-propre. Voici comment il rend compte de son entretien avec Cornachine : « Ce médecin, dit-il, ne fait pas grand cas des bains qui sont dans le voisinage de Pise, mais bien de ceux d'Acqui qui en sont à la distance de seize milles. Ces bains sont, à son avis, merveilleux pour les maladies du foie (et il m'en raconta bien des prodiges) ainsi que pour la pierre et pour la colique; mais, avant d'en user, il conseille de boire des eaux de Lucques. Il est convaincu qu'à l'exception de la saignée, la médecine n'est rien en comparaison des eaux minérales pour quiconque

(1) La lampe de bronze qu'on voit aujourd'hui suspendue à la voûte de la cathédrale est la même dont les balancements furent, dit-on, pour Galilée, jeune encore, la révélation de la loi d'isochronisme du pendule.

(2) Cette affectation de parler sans cesse de ses liaisons avec les comédiennes et les courtisanes semble attester de la part de Montaigne une assez grande facilité de mœurs. Cependant il dit dans ses Essais : « Tout licentieux qu'on me tiene, j'ai en vérité plus sévèrement observé les loix du mariage, que je n'avais promis ny espéré. »

(1) Ce médecin est l'inventeur d'une certaine recette contre les fièvres intermittentes dont il est souvent parlé dans les anciennes pharmacopées, sous le nom de *poudre de Cornachine* ou *de Tribus*. Cette recette n'est autre qu'un composé insignifiant de gentiane, cannelle et rhubarbe.

prolongée pour ne pas causer des phénomènes morbides graves. Aussi vit-on la paralysie de la vessie se prolonger pendant un mois et demi. Il fallut sonder régulièrement la malade quatre fois chaque jour. Les intestins ne reprirent leurs fonctions normales qu'après dix jours de soins très-actifs, qu'après une série de bains et d'injections de décoction de feuilles de noyer; les forces et l'embonpoint ne reparurent qu'après deux mois d'un bon régime alimentaire. Enfin, l'utérus revenu à sa place, la grossesse se développa régulièrement, et l'accouchement fut tout à fait normal, ainsi que nous l'avions déjà noté dans nos observations précédentes; l'enfant était bien développé et il vit encore aujourd'hui.

RÉTROVERSION HORS L'ÉTAT DE GROSSESSE; HÉMORRHAGIES UTÉRINES; RÉDUCTION APRÈS QUINZE JOURS DE DÉPLACEMENT.

Obs. VII. — Le 12 novembre 1858, je fus appelé près de madame C... Elle est âgée de 34 ans, d'un tempérament nerveux; sa maigreur est remarquable et habituelle; elle est accouchée normalement il y a quatre ans.

Depuis cinq à six mois, cette dame a vu ses règles revenir plus fréquemment en même temps qu'elles augmentaient d'abondance.

Dans les mois de septembre et d'octobre, ces hémorrhagies se sont renouvelées de quinze en quinze jours et ont pris le caractère de sérieux accidents, vu la quantité de sang écoulé. Madame C... est habituellement constipée; depuis une année peut-être, les garde-robes ne peuvent s'effectuer sans lavements; cependant elle n'y a recours que de loin en loin, de dix jours en dix jours, et même plus.

Dans la dernière moitié du mois d'octobre, l'émission des urines devint difficile et douloureuse. La malade éprouvait une tension considérable dans le bassin, et de temps à autre des élancements dans la région sus-pubienne et dans le rectum; les lavements ne pénétraient pas, les laxatifs ne produisaient plus d'effet, ou bien ils causaient des douleurs atroces quand ils étaient multipliés.

J'examinai la malade; le toucher vaginal me démontra que l'utérus était renversé vers le sacrum, ce que j'avais soupçonné, d'après les réponses de la malade. La tumeur utérine était *plus ferme* qu'elle ne l'est dans l'état de gestation.

Quoique je n'eusse pas d'instrument pour vider la vessie qui contenait beaucoup d'urine, et que l'hypogastre fût douloureux à la pression, je tentai cependant immédiatement de relever l'utérus, renversé à ce point que son fond était parvenu jusqu'à la pointe du sacrum en refoulant la paroi vaginale postérieure. Je ne pus introduire que les doigts, qui purent à peine soulever le fond de l'organe. Cette tentative fut douloureuse; elle amena l'expulsion de beaucoup d'urine; la fin de l'opération fut remise au lendemain.

La deuxième tentative de réduction fut heureuse; l'utérus fut complétement relevé. L'effort de soulèvement fut opéré cette fois par les *quatre doigts* réunis, la main entière n'aurait pu être introduite sans de grandes douleurs, puisque celle des doigts avait arraché quelques cris. La fermeté des parois utérines et la vacuité de l'organe me rassuraient. La réduction ne fut obtenue qu'après un certain temps, une minute peut-être, d'un soulèvement vigoureux, lent et soutenu. Le passage du fond de l'utérus au-dessus du promontoire produisit la sensation brusque d'une détente, ressentie par l'opérateur lui-même.

A partir de ce moment, tous les accidents ont cessé, et toutes les fonctions se sont rétablies dans l'espace d'une semaine.

Ainsi que je l'ai dit au commencement, il m'aurait été facile de grossir ce travail en discutant les opinions des divers auteurs qui ont traité de la rétroversion utérine pendant la grossesse; mais John Burns l'a fait avec un soin extrême, et son ouvrage est entre les mains de tout le monde, ainsi que le manuel de M. Jacquemier. J'aurais pu me livrer à un examen critique des divers procédés de réduction vantés par les praticiens qui les ont fait connaître, et j'aurais facilement démontré que la plupart de ces moyens sont ou sans efficacité, ou bien dangereux dans certaines circonstances. Ce que j'en ai dit dans le cours de mon travail suffira, je l'espère, pour prouver qu'en pareil cas il faut procéder d'après des vues bien différentes, et qu'il importe extrêmement d'agir sur le corps de l'utérus avec des ménagements très-grands. Une action immodérée ou maladroite doit avoir pour résultat le décollement du placenta, et un accoucheur prudent saura toujours prévenir un pareil malheur. La main dirigée dans le sens que nous avons indiqué suffira toujours pour ramener l'utérus à sa place.

Nous ne sommes pas convaincu que le tampon d'Evrat, fût-il manié par M. Moreau lui-même, soit exempt d'inconvénients graves. Quelle que soit la forme de cet instrument, son volume, la direction de la tige conductrice, et l'habileté de la main qui la tient et la dirige, on pourra craindre un avortement, car l'utérus ainsi repoussé subira une compression capable de provoquer la perte de l'œuf.

J'en dirai autant des vessies de mouton du docteur Halpin, introduites dans le vagin ou dans le rectum, et distendues par de l'air ou de l'eau. Ces agents mécaniques aveugles ne peuvent jamais remplacer la main, instrument doué de sensibilité, intelligent, qui se modifie suivant les circonstances, s'arrête ou continue d'agir en raison des indications qu'il saisit. Nous l'avons dit et nous le répétons, en obstétrique, une main habile est le premier des instruments. Aussi croyons-nous qu'il faut se servir de la main toutes les fois que cela est possible, et n'employer un instrument quelconque qu'autant qu'il n'y a pas moyen de s'en passer.

Cela ne veut pas dire que nous approuvons le procédé barbare des Arabes. Soulever une femme par les pieds, lui tenir la tête en bas, et dans cette position la secouer vigoureusement pour donner à l'utérus la direction qu'il a perdue, cela peut bien réussir quelquefois, si absurde que soit le moyen; mais nous ne nous arrêterons pas à ces sauvageries primitives. On a fait la même chose pour des hernies étranglées, mais la science doit procéder autrement.

Nous avons décrit avec soin le moyen qui nous a réussi dans tous les cas où nous l'avons employé, quelle que fût la durée du mal, sa gravité, et qui nous a donné l'extrême satisfaction de voir la grossesse suivre sa marche régulière. Il nous paraît suffisamment démontré qu'en agissant comme nous l'avons fait nous-même, on réduira le déplacement utérin, tous les accidents disparaîtront, et la femme, menacée dans sa vie et dans celle de son enfant, arrivera à terme et accouchera heureusement.

---

sait les employer à propos. Il me dit, de plus, qu'aux bains d'Acqui les logements étaient très-bons, et qu'on y était commodément et à son aise. » Le conseil était excellent. En effet, les eaux d'Acqui ou de Casciana, sont des eaux acidules ferrugineuses, d'une température de 37 degrés, lesquelles représentent une médication diurétique, très-appropriée au traitement de la gravelle. De plus, leur action fortifiante convenait tout particulièrement à la constitution appauvrie de Montaigne. Cependant il n'en fit pas usage. Il poussa même l'esprit de contradiction jusqu'à vouloir se rendre aux bains de Pise, ceux précisément dont Cornachine venait de lui parler en termes fort peu engageants.

Bains de Pise. — « Le 27 juillet, dit-il, nous partimes de bonne heure et fûmes longtemps à traverser la plaine où nous rencontrâmes, au pied d'un monticule, ce qu'on nomme les *bains de Pise*. Il y en a plusieurs, avec une inscription en marbre que je ne pus pas bien lire; ce sont des vers latins rimés qui font foi de la vertu des eaux. Le plus grand et le plus honnête de ces bains est carré; ses escaliers sont de marbre. Il a trente pas de longueur de chaque côté, et l'on voit dans un coin la source de la fontaine. J'en bus pour pouvoir en juger, je la trouvai sans goût et sans aucune odeur. Je sentais seulement un peu d'âcreté sur la langue; la chaleur en était fort médiocre, et elle était aisée à boire. Ce bain est découvert. C'est le seul qui porte quelque marque d'antiquité; aussi l'appelle-t-on le *bain de Néron*. On tient communément que cet empereur fit conduire l'eau de la source jusque dans son palais de Pise par le moyen de plusieurs aqueducs. Ce lieu-ci est désert et les logements y sont mauvais. Les eaux sont presque abandonnées et ceux qui en font quelque usage, partent le matin de Pise, qui n'en est qu'à quatre milles, et reviennent chez eux le même jour (1). Dès que j'eus grimpé sur la montagne qui domine les bains, nous jouîmes d'une des plus belles vues du monde, en considérant cette grande plaine, les îles, Livourne et Pise. Après l'avoir descendue, nous nous dirigeâmes vers Lucques. »

Montaigne n'en dit pas plus long. Était-ce bien la peine de prendre tant de renseignements, puis de se déplacer tout exprès pour s'en tenir ensuite à une aussi courte apparition? Toutefois, je ne saurais le blâmer de ne pas s'être fixé aux bains de Pise, car ces bains, tant par leur température et leur composition que par leur action thérapeutique, ont la plus complète analogie avec ceux de Lucques; par conséquent, tout porte à croire qu'il n'en eût pas retiré de meilleurs résultats.

Voilà Montaigne de retour à Lucques. Pendant les deux mois que son absence avait duré, il s'était abstenu de toute espèce d'eau minérale, faute de trouver des sources qui lui inspirassent quelque confiance. Ce repos forcé, en faisant succéder le calme à un traitement irrationnel et tumultueux, lui fit beaucoup de bien « Je me sentais, dit-il, non-seulement en bonne santé,

(1) C'est encore ce qui se fait habituellement aujourd'hui, surtout depuis que le chemin de fer n'a mis ces bains, appelés plus ordinairement *bains de San-Juliano*, qu'à dix minutes de Pise. Quant à l'établissement thermal, il a bien changé depuis Montaigne, car c'est, sans contredit, un des plus beaux et des mieux organisés que j'aie vus en Italie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

INÉGALITÉ CONGÉNIALE DES DEUX MOITIÉS DU CORPS, SINGULIÈRES CONSÉQUENCES PHYSIOLOGIQUES; lu à la Société de biologie par le docteur PAUL BROCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

J'ai été consulté tout récemment, dans un court voyage en province, pour un enfant atteint d'un singulier vice de conformation.

Le sujet de cette observation est un garçon de 11 ans, chez lequel les deux moitiés du corps soot inégalement développées. Cette inégalité, constatée par les parents dès les premiers mois de la vie, est devenue de plus en plus apparente à mesure que l'enfant a pris sa croissance, mais aucune mensuration comparative n'ayant été faite avant mon examen, je ne puis dire si l'inégalité s'est réellement aggravée; j'ai lieu de croire au contraire que la différence relative des deux moitiés du corps a toujours été la même, quoique la différence absolue se soit accrue en proportion du développement général.

La moitié gauche du corps est notablement plus développée que l'autre. On dirait que le corps de cet enfant est formé par la réunion de deux moitiés provenant de deux individus différents d'âge, de taille et de force. Je donnerai d'abord les résultats fournis par la mensuration des membres, considérés sous le rapport de la longueur. J'ajoute dès maintenant, et une fois pour toutes, que les différences de volume sont en rapport avec les différences de longueur, même les plus prononcées.

	Côté gauche. cent.	Côté droit. cent.	Différences. cent.
Membre inférieur de l'épine iliaque à la malléole ioterne.	65,5	60,0	5,5
De l'épine iliaque au bord supérieur de la rotule (*cuisse*).	32	29,5	2,5
Du bord supérieur de la rotule à la malléole interne (*jambe*).	33,5	30,5	3
Longueur du pied depuis l'extrémité postérieure du calcanéum jusqu'à l'extrémité antérieure du gros orteil.	22	21	1
Membre supérieur de l'acromion à l'apophyse styloïde du radius.	41	39	2
Longueur de la clavicule.	11,7	10,6	1,1

Le membre inférieur droit étant racourci de 5 centimètres et demi, cela suffirait déja pour produire une claudication considérable; mais, de plus, l'épine iliaque du côté gauche est abaissée de près de 2 centimètres, et la claudication se trouve ainsi aggravée. Cet abaissement ne s'accompagne d'aucune projection en avant ou en arrière, d'aucune de ces déviations consécutives à l'allongement ou au raccourcissement des membres atteints de coxalgie ancienne. Il paraît résulter purement et simplement de l'inégal développement des deux moitiés de tronc. On remarquera que si l'obliquité de la ligne biiliaque était consécutive au raccourcissement du membre droit, elle serait dirigée en sens inverse, puisque l'enfant, dans la marche et la station, est disposé à incliner son corps vers le membre le plus court.

La perpendiculaire abaissée de l'épine iliaque sur le raphé médian de l'abdomen est plus courte d'un centimètre à droite qu'à gauche. Le grand trochanter droit fait une moindre saillie; la moitié droite du scrotum est moins volumineuse que la gauche, quoique les deux testicules paraissent de même grosseur. Une inégalité analogue existe entre les deux moitiés de la cage thoracique. Enfin, le sterno-mastoïdien du côté droit est un peu moins gros que le gauche, mais il ne paraît pas plus court; le cou et la colonne vertébrale sont parfaitement conformés, et ne sont le siége d'aucune déviation. Il n'y a aucune apparence de torticolis.

Les particularités les plus curieuses sont celles qui résultent de la comparaison des deux moitiés de la tête. L'œil gauche est plus ouvert que l'œil droit: la commissure externe des paupières s'écarte moins de la ligne médiane du nez à droite qu'à gauche. La différence est de près de 3 millimètres. La ligne abaissée verticalement de cette commissure externe sur le bord inférieur de la mâchoire inférieure, donne du côté gauche 8,5, et du côté droit 7,6 seulement. La différence est par conséquent de 9 millimètres. La distance de l'angle externe de l'œil au bord inférieur de l'aile du nez est de 5 centimètres à gauche, et de 4,5 seulement à droite.

Les arcades dentaires supérieures et inférieures décrivent une courbe plus longue à gauche qu'à droite, et les dents de ce dernier côté, faute d'espace, sont très-irrégulièrement implantées. Enfin, et surtout, la moitié droite du crâne est notablement moins développée que la gauche. Un cordon placé circulairement autour de la tête, au niveau des sourcils, et passant de chaque côté au-dessus de l'oreille pour aller rejoindre la protubérance occipitale externe, mesure 48 centimètres; sur cette longueur, 25 centimètres appartiennent au côté gauche, 23 seulement au côté droit, ainsi que cela résulte des mensurations partielles pratiquées successivement des deux côtés, entre la protubérance occipitale et l'épine nasale. Ces mensurations ne peuvent être considérées comme absolument rigoureuses, parce qu'il est presque impossible de fixer la ligne médiane de l'occipital; mais la différence de 2 centimètres est trop considérable pour qu'on puisse l'attribuer à cette cause d'erreur. On peut donc affirmer que les deux moitiés du crâne sont inégalement développées. Cette inégalité est-elle purement extérieure, ou coïncide-t-elle avec une disposition analogue des deux moitiés de l'encéphale? C'est ce que je ne puis dire, et toutefois il y a quelques faits physiologiques qui s'accordent assez bien avec cette dernière supposition.

Quoique je n'aie pas eu le temps d'explorer minutieusement, au moyen des doubles piqûres, l'état de la sensibilité générale dans les diverses parties du corps, cette sensibilité m'a paru moins développée sur les membres droits que sur les membres gauches. L'étude des fonctions des organes des sens m'a fourni des résultats beaucoup plus précis.

L'oreille gauche étant cachée sous le bonnet, et l'oreille droite étant seule à découvert, l'enfant a pu suivre le tictac de ma montre jusqu'à une distance de 1m,25. Passé cette distance, il a cessé de pouvoir marquer avec la main le battement des secondes. Avec l'oreille gauche, au contraire, il entendait parfaitement les battements à 2m,50, et même au delà. L'ouïe est par conséquent beaucoup plus parfaite à gauche qu'à droite.

---

mais encore fort allègre de toute façon. » Que n'en resta-t-il donc là de ses tentatives thermales? Malheureusement, il crut devoir se prescrire une seconde cure et la diriger avec aussi peu de mesore et de méthode que la première. Nous ne le suivrons pas dans ces nouvelles extravagances de bains, de boisson et de douches, passant d'un essai a l'autre, quittaut le lendemaio ce qu'il avait entrepris la veille, et, comme toujours, se lamentant sur le peu de bien que lui font les eaux. C'est, sans contredit, la partie de son JOURNAL la plus mortellement ennuyeuse, aucun épisode ne venant y jeter un peu de variété ou d'entrain. Je ne trouve que l'incident suivant qui vaille la peine d'être relaté. « Comme je m'eotretenais, dit-il, avec quelques gens du lieu, je demandai à un vieillard fort âgé s'ils usaient de nos bains; il me répondit qu'il leur arrivait la même chose qu'à eeux qui, pour être trop voisins de Notre-Dame de Lorette, y vont rarement en pèlerinage; qu'on ne voyait donc guère opérer les bains qu'en faveur des étrangers et des personnes qui venaient de loio. Il ajoota qu'il s'apercevait avec chagrin, depuis quelques années, que ces bains étaient plus nuisibles que salutaires à ceux qui les prenaient; ce qui provenait de ce qu'autrefois il n'y avait pas dans le pays un seul apothicaire, et qu'on y voyait rarement des médecins, au lieu qu'à présent c'est tout le contraire. Aussi l'effet le plus évideot qui s'ensuivait, c'est qu'à ces bains il mourait plus de monde qu'il n'en guérissait; d'où il tenait pour assuré qu'il ne tarderaient pas à tomber dans le plus grand discrédit et à être délaissés totalement. » *Se non è vero, è bene trovato*, pourrions-nous dire à notre tour. Je soupçonne fort, en effet, ce vénérable et caustique vieillard de n'être autre que Montaigne lui-même, qui aura trouvé piquant de mettre dans la bouche d'one personoe, intéressée par position à défendre les eaux, des attaques qui, venant de lui, auraient pu paraître banales et usées.

Cependant, au bout de trois semaioes de sa nouvelle cure, Montaigne se sentait tellement éprouvé par les eaux qu'il ne savait plus trop quoi faire ni que devenir, lorsque, le 7 septembre, il reçut des lettres de Bordeaux à la la date du 2 août (les communicatioos, on le voit, n'étaient pas alors très-rapides), lettres par lesquelles on lui maodait qu'il venait d'être nommé maire de cette ville à l'unanimité. Cette nouvelle, en même temps qu'elle lui causa une joie extrême, coupa court à ses incertitudes; il fit immédiatement ses préparatifs de départ. Mais nous le connaissons maintenant assez pour prévoir qu'il ne dut pas quitter Lucques avaot d'avoir étalé de nouveau son inévitable écusson. Il nous donne à cet égard des renseignements très-circonstanciés. « A Pise, dit-il, j'avais fait blasonner et dorer mes armes, avec de belles et vives couleurs, le tout pour un écu et demi de France; ensuite comme elles étaieot peintes sur toiles, je les fis encadrer à Lucques et clouer avec beaucoup de soin au sommet de la chambre que j'habitais, sous cette condition, qu'elles étaient censées données à la chambre et non au capitaine Paolino, quoiqu'il fût le maître du logis, et qu'elles resteraient à cette chambre, quelque chose qui pût arriver dans la suite. Le capitaine me le promit et en fit serment. » Ceci est par trop fort. Comment! Voici un immeuble grevé à perpétuité d'une véritable servitude parce qu'il aura eu l'insigne, mais dangereux honneur d'abriter un homme tel que Montaigne! Et, si le propriétaire veut quelque jour s'en défaire, il devra, par suite des en-

Je n'ai pas fait l'exploration comparative de l'odorat des deux fosses nasales. Cette expérience, fort difficile d'une manière générale, aurait été probablement sans résultat sur un enfant de cet âge, et il aurait fallu y consacrer plus de temps que je n'en avais à ma disposition. Il aurait été plus difficile encore d'étudier comparativement la sensibilité spéciale des deux moitiés de la langue; je me propose de le faire dans quelques années, lorsque l'enfant sera plus âgé et plus en état de rendre compte de ses sensations; mais je puis dire aujourd'hui que la moitié gauche de la langue est très-notablement plus large et surtout plus épaisse que la droite. En faisant tirer autant que possible la langue hors de la bouche, et en mesurant la longueur des deux moitiés de cet organe au niveau de l'arcade dentaire, on trouve pour la moitié droite une longueur de 0m,0166, et pour le côté gauche une largeur de 0m,0233. Différence de 0,6 en faveur du côté gauche.

La ligne médiane de la langue se trouve par suite déviée à droite, et l'inégalité des deux moitiés est tellement prononcée qu'un brusque relief antéro-postérieur indique les limites de la moitié gauche. C'est une disposition tout à fait semblable à celle qui survient à la longue à la suite des hémiplégies.

Parlons enfin de la division; l'enfant s'était déjà aperçu que son œil droit était bien meilleur que son œil gauche. Pour m'assurer que ce résultat ne dépendait pas de la myopie de l'œil gauche, j'ai fait fermer l'œil droit, et j'ai constaté que le gauche est aussi faible de près que de loin. Autant que je puis m'en rapporter aux renseignements fournis par un enfant de cet âge, je crois avoir reconnu que les images de l'œil gauche paraissaient à la fois moins nettes et moins éclatantes que celles de l'œil droit. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que la vision est notablement moins bonne du côté gauche que du côté droit.

Ce fait est d'autant plus curieux que le meilleur œil correspond précisément à la plus mauvaise oreille et à la moins développée des deux moitiés du crâne, de la face, du tronc et des membres. Comment expliquer cette opposition? Il me semble difficile de ne pas songer à l'entre-croisement des nerfs optiques au niveau du chiasma. Cette explication est loin sans doute d'être satisfaisante, puisque l'entre-croisement n'est que partiel, et que chaque œil reçoit des fibres nerveuses provenant des deux bandelettes optiques; néanmoins je suis disposé à croire que la cause de l'inégalité des deux yeux ne réside ni dans les globes oculaires ni dans les nerfs optiques, mais plus en arrière, soit dans les bandelettes optiques, soit dans leur origine centrale. Lorsque l'intelligence du sujet aura atteint tout son développement, il sera intéressant d'explorer isolément les diverses parties de chaque rétine, et peut-être alors pourra-t-on constater des phénomènes propres soit à compléter l'histoire de ce fait particulier, soit à jeter quelque jour sur la question, encore si obscure, de la distribution respective des fibres nerveuses directes ou croisées dans les diverses régions de la rétine.

Un mot enfin sur l'intelligence de l'enfant. Il appartient à une famille très-remarquablement douée sous ce rapport; quoique au moins aussi avancé que la plupart de ses camarades, il l'est moins cependant que ne l'étaient à son âge ses nombreux frères et sœurs; mais ce détail n'a à mes yeux aucune signification.

La cause du vice de conformation que je viens de décrire est tout à fait inconnue; je puis affirmer qu'elle n'est pas héréditaire, car je connais depuis fort longtemps toute la famille de l'enfant.

Les parents me consultaient surtout sur le traitement de la claudication qui s'aggrave à mesure que le sujet prend de la croissance. J'ai conseillé une gymnastique particulière destinée à faire fonctionner surtout les membres du côté droit. J'ai recommandé spécialement de faire travailler l'enfant au tour, en exigeant de lui qu'il fasse constamment marcher la pédale avec le pied droit. Je n'ose pas espérer que cela fasse allonger le membre, mais j'espère du moins que cela pourra développer les muscles, qui sont considérablement plus faibles et plus grêles que du côté opposé.

CAS D'ANGINE MALIGNE; par M. le docteur DUCHESNE-DUPARC.

Monsieur le rédacteur,

J'ai été péniblement interrompu, le mois dernier, dans mon cours pratique de pathologie cutanée, par la brusque invasion d'une angine maligne dont l'histoire se rapproche d'un cas analogue observé il y a quelques années chez M. le docteur Lorau, et que je trouve consigné dans L'UNION MÉDICALE du 7 juillet.

Ces deux exemples me semblent militer en faveur de l'opinion de ceux qui admettent le caractère accidentel et infectieux de certaines angines, et, comme conséquence, la nécessité d'accorder, en pareille circonstance, au traitement local et direct, une importance pratique tout exceptionnelle. Voici le fait qui m'est personnel et qu'il vous plaira peut-être livrer à l'appréciation de vos lecteurs.

OBS. — Le samedi 11 juin, après avoir fait ma leçon avec plus d'entrain peut-être que d'ordinaire, et sans aucun trouble fonctionnel apparent qu'un état saburral de la langue, avec courbature, qui datait déjà de plusieurs jours et m'avait engagé à prendre, par prudence, une bouteille de limonade purgative, je fus pris, vers cinq heures de relevée, d'un accès de fièvre assez violent, surtout caractérisé par une forte réaction et une transpiration des plus abondantes.

La nuit entière fut agitée, sans sommeil, et compliquée d'une anxiété nerveuse des plus pénibles.

Le matin, quand je reçus la visite de mon confrère et ami le M. le docteur Philipar, que j'avais fait demander, il ne me restait qu'une grande lassitude, la tête un peu lourde et un léger sentiment de gêne dans la déglutition. La langue était entièrement couverte d'un enduit muqueux fort épais, d'un blanc grisâtre, sans aucune fétidité de l'haleine; le pharynx fut trouvé légèrement injecté; à droite, la muqueuse semblait un peu épaissie, et au centre de l'amygdale droite existait un point blanchâtre, d'apparence pseudo-membraneuse et tout au plus du volume d'une lentille; ce point fut immédiatement cautérisé avec le crayon de nitrate d'argent, et nous convînmes de combattre l'état saburral par l'administration d'un éméto-cathartique (5 centigrammes d'émétique et 20 grammes de sulfate de soude, réunis et dissous dans un verre d'eau). Cette potion détermina plusieurs vomissements et fut suivie de cinq à six garde-robes.

La nuit du dimanche au lundi fut calme: je m'étais abstenu de sortir le dimanche, en raison du refroidissement de l'atmosphère, et le lundi matin je pouvais croire tout terminé; la journée se passa au milieu de mes occupations habituelles; j'avais fait trois légers repas; mais le soir, je fus repris d'un nouvel accès fébrile; l'anxiété et l'agitation de la nuit furent encore plus pénibles que la première fois; l'accès se termina vers le matin par une transpiration des plus abondantes; il ne fut rendu que quelques gouttes d'urine sanguinolente; les membres, surtout les inférieurs, étaient brisés; la gorge, bien que prise de nouveau, était en réalité peu douloureuse. A l'arrivée du

gagements les plus sacrés, stipuler dans le contrat de vente une clause toute spéciale relative à la conservation du cartel (1) J'ignore de quel côté vint l'oubli de la foi jurée. Ce que je puis dire seulement, c'est que les armes (1) de Montaigne ne figurent aujourd'hui dans aucune maison de Lucques et qu'on a même perdu jusqu'au souvenir de l'habitation qu'il occupait.

Ce ne fut pas sans un vif regret que Montaigne prit définitivement congé de ces lieux où son caractère affable et enjoué lui avait créé de nombreuses amitiés: la séparation, d'après ce qu'il rapporte, fut même des plus touchantes. Parti de Lucques le 17 septembre, il rentra en France, à petites journées, par Milan, Turin, Suze et le Mont Cenis; traversa la Savoie et la Bresse d'où il gagna Lyon « ville qui lui plut fort à voir: » c'est la seule mention qu'il lui consacre. De Lyon il se rendit à Limoges, en passant par Thiers et Clermont, puis enfin, le 30 novembre, il arrivait au château de Montaigne, point de départ et terme de son voyage. Là s'arrête également son JOURNAL.

. . . . . *Longæ finis chartæque viæque.*

Mon rôle aussi finit en même temps, car je m'étais simplement proposé de faire ressortir les diverses circonstances de son JOURNAL qui ont plus directement trait soit aux eaux minérales, soit à lui-même, dans la pensée que nous y trouverions à glaner quelques faits nouveaux ou du moins encore peu connus. Or, si je ne m'abuse, notre atteinte n'a point été trompée. En effet Montaigne nous en a dit assez pour nous initier aux coutumes balnéaires de son époque, dont les nôtres diffèrent essentiellement, tant au point de vue des pratiques que des doctrines. Il nous a montré de plus, mais ceci à son insu et un peu à ses dépens, que le choix d'une eau minérale est d'abord chose difficile, et qu'ensuite la direction du traitement ne saurait être confiée aux caprices et aux fantaisies de chaque baigneur. Quant à ce qui le touche lui personnellement, nous avons d'autant mieux appris à juger ses qualités et ses faiblesses, que, pendant les dix-sept mois que nous avons vécu de sa vie privée, il n'a eu rien de caché pour nous, pas une pensée, pas une parole, pas un acte. Quelque puériles que nous aient paru ses exhibitions d'armoiries et autres traits de vanité, il faut savoir gré à Montaigne de s'en être exprimé avec tant de franchise. On l'a dit avec assez de raison: Il n'y a peut-être rien de plus brave après la bravoure que l'aveu de la poltronnerie.

C'est donc à tort que, par une préférence exclusive, on ne cite de Montaigne que ses ESSAIS et jamais son JOURNAL. Ces deux ouvrages ont chacun leur valeur propre; je dirai même qu'ils se complètent et se rectifient l'un l'autre, en ce que, si le premier peint mieux le philosophe, le second fait mieux connaître l'homme.

CONSTANTIN JAMES.

(1) Ces armes dont il se montrait si vain, étaient, lui-même a soin de nous l'apprendre, « d'azur semé de trèfles d'or, à une patte de Lyon de mesme, armée de gueules, mise en fasce. » ESSAIS, liv. j, chap. 46.

docteur Philipat, que je n'avais pas vu depuis l'avant-veille, la cavité buccale présentait l'état suivant : sur toute la surface de la langue persistait, malgré la purgation du dimanche, le sédiment grisâtre et épais que j'ai déjà signalé; tout le fond de la bouche était modérément injecté, avec cette différence que toutes les parties situées à gauche de la ligne médiane offraient une teinte rosée bien manifeste, tandis que les surfaces correspondantes du côté droit se montraient épaissies et violacées; vers le centre de l'amygdale droite, qui seule avait augmenté de volume (environ un quart), existait une tumeur ovoïde dont le point cautérisé l'avant-veille formait le centre, et au pourtour de laquelle se dessinait un liséré grisâtre, comme déchiqueté et d'apparence ulcéreuse, lequel, parvenu au sommet de la tumeur, se prolongeait le long du pilier antérieur du voile du palais, ainsi que sur le bord libre du voile jusqu'à la pointe de la luette, qu'il contournait dans toute sa partie droite; la tumeur était molle, très-peu sensible au toucher, d'un violet plus foncé que les autres parties, et qu'il était facile de bien distinguer dans tous les points que n'avait pas touché le crayon de nitrate d'argent.

Quelques paroles échappées à mon confrère, l'expression sévère de sa physionomie, jointes à ce qu'il m'était facile de constater moi-même, et à la violence du double accès de fièvre et des accidents nerveux éprouvés depuis quatre jours, me fit porter un diagnostic des plus graves : il ne s'agissait plus, pour moi, d'une simple diphthérie, mais bien d'une angine maligne, d'apparence gangréneuse et de nature septique, qu'il fallait immédiatement enrayer par un traitement énergique. M. Philipar accepta sans hésitation l'emploi, comme caustique, du nitrate acide de mercure, qui fut porté hardiment sur tous les points contaminés. Telles douloureuses qu'aient été les suites de cette application, et bien que je lui attribue encore aujourd'hui de m'avoir fait perdre une partie de la luette et d'être la cause d'une certaine gêne dans la déglutition que le temps effacera, je l'espère, complétement, elle n'en a pas moins enrayé la maladie, et je la considère comme ayant été mon principal élément de salut; car, à partir de ce moment, la fièvre n'a plus reparu, et le brisement des forces, ainsi que l'état saburral de la langue, sont restés les phénomènes pathologiques les plus saillants; en présence de ces graves désordres, j'ai désiré prendre l'avis de M. le professeur Trousseau, dont l'opinion en pareille matière fait autorité pour la plupart d'entre nous : cet excellent confrère, dont le bon vouloir égale le talent, s'est empressé de répondre à mon appel et m'a donné, durant toute une semaine, les soins les plus assidus et qui ne s'effaceront jamais de mon souvenir.

M. Trousseau a pu facilement retrouver les traces de l'angine maligne, bien que la presque totalité des surfaces malades aient été grandement modifiées par la cautérisation du matin, et les jours suivants il a dû revenir, principalement à la luette, à de nouvelles cautérisations avec l'acide chlorhydrique, lequel est d'un emploi bien moins douloureux que le nitrate acide de mercure.

En outre des caustiques, le traitement s'est composé des moyens suivants : pour boisson, tisane amère sucrée avec le sirop de quinquina; insister sur l'alimentation autant que l'estomac y serait disposé; eau rougie aux repas.

Localement : gargarismes répétés avec une solution de chlorate de potasse; badigeonnages fréquents avec un pinceau chargé d'un mélange de miel, d'alun et de tannin; je me suis permis d'y joindre des pastilles de Detban, au chlorate de potasse, qui m'ont paru d'un usage commode et produire localement une action astringente marquée.

La cautérisation de la luette a entraîné quelques accidents qu'il est bon de signaler pour engager à ménager cet organe autant que faire se peut : triplée de volume et descendant jusque sur l'épiglotte, il en est résulté une nuit complète d'insomnie avec menace incessante de suffocation, sans qu'il y eût fièvre, ni céphalalgie, ni d'autre malaise que la courbature générale.

Les premières escarres se sont détachées le troisième jour après la cautérisation; les plus épaisses du sixième au huitième seulement, et ce n'est qu'après le quinzième jour que l'angle formé par la réunion de la luette au voile du palais s'est complétement nettoyé.

Au commencement de la semaine dernière, ayant été pris de maux de tête, je me suis fait une application de dix sangsues à l'anus qui n'ont saigné que modérément. Le surlendemain, ayant pris une demi-bouteille d'eau de Sedlitz, il n'en est résulté qu'une forte évacuation suivie d'une demi-syncope : cette dernière m'a donné la mesure de mes forces et fait comprendre qu'il fallait actuellement m'en tenir à un régime alimentaire fortifiant, tenter un peu de sulfate de quinine, combattre la persistance de l'état saburral par l'usage des eaux de Vichy, éloigner autant que possible les fatigues de tout genre, et attendre du temps le dernier mot de cette série d'accidents.

Si maintenant je remonte à l'étiologie de l'état pathologique que je viens de signaler, je trouve, comme causes prédisposantes, l'influence de chaleurs exceptionnelles et peut-être aussi d'une constitution atmosphérique spéciale, et plus directement les fatigues inséparables de la publication d'un nouvel ouvrage, des allées et venues multipliées, et peut-être aussi quelques préoccupations si souvent attachées à la vie de famille : au milieu de ces diverses influences, toutes propres à troubler l'innervation, à échauffer le sang, comme on dit vulgairement, n'est-il pas probable qu'un principe septique sera venu accidentellement se fixer sur l'amygdale et se sera comporté là comme le fait journellement le virus de la pustule maligne; je trouve la plus grande analogie entre cette affection dont je venais de tracer les principaux caractères, et celle qui a débuté chez moi le soir même. Je crois pouvoir répéter ici que le traitement local doit avoir, en pareil cas, la plus large part, et que, pour y avoir recours, il n'est pas nécessaire d'attendre la participation des glandes voisines à l'engorgement primitif, et que les signes d'intoxication générale se trouvent suffisamment indiqués par la violence du mouvement fébrile, le trouble profond du système nerveux, l'état saburral, l'excès de courbature et la fétidité des différentes évacuations.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les fascicules des six premiers mois de l'année 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Des métamorphoses dissolvantes et de la miliaire*, par M. Fedi. 2° *Prolégomènes à l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie végétales dans l'Université de Pavie*, par M. Gasparini. 3° *Compte rendu des malades reçus du 24 juin 1854 au 31 juin 1857 dans la salle d'oculistique de l'hôpital des sœurs de la Bienfaisance, dirigé par M. Quaglino*, par M. Rosmini. 4° *De la cirrhose du foie*, par M. Rezzonico. 5° *Sur la resection et désarticulation sous-périostales de la mâchoire inférieure sans excision extérieure, et sur les opérations sous-périostales de ce genre considérées comme moyen d'épargner beaucoup d'amputations des membres et de mutilation des diverses parties du corps*, par M. Paravicini. 6° *Observation d'un anévrisme variqueux, suite de saignée, guéri par la compression digitale*, par M. Gherini. 7° *D'un anévrisme circonscrit du cœur*, par M. Comolli. 8° *Polype muqueux de la conjonctive*, par M. Orioli. 9° *Annotations sur le scorbut*, par M. Clocb. 10° *Du mode suivant lequel se présentent dans le corps humain les cysticerques, et de leur genèse*, par M. Sangalli. 11° *De quelques tumeurs fibro-cartilagineuses rencontrées dans l'articulation scapulo-humérale*, par M. Gritti. 12° *De la grippe qui a régné à Gênes en janvier 1858*, par M. Granara. 13° *Rapport clinique sur l'état sanitaire de l'Institut des femmes en couches et des enfants exposés aux Lastes, près Trente, en l'année scolaire 1856-57*, par M. Esterle. 14° *Névralgie limitée au nerf dentaire droit traitée par la section du nerf*, par M. Fumagalli. 15° *Note clinique sur la grippe en règne aujourd'hui*, par M. Facen. 16° *Des corps amylacés dans l'organisme humain*, par M. Sangalli. 17° *Sur le mode de formation du tissu cartilagineux morbide*, par le même. 18° *Nouvelle méthode proposée pour la névrotomie et l'excision du nerf dentaire inférieur avant son entrée dans le maxillaire*, par M. Paravicini. 19° *Considérations sur l'opération de la cataracte par kératotomie*, par M. Rosmini. 20° *Histoire d'un cas d'anus contre-nature guéri par le traitement palliatif*, par M. Rezzonico. (Ce traitement palliatif a consisté dans une diète plus ou moins sévère, contrairement à l'opinion de Louis et de Dupuytren, qui conseillaient de bien nourrir les malades. En même temps on a donné un purgatif tous les trois jours et des lavements simples ou purgatifs. Un tampon était appliqué sur la fistule, qui finit par disparaître entièrement. 21° *Sur l'écoulement aqueux par l'oreille consécutif aux coups à la tête*, par M. Fedi. 22° *Compte rendu des pellagreux traités par l'hydrothérapie, dans la salle Saint-Vincent, l'été de 1857, sous la direction de M. Casati*, par M. Castoldi. 23° *Sur la puissance antivirulente du guaco*, par M. Turchetti. 24° *Histoire d'un cas de tétanos suite de plaie, traité et guéri par le chloroforme*, par M. Taramelli. 25° *Monographie des vertiges et recherches de physiologie névrologique*, par M. Lussana. 26° *De quelques usages thérapeutiques du chlorate de potasse*, par M. Gamberini. 27° *Cas de guérison de chorée rhythmique épileptiforme*, par M. Griffini. 28° *Sur la saignée dans le traitement des inflammations*, par M. Orioli.

RESECTION ET DÉSARTICULATION SOUS-PÉRIOSTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE SANS INCISION EXTÉRIEURE; par M. PARAVICINI.

Les opérations sous-périostales sont une des conquêtes encore peu répandues de la chirurgie moderne sur lesquelles M. Paravicini, à l'occasion d'une observation de ce genre, appelle l'attention des hommes de l'art. D'après ses recherches bibliographiques, la première opération sous-périostale connue aurait été faite en 1839, par un chirurgien russe qui pratiqua la resection sous-périostale totale du corps du radius et du tibia, pour des caries et nécroses. Les deux malades guérirent parfaitement et l'os se reproduisit (GAZETTE MÉDICALE, 1840,

p. 212). Depuis cette époque quelques rares opérations furent pratiquées, notamment par M. Josse (d'Amiens) et par M. Maisonneuve. M. Larghi a érigé en méthode l'idée contenue dans ces faits épars; il en a posé les principes, il a décrit les instruments nécessaires, il a en quelque sorte créé cette innovation chirurgicale. L'opération suivante est un nouveau fait qui vient s'ajouter à ceux déjà connus, et qui ne peut manquer d'encourager le chirurgien à marcher dans cette nouvelle voie.

Obs. — Femme de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, mariée depuis quatre ans. Elle a eu plusieurs grossesses. Depuis sa première couche, c'est-à-dire depuis trois ans de l'époque actuelle (8 octobre 1857), elle a commencé à sentir une légère tuméfaction à la gencive du côté gauche de la mâchoire inférieure, tuméfaction presque indolente, et sensible seulement à une forte pression. Bientôt la tumeur grandit. L'inspection de la bouche fit reconnaître sous la branche horizontale gauche de la mâchoire inférieure la présence d'une tumeur rougeâtre, ovoïde, irrégulière, ulcérée et d'apparence charnue. Les dents étaient tombées dans toute la partie morbide correspondante. Le diagnostic demeura incertain sur la nature du mal. M. Paravicini enleva toute la tumeur avec le bistouri qu'il dirigea sur la face externe et sur la face interne de l'os. Il cautérisa ensuite avec le fer rouge les deux surfaces sanglantes du maxillaire.

Le 27 octobre, la malade sortait, ayant recouvré la santé; seulement le côté opéré de la mâchoire conservait un peu plus de grosseur que l'autre.

L'examen microscopique de la tumeur fit constater l'absence complète des éléments cancéreux.

Cependant un mois ne s'était pas écoulé que la malade revenait avec une tumeur presque aussi grosse que la première, et comme elle dure, irrégulière, bosselée, presque indolente, ulcérée et sécrétant un pus fétide. A cette époque, il n'y avait plus de doute que le mal ne partît du centre de l'os. Prenant dès lors en considération son état parfaitement circonscrit, l'absence de toute affection des glandes voisines, l'état sain du viscère splanchnique, la nature non cancéreuse de la tumeur, M. Paravicini se décida pour la resection sous-périostale et la désarticulation de la moitié altérée de la mâchoire inférieure.

La malade assise devant une fenêtre et chloroformisée, un bouchon fut introduit entre les dents molaires du côté sain. La commissure gauche des lèvres tirée en dehors avec un crochet mousse, l'opérateur, armé d'un petit couteau à tranchant convexe, fit une incision partant de l'origine de la branche horizontale et arrivant jusqu'aux dents incisives. La plaie pénétrait des gencives jusqu'à l'os, parallèle au bord alvéolaire dans les parties saines, et elliptique avec convexité tournée en bas dans la partie correspondante à la tumeur qui, de cette façon, demeura nettement circonscrite dans sa moitié externe. On pratiqua une seconde incision égale et parallèle à la première sur le bord alvéolaire interne. De cette façon la tumeur à enlever demeura nettement distincte du périoste qu'on voulait conserver. Le chirurgien porta alors l'incision sur le bord antérieur aigu de la branche maxillaire jusqu'à l'os, et introduisit par cette ouverture un levier avec lequel, allant de haut en bas et pressant sur la face interne de l'os, il réussit facilement et promptement à isoler celui-ci du périoste non moins que des insertions du masséter. Avec l'index de l'une et de l'autre main, porté dans la plaie, il détacha, non sans peine, l'insertion du muscle temporal de l'apophyse coronoïde. Il détacha ensuite alternativement avec le levier et avec les doigts la surface interne du bord postérieur de l'os, parvenant ainsi à soulever le périoste dans cette partie, et à débarrasser de leurs attaches externes les deux muscles ptérygoïdiens : le nerf dentaire et l'artère du même nom furent coupés à leur entrée dans le canal à l'aide d'un petit scalpel.

A cet endroit M. Paravicini fit l'extraction d'une petite dent molaire, et et détacha le périoste de la face externe, de la face interne et du bord inférieur du corps de l'os, jusque près de la dent canine. Avec l'ostéotome à bec de grue, proposé par M. Signoroni, il trancha toute la hauteur de la branche horizontale dans le lieu correspondant à la petite molaire enlevée, et d'un seul coup il divisa toute l'épaisseur de l'os.

Il ne restait plus d'autre adhérence à détruire que celle du condyle à la cavité glénoïde du temporal, et ce fut l'affaire d'un instant, car la branche de l'os étant saisie avec une forte pince, on parvint, à l'aide d'un simple mais rapide mouvement de rotation, non pas à luxer le condyle de sa cavité articulaire, comme on l'avait supposé, mais, ce qui est mieux, à l'enlever intégralement et dépouillé anatomiquement de son cartilage, à exécuter enfin une parfaite opération sous-capsulaire.

L'opération tout entière dura moins d'une demi-heure. L'hémorrhagie fut très-peu de chose; la réaction très-faible. Au commencement de la troisième semaine, l'opérée avait quitté le lit et commençait à manger des aliments solides, grossièrement triturés. A cette époque, on sentait avec le doigt la formation du nouvel os assez avancée. La guérison pouvait se dire obtenue. Après quelques accidents que causa le froid, une bronchite, et une adénite suppurée, l'opérée sortit de l'hôpital guérie et sans être défigurée.

Le microscope démontra que la tumeur du maxillaire était de nature fibroplastique.

Anévrisme variqueux suite de saignée, guéri par la compression digitale; par M. Gherini.

Obs. — Un jeune homme de 27 ans, de constitution saine et robuste, avait été reçu à l'hôpital de Milan, le 8 avril 1857, pour un anévrisme variqueux, suite de saignée au bras droit.

Cet accident lui était arrivé quarante jours avant son entrée à l'hôpital.

La tumeur se présentait au pli du coude droit, du volume d'une noix, offrant tous les caractères propres à la varice et à l'anévrisme, communiquant entre eux : au toucher, on sentait le frémissement de la varice, et à l'œil on distinguait la pulsation.

On voulut tenter la compression mécanique, mais elle ne put être supportée par le patient. On passa alors (11 août) à la compression digitale, exercée au-dessus de la tumeur, vers le milieu environ du bras, en la faisant exécuter par trois jeunes et complaisants chirurgiens, entièrement occupés l'un après l'autre à cette intéressante pestalion.

La compression en question était faite au point d'intercepter quasi le cours du sang, et fut assez bien supportée par le malade qui n'accusait qu'une sensation de froid à la main.

Une demi-heure après que la compression digitale avait commencé, on s'aperçut que le frémissement de la veine avait cessé, et au bout de trois heures et demie la tumeur anévrismale était privée de toute pulsation et rendue petite et dure.

Alors M. Gherini fit suspendre la compression digitale et appliqua sur la tumeur une compresse trempée dans l'eau froide qu'on avait animée avec la teinture d'arnica, en assujettissant cette médication par un bandage en huit de chiffre légèrement compressif. Il explora les artères cubitales et radiales, elles battaient normalement. La chaleur et la couleur de la peau étaient aussi normales. Les mouvements musculaires s'effectuaient avec une parfaite liberté.

Le lendemain (12 août) le bandage fut levé; on trouva que la tumeur continuait à être petite, dure, indolente et non pulsatile. Même médication jusqu'au 14, et depuis cette époque jusqu'à la sortie du sujet de l'hôpital (20 août) on substitua à l'eau froide l'eau végéto-minérale.

M. Gherini, ayant revu le malade quelques jours après, constata avec une pleine satisfaction la complète guérison de la tumeur, dont le volume avait encore diminué de beaucoup et dont la dureté avait augmenté, sans le moindre signe de frémissement et de pulsation dans le lieu où existait l'anévrisme variqueux. En même temps les pulsations de tout l'arbre artériel du membre opéré étaient libres; le sentiment et le mouvement étaient normaux.

Dans la suite il ne put revoir le jeune homme ni obtenir sur son compte des renseignements, parce qu'il avait émigré en Amérique : dernière preuve de sa parfaite guérison.

II. Bullettino delle scienze mediche.

Les numéros des six premiers mois de l'année 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Examen critique du sclérème des adultes;* par M. Corradi. 2° *Des contagium considérés comme élément morbide;* par M. Parmeggiani. 3° *Du traitement du pannus par l'inoculation du pus blennorrhagique aux yeux;* par M. Torri. 4° *Histoire d'une immobilité de la mâchoire inférieure, traitée par un nouveau procédé de M. Rizzoli;* par M. Loreta. 5° *Electro-puncture dans trois cas d'anévrismes;* par M. Mazzuttini. 6° *Urétrotomie de Reybard;* par M. Puglioli. (On sait que la méthode de M. Reybard consiste à faire à l'intérieur de l'urètre une incision qui, outre le point rétréci comprend toute l'épaisseur des parois de ce canal. Le chirurgien italien a opéré un malade avec succès par cette méthode. Il adopte les conclusions formulées dans son rapport pour le prix d'Argenteuil que « l'expérience et le raisonnement sont d'accord pour la classer parmi les conquêtes de la chirurgie moderne, et la réserver comme une ressource précieuse pour les cas des rétrécissements réfractaires aux méthodes jusqu'ici connues. ») 7° *Du chrysanthemum cinerariæfolium employé comme remède contre les oxyures;* par M. Fronsati. 8° *D'une luxation fémoro-tibiale plus proprement du fémur en arrière, selon les classiques du tibia en avant;* par M. Busi. 9° *Cas d'acéphalocystes du foie;* par M. Migoli.

Trois observations d'anévrismes traités par l'électro-puncture; par M. Mazzuttini.

Quand même la compression digitale pour cure de l'anévrisme tiendrait tout ce qu'elle promet, le traitement par l'électro-puncture n'en aurait pas moins un intérêt historique très-grand pour le praticien comme pour l'homme de science. C'est à l'expérience à décider si le premier traitement peut être constamment efficace, ou s'il est des cas qui réclament l'intervention de la méthode que M. Pétrequin a vulgarisée dans la science (Voy. Gaz. Méd., 1846). Bornons actuellement notre rôle à enregistrer les faits.

Obs. I. — Un homme de 40 ans s'aperçut en 1843 d'une tumeur dans l'espace poplité gauche, ayant tous les caractères de l'anévrisme. En 1846, la tumeur s'accrut considérablement. Entré à l'hôpital d'Udine, il fut soumis à l'électro-puncture par M. Trombini, pendant l'espace d'une demi-heure. Le malade, ne voulant pas se soumettre à une seconde séance, s'enfuit de l'hô-

pital et vint se remettre aux soins de M. Mazzuttini. La tumeur avait conservé ses pulsations, son volume était augmenté; l'inflammation était violente; divers points et taches livides annonçaient une gangrène prochaine, et la rupture du sac anévrismal avec menace d'hémorrhagie instantanément fatale. L'inflammation combattue avec énergie, le chirurgien s'aperçut avec une grande satisfaction que la tumeur anévrismale commençait à diminuer et à devenir plus solide. Les pulsations devinrent de plus en plus profondes et obscures; toute crainte de mortification cessa; en un mot, dans l'espace de deux mois l'anévrisme était guéri et le sujet retournait à ses travaux.

Obs. II. — Vaste anévrisme poplité chez un homme de 52 ans. Séance d'électro-puncture de plus d'une demi-heure. Bientôt survint une notable inflammation du membre accompagné d'une vive réaction fébrile, et qu'il fallut combattre par les antiphlogistiques. Dès lors l'anévrisme perdit ses caractères, son volume diminua; à la quatrième semaine, le malade commença à se lever et à marcher.

Il sortit le 5 juillet 1851, parfaitement guéri.

Obs. III. — Anévrisme poplité chez un jeune homme de 22 ans, épileptique. Séance d'électro-puncture de près d'une heure. Mort douze jours après. L'autopsie démontra l'existence d'une carie du fémur, produite par l'anévrisme. Autour et au dedans de la tumeur on remarquait les caractères de l'inflammation. Il est probable que, attendu l'état scrofuleux du sujet, la carie étendue du fémur et l'épilepsie concomitante, l'anévrisme, soit qu'il fût abandonné à lui-même, soit qu'il fût traité par quelque méthode que ce fût, aurait amené également une terminaison fatale.

En résumé, les deux premières observations surtout militent en faveur de l'efficacité clinique de la galvano-puncture, telle que M. Pétrequin l'a formulée dans sa Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1850, p. 68.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

SUR LE RÔLE DU PANCRÉAS DANS LA DIGESTION (addition au travail présenté en avril 1857 à l'Académie); par M. L. Corvisart.

(Commission du prix de physiologie expérimentale.)

Les résultats qui se déduisent de mon travail peuvent être résumés dans les propositions suivantes:

1° Les aliments azotés subissent de la part du pancréas une dissolution et une transformation digestives.

2° Le suc pancréatique exerce cette action indépendamment de la réaction acide ou neutre (indépendance bien exceptionnelle parmi les ferments digestifs).

3° Les aliments crus sont violemment digérés par le pancréas, même s'ils n'ont point été touchés par le suc gastrique.

4° C'est en peptone ou albuminose que les aliments albuminoïdes sont transformés par le pancréas, qui n'altère point les peptones formées pour l'estomac.

5° L'action digestive du pancréas sur les corps azotés est une action propre, primitive, qui réside dans le suc pancréatique avant toute immixtion avec le suc intestinal, biliaire, gastrique.

6° Ce dernier, au contraire, a un effet *direct* nuisible sur le suc pancréatique (la peptine, la pancréatine se détruisent en se digérant l'une l'autre). Mais physiologiquement ce conflit est évité par le pylore qui sépare les deux ferments, la digestion gastrique par laquelle la peptine en formant la peptone s'épuise et s'abolit, et la bile qui détruit tout pouvoir dans le suc gastrique.

7° Le suc gastrique, s'il a digéré des aliments albuminoïdes dans l'estomac et a été absorbé avec les peptones, favorise tellement l'action pancréatique par un effet *direct*, qu'à la cinquième heure de la digestion gastrique le pancréas a le maximum de puissance; en un mot, il faut que le pancréas vienne d'être nourri immédiatement de peptones gastriques pour qu'il acquière son maximum d'action, si mes expériences sont vraies.

8° Au contraire, en l'absence de digestion gastrique le pancréas est au minimum d'action, n'étant pas vigoureusement nourri par les peptones gastriques. C'est ainsi que les deux digestions, qui doivent être successives, sont enchaînées.

9° Ces vues expérimentales portent une grande précision dans la marche à suivre pour l'étude si obscure des dyspepsies.

10° L'estomac est fait pour recevoir des corps étrangers, le canal pancréatique est disposé pour ne point les recevoir: aussi les canules gastriques ne portent-elles aucune atteinte à la sécrétion de l'estomac; au contraire, les fistules pancréatiques amènent promptement une profonde altération dans le suc du pancréas.

11° Il est de fait que pour avoir le suc pancréatique le plus normal possible, il faut prendre celui qui a été formé dans la glande avant l'opération, c'est-à-dire celui qui s'écoule immédiatement après cette opération. C'est dans cette condition remplie que réside la supériorité du procédé par infusion d'un pancréas pris à un animal qui vient d'être tué à l'instant même, car si elle est faite quelques secondes après le sacrifice de l'animal, l'infusion y saisit le suc normal sécrété pendant la vie et non encore écoulé.

12° Mais il ne suffit point de prendre un organe sécréteur aussitôt après la mort pour y saisir sa sécrétion, il faut saisir la glande au moment de toute son activité sécrétoire. C'est la cinquième heure d'un repas mixte abondant chez un chien vivant et non pourvu de fistule pancréatique.

PRÉSENCE DE L'URÉE DANS LE CHYLE ET DANS LA LYMPHE; par M. Ad. Wurtz.

On voyait à Alfort, il y a deux ans, un taureau carnivore auquel on avait pratiqué une fistule du canal thoracique. J'ai eu l'idée de rechercher l'urée dans le chyle de ce taureau. J'étais guidé par la pensée que l'urée devait prendre naissance, non pas dans le système capillaire sanguin, comme on l'a prétendu quelquefois, mais dans l'intimité de tous les tissus, partout où des matériaux devenus impropres à la vie ont besoin d'être emportés par la combustion respiratoire. S'il en est ainsi, il m'a semblé qu'on devait retrouver l'urée, non-seulement dans le sang, où sa présence est constatée depuis longtemps, mais encore dans la lymphe et par conséquent dans le chyle du canal thoracique. Il paraît naturel, en effet, que les lymphatiques contribuent pour leur part à l'absorption des matériaux provenant des métamorphoses des tissus dans lesquels plongent les radicules de ces vaisseaux.

Le chyle du taureau dont il s'agit s'est montré très-riche en urée. J'ai coagulé à chaud environ 600 grammes de ce chyle, j'ai évaporé la liqueur filtrée, j'ai repris par l'alcool absolu, j'ai évaporé et j'ai épuisé l'extrait alcoolique par l'éther. Celui-ci a abandonné des cristaux parfaitement incolores d'urée, qui a été couverte partiellement en nitrate.

Ce résultat m'a engagé à étendre mes recherches à la lymphe elle-même. Ayant pu me procurer, par les soins obligeants de M. Colin, de la lymphe de chien, de vache, de taureau, de cheval, j'y ai constaté la présence de l'urée. Il m'a paru intéressant de comparer les quantités d'urée que renferment le sang, le chyle et la lymphe d'un même animal. Pour cela il a fallu entreprendre quelques recherches quantitatives qui ont été exécutées à l'aide d'un procédé qui serait trop long d'exposer ici. En somme, ce procédé est fondé sur la combinaison des méthodes que MM. Liebig et Bunsen ont proposées pour le dosage de l'urée.

Je réunis dans le tableau suivant les résultats numériques de mes recherches.

Nom de l'animal.	Régime.	Quantités d'urée contenue dans 100 grammes.		
		Sang.	Chyle.	Lymphe.
Chien.	Nourri de viaude.	0,089	»	0,158
Id.	Id.	»	0,183	»
Vache.	Luzerne sèche.	0,192	0,192	0,193
Taureau.	Luzerne et tourteaux de colza. .	»	0,189	0,213
Autre taureau. .	Tourteaux, avant la romin. . . .	» (arteriel).	»	0,215
Bélier.	Régime ordin., rumin. suspend.	0,248	0,280	»
Mouton.	»	»	0,071	»
Cheval.	»	»	»	0,126
Id.	»	»	»	0,112

Je dois ajouter qu'ayant eu occasion d'analyser une certaine quantité de chyle proprement dit, recueilli sur le trajet des chylifères mésentériques et après les ganglions, j'y ai constaté également la présence d'une petite quantité d'urée.

Celle-ci provient sans doute des mutations de tissus qui s'accomplissent dans les parois de l'intestin lui-même.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Landouzy (de Reims) sur une épidémie d'angine croupale qui a régné dans la commune de Cormicy en 1858;

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Aude et de la Marne (Commission des épidémies);

3° Les rapports de MM. les docteurs Jardon et Chély sur le service médical des bains de mer de Boulogne et de Calais pendant l'année 1858 (Comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Raynaud, inspecteur général du service de santé de la marine, informe l'Académie que les frais des obsèques de feu le docteur Gaimard ont été supportés par le ministère de la marine;

2° Une lettre de remerciments de M. le docteur Vernois, candidat de l'Académie pour la place vacante dans la section d'hygiène ;

3° Un mémoire de M. Dayot, médecin à Bédée, sur une épidémie de variole, suivi de quelques observations pratiques tendant à prouver l'importance de la vaccine (Comm. de vaccin.);

4° Une lettre de remerciements de M. le docteur Bertherand, récemment élu membre correspondant de l'Académie;

5° Une note sur les lésions intestinales dans le typhus épidémique; par M. le docteur Landonzy;

6° Une observation de M. le docteur Picard (de Louviers) relative à une tumeur très-volumineuse, formée par une chute complète de la matrice et par la vessie qu'elle avait entraînée avec elle (M. Depaul, commissaire);

7° La description et la figure d'un nouvel ophthalmoscope imaginé par M. Gillet de Grandmont, élève en médecine (Commiss. M. Poiseuille).

M. de Castelnau donne lecture de la première partie d'un mémoire intitulé : Remarques sur l'interdiction. Ce travail n'a pas été déposé au secrétariat.

Élection.

L'Académie procède à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 69,

MM. Tardieu obtient.	62 voix.
Vernois et Duchesne chacun. . . .	2
Bondin, Reveil, Becquerel, chacun.	1

En conséquence, M. Tardieu est élu membre de l'Académie.

Lectures. — Injections hypo-dermiques.

M. le docteur Béhier donne lecture d'un mémoire relatif aux injections sous-cutanées, dans le traitement des névralgies et d'autres affections.

« L'honneur de cette nouvelle méthode, dit M. Béhier, appartient tout entier à M. Wood (d'Edimbourg) qui commença à l'employer en 1853 et qui a rédigé sur ce sujet une note contenue dans le t. 82 de Edinb. med. and surg. Journal (avril 1855, p. 265).

C'est en se servant de la petite seringue de Fergusson, pour faire des injections de perchlorure de fer, dans un cas de nœvus que l'idée vint à M. Wood de porter à l'aide de cet instrument, directement sur le nerf atteint de névralgie, une solution narcotique appropriée. La première solution dont M. Wood se servit contenait 23 milligrammes environ de chlorhydrate de morphine par chaque gramme de véhicule. L'auteur employa ensuite la liqueur sédative de Battley (teinture acétique d'opium, dans laquelle il entre environ 9 centigrammes d'opium par chaque gramme de liqueur, soit 2 centigrammes pour 5 gouttes). Sur 11 observations contenues dans le mémoire de M. Wood, 4 témoignent d'une guérison complète, 6 démontrent l'utilité incontestable du mode de traitement, sans préciser de résultat dernier de l'observation, et dans 1, l'auteur semble avoir abandonné l'usage de la méthode, inefficace jusque-là, à cause des troubles généraux déterminés par l'opium.

Cette méthode a été également employée par plusieurs confrères de M. Wood, MM. James Oliver, Bonnar (d'Edimbourg), Ch. Hunter et Benjamin Bell, qui a composé un mémoire lu devant la *Société médico-chirurgical d'Édimbourg* et traduit dans l'Union médicale.

M. Béhier a pratiqué à son tour ces injections, en se servant à son tour de la seringue inventée par M. Pravaz pour les injections de perchlorure de fer. La petite seringue est accompagnée de deux trocarts de taille différente; le trocart que l'on choisit une fois introduit avec sa canule, sous le nerf luimême, s'il est possible, ou dans tout autre point du corps, on retire le trocart, et, sur la canule restée dans les tissus, on visse le petit corps de seringue. Chaque quart de tour de piston (qui est à vis) donne issue à une goutte de liquide médicamenteux; la canule en contient de 4 à 6 gouttes.

Ce liquide a été, dans trente-huit cas, une solution de sulfate d'atropine d'abord dans la proportion de 0,20 centigr. pour 30 grammes d'eau distillée; M. Béhier a donc injecté, à chaque quart de révolution, un dixième et demi de milligramme de sulfate d'atropine environ, et 6 gouttes ont représenté à peu près un milligramme de cette substance.

Voici des proportions auxquelles s'est arrêté définitivement M. Béhier: il emploie une dissolution de sulfate d'atropine dans la proportion de 30 grammes d'eau distillée, ce qui donne exactement deux dixièmes de milligramme de sel pour chaque goutte, et, pour 5 gouttes, 1 milligramme de sulfate d'atropine.

61 malades ont été soumis à ce mode de traitement; ils étaient affectés des maladies suivantes :

Névralgie sciatique.	18
— intercostale sans complication.	9
— — chez des sujets atteints de tubercules pulmonaires.	2
— — compliquée de phénomènes tout à fait bizarres.	1
— brachiale.	1
— faciale.	1
Pleurodynie.	4
Douleurs musculaires rhumatoïdes.	11
Contusions.	2
Douleurs sympathiques d'un cancer utérin.	1

Cette première catégorie de 53 malades a été soumise aux injections avec le sulfate d'atropine. Chez les 7 autres des injections ont été faites avec le sulfate de strychnine dans les mêmes proportions ; c'étaient :

Paraplégie, suite d'angine couenneuse.	2
— de cause inconnue et de date ancienne.	1
Paralysie de la jambe gauche liée peut-être à une affection névralgique.	1
Hémiplégie, suite d'hémorrhagie cérébrale.	2
Paralysie du bras, suite de compression.	1
Enfin une solution de chlorhydrate de morphine, dans un cas de colique chez un peintre; colique de plomb légère.	1

Dans tous ces exemples, l'effet avantageux du médicament a été constant et très-marqué, avec des résultats définitifs très-nettement caractérisés pour les uns, moins bien constatés pour les autres, traités à la consultation et qui ne sont pas revenus.

M. Béhier lit en détail les observations de quelques-uns de ces malades; il précise le nombre des injections et de gouttes par chaque injection pour chacun d'eux; puis il ajoute :

« Si nous réunissons les exemples des deux catégories que nous venons de passer en revue, nous voyons que chez 53 malades des injections de sulfate d'atropine faites au niveau du point douloureux, quel qu'il fût, ont toujours été efficaces pour calmer les douleurs nerveuses, et elles en ont toujours guéri dans les cas où elles ont été suffisamment répétées, c'est-à-dire dans 31 cas sur 53. Chez les 22 autres cas, la guérison était réellement très-accusée quand les malades furent perdus de vue. Sur 2 malades, les injections de chlorydrate de morphine, répétées pendant plusieurs jours à la dose assez élevée de 24 à 30 gouttes par injection, ont donné des résultats moins satisfaisants, et le sulfate d'atropine a dû être repris.

Chez tous les malades, les signes de l'intoxication atropique ont été constatés et les accidents combattus avec succès par des préparations d'opium. Ces faits confirment l'opinion de Giacomini, de MM. Cazin et Bayle sur l'antagonisme de la belladone et de l'opium.

Les injections, tout en agissant plus sûrement et plus vite que toutes les autres méthodes, même la méthode endermique, sont bien moins douloureuses que les vésicatoires et que les cautérisations, et elles n'offrent aucun inconvénient. Les faits de M. Wood ne contiennent pas d'exemple d'accidents locaux développés au niveau des piqûres, et sur 227 piqûres pratiquées par M. Béhier, il n'y a pas eu non plus un seul accident local. M. Becquerel a fait des injections analogues sur 21 malades, avec un succès complet dans 20 cas, et sans qu'un seul ait éprouvé de gonflement ou de suppuration,etc. Quelques expériences faites par M. Hérard ont donné des résultats semblables.

M. Béhier a plusieurs fois tenté, pour vérifier l'opinion de M. A. Hunter, de pratiquer des injections sur une région éloignée de la douleur, et jamais il n'a observé aucun résultat de ces tentatives. Pour être efficaces, les injections doivent, par conséquent, être faites au point douloureux même.

En résumé, dit M. Béhier en terminant, je crois qu'il résulte des études qui précèdent que des injections sous-cutanées de substances médicamenteuses offrent des avantages considérables dans le traitement des névralgies dans celui des paralysies et qu'elles pourraient même être très-utiles comme méthode propre à faire obtenir dans toute autre affection l'absorption très-prompte et très-sûre des médicaments destinés à agir sur l'économie tout entière. Ce sont là des motifs qui me paraissent légitimer suffisamment la vulgarisation de cette méthode qui ne présente d'ailleurs aucun inconvénient et que je place avec confiance sous le patronage de l'Académie.

Le travail de M. Béhier est envoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bouchardat Jolly, Trousseau.

Présentation. — Nouveau sthétoscope.

M. le docteur Antonio Da Luz Pitta lit une note dans laquelle il fait connaître une modification qu'il a faite, il y a cinq ans, aux sthétoscopes les plus généralement employés, dans le but de les rendre avantageusement applicables aux surfaces inégales que présentent les parois de la poitrine chez les personnes maigres. (Commissaires: MM. Depaul et Kergaradec.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

— M. Chaumet, professeur de clinique chirogicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Garreau, médecin principal de l'hôpital militaire de la Rochelle, vient d'être nommé médecin en chef à l'Ecole impériale de Saint-Cyr.

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu le jeudi 28 juillet, à trois heures, dans la salle des thèses de la Faculté.

Le banquet aura lieu le même jour, à six heures et demie, au Palais-Royal, chez les Frères Provençaux. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

On souscrit, jusqu'au 27 juillet, chez MM. les docteurs Vidal, 8, rue Laffitte; Blain des Cormiers, 7, rue de l'Université; Léon Latté, à l'Hôtel-Dieu; Siredey, à l'hôpital Saint-Antoine; Coulon, à Lariboisière; Fanvel, à la Charité; Gellée, à l'hôpital des Enfants.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LA CHORÉE : M. TROUSSEAU.

Parmi les nombreuses questions soulevées par l'excellent rapport de M. Blache, concernant la chorée, M. Trousseau n'en a pris qu'une, la question nosologique, qu'il a traitée avec toutes les ressources de son imagination, de sa science variée et de sa vaste expérience. Sa thèse est celle-ci : Il y a plusieurs sortes de *chorées*, il n'y a qu'une *danse de Saint-Guy* : la première dénomination est générique, la seconde spécifique ; c'est à tort que l'on confond l'une avec l'autre, que l'on emploie une dénomination pour l'autre. La danse de Saint-Guy est donc une maladie *sui generis*, une entité morbide, qui ne ressemble qu'à elle-même. Ce point établi, M. Trousseau a recherché jusqu'à quel point les facultés intellectuelles et morales sont altérées dans la danse de Saint-Guy, et quelles peuvent être les autres complications de cette maladie. Finalement, notre habile collègue a insisté sur la complication fréquente du rhumatisme et de l'endocardite avec la scarlatine.

On ne peut d'abord que féliciter M. Trousseau de son zèle. Chargé d'un enseignement clinique important, obligé de pourvoir à une nombreuse clientèle, il sait, alors que tout le monde succombe aux épuisements d'une chaleur accablante, trouver la force de disserter avec verve, d'improviser avec entraînement pendant une heure sur une question de théorie médicale. Son ardeur scientifique n'a pas trouvé d'imitateurs ; à l'exception de M. Blache, qui a présenté quelques rectifications. L'Académie ne s'est pas sentie le courage d'aller plus loin. Elle a laissé passer sans mot dire un des plus beaux sujets de discussion qui se soient présentés depuis longtemps. Pour nous qui avions quelque souci de n'avoir formulé, dans l'avant-dernier numéro, qu'un programme peut-être incomplet des points à élucider, nous en sommes pour nos frais de prévoyance, et nous nous en tiendrons sans peine au discours de M. Trousseau.

La GAZETTE MÉDICALE n'éprouve pas une satisfaction médiocre en constatant le retour des esprits à des doctrines qu'elle n'a cessé de défendre depuis trente ans.

En s'efforçant d'établir que la danse de Saint-Guy, considérée dans sa spécificité, est une maladie d'une nature à part, ayant ses formes, ses symptômes, son siége, une marche, formant un tout à part et réclamant par conséquent une dénomination propre, M. Trousseau n'a fait que prêter l'appui de sa parole brillante aux doctrines de la grande et impérissable tradition médicale. Il le pense et il en est convaincu. Aussi, à la fin de ses raisonnements, ne manque-t-il pas de rappeler quelques-unes des formules à l'aide desquelles Gaubius, Van Swieten ou Boerhaave exprimaient leurs axiomes de philosophie médicale. Mais en félicitant notre savant collègue de ses tendances, croyons-nous bien faire de l'avertir des méprises dont il ne paraît pas toujours se défendre. Élevé à une autre école, il conserve malgré lui des croyances en opposition avec celles dont il emprunte le langage : il lui arrive parfois de parler comme Stoll, Sydenham ou Baglivi, mais de penser comme Broussais et l'école de l'organicisme. C'est que sa conversion et ses convictions ne sont ni complètes ni générales : elles se font une à une, à l'occasion de chaque cas particulier, de chaque maladie. Nous allons en citer quelques exemples.

Pour M. Trousseau, la scarlatine et la rougeole constituent bien des maladies générales, dépendant d'une cause générale infectante, au même titre que la variole. Cela ne l'empêche pas de dire que ces maladies se compliquent de rhumatisme, d'endocardite, d'orchite, et de considérer le tout comme une sorte de juxta-position d'affections étrangères l'une à l'autre. Or lorsque, dans le cours d'une rougeole ou d'une scarlatine, comme dans celui d'une fièvre puerpérale, il se manifeste des symptômes du côté de la tête, de la poitrine ou du ventre, la doctrine à laquelle M. Trousseau tend à se rallier ne considère ces complications que comme des effets de résorption, de migration, de dépôt ou de localisation de la cause générale, qui s'arrête ou se fourvoie dans ses migrations à travers les mailles de l'organisme. Il suffit de le faire remarquer à l'excellent esprit de M. Trousseau pour qu'il l'admette ; et à ce point de vue, les douleurs articulaires qu'on observe dans le cours d'une scarlatine ne sont pas plus le rhumatisme que l'orchite scarlatineuse n'est une inflammation de la tunique vaginale ou du testicule. Nous savons ce que l'on peut répondre à cela et ce que l'on a déjà répondu. Pour mettre d'accord deux choses inconciliables d'elles-mêmes, la doctrine de la maladie infectante avec celle de l'inflammation organique, on dit qu'il y a des inflammations spécifiques. La GAZETTE MÉDICALE a fait justice, il y a longtemps, de ces subterfuges.

Quoi qu'il en soit de cette digression, revenons, avec M. Trousseau, à la chorée et à la danse de Saint-Guy.

La complication de l'altération des facultés intellectuelles et morales, signalée par M. Marcé dans la danse de Saint-Guy, est admise par M. Trousseau. Seulement il attribue principalement cette observation à son élève, M. Moynier, qui y a insisté avec beaucoup de développements dans sa thèse sur la chorée. Du reste, M. Blache ne regarde pas cette complication comme aussi fréquente, mais ne la nie pas cependant. L'enquête qu'il a faite auprès des religieuses et du gymnasiarque de l'hôpital des Enfants ne lui a point paru favorable à cette doctrine. A part quelques altérations de caractère, d'un peu plus d'irascibilité, de mauvaise humeur, d'indécision, de susceptibilité, les facultés intellectuelles proprement dites seraient rarement compromises. Les motifs de dénégation invoqués par M. Blache n'ont peut-être pas toute l'autorité désirable. Pour notre compte, nous n'avons pas observé assez rigoureusement à ce point de vue, mais nos souvenirs, quoique peu précis, nous portent à croire que la plupart des sujets atteints de danse de Saint-Guy générale éprouvent une atteinte plus ou moins prononcée du côté du cerveau. Ils présentent assez souvent, dans le rire surtout, une légère apparence d'idiotie. Nous ne sommes pas plus fixé quant aux hallucinations. Dans un cas extrêmement curieux et longtemps rebelle aux efforts de l'art, nous avons constaté un exemple d'hallucination des plus positifs et des plus caractérisés. C'était chez une demoiselle adulte. Dans ses accès de chorée, qui allaient souvent jusqu'à la forme tétanique, non-seulement tous les muscles des membres participaient à un mouvement général, mais les muscles de la glotte, comme convulsés, faisaient prononcer,

---

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

CORRESPONDANCE DE PLINE LE JEUNE.

L'autre jour, las de travail, de malades et d'affaires, je cherchais quelque honnête récréation, parcourant d'un œil distrait les rayons de ma bibliothèque et constatant avec un certain chagrin la mort complète de quelques livres que j'avais connus vivants et vantés. Hélas ! que j'en ai déjà vu mourir d'ouvrages de médecine, tués les uns par le progrès réel ou supposé des diverses parties de la science, d'autres éteints graduellement par leur propre insuffisance, ensevelis dans un oubli précoce, juste punition bien due à ces œuvres qui, pauvres de fond, n'ont pas même pour excuse l'agrément de la forme ! Donc, je ne savais à qui donner la préférence, lorsque, dans un coin réservé aux choses purement littéraires, je pris un petit volume in-12, honorablement recouvert d'une vieille reliure du temps, et qui, avec deux autres tomes semblables, forme l'ouvrage intitulé : LES LETTRES DE PLINE LE JEUNE. Paris, 1721.

J'aime assez ces petits livres, portatifs, bien imprimés, en gros caractères, faciles à lire partout, même quand le jour baisse, à ce moment où l'on ne veut pas encore allumer la lampe, entre chien et loup. Ces lettres de Pline le Jeune, élégamment traduites par DE SACY, constituent une lecture agréable, j'y reviens quelquefois et toujours avec plaisir, parce que l'auteur latin, bien que rhéteur et précieux, nous livre sa vie sans réserve et nous initie aux coutumes de son temps. Or rien ne me plaît davantage que de voir un homme des siècles passés agissant, pensant, parlant dans la pleine liberté de ses allures intimes ; c'est là, pour moi, la véritable histoire, et je m'en tiendrais volontiers à celle-là, tant je redoute les arrangeurs de chroniques, les faiseurs de système, l'analyse et la synthèse, grands efforts de l'esprit humain ne valant pas à mes yeux le simple récit d'un contemporain qui écrit pour un ami et non pour la postérité.

Le volume qui m'était tombé sous la main était le second, et je l'ouvris par hasard au commencement du livre septième. Une lettre adressée à *Restitutus* commençait ainsi : *L'opiniâtreté de votre maladie m'épouvante ; et quoyque je vous connoisse très-sobre, je crains qu'elle ne vous permette pas d'être toujours assez maître de vous. Je vous exhorte donc à résister avec courage. Les hommes n'ont point de remède ni plus honnête ni plus salutaire que la tempérance.*

Ce début me frappa, j'en conviens ; il me ramenait naturellement à la médecine, il me montrait, à dix-huit siècles en arrière, un homme du monde professant les meilleurs principes en matière d'hygiène, et ce langage si

non à l'insu, mais malgré la malade, des mots incohérents. Dans ce cas, l'intelligence était parfaitement intacte, mais les hallucinations étaient on ne peut plus caractérisées, et la malade, qui savait que c'étaient des hallucinations, s'en rendait très-bien compte. La question de l'extension au cerveau de la danse de Saint-Guy est donc une question de nombre et de fréquence, et la théorie de cette extension est tout simplement celle qui explique comment, dans une maladie d'un caractère et d'un siége général, toutes les parties du système nerveux peuvent être successivement ou simultanément envahies. Ce que l'observation n'a pas constaté jusqu'ici, elle pourra le constater ultérieurement, comme aussi, dans la scarlatine et la rougeole, on pourra constater une foule d'autres complications analogues aux douleurs articulaires et aux orchites signalées par M. Trousseau. Un levain qui occupe tout le système circulatoire et qui a coutume de se déposer à la surface de la peau, est susceptible d'émigrer partout, de s'arrêter partout, et d'éveiller partout où il se dépose des lésions différentes pour la forme de celles qu'il affecte ordinairement à l'extérieur, mais identiques au fond, et par conséquent conservant entre elles tous les liens d'une commune origine.

Nous l'avons dit précédemment : l'école actuelle, ou plutôt celle qui finit, s'est laissé diriger par le symptôme; ce symptôme était naguère l'altération organique. Aujourd'hui, que l'on tend à faire revivre la doctrine des maladies d'ensemble, des entités morbides, il n'y aurait qu'un pas à faire pour arriver à la véritable conception étiologique des maladies, c'est-à-dire à la considération de la cause envisagée dans toute l'étendue de son siége et dans toute la généralité de ses effets.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE ENTOMOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LE SARCOPTE DE LA GALE HUMAINE (lues à la Société de biologie dans sa séance du 24 juillet 1848); par M. le docteur CHARLES ROBIN, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

§ I. — REMARQUES SUR LE BUT DE CE TRAVAIL.

Le but de cette note est de faire connaître les caractères de l'arachnide parasite qui cause la gale chez l'homme et chez quelques autres espèces de mammifères. Malgré un grand nombre de travaux publiés sur ce sujet, on est très-étonné, lorsqu'on a préparé un de ces sarcoptes, de trouver si peu de descriptions en rapport avec ce que présente chaque animal considéré individuellement, en tant que mâle, femelle ou larve.

Il est facile de reconnaître les causes des lacunes que présentent la plupart de ces descriptions et des différences qui les séparent les unes des autres.

Le sarcopte dont il s'agit ici est visible à l'œil nu, beaucoup d'autres espèces sont dans le même cas, et les caractères essentiels qui le distinguent de celles-ci ne sont visibles qu'à un pouvoir amplifiant assez considérable. Comme le microscope a pour but de rendre perceptibles des objets invisibles à l'œil nu, ou certaines particularités invisibles sans cela dans les objets que nous apercevons, il devient certain que le pouvoir amplifiant qu'il faut adopter pour ces études doit toujours être proportionné à la petitesse des corps à observer. Or ces conditions n'ont pas été remplies par tous les observateurs. De là une première cause des lacunes et des différences indiquées plus haut. Les pouvoirs amplifiants nécessaires pour étudier le sarcopte de la gale sont ceux de 150 à 250 diamètres ou environ. La structure de leur tête et de quelques parties des pattes exige des grossissements de 400 à 500 diamètres. (Objectifs 2 et 3 d'une part, puis 4 et 5 d'autre part; oculaires 1, 2 et 3 des microscopes de Nachet.)

Beaucoup de descriptions ont été faites par des auteurs qui étaient peu au courant des lois d'après lesquelles se trouve établie, chez les animaux, la corrélation entre les dispositions anatomiques profondes et les conformations organiques extérieures. De là vient, en second lieu, que l'importance intrinsèque et comme caractères zoologiques de certaines dispositions anatomiques a été méconnue et a fait négliger la recherche de ces dernières. C'est ainsi que la disposition annelée de certaines parties du corps, leur symétrie bilatérale, ainsi que celle de divers poils, etc., n'ont pas toujours été notées lorsqu'elles existent. De même encore plusieurs auteurs ont négligé de faire connaître successivement et séparément la face dorsale et la face ventrale de ces arachnides. Comme ces animaux sont très-petits, transparents, et ne peuvent être bien étudiés qu'à l'aide de la lumière transmise, on aperçoit en même temps les organes de la face dorsale d'une manière très-nette et ceux de la face ventrale plus vaguement ou *vice versâ*. De là est venu que souvent on trouve les deux faces du corps représentées sur un même plan par une seule figure. Sans parler de la difficulté qu'on éprouve alors pour étudier ces dessins d'animaux si riches en détails anatomiques, il en est résulté, en outre, que parfois des organes situés sur le dos ont été indiqués comme appartenant à la face ventrale ou *vice versâ*, surtout lorsque l'animal avait été aplati avant d'être dessiné.

Pour éviter ces erreurs, l'animal doit être représenté comme on le fait pour les autres articulés, c'est-à-dire vu par sa face dorsale d'une part et par sa face ventrale d'autre part. Pour l'examiner, il faut le placer dans de la glycérine pure ou étendue d'eau. Ce liquide rend transparents les tissus et fait ressortir avec la plus grande netteté les parties du squelette, les plis et les saillies du tégument, les poils et leurs tubercules basilaires, etc. On évite ainsi l'obligation d'aplatir l'animal pour le bien étudier et les déformations qui résultent de son aplatissement. Bien que la transparence du corps fasse qu'on aperçoit à la fois sur le même individu le dos et le ventre, on distingue facilement par quelques tours de la vis micrométrique ce qui appartient à l'une et à l'autre des faces du corps. Mais l'examen des divers organes est bien plus précis et plus rapide quand on observe directement la face du corps qui les porte. La glycérine ne s'évaporant pas permet de garder la préparation aussi longtemps qu'il est nécessaire, et de détourner la lame de verre qui porte celle-ci tantôt d'un côté, tantôt de l'autre pour faire cet examen.

---

plein de raison m'inspira l'envie de voir comment il avait exprimé en latin des idées si justes et si louables. Il faut dire que *de Sacy*, qui fut un des quarante de l'Académie française, publia sa traduction en 1699 et 1701, mais sans le texte latin; que ce texte fut ajouté, en 1750, par J.-P. Miller, mais sans soin et sans critique, et qu'il faut arriver jusqu'à l'année 1818 pour trouver. dans le travail de J.-F. Adry, un rapprochement exact entre le texte original et la version française. J'avertis mes lecteurs que je me servirai, dans ces recherches, de la grande édition de Panckoucke intitulée BIBLIOTHÈQUE LATINE-FRANÇAISE. Ceci dit, voyons ce qu'a écrit Pline le Jeune.

Terret me hæc tua pertinax valetudo, et quanquam te temperatissimum noverim, vereor tamen, ne quid illi etiam in mores tuos liceat. En comparant ces derniers mots avec la phrase arrondie de *de Sacy*, je trouvais que le traducteur prenait bien des libertés avec son modèle, et que *quid liceat in mores tuos* voulait dire tout simplement : *influe sur votre moral*, ou, comme dit M. Quicherat, *ne prenne sur votre caractère*. Mais la suite me causa bien d'autres scrupules, ces mots si simples : *Proinde moneo patienter resistas : hoc laudabile, hoc salutare*. Je vous exhorte donc à résister avec courage; la tempérance est à la fois le plus noble et le plus salutaire des remèdes. Cette variante est de M. Pierrot de Selligny, qui a revu le texte de *de Sacy* et s'est appliqué à lui donner une tournure un peu plus moderne. — Ces sortes de paraphrases me paraissent dépasser toutes les limites raisonnables. Pline a voulu dire et a dit simplement : *Soyez patient, cela est louable et salutaire*. La concision de son précepte ajoute à sa valeur; il n'est déjà que trop pompeux en bien des circonstances, et quand, par hasard, il se contente d'une formule à la fois nette et précise, il faut s'attacher à rendre celle-ci avec les équivalents qui sont en notre pouvoir. Mais poursuivons cette lecture qui va nous montrer Pline le Jeune professant, en matière de diététique, les plus saines doctrines.

Ipse certe sic agere sanus cum meis soleo. Voici ce que j'ai toujours dit, en bonne santé, à mes gens. *Spero quidem, si forte in adversam valetudinem incidero, nihil me desideraturum vel pudore vel pœnitentia dignum*. J'espère que si je deviens malade, je ne voudrai rien que je puisse rougir ou regretter d'avoir voulu. *Si tamen superaverit morbus, denuntio, ne quid mihi detis, nisi permittentibus medicis; sciatisque, si dederitis, ita vindicaturum, ut solent alii, quæ negantur*. Mais si la force du mal l'emportait sur ma volonté, je vous le déclare, ne me donnez rien sans la permission des médecins, car, sachez-le, si vous m'obéissiez, je vous en voudrais autant que d'autres en veulent à ceux qui les refusent.

On n'est pas plus sage, en vérité, on ne comprend pas mieux ses devoirs de malade, et pour confirmer le précepte par l'exemple, notre philosophe raconte en ces termes deux actes héroïques de sa vie privée. Un jour, lorsque *perustus ardentissima febri*, dévoré par une fièvre ardente, la rémission de l'accès et la sueur étaient arrivées, *remissus unctusque* (on a beaucoup disserté sur la valeur de ce dernier mot qui veut dire ici : *mouillé, trempé*; Horace et Martial l'ont employé dans ce sens), *quum acciperem a medico potionem, porrexi manum, utque tangeret, dixi, admotumque jam labris pocu-*

Il faut éviter aussi, en dessinant ces animaux vus ainsi *par transparence*, de représenter sur une seule figure les organes appartenant les uns à une face du corps, les autres à la face opposée, non-seulement en raison des inconvénients signalés plus haut, mais encore parce que cela est irrationnel et contraire à toute méthode. On sait, en effet, que le dessin n'est qu'un mode d'expression des choses placées hors de nous, un mode de transformation de la réalité en signes. Le dessin, pour imiter un objet, le transforme en lignes toutes reportées sur un même plan, lignes et unité de surface qui n'existent pas dans l'objet représenté. Dans aucune circonstance, par conséquent, un dessin ne peut remplacer la réalité, pour acquérir une connaissance complète de celle-ci; il ne peut que la rappeler si on l'a déjà vue, ou en donner une idée préalable qui en facilite l'examen lorsqu'on ne la connaît pas encore.

En ce qui concerne l'objet qu'il s'agit de représenter, le dessin peut être exécuté de deux manières : 1° en figurant l'objet qu'on veut faire connaître dans les situations accidentelles où les manœuvres de la préparation le placent toujours et qui varient un peu d'un cas à l'autre; en dessinant les accidents avec la réalité; 2° en représentant les objets d'après un ensemble ou une succession de préparations, tels que l'étude a montré qu'ils sont en dehors des accidents de préparation, variant d'un cas à l'antre; en représentant les organes tels que l'étude a prouvé qu'ils sont constitués, mais non tels que certains hasards de préparation les montrent; en représentant en un mot les résultats du travail pour chaque appareil ou animal en particulier et négligeant les accidents.

Quelques auteurs adoptent la première manière de faire, qui est celle que suivent aussi tous les commençants, en donnant pour raison que les dessins anatomiques étant faits d'après nature doivent représenter les choses telles qu'on les voit. Beaucoup considèrent même comme plus exacts que les autres les dessins dans lesquels la représentation des organes est compliquée par celle des objets que le mode d'examen qu'on est obligé de choisir fait voir en même temps qu'eux. Mais en procédant ainsi, l'animal est figuré, non tel qu'il est habituellement, mais tel qu'on l'a plus ou moins aplati, déformé, etc.; de telle sorte qu'on ne retrouve jamais ensuite une préparation semblable à ce dessin qui est donné comme semblable à la nature; en effet, les moyens employés pour faire les observations modifient toujours les organes sous quelques rapports. Lorsque, sous prétexte de représenter la *nature*, on figure ainsi les déformations ou ruptures qu'on a causées en cherchant à voir un organe, on agit comme le feraient les dessinateurs qui, en anatomie descriptive, reproduiraient les coups de scalpel donnés trop profondément pendant la dissection d'un muscle ou les lambeaux de tissu adipeux qui peuvent y rester adhérents.

Or comme le résultat général des études anatomiques et zoologiques est de montrer en définitive : 1° qu'il y a constamment une régularité et une symétrie déterminées dans la disposition des organes; 2° qu'il existe des rapports constants entre les plans qui limitent ces derniers, même dans les cas d'anomalie; que les déformations qui sont une conséquence habituelle de certaines phases de l'évolution naturelle ont elles-mêmes une *constante* au milieu de leurs variations; le mieux est donc de figurer les objets anatomiques sous ces aspects, bien qu'ils soient presque toujours dérangés par les moyens employés pour exécuter les préparations. Il est vrai qu'en suivant cette voie, les dissections faites pour vérifier des recherches montrent une régularité des organes égale à celle des figures aussi rarement qu'elles conduisent à retomber sur la déformation, due à la préparation, qu'on peut avoir choisie pour type du dessin en suivant la méthode opposée. Mais, somme toute, lorsque le résultat de l'étude est de montrer l'existence d'une régularité d'un ordre déterminé dans un organe ou dans un animal entier, il est certain qu'il faut en suivre les indications pendant l'exécution des figures; il faut la choisir comme type du dessin, type autour duquel viennent osciller en quelque sorte les déformations entraînées par la plupart des préparations. Cela vaut mieux sans aucun doute que de fixer par le dessin une déformation accidentelle, fût-ce même la plus habituellement produite. Cette dernière manière de faire laisse toujours au lecteur l'obligation de rétablir par l'esprit cette régularité à laquelle se reporte toujours la raison, parce que c'est à l'aide de cette notion de symétrie que le souvenir des choses se conserve. La reconstitution de cette régularité après les déformations souvent inévitables des dissections rentre certainement dans les attributions de l'auteur et non dans celles du lecteur; il n'est pas difficile de reconnaître que, sous ce rapport, la perfection du dessin est toujours proportionnelle au fini des observations. L'expérience conduit bien vite à reconnaître laquelle de ces manières de faire est préférable à l'autre.

Des remarques analogues doivent être faites à propos de la manière de décrire les organes ou les animaux mêmes.

L'expérience en anatomie et en zoologie a montré depuis longtemps qu'il était nécessaire de se soumettre à certaines règles à cet égard, sans lesquelles on est conduit soit à des omissions, soit à donner beaucoup plus d'importance à certains caractères ou *vice versâ*, qu'il ne faut, importance que la comparaison des animaux les uns aux autres fait seule reconnaître. Du reste, on ne remarque aucune supériorité dans l'exactitude des descriptions qu'ont données les auteurs qui se sont affranchis de ces règles sur celles qui sont dues à ceux qui s'y sont soumis; il en est de même pour la valeur des résultats auxquels ils sont arrivés. Il est vrai que le travail de l'auteur est d'abord plus difficile, et que l'esprit du lecteur qui n'en connaît pas l'usage en est fatigué dans le principe. Mais on reconnaît bientôt que suivre ces règles simplifie les descriptions et fait éviter de donner des noms nouveaux ou arbitraires à des organes dont les analogues ont déjà été nommés; on reconnaît surtout que leur usage conduit à rechercher des organes qui quelquefois ne sont que rudimentaires sur les êtres qu'on étudie et qui seraient négligés sans les investigations que suscite toute méthode vraiment scientifique.

§ II. — DES CARACTÈRES DU SARCOPTE DE LA GALE HUMAINE.

Les sarcoptes sont des Arachnides de l'ordre des *Acarides* ou *Acariens* (*acaridies, acaridiens, acarulistes, acarins, acarés* ou *acares* de divers auteurs), appartenant en particulier à la famille des sarcoptidés (Gervais et Van Bénéden).

Le genre *Sarcopte* (*Sarcoptes*, Latreille) doit être ainsi caractérisé : acariens à corps large, ovalaire, obtus aux deux bouts, convexe en

lum reddidi. Le médecin m'offrit à boire ; je lui tendis la main pour qu'il la touchât et je rendis la coupe déjà près de mes lèvres. — C'est une petite leçon donnée au docteur ; il paraît qu'on ne devait pas boire pendant que l'on était en sueur. Mais ce n'est pas tout. Cette fièvre, sur la nature de laquelle Pline ne dit rien de précis, était probablement intermittente, car, au vingtième jour de la maladie, alors que le bain était préparé, il se passa une chose que notre auteur raconte avec une égale complaisance. *Quum vicesimo valetudinis die balineo præpararer* (*valetudo* veut encore dire ici maladie), *mussantes medicos repente vidissem, causam requisivi.* Pourquoi les médecins parlaient-ils à voix basse ? Quel était le motif de leur inquiétude, de leur hésitation? Pline voulait le savoir : *Responderunt posse me tuto lavari, non tamen omnino sine aliqua suspicione.* Le bain était sans danger, mais cependant ils avaient une sorte d'inquiétude. *Quid, inquam, necesse est?* Et aussitôt ce malade modèle renonce à son bain et se remet à la diète sans témoigner la moindre mauvaise humeur. Je vous mande ceci, dit-il, pour m'obliger moi-même, par cette lettre, à la retenue que je prescris, *ut in posterum ipse ad eamdem temperantiam astringerer, quum me hac epistola, quasi pignore, obligavissem.*

Pline le Jeune était d'une constitution faible, du moins il le dit dans sa lettre à Arrien (livre II, n° 11). *Marius Priscus*, proconsul d'Afrique, était accusé de péculat, et même de quelque chose de pire; il était puissant; sa cause était appelée au tribunal de l'empereur, et notre auteur plaidait contre lui. *Dixi horis pæne quinque* (*natu duodecim clepsydris, quas spatiosissimas acceperam sunt additæ quatuor*). Je parlai pendant près de cinq heures (car on me donna presque une heure et demie au delà des trois et demie qui m'avaient été d'abord largement accordées). Les savants sont loin d'être d'accord sur ces *duodecim clepsydris;* le texte même est altéré; on a lu successivement *decem*, puis *viginti*, mais enfin l'instrument se définit ainsi : *Id est vas vitreum, graciliter fistulatum, in fundo cujus erat foramen, unde aqua guttatim efflueret, atque ita tempus metiretur.*

Quoi qu'il en soit, qu'il faille deux, trois ou quatre clepsydres pour faire une heure, il est certain que Pline parla longtemps, si longtemps même qu'il devait être exténué, car il dit formellement que l'empereur le fit avertir plusieurs fois par son affranchi, de se ménager, en raison de la faiblesse de sa constitution : *Cæsar quidem mihi tantum studium, tantam etiam curam (nimium est enim dicere sollicitudinem) præstitit, ut libertum meum post me stantem sæpius admoneret, voci laterique consulerem, quum me vehementius putaret intendi, quam gracilitas mea perpeti posset.* Les traducteurs anciens et modernes se gardent bien de conserver les mots *voci et lateri ;* en général ils répugnent à tout ce qui leur semble à peu près technique; leur délicatesse ne peut s'en accommoder ; de Sacy et M. Pierrot de Selligny remplacent la voix et la poitrine par *les forces*, ce qui n'est pas même un équivalent, et nous aurons souvent l'occasion de rectifier ce système d'interprétation qui ne recule pas devant un vrai contre-sens.

En sa qualité d'homme débile, Pline le Jeune était prudent, il se soignait bien, prenait des précautions et se proposait, dans le cas où il aurait à vieil-

dessus, plat en dessous ; marqué de stries sinueuses symétriques ; dépassé en avant par un rostre mobile, incliné, aplati, onguiforme, en partie caché sous l'épistome et pourvu de palpes élargis, à trois articles, bordés par deux joues carénées, membraneuses, transparentes, insérées sur les côtés du camerostome. Mandibules épaissés, courtes, en pinces didactyles, dentelées ; pattes épaisses, courtes, coniques, les antérieures un peu rétractiles à la base ; tarses pourvus de deux mamelons coniques ; ventouses des tarses articulées sur un pédicule d'une seule pièce ; vulve transversale sur le troisième anneau céphalo-thoracique ; organe mâle entre les dernières pattes : anus rétrodorsal.

Sarcopte de la gale (*Sarcoptes scabiei*, Latreille).

Synonymie *Acarus humanus subcutaneus*. L.

Acarus scabiei. L. SYSTEMA NATURÆ. Holmiæ, 1767, in-8°, ed. duodecima, I, p. 1024. De Geer, MÉMOIRES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES INSECTES. Stockholm, gr. in-4°, t. VII, 1778, p. 94, pl. 5, fig. 12 à 15.

Acarus humanus. Geoffroy, LINNÆI FAUNA SUECICA, edit. I.

Sarcoptes scabiei. Latreille, GENERA CRUSTACEORUM ET INSECTORUM. Parisiis, 1806, in-8°, t. I, p. 152.

Sarcoptes hominis. Raspail (1833) et Aubé, CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA GALE ET L'INSECTE QUI LA PRODUIT. Thèse, Paris, 1836, in-4°, n° 60, p. 6 et 19.

Sarcoptes galei. Owen, LECTURES ON COMPARATIVE ANATOMY AND PHYSIOLOGY OF THE INVERTEBRATE ANIMALS. London, 1853, in-8°, p. 252.

Acarus brachypus. De Olfers, DE VEGETATIVIS ET ANIMALIS CORPORIBUS IN CORPORIBUS ANIMATIS REPERIUNDIS COMMENTARIUS. Berolini, 1816, in-8°, p. 69.

Sarcoptes hominis. A. C. Gerlach. KRAETZE UND RAUDE. Berlin, 1857, in-8°, p. 29 et 45, fig. 1 à 7.

S. equi. Gerlach, *ibid.*, 1857, p. 29 et 72, fig. 8-10.

S. suis. Gerlach, *ibid.*, 1857, p. 29 et 137, fig. 15-16.

S. canis. Gerlach, *ibid.*, 1857, p. 29 et 141, fig. 11 et 14.

Sarcoptes hominis, *Sarcoptes scabiei* et *Sarcoptes suis*. Delafond et Bourguignon. RECHERCHES SUR LES ANIMALCULES DE LA GALE DES ANIMAUX, ETC. (ARCH. GEN. DE MED. Paris, 1858, in-8°, t. II, p. 25 et 30).

Sarcoptes à rostre peu caché par l'épistome, dépassé par deux paires de soies des palpes, presque aussi longues que lui ; joues étroites ; céphalothorax à quatre segments assez distincts les uns des autres et de l'abdomen sur les côtés ; deux courts aiguillons ou spinules sur le bord de l'épistome ; trois paires d'aiguillons gros et courts en triangle sur les trois derniers segments thoraciques ; de nombreuses saillies cutanées coniques, aiguës, interrompant les stries du corps derrière ces aiguillons, jusque sur les côtés du ventre et entre les deux rangées des sept paires de spinules du notogastre ; une paire de longues soies dorsales au niveau des secondes pattes, une paire de soies sur les côtés du corps, et une sous le ventre au même niveau ; près de l'anus, qui est rétro-dorsal, deux paires de longues soies dont les plus grandes sont en dedans ; épimère céphalothoracique médian descendant aussi loin que ceux de la deuxième paire.

Femelle ; longue de 3 à 4 dixièmes de millimètre environ, large de 2 à 3, grisâtre ou légèrement rosée ; vulve transversale sur le milieu du troisième anneau, avec une paire de poils courts sur sa lèvre antérieure ; les deux paires de pattes postérieures articulées sur des épimères libres et portant chacune une très-longue soie au bout de leur tarse.

Mâle ; longde 2 à 2 dixièmes et demi de millimètre, sur un quart de moins en largeur, gris roussâtre ; organe génital complexe fixé entre les deux dernières pattes par une pièce médiane à deux branches qui s'articulent avec les épimères des quatre pattes postérieures qui sont réunies par paire de chaque côté ; tarse de la quatrième paire de pattes pourvu d'une ventouse pédiculée au lieu de soie ; saillies cutanées moins nombreuses.

Œuf ; ovoïde, long de 0mm,15 environ, et large de 0mm,09.

Nymphe ; longue au moins de 0mm,16, hexapode avec une seule paire de soies anales représentée par la plus interne, pas d'organes sexuels.

Habite sur l'homme ; sur le lion (Bourguignon) ; sur le chien (Gerlach, Bourguignon et Delafond) ; sur le lama (Bouley, Reynal, Lanquetin, Robin) ; sur le mouton (Delafond, Bourgogné, Reynal, Lanquetin, Robin) ; sur le bœuf (Lanquetin, Reynal, Robin) ; sur le cheval (Lanquetin, Reynal, Robin) ; sur le porc (Gerlach, Bourguignon, Delafond, Bourgogne, Robin) ; détermine chez ces animaux la production d'éruptions vésiculeuses et de croûtes psoriques après avoir creusé des sillons. C'est, de toutes les espèces de Sarcoptes connues jusqu'à présent, celle qui est le plus répandue et se trouve sur le plus grand nombre de mammifères. Il faut se garder de croire qu'elle ne puisse vivre que sur l'homme et d'en faire autant d'espèces différemment nommées qu'il y a d'animaux qui peuvent en être atteints, comme l'ont fait à tort quelques auteurs.

§ III. — REMARQUES SUR LES DIVISIONS DU CORPS DU SARCOPTES SCABIEI LATREILLE.

L'étude des animaux de l'ordre des acarides exige, plus que celle d'aucun autre, une connaissance approfondie de l'organisation des autres groupes de la classe des arachnides.

Le *rostre* saillant en avant, puis le *tronc* subdivisé lui-même en *céphalothorax* et en *abdomen* ou ventre, telles sont les parties qui frappent au premier coup d'œil jeté sur cet animal.

Dans beaucoup de descriptions des acariens, les organes buccaux sont étudiés sous le nom de *tête* ; en effet : « on croit voir, chez quelques-uns, une sorte de tête, mais ce n'est que le résultat du rapprochement des palpes gonflés et des mandibules (1). »

Cette confusion entre ces organes doit être évitée, et le nom de *rostre*, employé par Dugès pour désigner l'ensemble des parties de la bouche ainsi rapprochées, doit être adopté ici mieux encore que chez les hémiptères, etc. La situation du ganglion nerveux céphalique, dans ce qu'on nomme le *premier anneau* du *céphalothorax* des arachnides, et la

(1) Dujardin, PREMIER MÉMOIRE SUR LES ACARIENS (COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACAD. DES SCIENCES. Paris 1844, in-4°, t. XIX, p. 1158, et ANN. DES SC. NAT. Paris, 1845, in-8°, t. III, p. 8).

lir, *si modo senescere datum est*, de vivre comme Spurinna. Or ce personnage consulaire, qui avait gouverné des provinces, rempli les charges les plus considérables, était arrivé à l'âge de soixante-dix-sept ans, le corps dans toute sa force, *aurium oculorumque vigor integer*, la vue et l'ouïe saines et entières, et n'ayant de la vieillesse que la prudence, *solaque ex senectute prudentia*. Par quel heureux privilége les années avaient-elles glissé sur lui ? C'est ce que Pline nous raconte avec des détails intéressants dans sa lettre à *Calvisius* (livre III, n° 1). *Me autem ut certus siderum cursus, ita vita hominum disposita delectat, senum præsertim* ; j'aime l'arrangement dans la vie des hommes, surtout dans celle des vieillards, comme j'aime le cours réglé des astres. On ne peut mieux dire assurément, et il ajoute ceci : *Nam juvenes adhuc confusa quædam et quasi turbata non indecent : senibus placida omnia et ordinata conveniunt*. S'il y a une sorte d'agitation et de désordre qui ne sied pas mal aux jeunes gens, rien ne convient mieux aux vieillards que l'ordre et la tranquillité. Ce sont là de beaux préceptes, sans nul doute, et nos meilleurs hygiénistes n'en sauraient donner de plus sages. Mais Pline ne s'arrête pas là : *Senibus quibus industria sera, turpis ambitio est* : aux vieillards l'ambition est honteuse et le travail hors de saison. Il ne s'agit plus que de s'entendre sur l'âge où l'on est vieux, sur le temps de la vie où il convient de renoncer aux longs espoirs, aux vastes pensées, et chacun ne manquera pas de constituer une exception à son bénéfice, tant on est indulgent pour ses propres misères.

Voyons maintenant quelles sont les excellentes habitudes de Spurinna. *Mane lectulo continetur*. Qu'est-ce que cela veut dire ? Ces trois mots ont donné lieu à des interprétations bien différentes. Le mot à mot dit tout simplement : le matin, il reste dans son petit lit ; mais de Sacy et ses successeurs ont donné une sorte de commentaire fondé sur l'ensemble du morceau, et ils ont traduit de cette manière : le matin, il se recueille quelque temps dans son lit. C'est évidemment une interprétation que rien ne justifie. Je sais bien que Pétrone a écrit : *contineri declamationibus*, dans le sens de : s'exercer à l'éloquence ; qu'on trouve dans Suétone : *continere se domi* : rester chez soi, et dans Jul. César : *continere se suo loco* : rester à son poste ; mais la petite phrase de Pline n'indique rien autre chose que le séjour dans un lieu quelconque. Et puis, que veut dire *lectulo* ? Est-ce le lit où le vieillard a dormi, où il a passé la nuit, où il se plaît à rester encore le matin, pour réfléchir, pour se recueillir un instant ? Cicéron, Tacite et bien d'autres auteurs de la meilleure latinité se servent de ce mot pour désigner le petit lit sur lequel on se place pour manger, et cette interprétation paraît d'autant plus plausible qu'on trouve immédiatement après : *calceos poscit*. Or c'était l'usage de manger sans chaussures, et de demander celles-ci quand on voulait quitter la table, de sorte que l'on pourrait penser que le vieux Spurinna, après un premier repas pris dès le matin, *calceos poscit*, se chausse et fait une promenade de trois mille pas, *ambulat millia passuum tria*, et non pas d'une *lieue*, non pas de trois *milles*, comme le disent les traducteurs modernes. Si nous ajoutons à cela que le vieillard se met en marche à la seconde heure, *hora secunda* ; et si nous consultons la grande dissertation d'Alde Manuce sur les

manière dont les organes buccaux s'attachent à son orifice ou cavité antérieur appelé *camérostome* sont autant de preuves qui démontrent que cet anneau est bien la *tête* des arachnides; que, par conséquent, l'expression de *céphalothorax* est exacte. La première paire de pattes qu'elle porte est, comme on le sait, analogue au palpe labial des insectes (1).

Malgré l'exemple donné par Dugès (1834) et par Walckenaer, Dujardin (1842-1844), etc., presque tous les auteurs, médecins et vétérinaires surtout, continuent à donner le nom de *tête* à l'ensemble des organes buccaux que porte l'anneau céphalique, erreur qu'il importe d'éviter (2).

Chez les acarides qui ont un ganglion céphalique bien évident (*Trombidion*, etc.), cet organe se trouve placé aussi dans la *partie dorsale antérieure ou céphalique du céphalothorax*, au niveau de l'intervalle qui sépare la première de la deuxième paire de pattes. Cette partie dorsale, différemment nommée par les auteurs, est appelée la *nuque* (Dujardin) ou le *vertex* (Nicolet), et son bord antérieur, qui porte deux poils dans beaucoup d'espèces, est nommé *labre*, *bandeau* (Walckenaer); elle a aussi été appelée *capuchon* (Dujardin), lorsque, comme chez quelques *Argas*, elle se prolonge au-dessus des organes buccaux et les recouvre. Mais, en réalité, cette partie dorsale antérieure du premier anneau céphalique du céphalothorax correspond à l'épistome des insectes, et le labre de ceux-ci manque aux arachnides. Ainsi les acarides ont un *céphalothorax* comme les autres arachnides; celui-ci présente aussi, en avant, un épistome sous forme de bord ou de pli saillant qui sépare en dessus le céphalothorax des organes buccaux, lorsqu'il ne les dépasse pas; la première paire de pattes, ainsi que les organes buccaux, sont attachés à la partie ventrale et en avant de cette première portion du céphalothorax. Les acariens n'ont jamais le ventre segmenté comme les phalangiens et les scorpionides, ni pédiculé comme celui des aranéides; il est toujours entier, sinon uni, fréquemment sans sillon entre lui et le segment qui porte les dernières pattes, « et souvent même tous les segments, y compris la tête, sont coalescents en une seule masse (3).

Une remarque importante à ajouter aux précédentes, et qui est du même ordre, concerne les subdivisions du céphalothorax. Chez divers sarcoptides, le céphalothorax est manifestement annelé sans disjonction des quatre segments qui le forment. Ce fait s'observe bien chez les *Sarcoptes scabiei* Latreille et *S. Cati* Hering (1), lorsque ces animaux sont observés vivants ou morts, légèrement contractés, mais préservés de toute compression des lames de verre. Les dépressions latérales qui séparent les anneaux thoraciques les uns des autres, et le thorax de l'abdomen, se prolongent sous forme de sillons peu profonds, plus loin sur le dos que sous le ventre. Ces sillons deviennent souvent plus profonds et atteignent même la ligne médiane après la mort; lorsque l'animal se rétracte, ils rendent toujours saillant, transversalement sur le dos, le dernier anneau thoracique. Celui-ci est élargi sous le ventre, où il porte les organes génitaux mâles et toujours les deux dernières paires de pattes. Le troisième anneau, étroit sur les côtés, s'allonge et s'élargit sur le dos et sous le ventre où, sur la femelle, il montre la vulve chez les sarcoptes.

L'abdomen, qui forme environ le tiers postérieur du corps, est tout d'une pièce, arrondi, obtus à son extrémité; il est séparé du dernier anneau thoracique par un pli ou sillon qui n'est pas plus prononcé que ceux des anneaux thoraciques, et qui, sur le dos comme sous le ventre, se recourbe en avant.

Ainsi les sarcoptides rentrent dans le type des arachnides non-seulement par le nombre de leurs pattes, mais encore par celui des pièces de leur céphalothorax, qui restent distinctes entre elles, et de l'abdomen chez quelques espèces, bien qu'elles soient entièrement confondues chez la plupart. Comme chez les autres arachnides aussi, ce sont les segments thoraciques, confondus ou distincts, qui portent les organes génitaux externes, et non l'abdomen qui ne porte que l'anus (2). La vulve, en effet, se trouve tantôt à la face ventrale du troisième anneau du céphalothorax, comme chez les carpoglyphes, les sarcoptes et les psoroptes, tantôt sous le quatrième anneau entre les deux dernières paires de pattes, comme chez les tyroglyphes, les glyciphages, etc. Chez le mâle, c'est toujours au quatrième anneau, entre les dernières pattes aussi, que sont fixés les organes génitaux mâles extérieurs, et nullement à l'abdomen; seulement ils se prolongent plus ou moins loin sous celui-ci, chez quelques sarcoptes. Les deux dernières paires de pattes s'attachent aussi à ce quatrième anneau d'une manière si constante qu'elle peut servir à déterminer les limites de l'abdomen et du céphalothorax, dans les espèces où elles sont peu distinctes, et la place où seront les organes génitaux tant chez les nymphes que chez les individus qui, bien que octopodes, n'ont pas encore subi la mue après laquelle se montre la vulve.

(1) Dugès, Recherches sur l'ordre des acariens (Ann. des sc. nat. Paris, 1834, t. I, p. 7 et 9.

(2) Walckenaer, Histoire naturelle des insectes aptères. Paris, 1837, in-8°, t. I, p. 40. Hering a cependant appelé le rostre du nom de *bouche*, expression moins inexacte que celle de *tête*; mais il donne le nom de *langue* aux palpes, celui de *valves* à ces derniers, et ce sont leurs poils saillants chez les sarcoptes et autres acariens qu'il nomme palpes (Hering, Die Kraetzemilben der Thiere und einige verwandte Arten. — Nova acta physico-medica naturæ curiosorum. Vratislaviæ et Bonnæ, 1838, in-4°, t. XVIII, pars secunda, p. 573).

(3) Dugès, Recherches sur l'ordre des acariens (Ann. des sc. nat. Paris, 1834, t. I, p. 11).

(1) Ces divisions sont figurées, mais inexactement quant au nombre et à la grandeur, par Raspail (1833), Dugès (Sur le sarcopte de la gale humaine. Ann. des sc. nat., 1835, t. III, p. 247, pl. XI. B.), Hering (1838), Gervais (1841), Gerlach (1857), etc.

(2) C'est à tort, par conséquent, que MM. Delafond et Bourguignon (*loc. cit.*, 1858, t. II, page 30 et 31), appellent l'anus orifice *génito-anal*, et en font l'orifice d'un cloaque commun aux appareils digestif et reproducteur (page 42 et 45), chez les sarcoptes et les *Psoroptes* (dermatodectes); à la page 28, ils indiquent au contraire l'ouverture de l'oviducte comme placée au tiers antérieur de la face *ventrale* sous forme d'une fente demi-circulaire ou de fer à cheval garnie de deux lèvres distinctes.

heures romaines, nous compliquerons la difficulté et nous n'en serons guère plus avancé. Donc, laissons là ces ténèbres de peu d'importance, et voyons quel usage fait de son temps cet homme si méthodique et si bien conservé.

Pendant qu'il se promène, si quelques amis l'accompagnent, on parle de choses dignes d'intérêt; *si adsunt amici, honestissimi sermones explicantur; si non, liber legitur*, s'il est seul on lui fait la lecture, *interdum etiam præsentibus amicis, si tamen illi non gravantur*, et on lit encore quand les amis présents ne s'en ennuient pas. *Deinde considet*, il se repose, *et liber rursus, aut sermo libro potior*, puis on reprend un livre ou une conversation préférable, plus intéressante, qui vaut mieux que le livre. *Mox vehiculum ascendit, assumit uxorem singularis exempli, vel aliquem amicorum, ut me proxime.* Bientôt après, il monte en voiture avec sa femme, qui est d'un rare mérite, ou avec quelque ami, comme moi dernièrement. Ces doctes personnages passent en revue les hommes et les choses, et puis *peractis septem millibus passuum, iterum ambulat mille, iterum residet, vel se cubiculo ac stylo reddit*, quand la voiture a parcouru sept mille pas, il descend, marche pendant mille autres pas, il se repose et, revenu dans son cabinet, il se remet au travail. Spurinna est poëte, il écrit en latin ou en grec, avec un charme égal, et sa propre vertu se reflète dans toutes ses compositions.

Ubi hora balinei nuntiata est (est autem hieme nona, æstate octava) in sole, si caret vento ambulat nudus. Dès qu'on annonce l'heure du bain (la neuvième en hiver, la huitième en été), il se promène nu au soleil, s'il ne fait point de vent. Puis il joue à la paume longtemps et avec ardeur, *deinde movetur pila vehementer et diu, nam hoc quoque exercitationis genere pugnat cum senectute*, car ce genre d'exercice s'oppose aux progrès de l'âge, lutte contre la vieillesse. Continuons. *Lotus accubat, et paullisper cibum differt.* Après le bain, il se couche et diffère un peu le repas; on lui fait une lecture agréable, gaie, et ses amis s'occupent suivant leur envie. *Apponitur cœna non minus nitida quam frugi*, on sert un repas élégant et frugal, et souvent il est égayé par des comédiens, afin d'associer les arts aux plaisirs, *frequenter comœdis cœna distinguitur, ut voluptates quoque studiis condiantur.*

Tout cela est assurément fort agréable; on peut vivre ainsi, et Pline le Jeune, qui en apprécie bien tous les avantages, se propose de suivre un si bel exemple. *Hanc ego vitam voto et cogitatione præsumo, ingressurus avidissime, ut primum ratio ætatis receptui canere permiserit.* Je souhaite une pareille vie, je la goûte déjà par avance, bien résolu de l'embrasser dès que l'âge sera venu. *Igitur eumdem cursum, eumdem terminum statuo.* Donc je me propose la même carrière, le même but. *Idque jam nunc apud te subsigno, ut, si me longius evehi videris, in jus voces ad hanc epistolam meam, et quiescere jubeas, quum inertiæ crimen effugero.* J'en prends l'engagement devant vous. Si vous voyez que je dépasse les limites, citez-moi en justice, en vertu de cette lettre, et faites-moi condamner au repos, quand je n'aurai plus à craindre le reproche de paresse.

Il ne paraît pas que cet homme si sage, si partisan de la tempérance, ait consenti à ménager sa poitrine et sa voix. Nous trouvons (livre IV, n° 16),

L'abdomen ne porte que l'anus sous forme de fente longitudinale soit à la face ventrale comme chez les Tyroglyphes, les Glycyphages, les Carpoglyphes, soit sur sa face dorsale ou notogastre (νωτῶς dos, et γαστήρ, ventre), comme chez les sarcoptes; alors il est tantôt sur le milieu du notogastre comme chez le *S. cati* Hering, tantôt plus reculé, de manière à ce que son extrémité postérieure atteigne le bord postérieur du ventre, comme chez le *S. Scabiei*, Latreille, et la femelle du *S. mutans* Robin et Lanquetin; tantôt enfin comme chez le mâle et les nymphes de cette dernière espèce, il est placé sur ce bord même et s'avance autant sur la face dorsale que sur la face inférieure de l'abdomen (1).

Le *Sarcoptes scabiei* est de tous les sarcoptes celui qui présente de la manière la plus nette les divisions du céphalothorax. Elles se prononcent plus ou moins sur l'animal vivant, selon la nature des mouvements qu'il exécute; sur l'animal mort elles sont aussi plus ou moins manifestes selon le degré de contraction et de resserrement ou de dessiccation qu'il a subis. Souvent alors le quatrième anneau forme sur le dos une forte saillie transversale, saillante au-dessus du troisième anneau en avant, et de l'abdomen en arrière; elle est séparée du premier par un sillon concave antérieurement qui occupe toute la largeur du corps, et sur ses bords font saillie les tubercules tégumentaires coniques du dos. Cette saillie est distincte de l'abdomen par un sillon concave en arrière très-prononcé vers le milieu du corps et moins sur les côtés.

Sur la face dorsale, le premier anneau se distingue du suivant par une assez forte dépression des bords, placée entre les deux premières pattes; un sillon lui fait suite, se dirige un peu en arrière de chaque côté, et se perd insensiblement sur le dos. Une dépression moins prononcée se voit derrière la deuxième paire de pattes, et sépare du troisième anneau le second qui est plus large que le premier; un sillon lui fait également suite, et se perd insensiblement en arrière près de celui qui sépare le troisième anneau du quatrième. Le troisième anneau est le plus étroit; un sillon transversal le sépare du quatrième anneau; ce sillon occupe toute la largeur du corps en arrière, et se continue par une dépression latérale sous le ventre qu'il traverse sans interruption. Au devant de lui, sous le ventre, les trois premiers segments sont aplatis, coalescents, et n'offrent de séparation que tout à fait sur les côtés par les dépressions latérales indiquées plus haut. Le quatrième anneau, qui est étroit au milieu du corps, s'élargit sur les flancs et plus à la face inférieure qu'à la face dorsale. Une légère dépression de chaque côté, se continuant par un sillon courbe sur les deux faces du corps, le sépare de l'abdomen. Celui-ci est arrondi en arrière, un peu déprimé à la face dorsale, et ne forme par rapport au céphalothorax qu'un tiers environ de la masse de l'animal.

Sur la face dorsale, le bord antérieur du premier anneau s'avance au-dessus du rostre et forme ainsi l'épistome qui porte deux poils ou piquants très-courts; les bords droit et gauche s'avancent au-dessus de la première paire de pattes dont ils recouvrent le premier article; ceux du deuxième anneau couvrent de même celui de la seconde paire de pattes. Ces bords sont inclinés, minces, comme tranchants et formés par la jonction des faces antérieure et postérieure du corps (1). A la face ventrale, le bord antérieur du premier anneau se prolonge autour de la base du rostre en un repli membraneux très-mince et très-transparent, en forme de cravate fendue sur la ligne médiane, qui limite le camérostome et porte de chaque côté les joues. Ce repli n'a pas été décrit ni figuré jusqu'à présent.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Gerlach place à tort l'anus sous forme de fente ou d'incisure sur le bord postérieur même de l'abdomen chez tous les sarcoptes; il commet une véritable erreur en décrivant les organes sexuels externes femelles des sarcoptes comme doubles, sous forme de deux courts organes cylindriques de chaque côté de l'anus. (Gerlach, KRAETZE UND RAEUDE, Berlin, 1857, in-8°, pag. 48 à 70, fig. 11.)

(1) M. Bourguignon a bien décrit ces dernières dispositions, ainsi que les deux petits poils antérieurs, mais non l'épistome; il figure et décrit ces poils comme marquant le point précis où le tégument s'étend du corps sur la tête. (Bourguignon, TRAITE ENTOMOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DE LA GALE DE L'HOMME, 1851; in-4°; p. 49, 50 et 207, pl. I, fig. 1 *e*, *k*.) Gerlach décrit et figure à tort la tête et les deux premières paires de pattes comme insérées au bord même du corps; il ne fait pas mention de l'épistome, ni des deux poils qu'il porte. (Gerlach, *loc. cit.*, 1857, p. 48, 73, 138, 143, fig. 1, 2, 3, 8, 9, 11, 12, 13, 15 et 16.) Les figures de Renucci représentent, mais grossièrement, des dispositions semblables. (Thèse inaugurale SUR LA DECOUVERTE DE L'INSECTE QUI PRODUIT LA CONTAGION DE LA GALE, DU PRURIGO ET DU PHLYSACIA. Paris, 1835; in-4°; n° 83, p. 9, pl. II, fig. 1 et 2.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OPÉRATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES ET SOUS-CAPSULAIRES; par le docteur LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

(Suite. — Voir les n°s 5, 8 et 20.)

EXTRACTION ET REPRODUCTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE L'HUMÉRUS DROIT.

Le principe général d'éviter les gros nerfs en opérant l'extraction sous-périostée, doit principalement s'appliquer à l'humérus entouré par des nerfs notables. J'opérai deux fois l'extraction de cet os; dans la première, il ne survint pas de paralysie ni aucun autre défaut d'innervation; dans la seconde, la contraction permanente des doigts eut lieu à la paume de la main. Dans les deux cas, je suivis la voie indiquée par le bord externe de l'os, et dans ces deux cas je crois avoir coupé le nerf radial. Le grave inconvénient que je rencontrai la seconde fois, me fit penser au moyen de l'éviter à l'avenir. Pour obtenir cela, il y a deux méthodes qui se présentent: l'extraction à parois renversées et l'extraction à incision interrompue.

CE QUE L'ON ENTEND PAR EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE A PAROIS RENVER-

---

une lettre adressée à *Valerius Paullinus*, dans laquelle il avoue avoir plaidé pendant sept heures au tribunal des centumvirs. On ne comprend guère la nécessité d'une telle faconde, et les juges durent y mettre des bornes, comme Pline lui-même le dit dans sa lettre à *Arrien* (livre VI, n° 2). Nous pourrions donner ici le portrait d'un fameux avocat, nommé *Regulus*, qui pouvait dire, comme l'écolier dont parle Perse (satire III, vers 44):

Sæpe oculos, memini, tingebam, parvus, olivo.

Il se frottait l'œil avec de l'huile pour faire croire à l'excès du travail, et même il se mettait un bandeau blanc pour simuler quelque autre maladie. Ce Régulus, maître fripon, était un habile homme, et ses roueries déterminèrent le tribunal à limiter le temps accordé aux avocats. On ne donna et même on ne demanda qu'une heure, ou deux tout au plus, pour plaider une affaire, et encore trouvait-on souvent que c'était trop. On se lassait de parler comme on se lassait d'écouter; on dépêchait la besogne au grand préjudice des parties, à la honte de la justice, et Pline se plaint amèrement de cette décadence de l'art. Comment concilier ce goût des discours interminables avec les soins qu'exigeait sa santé? Il ne pouvait ignorer que la fatigue extrême causée par l'abus de la parole déclamée avait une influence pernicieuse sur la poitrine, et bien qu'il prît le soin de faire presque chaque jour quelque lecture à haute voix d'une harangue grecque ou latine pour fortifier ses organes, comme il le dit dans sa lettre à *Fuscus* (livre IX, n° 36), cependant il a dû remarquer que ce travail était dangereux, et l'histoire d'un de ses affranchis aurait dû faire sur lui une impression salutaire. Pline écrit à son ami *Paullinus* (livre V, n° 19): Je traite mes gens en vrai père de famille, mais quand je serais naturellement plus dur, plus insensible, *quod si essem natura asperior et durior, frangeret me tamen infirmitas liberti mei Zosimi*, je serais encore touché du triste état où se trouve mon affranchi Zosime. *Est homo probus, officiosus, litteratus, et ars quidem ejus, et quasi inscriptio, comœdus, in qua plurimum facit.* Il est fidèle, complaisant, instruit; son talent principal et son titre, pour ainsi dire, c'est celui de comédien. Il déclame avec force, avec goût, avec justesse, même avec grâce, *pronuntiat acriter, sapienter, apte, decenter etiam*, il joue de la lyre, enfin il lit les harangues, les histoires et les vers, comme s'il n'avait jamais fait autre chose, *tam commode orationes et historias et carmina legit, ut hoc solum didicisse videatur.*

Voici ce qui est arrivé à ce pauvre Zosime. Il y a quelques années, déclamant avec force, il vint tout à coup à cracher le sang; *dum intente instanterque pronuntiat sanguinem rejecit.* Je l'envoyai en Egypte pour se rétablir, et après y avoir fait un long séjour, il en est revenu depuis peu en assez bon état. Mais ayant voulu forcer sa voix plusieurs jours de suite, une petite toux le menaça d'une rechute, et bientôt après le crachement de sang reparut: *Ob hoc in Ægyptum missus a me, post longam peregrinationem confirmatus rediit nuper: deinde dum per continuos dies nimis imperat voci, veteris infirmitatis tussicula admonitus, rursus sanguinem reddidit.* Ne croirait-on pas lire

sées. — On l'exprime très-convenablement en la comparant au bras que l'on sort de la manche en la renversant. Pour l'exécuter, on fait une incision dans la partie supérieure ou inférieure du membre; on scie l'os, et on en fait sortir la partie gâtée en la tirant en dehors et en renversant les parois du périoste. De cette manière, par une courte incision, on peut extraire une longue portion d'un os au delà des limites de l'incision pratiquée en laissant intacts tous les tissus qui environnent le membre. On peut faire l'incision au bras dans deux endroits : à la région inférieure et à la région supérieure.

Région inférieure du bras. — Que l'on fasse une incision cutanéo-périostée sur le bord inférieur externe de l'humérus, cette incision, commençant de la *tubérosité* radiale inférieure de l'humérus, s'élèvera en haut de 6 à 7 centimètres; le bord antérieur de l'incision correspond à l'extrémité supérieure du long supinateur, le bord postérieur correspond au bord externe du triceps. Le nerf radial s'éloigne de la tubérosité radiale, dans un adulte, de 10 à 11 centimètres, et de la sorte il reste distant de 3 à 4 centimètres de la commissure supérieure de l'incision. On éloigne les bords de l'incision, on scie inférieurement l'os près de l'articulation huméro-cubitale, et on en fait sortir le tronc supérieur en le poussant en haut et en renversant les chairs en bas; on incise les fibres les plus résistantes du périoste, pendant qu'un assistant pousse en bas la masse des chairs. Par l'incision ci-dessus nommée, on arrive à dépouiller l'humérus jusqu'au delà de l'insertion du deltoïde. Lorsqu'on a dépouillé une portion suffisante d'os, on le scie.

Région supérieure du bras. — Dans la partie supérieure du bras l'incision se fera au-dessous du col de l'humérus, dans l'espace intermusculaire existant entre le faisceau antérieur et le faisceau moyen du deltoïde. On prolonge l'incision dans la même direction entre les fibres de l'extrémité inférieure du deltoïde et entre les fibres de l'extrémité supérieure de la portion courte du biceps; on éloigne les bords de l'incision, on scie l'os, on le fait sortir en le poussant en haut et en renversant les chairs et le périoste en bas; on incise comme ci-dessus les fibres les plus adhérentes du périoste, et, après avoir dépouillé une portion suffisante d'os, on en scie la partie inférieure près de l'articulation huméro-cubitale. L'extraction à parois renversées par incision inférieure, convient dans les lésions de la partie inférieure de l'humérus. L'incision supérieure conduisant à dépouiller l'os jusqu'auprès de l'articulation huméro-cubitale, convient dans les maladies qui s'étendent de l'une à l'autre extrémité de l'os.

Extraction a incision interrompue. — Pour opérer l'extraction à incision interrompue ou à tunnel, deux incisions sont nécessaires, l'une supérieure et l'autre inférieure, au milieu desquelles on laisse intacts les tissus, et par leurs extrémités, qui se regardent, on travaille au-dessous à détacher tout autour le périoste. Cette méthode est d'une exécution plus longue. C'est l'idée qui naquit la première pour ne pas blesser le nerf radial; et par conséquent le procédé que l'on emploie pour cette extraction est moins facile. La ligne tracée serait le bord externe de l'humérus. Le bord postérieur de la ligne tracée correspond au bord externe de la portion courte du triceps; le bord antérieur correspond en haut au deltoïde, dans le milieu au biceps, en bas à l'extrémité supérieure du long supinateur. On ferait en has une incision cutanéo-périostique, de la longueur de 6 centimètres environ, sur la partie inférieure du membre; on ferait supérieurement, sur la même ligne, une autre incision, de la longueur de 7 centimètres environ, entre le deltoïde et la portion courte du triceps. Il reste au milieu un espace intact où passe le nerf radial et où il se porte de la région dorsale à la région palmaire du bras. Je crois que le moyen indiqué pour l'extraction sous-périostée à parois renversées est bien supérieur à celui de l'extraction à incision interrompue; toutefois quelques circonstances pourraient réclamer cette dernière méthode.

Obs. VIII. — Dominique Mascia (de Pettinenzo), cordonnier, âgé de 15 ans, entra à l'hôpital le 28 octobre 1851, où il fut reçu sous le n° général 2696, et sous le n° de lit 68. Il fut opéré le 10 novembre, et il sortit le 16 mars 1852.

Le jeune homme est scrofuleux, il a des ulcères sous le menton; il y a deux ans qu'il ne peut plus exercer sa profession, à cause d'un mal qu'il a au bras droit, pour lequel il consulta, dans divers endroits, les médecins les plus distingués, qui proposèrent l'amputation.

L'humérus de ce bras présente, dans la région externe et un peu plus bas que la moitié du membre, une ouverture qui conduit dans un vaste sinus situé dans l'intérieur de l'os; l'odeur qui s'en exhale donne la certitude d'une nécrose des parois de la caverne ci-dessus indiquée. La suppuration est assez abondante. Je résolus d'opérer l'extraction sous-périostée de l'humérus, afin de ne pas recourir à l'amputation du membre, certain que j'étais de la reproduction de l'os extrait. Je suivis la voie tracée par le bord externe de l'humérus, en faisant une incision de l'extrémité inférieure de l'os jusqu'auprès du bord supérieur du deltoïde de la manière suivante :

J'introduisis une branche de ciseaux à pointe mousse dans la commissure supérieure de l'ouverture indiquée ci-dessus, entre le périoste et l'os, et je coupai profondément tout ce que je pus du trou en haut, dans la direction du bord externe de l'os; en procédant et en coupant plus en haut, je fis l'excision plus superficielle; afin de ne pas blesser, par l'incision, les nerfs et les vaisseaux circonflexes postérieurs, je prolongeai l'incision cutanéo-musculaire jusqu'auprès de l'extrémité supérieure du bord postérieur du deltoïde. En bas, je fis une incision cutanée jusqu'auprès de la tubérosité radiale de l'humérus, avec des ciseaux, inférieurement à l'ouverture indiquée plus haut. Je séparai avec un bistouri les adhérences cellulaires de la portion courte du triceps avec le bord supérieur du deltoïde.

L'incision cutanéo-musculaire fut beaucoup plus étendue que l'incision périostée, mais je crus cela nécessaire pour que la contraction musculaire ne mît pas d'obstacle au détachement du périoste. Celui-ci fut lent au commencement, mais lorsqu'il fut un peu avancé, il devint plus facile; je commençai à détacher le périoste tout autour dans la partie inférieure, et arrivé près de la tubérosité radiale de l'humérus, je passai la scie à chaîne entre l'os et le périoste, et je sciai l'os inférieurement; ensuite j'élevai le tronc supérieur de l'os, et je détachai les adhérences du périoste à l'os; arrivé près de l'insertion inférieure du deltoïde, je vis que l'os avait à peu près sa grosseur naturelle, et j'en fis la resection avec une scie commune. Il y eut une légère hémorrhagie en haut, qui s'arrêta par la compression temporaire pendant l'opération.

Je pratiquai huit points de suture entrecoupée pour fermer la cavité périostée. Je fis le pansement en plaçant deux plans de *compresses* aux côtés externe et interne du membre soutenus par un carton et un bandage circulaire.

Le docteur Allario, chirurgien de l'hôpital, et le docteur François Turina, praticien distingué de cette ville, assistaient à l'opération.

Hauteur de la portion de l'humérus extrait, 87 millimètres; circonférence centrale, 110 millimètres; hauteur de la caverne, 34 millimètres; largeur,

---

l'histoire de notre tragédienne Rachel? Il est probable que Zosime a fini comme elle.

Pline, qui ne paraît pas se douter de la gravité de la maladie et de l'efficacité de la cause qui l'a produite, envoie son affranchi dans le Frioul, parce que là, dit-on, l'air est fort sain et le lait très-salutaire à ces sortes de maladies, *esse ibi et aerem salubrem, et lac ejusmodi curationibus accommodatissimum*. Le maître veut essayer de le guérir, ce qui prouve une étrange confiance dans la vertu des remèdes contre une affection si rarement curable. On peut supposer que ce pauvre Zosime, un peu mieux portant, recommencerait à déclamer les harangues, les vers et les histoires de son patron.

Les personnages comme Pline devaient faire une grande consommation de lecteurs. *Eucolpius*, qui remplissait ces fonctions auprès de notre grand avocat, voyageant par une extrême chaleur, a tant avalé de poussière, qu'il a eu la gorge ulcérée et a craché le sang, *exasperatis faucibus pulvere, sanguinem rejecit* (livre VIII, n° 1). Nous pouvons contester l'efficacité de la chaleur et de la poussière en pareil cas, et considérer l'action de lire sans cesse à haute voix comme la vraie cause d'une laryngite et de l'hémoptysie. Pline s'écrie : *Quis deinde libellos meos sic leget? sic amabit? quem aures meæ sic sequuntur?* Où trouverai-je, après lui, quelqu'un qui lise si bien mes ouvrages, qui les aime autant et que j'aie autant de plaisir à entendre? C'est à *Septicius* que Pline écrit ces plaintes si *touchantes* (livre VIII, n° 1), et où il montre le vif intérêt qu'il porte à son affranchi ainsi qu'à ses propres ouvrages; mais il ajoute : *Dii lætitiora promittunt, stetit sanguis, resedit dolor*, j'ai meilleur espoir, le sang s'est arrêté, la douleur se calme. Et puis *Eucolpius* est sobre, je suis attentif, les médecins sont pleins de zèle, *præterea continens ipse, nos solliciti, medici diligentes. Ad hoc salubritas cœli, secessus, quies, tantum salutis, quantum otii pollicentur*. Ajoutons que la pureté de l'air, la retraite, le repos, lui promettent autant de santé qu'il aura de loisir.

Des faits de ce genre se passant sous les yeux de Pline le Jeune auraient dû lui donner à réfléchir; mais si l'expérience est souvent trompeuse, elle est encore bien plus souvent inutile; on n'accepte pas ses leçons, ou plutôt on en discute la valeur, on en conteste l'application et les résultats, et l'on va toujours, jusqu'à ce que quelque grave accident survenu tout à coup nous inspire des précautions tardives et ordinairement superflues.

Si peu attentif à ménager sa voix d'avocat célèbre, Pline donnait plus de soins à ses yeux, ainsi qu'on peut le reconnaître dans la lettre qu'il adresse à *Cornutus* (livre VII, n° 21). *Pareo, collega carissime, et infirmitati oculorum, ut jubes, consulo*. J'obéis, cher collègue, et je prends soin de mes yeux, comme vous me l'ordonnez. *Nam et huc tecto vehiculo undique inclusus, quasi in cubiculo, perveni, et hic non stylo modo, verum etiam lectionibus difficulter, sed abstineo, solisque auribus studeo*. Je suis arrivé ici dans une voiture fermée, comme dans une chambre; non-seulement je n'ai pas écrit, mais je n'ai pas même lu, et je n'étudie qu'avec mes oreilles. *Cubicula obductis velis opaca, nec tamen obscura, facio*, des rideaux donnent de l'ombre et non de l'obscurité; il fait la même chose dans la galerie, et à l'aide de ces moyens fort bien entendus, *paulatim lucem ferre condisco*, j'apprends peu à peu à

20 à 25 millimètres; profondeur, 10 millimètres. Je laissai une portion de l'os nécrosé en bas, près de l'articulation inférieure de l'humérus; les opérations ultérieures et l'expérience me rendirent dans la suite plus hardi, et je ne craignis pas, quand la nécessité le réclamait, de pénétrer dans les cavités articulaires. La circonstance qui s'était rencontrée de laisser une portion de l'os attaqué de nécrose rendit le traitement imparfait dans ce cas.

10 novembre. Je prescrivis au malade 20 gouttes de laudanum dans l'eau distillée. Je le visitai à trois heures après midi; la réaction n'était pas encore développée; il était complétement apyrétique.

11. Le malade est sans fièvre; je prescris du *semen contra* en guise de préservatif.

13. Après avoir coupé les bandes circulaires et enlevé l'appareil, je trouvai la forme du bras naturelle; aucun point de la suture n'était en voie de suppuration; aucun de ces points n'était accompagné d'érysipèle. Je renouvelle le bandage.

14. Le calme continue.

15. J'ordonne un quart de ration au malade.

16. J'enlève le second, le cinquième et le septième fil; il n'y a ni phlegmon, ni érysipèle, ni rougeur autour des fils; la forme du membre est naturelle, presque comme s'il n'avait pas été opéré. Le malade n'eut pas de fièvre après l'opération.

18. J'enlève les autres fils; ils ont déjà autour d'eux un trou ample; mais il n'y a pas d'érysipèle et je fais le pansement comme à l'ordinaire, en laissant le premier appareil pour n'imprimer aucun mouvement au membre. Le malade est toujours aussi calme.

20. Hier il me parut que le bras s'était un peu raccourci; aujourd'hui je l'ai fait étendre par le malade jusqu'à sa longueur naturelle.

23. A dire vrai, il n'y eut jamais séparation par la cavité périostée; seulement les trous des rubans donnèrent quelques gouttes de pus.

25. Je crus devoir changer l'appareil; le bras me parut un peu raccourci; je l'étends pendant qu'il est soulevé et j'applique deux plans de compresses, l'un interne et l'autre externe, soutenus par une bande circulaire.

27. J'enlève l'appareil, je fais étendre le membre et je le place sur un plan ascendant, avec une légère extension permanente au carpe.

30. Cautérisation des chairs fongueuses, qui surgirent du trou des fils et de l'incision longitudinale. On continue la légère extension permanente. Le bras s'étendit à la longueur naturelle; sa forme et son volume sont à l'état normal.

4 décembre. On sent au toucher une assez forte consistance, je dirais dureté, dans l'endroit où j'ai extrait l'os; indice et signe certain de l'état avancé de la reproduction osseuse.

7. Je renouvelai l'appareil. Il sortit quelques gouttes de pus de l'ouverture qui correspondait à la caverne humérale. Ayant mesuré le bras opéré et le bras sain, je trouvai qu'ils avaient tous les deux la même longueur. Je ne fis exécuter aucun mouvement au membre malade.

9. Extension du membre.

10. Sentant que l'humérus était entièrement formé je pliai légèrement l'avant-bras et je cautérisai l'incision longitudinale avec le nitrate d'argent.

12 et 13. Je renouvelle le pansement et je pratique la cautérisation de l'incision longitudinale qui devint fongueuse dans toute sa longueur; le malade lève le bras en mettant la main gauche sous la main droite.

18. Cautérisation superficielle de l'incision longitudinale. Au moment de la cautérisation le bras se contracte, et le nouvel os se courbe, la convexité en haut pour retourner à son état primitif après la cessation de la contraction. On n'avait pas pratiqué d'extension au moment de cautériser. J'introduisis un instant par l'ouverture de l'ancien ulcère qui correspondait à la caverne humérale, le cylindre de nitrate d'argent, et il heurta contre un corps résistant.

27. L'os nouveau a fait une petite bosse qui se dirige en haut, là où il s'unit au vieil os. J'y plaçai un carton comprimant au-dessus après avoir enlevé les deux cartons latéraux.

29. La légère courbure a déjà disparu; je cautérisai superficiellement les différents points le long de la cicatrice, je cautérisai profondément le sinus ancien. Je fis plier à angle droit l'avant-bras sur le bras. Le malade, le bras suspendu en écharpe, se lève depuis quelques jours.

6 janvier. L'ulcère longitudinal qui existe au bras s'approche de la cicatrisation. L'humérus est évidemment complété. Dans l'endroit où il fut extrait on sent la continuation du corps dur de l'os, dans toute la longueur du bras; le volume et la longueur du bras sont égaux à ceux de l'autre bras. L'ouverture reste dans l'os nouveau à la même place que l'ancienne. La main ne fait que des mouvements limités d'extension.

24. Je cautérisai encore profondément l'ouverture en y laissant un cylindre de nitrate d'argent. Je répétai deux fois les cautérisations pendant le mois de février. L'ouverture ne se ferma pas. Le malade sortit de l'hôpital le 16 mars 1852.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les fascicules des six premiers mois de l'année 1858 renferment les travaux originaux suivants: 1° *Observation clinico-pathologique d'une arachnitis partielle avec congestion du cerveau sous-jacent*; par M. Tartaglia. 2° *Des épulis et de leur traitement par les caustiques*; par M. Ciaceio. 3° *Injections iodées dans les fistules axillaires*; par M. Nepolitani. 4° *Exposition analytique de trois cas simultanés d'empoisonnement par le sulfure d'arsenic*; par M. Pandolfi. 5° *Rapports de l'électricité statique et dynamique avec les êtres inorganiques et organiques*; par M. Lanciano. 6° *Sur l'épidémie d'oreillons qui a régné à Reggio à la fin d'octobre et en novembre et décembre 1857*; par M. Mammi. 7° *De la cautérisation coadjuvante de l'appareil amovo-inamovible*; par M. Palasciano. 8° *Une autre preuve de l'action des préparations de fer contre l'empoisonnement par les préparations arsenicales*; par M. Trapani. 9° *Qualités physiques et chimiques de l'eau thermo-minérale de la Pietra*; par M. Pepere. 10° *Remarques sur une nouvelle méthode pour les opérations de cataractes capsulaires*; par M. de Caro. 11° *Sur l'anatomie pathologique du diabète*; par M. de Martini. 12° *Principes fondamentaux de pathonomie*; par M. Piccirilli. 13° *Sur la dyssenterie et sur l'utilité de l'opium dans son traitement*; par M. Luchetti.

---

supporter la lumière. *Balineum assumo, quia prodest; vinum, quia non nocet; parcissime tamen.* J'use du bain, parce qu'il m'est bon; du vin, car il ne me nuit pas, mais très-sobrement, *ita assueti*, c'est mon habitude, et ailleurs j'ai là quelqu'un qui me surveille, *et nunc custos adest*. Cette hygiène est à coup sûr excellente, et nos savants ophthalmologistes n'en conseilleraient pas une meilleure. Enfin, il ajoute à cette lettre le *post-scriptum* que voici: *Gallinam, ut a te missam, libenter accepi; quam satis acribus oculis, quanquam adhuc lippus, pinguissimam vidi.* J'ai reçu avec plaisir, venant de vous, la poule que vous m'avez envoyée, et mes yeux, quoique faibles, ont pu voir qu'elle était fort grasse. Les traducteurs puristes rendent *lippus* par *faibles*, au lieu de dire tout simplement *chassieux*.

Il est une lettre (livre VII, n° 26), adressée à *Maximus*, qui mérite assurément d'être méditée avec soin. *Nuper me cujusdam amici languor admonuit optimos esse nos, dum infirmi sumus.* Ces jours passés, la maladie d'un de mes amis me fit faire cette réflexion, que nous sommes vraiment parfaits quand nous sommes malades. *Quem enim infirmum aut avaritia aut libido sollicitat?* Quel est le malade que tourmente l'avarice ou la soif des plaisirs? Nous ne sommes pas parfaitement convaincus de l'efficacité de la maladie, à moins qu'elle ne soit fort grave, contre certaines passions, l'avarice, par exemple, et Horace, si bon juge en pareil cas, fournit un bel argument contre la thèse de Pline. Voyez, en effet, dans la 3e satire du livre deuxième, la maladie d'*Opimius*, si habilement et si plaisamment traitée par un médecin qui connaît son client. Mais enfin Pline le Jeune voit les choses sous un autre aspect, il ajoute: *Non amoribus servit, non appetit honores, opes negligit, et quantulumcumque, ut relicturus, satis habet.* L'amour ne le domine plus, il n'est plus ambitieux, il dédaigne les richesses, et si peu qu'il possède, c'est assez, près de tout quitter. *Tunc Deos, tunc hominem esse se meminit; invidet nemini, neminem miratur, neminem despicit; ac ne sermonibus quidem malignis aut intendit aut alitur*, les médisances ne lui font ni impression ni plaisir, enfin il est parfait, il ne rêve que fontaines et bains, *balinea imaginatur et fontes*. S'il en réchappe, *si contingat evadere, innoxiam beatamque destinat vitam*, il se propose pour l'avenir une vie innocente et heureuse. Pline tire de tout ceci la conclusion qu'il faut être pendant la santé ce que nous nous proposions d'être quand nous étions malades: *Ut tales esse sani perseveremus quales nos futuros profitemur infirmi.*

P. MENIÈRE.

(*La suite au prochain numéro.*)

— M. le docteur Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon, vient, à la suite d'un brillant concours, d'être nommé chirurgien-major de l'hospice de la Charité de la même ville.

LES PRÉPARATIONS DE FER CONTRE L'EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS ARSENICALES; par M. TRAPANI.

Le triotoxyde de fer hydraté est considéré avec juste raison comme l'antidote des préparations arsenicales. Mais la difficulté de se le procurer assez tôt dans certaines circonstances oblige le praticien à recourir à un autre sel ferrugineux. Celui qu'il faut alors préférer est le sous-carbonate de fer dont MM. Bouchardat et Sandras ont vérifié l'efficacité dans les empoisonnements de cette nature. L'observation suivante est une nouvelle preuve de l'efficacité de ce sel.

Obs. — Le 15 novembre, M. Trapani fut appelé près d'une famille composée du mari, de la femme, d'une jeune fille de 4 ans et d'une servante, qui tous vomissaient les aliments qu'ils avaient pris peu d'instants auparavant, et présentaient tous les symptômes d'un empoisonnement. Vomissements d'aliments et de mucosités, saveur sucrée et désagréable de la salive qui était sécrétée en abondance, constriction à la gorge; douleur à l'épigastre avec sensation de chaleur qui du ventre montait à la gorge; soif ardente et respiration anxieuse. Sans perdre de temps, on provoqua le vomissement par l'introduction des doigts dans la gorge, par l'ipécacuanha donné aux uns, le tartre stibié aux autres. Cependant les symptômes généraux consistaient en pulsations fortes et inégales, céphalalgie avec congestion, altération des traits, excavation des yeux, vue incertaine, crampes ou difficulté du mouvement des jambes, etc.

Il ne suffisait pas d'avoir procuré l'évacuation de la plus grande partie du poison, il fallait encore neutraliser celle qui n'avait pu être expulsée. On soupçonnait bien que l'empoisonnement était dû à l'arsenic, mais on n'avait pas la certitude qu'il provînt de cet agent plutôt que d'une préparation antimoniale ou mercurielle. Quand on a un tel doute, il faut préférer le sulfure de fer à toute autre préparation ferrugineuse. L'impossibilité de se procurer le sulfure de fer non moins que le peroxyde de fer hydraté obligea à donner le sous-carbonate de fer. En même temps qu'on administrait ce sel, on faisait prendre aux malades une solution concentrée de magnésie calcinée. Linges chauds et sinapismes à ceux qui se plaignaient de sensation de froid.

Le 16, même traitement. L'analyse chimique fit découvrir la présence de l'acide arsénieux dans les matières expulsées par le vomissement. L'arsénite de fer avait été de même expulsé.

Le 17, quelques phénomènes de réaction apparaissant, on eut recours aux sangsues à l'anus et aux ventouses scarifiées à la nuque.

Le 18 et jours suivants, purgatifs émollients et boissons diurétiques. Guérison des quatre malades.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Les numéros des six premiers mois de l'année 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Un regard sur l'avenir de la médecine*, par M. Franceschi. 2° *Essai d'un traité des maladies hypocondriaques* (suite), par M. Belli. 3° *De l'activité conservatrice et médicatrice de l'organisme dans la théorie organique de la vie et de la maladie*, par M. Betti. 4° *Sur la conservativité et la caducité de la vie, sur la conservation et le déclin d'elle-même, et enfin sur la force médicatrice et destructrice de la nature en rapport avec les moyens médicaux*, par M. Sorgoni. 5° *Opérations de lithotripsie*, par M. Santopadre. 6° *De la force et action médicatrice de l'organisme comme élément de la maladie*, par M. Betti. 7° *Contre les spécifiques et le spécificisme*, par M. Franceschi. 8° *Lettres sur la lithotritie*, par M. Mologodi. (Une première lettre a pour but de faire l'histoire du cathétérisme rectiligne qui a des rapports si intimes avec la lithotritie, et dont un chirurgien italien, Santarelli, aurait donné, bien avant Civiale, Amussat et autres, la démonstration théorique, anatomique, clinique et iconographique). 9° *L'origine de la force conservatrice et médicatrice des êtres organisés*, par un habitant des Alpes. 10° *Le soufre*, par M. Franceschi. 11° *Les eaux minérales sulfureuses*, par le même. 12° *Application de la lithotritie aux femmes enceintes* (seconde lettre), par M. Mologodi. 13° *Sur le coussin rectangulaire triangulaire de M. Ivanchich* (troisième lettre), par le même. 14° *De la méthode empirico-rationnelle de Bufalini et de la méthode hippocratique*, par M. Betti. 15° *De la force vitale et de la nature médicatrice*, par M. Franceschi. 16° *Sur la répulsion des fragments dans la vessie* (quatrième lettre), par M. Mologodi. 17° *Le chimisme bufalinien érigé en théorie*, par M. C. Franceschi. 18° *D'une tumeur observée à la clinique chirurgicale de Ferrare*, par M. Moggi. 19° *Du vitalisme*, par M. Cecchini. 20° *Du physiologisme*, par le même. 21° *Fatales conséquences qui peuvent résulter d'une résolution rapide des grandes obstructions, spécialement de la rate*, par M. Bastianini. 22° *Histoire d'une hydrocéphale aiguë*, par M. Zacconi. 23° *De la herniotomie par la méthode anglaise*, par M. Bajardi Cerboni.

SINGULIER CAS DE LITHOTRITIE; par M. SANTOPADRE.

Dans un mémoire intéressant où l'auteur a pour but de montrer que la lithotritie est dans quelques cas d'un manuel facile et aussi simple que le cathétérisme, il rapporte la singulière observation que voici :

Obs. — Un homme de plus de 60 ans, souffrant depuis quelque temps d'une affection calculeuse, fut pris d'ischurie un jour de l'année 1841, et fut obligé de se soumettre au cathétérisme. Le chirurgien qui fut appelé introduisit la sonde dans la vessie et fit l'extraction des urines. Quelques heures après, le patient sentit le besoin d'uriner qu'il satisfit avec difficulté et cuisson. Enfin, avec beaucoup d'efforts il expulsa une quantité de fragments qui, réunis, constituaient un calcul de la grosseur d'une noix environ. Depuis cette époque le sujet n'a plus souffert aucune incommodité.

Si, au lieu de la sonde, dit M. Santopadre, on eût introduit le percuteur, et qu'avec celui-ci on eût saisi la pierre, cela n'aurait-il pas été encore un miracle de la lithotritie? Le brisement du calcul en cette circonstance a eu lieu sans doute au simple choc de la sonde par suite de son extrême friabilité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1859.—PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

PLAIE DE LA RÉGION CERVICALE AVEC LÉSION DU CANAL VERTÉBRAL ET ÉCOULEMENT DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN; par M. JOBERT (de Lamballe).

L'Académie se rappelle les expériences de M. Magendie sur les usages du liquide céphalo-rachidien, dont la quantité était évaluée par lui à 60 grammes.

Elle se souvient que ce savant, après avoir enlevé les muscles des gouttières vertébrales, avoir mis à découvert les membranes d'enveloppe de la moelle et y avoir fait une piqûre, a vu le liquide s'échapper par jet.

A la suite de sa sortie, il a observé un trouble dans les facultés locomotrices, si bien que les animaux chancelaient et s'affaissaient sur eux-mêmes.

M. Longet, qui a répété ces expériences, n'a pas adopté l'opinion de M. Magendie, parce que les résultats obtenus ne sont pas conformes aux siens.

M. Longet a remarqué que la section des muscles suffit pour amener un trouble profond dans les mouvements, et que l'évacuation du liquide, sans intéresser les muscles de la nuque, n'apporte dans la marche des animaux aucune modification notable.

Un fait m'a paru résoudre la question, et je demande la permission de l'exposer en quelques mots à l'Académie.

Une personne d'une forte constitution, entrée à l'Hôtel-Dieu le 11 décembre 1858, et morte le 22, c'est-à-dire après onze jours de séjour à l'hôpital, reçut un coup de poignard de la main d'un homme qui depuis quelque temps lui faisait de fréquentes visites.

Le coup fut porté avec violence, l'instrument se brisa près du manche. La base correspondait aux téguments et la pointe pénétrait dans le canal vertébral.

Les gros vaisseaux artériels et veineux ayant été respectés, l'écoulement de sang ne fut pas sérieux; mais il s'échappa par la plaie oblique des téguments, sans interruption, un liquide séreux, semblable au sérum du sang. Les alèzes, les draps de lit en furent inondés, tant la quantité perdue chaque jour était considérable.

En l'examinant, on constata que c'était du sérum dans lequel nageaient quelques globules sanguins.

Le troisième jour de l'entrée de la malade, le corps étranger put être extrait, et au moment où il fut retiré, il sortit un flot considérable du même liquide.

Pendant toute la durée de la perte du liquide céphalo-rachidien, la malade n'éprouva aucun affaiblissement musculaire, aucune déperdition de la force des contractions musculaires, et aucun changement ne se manifesta dans l'intelligence.

Cette malade ayant succombé à une méningite rachidienne, on trouva les corps des sixième et septième vertèbres cervicales labourés par l'instrument, le disque intervertébral intéressé et une piqûre aux feuillets pariétaux des membranes d'enveloppe de la moelle épinière.

Ce fait paraît donc prouver que le liquide céphalo-rachidien n'a pas les usages que M. Magendie lui avait attribués, et c'est ce que M. Longet, par ses expériences, avait déjà prouvé.

DE LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE SANG DE LA VEINE PORTE ET DANS CELUI DES VEINES SUSHÉPATIQUES ; expériences de M. C. SCHMIDT (de Dorpat), communiquées, d'après une lettre de ce physiologiste, par M. Cl. BERNARD.

La fonction glycogénique du foie, c'est-à-dire la propriété que cet organe possède de produire du sucre dans l'état physiologique, peut être démontrée par des expériences très-variées. Mais il en est une qui consiste à montrer que chez un animal carnivore le sang qui entre dans le foie par la veine porte est privé de sucre, tandis que le sang qui sort du même organe par les veines sus hépatiques en contient de notables quantités ; ce qui amène forcément à la conséquence que le sucre s'est formé dans le foie. Ce fait a déjà été vérifié par un très-grand nombre d'expérimentateurs et par une commission de cette Académie. Cependant j'ai cru utile de rapporter encore les expériences de M. Schmidt, de Dorpat, l'un des chimistes physiologistes les plus habiles qui se soient occupés de la question de la formation du sucre dans les animaux. Il me semble toujours avantageux, dans les questions expérimentales physiologiques, d'insister sur les expériences les plus simples, parce que leurs conclusions ressortant plus directement du fait sont moins sujettes à interprétations erronées.

Voici le résultat des analyses de M. Schmidt sur le sang de la veine porte et des veines hépatiques sur trois chiens, dont deux étaient en digestion de viande, et le troisième à jeun depuis deux jours. Il a trouvé que le sang de la veine porte ne contenait pas de sucre, tandis que le sang pris dans les veines hépatiques en renfermait à peu près 1 pour 100 du résidu sec du sang, chez les chiens en digestion, et environ un demi pour 100 chez l'animal à jeun. Voici les nombres obtenus dans chaque cas :

	Quantité de sucre	
	dans le sang de la veine porte. Avant le foie.	dans le sang des veines hépatiques. Après le foie.
Chien nourri de viande........	»	0gr,93
» »	»	0 ,99
Chien à jeun pendant deux jours...	»	0 ,51

Ces résultats numériques obtenus par M. Schmidt sont tout à fait concordants avec ceux obtenus par M. Lehmann, qui a calculé également le sucre en rapport avec le résidu sec du sang.

M. Cl. BERNARD présente, à la suite de cette communication, un exemplaire de son MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE FONCTION DU FOIE COMME ORGANE PRODUCTEUR DE LA MATIÈRE SUCRÉE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX, et un exemplaire de ses LEÇONS DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE APPLIQUÉE A LA MÉDECINE, faites au collége de France dans le semestre d'hiver 1854-1855.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, et fait connaître, dans les termes suivants, un opuscule de M. Hyrtl (de Vienne) sur la cavité prépéritonéale de Retzius, cavité située à la paroi antérieure de l'abdomen chez l'homme :

« Les anatomistes savent que, lorsqu'on prépare les muscles transverses de l'abdomen avec leur aponévrose, on voit cette aponévrose devenir, au-dessous de l'ombilic, si mince, qu'elle paraît se terminer à deux arcs latéraux appelés les *lignes de Douglas* : la vraie destination de ces lignes a été jusqu'ici inconnue. Plusieurs anatomistes prétendent que l'aponévrose des muscles transverses se termine en effet dans ces lignes de Douglas ; d'autres la font se continuer jusqu'à l'os pubis.

» M. Retzius a montré qu'en ouvrant les gaînes des muscles droits, et mettant à nu l'aponévrose et les lignes de Douglas, la paroi située en arrière des muscles conduit à une cavité profonde qui pénètre dans le petit bassin. Si l'on pousse la main dans cette cavité, on trouve que l'aponévrose du transverse se confond avec la partie antérieure de l'aponévrose abdominale, et tapisse la cavité en question. Cette portion de l'aponévrose s'attache à la vessie et descend jusqu'au col.

» La partie forte de l'aponévrose du transverse se continue par les lignes de Douglas, comme deux arcs, jusqu'aux branches horizontales du pubis, formant la paroi postérieure du canal inguinal, etc.

» Le même arrangement se trouve aussi chez la plupart des mammifères.

» C'est dans cette cavité que la vessie monte ou descend, suivant qu'elle est remplie ou vide, d'où il résulte que la cavité prépéritonéale est bien nécessaire pour les fonctions de la vessie. »

— M. LANDOUZY annonce l'envoi d'un mémoire sur les *lésions anatomiques du typhus épidémique*, et en adresse d'avance un court résumé.

Ce résumé sera réservé en attendant l'arrivée, qui semble devoir être prochaine, du travail complet de M. Landouzy.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère pendant l'année 1858 (Commission des épidémies).

La correspondance non officielle comprend :

De nouveaux documents relatifs à l'action de l'ergot de seigle, par M. le docteur West (Commission nommée, M. Danyau, rapporteur.)

M. ROBIN présente, au nom de l'auteur, M. Bérard, un travail sur l'orbite varioleuse.

LECTURES. — AFFECTIONS UTÉRINES.

M. le docteur E. COMBE donne lecture de la note suivante :

La discussion qui a eu lieu récemment au sein de l'Académie impériale de médecine, au sujet d'une affection particulière du col de la matrice, m'engage à lui faire part, en le soumettant à son appréciation, d'un mode de traitement que j'emploie depuis longtemps et auquel j'ai dû de nombreux succès. Adonné depuis longues années au traitement des maladies des femmes, j'ai eu l'occasion d'employer toutes les méthodes et toutes les substances dont l'expérience a démontré l'efficacité. Qu'elles fussent caustiques, astringentes, ou simplement émollientes, leur application offrait parfois des inconvénients, mais souvent des difficultés dont une des principales tient à la répugnance qu'ont la plupart des femmes de se livrer aux soins assidus d'un médecin qui seul possède les connaissances indispensables pour un traitement aussi délicat. Placées dans l'alternative de se mettre entre les mains de l'homme de l'art, ou de s'exposer, par leur négligence, aux suites funestes d'une des plus cruelles affections qui assiégent l'espèce humaine, les femmes préfèrent souvent courir ces terribles chances, et fermer les yeux en mettant le pied dans le gouffre qui s'ouvre devant elles.

En présence d'aussi invincibles répugnances, j'ai tâché de venir au secours de ces victimes d'un sentiment respectable, quoique mal entendu, et leur faciliter un traitement qui, en les mettant à l'abri des dangers futurs, pût aussi ménager leur susceptibilité.

Pour atteindre ce but, j'ai disposé toutes les substances ordinairement appliquées sur le col utérin, sous une forme telle qu'elle peut être facilement appliquée par la femme elle-même, à ses heures, sans le secours d'une main étrangère et retirée avec la même facilité que l'on a eue pour son application. Le séjour du topique sera plus ou moins prolongé, mais sa durée devra toujours être fixée par le médecin qui en aura déterminé la nature.

C'est ainsi que j'ai pu combattre, avec autant de facilité que de succès et sans tourmenter les femmes par des investigations réitérées, les engorgements, les érosions épithéliales, les pertes blanches, les ulcérations à divers degrés, les allongements morbides d'une ou des deux lèvres du col, les fongosités saignantes, les granulations agminées ou disséminées, etc., et enfin les abaissements ou déplacements utérins qui se traduisent par des symptômes si variés.

Les substances astringentes ou caustiques, le tannin, le ratanbia, le sulfate d'alumine et de potasse, les préparations iodées, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, le perchlorure de fer à divers degrés, etc., peuvent être appliqués au moyen d'un excipient qui, sans les altérer, leur donne une forme appropriée, d'un usage prolongé et, par conséquent, peu dispendieux ; un seul appareil peut suffire pour un long traitement.

Après le traitement des ulcérations du col utérin par les divers caustiques, lorsque la formation de l'épithélium nouveau, ou du tissu qui le remplace sur toute la surface ulcérée peut faire croire à une parfaite guérison, il reste toujours au-dessous de cette pellicule un tissu mollasse et comme fongueux, à transparence violacée. La faible consistance de ce tissu nouveau rend sa déchirure imminente par l'action irritante des secrétions locales ou par les frottements dont cette partie est fréquemment le siége, et doit bientôt amener la récidive si commune dans ces sortes d'affections. L'application de l'appareil pendant quelques minutes tous les jours suffit pour affermir le tissu cicatriciel et pour consolider une guérison qu'il procure à lui seul dans les cas ordinaires. Exactement moulé sur la forme anatomique du fond du vagin, la face convexe de l'instrument normal se pose sur la concavité du rectum, son bord supéro-postérieur, assez mousse, embrasse le col utérin vers le cul-de-sac vaginal et reçoit le museau de tanche dans sa concavité dont le godet lui offre le contact de la substance médicamenteuse.

Après une application plus ou moins prolongée, suivant les cas et suivant l'activité des topiques, on retire l'appareil au moyen d'un mince cordon de soie. Ce traitement que l'on peut ainsi prolonger sans peine, sans dérangement et sans frais, aussi longtemps que le rendent nécessaires des maladies ordinairement de longue durée, a pour effet de guérir les maladies de la ma-

trice dans leurs premières périodes, de consolider la guérison de celles qui ont nécessité l'emploi des traitements les plus énergiques, et de prévenir ces récidives et ces dégénérescences funestes qui menacent tant de femmes d'un cruel avenir. (Commissaires : MM. Depaul, Huguier).

PHLEGMASIES CHRONIQUES DE L'UTÉRUS.

M. Depaul donne lecture, au nom de M. Becquerel, du résumé d'un mémoire intitulé : Recherches sur les causes des phlegmasies chroniques de l'utérus, la nature de l'état morbide général qui les accompagne, et le traitement qui leur convient.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Les phlegmons chroniques de l'utérus, avec les diverses formes sous lesquelles ils peuvent se manifester, constituent une maladie commune chez les femmes, et exercent une influence puissante sur leur santé générale.

2° Ces phlegmasies chroniques sont toujours primitivement locales. A mesure qu'elles se prolongent et qu'elles se présentent avec une intensité plus grande, elles déterminent une altération souvent assez profonde du sang.

3° Les modifications du sang sont en rapport direct avec l'ancienneté et le degré d'intensité de la phlegmasie chronique : elles consistent dans les changements suivants :

a, augmentation de la proportion d'eau.

b, diminution notable de la somme des principes solides.

c, diminution très-notable des globules.

d, conservation du chiffre normal de l'albumine dans la moitié des cas, et légère diminution dans l'autre.

e, conservation du chiffre normal de la fibrine dans la moitié des cas, augmentation d'une manière notable dans l'autre moitié, et en rapport avec l'élément phlegmasique.

4° Ces lésions diverses du sang constituent les caractères d'une anémie très-caractérisée. Cette anémie se traduit par un ensemble de phénomènes généraux, par un état morbide général tout spécial qui est propre aux femmes atteintes de cette affection. Elles sont leur conséquence et non leur cause.

5° L'étude des influences hygiéniques auxquelles ont été soumises les femmes atteintes des maladies dont nous nous occupons démontre que ces influences ont été complétement nulles et qu'elles n'ont pas même pu exercer d'action comme causes prédisposantes.

6° Les diathèses, les états morbides généraux, semblent sans influence sur la production de ces maladies.

7° Les causes des phlegmasies chroniques de l'utérus sont primitivement toutes locales. Une analyse exacte des faits démontre que ce sont spécialement les suivantes :

Les avortements, les accouchements, et spécialement quand ils sont longs, difficiles, et qu'ils ont nécessité l'emploi du forceps ou de manœuvres diverses; les excès du coït, surtout quand l'utérus est naturellement dans une position assez basse; la propagation au col d'une vaginite aiguë ou chronique; les congestions sanguines répétées dues à une insuffisance de la menstruation ou à une aménorrhée habituelle.

8° Le caractère primitivement tout local des phlegmasies utérines doit faire conclure qu'il faut diriger exclusivement contre elles un traitement local et direct.

9° Le traitement des phlegmasies chroniques de l'utérus est basé sur les propriétés spéciales dont paraît jouir le tannin, pur ou en solution concentrée, à l'égard de la membrane muqueuse et des tissus utérins.

10° Le tannin pur ou en solution concentrée appliqué en un point quelconque de la membrane muqueuse de l'extérieur ou de l'intérieur de l'utérus a pour effet de déterminer le développement d'un état morbide congestionnel tout spécial, accompagné d'une irritation particulière et toujours la même.

11° L'exsudation qui se produit ainsi est d'abord une exsudation fibrineuse et amorphe, au sein de laquelle se développe un nombre énorme de cellules épithéliales qui s'organisent et se développent peu à peu, et dont le nombre finit par être si considérable que l'exsudation fibrineuse disparaît tout entière.

12° Sous l'influence de ce travail spécial et de cette exsudation particulière, que l'on répète de trois à huit fois, en la reproduisant chaque fois qu'elle cesse, on voit guérir parfaitement les lésions phlegmasiques suivantes : l'inflammation chronique de la membrane muqueuse et de la surface extérieure ou de la face interne du col de l'utérus, ainsi que les granulations et les excoriations dont elle peut s'accompagner, l'inflammation chronique de ces mêmes parties, accompagnée de celle du tissu sous-jacent; l'inflammation chronique de la membrane interne de la cavité utérine et la lésion anatomique, à laquelle on donne le nom de fongosités utérines; l'inflammation hypertrophique du col de l'utérus, lorsqu'elle n'est pas trop avancée.

13° Sous l'influence de ce même travail congestionnel et de cette exsudation particulière, on voit les sécrétions pathologiques diminuer d'abord et ensuite cesser rapidement.

14° L'usage des injections d'eau fraîche est un accompagnement à peu près indispensable de cette médication.

15° Lorsque les inflammations chroniques de l'utérus sont combinées avec un abaissement, une version ou une flexion, les simples injections doivent être remplacées par des douches froides modérées faites avec de petits appareils portatifs, et la combinaison de ces douches et des applications de tannin parvient toujours, en même temps qu'elle guérit la phlegmasie chronique, à modifier heureusement et quelquefois à guérir complétement l'abaissement, la version et la flexion concomitantes.

16° Une fois la lésion utérine guérie, il est rare que l'état anémique qui l'accompagne ne disparaisse pas spontanément. Dans le cas où il serait trop intense ou bien s'accompagnerait de symptômes nerveux d'une certaine intensité, il serait utile d'avoir recours au traitement hydrothérapique simple, se résumant dans les trois moyens suivants : douches froides générales, bains en cercles généraux ou locaux, bains de siége d'immersion froids, ainsi qu'à l'emploi des préparations de quinquina et de fer. (Commissaires : MM. Moreau, Depaul, Cazeaux.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Blache, relatif à l'état mental dans la chorée.

La parole est à M. Trousseau.

DISCUSSION. — ÉTAT MENTAL DANS LA CHORÉE.

M. Trousseau pense que M. Blache n'a pas fait preuve d'assez de fermeté quand il s'est agi de la dénomination de la maladie dont il s'occupait. M. Blache, dit-il, est très-*spécificiste*; il croit à la spécificité de beaucoup de maladies, et en particulier à celle de la danse de Saint-Guy. Pourquoi donc, au lieu de se servir franchement de l'expression *danse de Saint-Guy*, emploie-t-il celle de *chorée*? Ce peut être là, aux yeux de beaucoup de personnes, un péché très-véniel; mais, à mon sens, c'est un péché capital. L'expression *chorée* est très-mauvaise parce qu'elle est générique, celle de danse de Saint-Guy est au contraire excellente, parce qu'elle est spécifique. Or l'usage des termes génériques a toujours de grands inconvénients en pathologie; qui donc se permettrait d'employer l'expression herpès quand il s'agit d'un zona, celle de bronchite pour désigner une coqueluche? De même, on pourrait demander à M. Blache : De quelle chorée parlez-vous? Est-ce de la chorée épidémique du moyen âge, de la chorée alcoolique, de la chorée saltatoire ou de l'ataxie locomotrice progressive de MM. Bouillaud et Duchenne? C'est donc de la danse de Saint-Guy qu'il s'agit. Expression ridicule, si l'on veut, mais pas plus que celles de coqueluche, d'épilepsie et bien d'autres.

Sans doute, une nomenclature scientifique, si elle était possible, aurait de grands avantages; mais est-elle possible? C'est ce que je nie. En médecine, nous ne sommes que des artistes, nous ne sommes pas des savants. Si, dans les siècles passés, on avait tenté d'établir une nouvelle doctrine chimique scientifique, alors que la chimie n'existait pas comme science, qui la comprendrait aujourd'hui? Au contraire, les bons esprits de ces siècles, qui faisaient de la chimie en artistes, et non, comme nous la faisons, depuis Lavoisier, en savants, se servaient d'expressions comme celles d'éthiops, de turbith, que tout le monde comprend encore aujourd'hui, et ces noms étaient excellents. Et en définitive, en médecine, la moins absurde des nomenclatures est probablement celle qui l'est le plus.

J'arrive à M. Marcé. Ainsi que l'a relevé M. Blache, ce médecin a étudié, sous la dénomination de chorée, des choses qui n'en sont pas, telles que l'hystérie choréiforme. Qu'est-ce, en effet, que la danse de Saint-Guy? Ce n'est nullement une névrose du mouvement autour de laquelle viendraient se grouper un certain nombre d'autres troubles, tels que ceux de l'entendement, etc.; mais c'est une entité morbide, un tout; elle est la danse de Saint-Guy alors même qu'elle ne présente que quelques-uns de ses éléments, de même que le chêne à peine sorti du gland est déjà un chêne; que le vertige épileptique est l'épilepsie, et l'angine scarlatineuse sans éruption une scarlatine. C'est ainsi que, chez les jeunes sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu, puis d'endocardite ou de péricardite, il reste souvent, pendant un mois ou six semaines, l'hébétude particulière aux choréiques, un défaut de mémoire, de l'irascibilité, quelquefois un peu de paralysie, sans mouvements désordonnés; eh bien! c'est là une véritable danse de Saint-Guy, et vous la reconnaissez à tout autre chose qu'aux mouvements désordonnés.

D'autres fois, et je trouve là une autre erreur de M. Marcé, la danse de Saint-Guy n'est plus une maladie fruste, mais une maladie composée; l'hystérie, l'épilepsie marchent parallèlement avec elle, ainsi qu'on en voit des exemples dans la thèse de M. Moynier. C'est ainsi que l'on voit souvent, dans les hospices d'aliénés, l'aliénation s'allier à l'hystérie, à la chorée, à l'épilepsie; mais malgré cette association, chacune de ces affections est indépendante et conserve ses formes et son allure à elle.

L'état mental qui accompagne souvent la chorée avait déjà été bien indiqué par M. Bouteille, puis par M. Moynier, dans sa thèse. Je ne puis ici, comme le fait M. Blache, accorder à M. Marcé que les troubles intellectuels sont rares dans la chorée. Il est, au contraire, très-fréquent que les choréiques soient atteints d'un certain degré d'imbécillité; dans les pensionnats, on remarque facilement que l'intelligence a baissé pendant le mois qui précédait la chorée des enfants et des troubles de ce genre, souvent assez légers pour passer inaperçus des observateurs superficiels, s'observent dans la très-grande généralité des cas; la proportion donnée par M. Marcé est certainement beaucoup trop faible; ces désordres sont au moins aussi fréquents que l'amyosthénie d'une partie du corps.

Quant aux hallucinations, elles sont de deux espèces; il en est qui ne dif-

fèrent en rien des hallucinations ordinaires. Mais il y en a d'autres qui sont tout à fait analogues à celles qui nous assaillent au moment où nous luttons contre le sommeil, après des veilles prolongées; les choréiques sont presque constamment dans un état semblable, parce qu'ils dorment très-peu.

M. Marcé a quelquefois confondu avec le délire maniaque un véritable délire fébrile qui peut compliquer la chorée; il peut encore arriver qu'une métastase rhumatismale donne le change sur l'origine du délire.

Je bornerai là ces remarques, qui avaient surtout pour but de montrer que M. Marcé a souvent confondu la danse de Saint-Guy avec d'autres affections choréiques.

M. Blache : En employant l'expression *chorée*, j'avais en effet en vue la danse de Saint-Guy, mais je crois qu'il était facile de ne pas s'y tromper. J'accepte d'ailleurs à cet égard le reproche de M. Trousseau, mais je lui reprocherai à mon tour d'exagérer singulièrement la fréquence des troubles mentaux chez les choréiques. Je puis au moins affirmer, d'après les renseignements précis que j'ai pris, qu'ils sont assez rares chez les enfants; et quant aux observations faites dans les pensionnats, elles prêtent un peu à contestation, parce que l'apparition des plus légers signes de chorée fait que l'on renvoie immédiatement de ces établissements les jeunes sujets qui les présentent.

J'ajouterai que je regrette de ne pas m'être souvenu, en faisant mon rapport, de leçons faites en 1857 par M. Trousseau, sur la chorée. J'ai encore à reprocher à M. Trousseau une petite exagération : il dit que, dans la scarlatine, on rencontre, chez un tiers des sujets, des douleurs rhumatismales. Or, l'année passée, sur 24 scarlatineux, je n'ai vu cette complication qu'une seule fois, et, cette année encore, je ne l'ai pas rencontrée plus souvent.

M. Trousseau répond que la proportion qu'il a donnée à ce propos est le résumé des relevés qu'il a faits à l'Hôtel-Dieu depuis sept ans, mais qu'elle ne s'applique qu'aux adultes. Ces douleurs sont d'ailleurs souvent si légères, que les malades ne s'en plaignent pas et qu'il faut un examen très-minutieux pour les reconnaître.

C'est également cet élément rhumatismal qui établit un lien naturel entre la scarlatine et les endocardites, péricardites et pleurésies que l'on voit assez souvent à la suite de la scarlatine.

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1859;
par M. Le Gendre, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

1° Sur l'action des nerfs sur la circulation et la sécrétion des glandes; par M. Cl. Bernard. (Séance du 29 janvier.)

J'ai déjà montré qu'il existait deux nerfs pour ainsi dire antagonistes, dont l'un rendait plus active la circulation dans la glande sous-maxillaire, et dont l'autre agissait en sens inverse, c'est-à-dire contractait les vaisseaux : ce dernier est le sympathique, le premier est la corde du tympan. Le fait de la suractivité de la circulation sous la dépendance de la corde du tympan peut donner lieu à diverses interprétations.

L'une de ces hypothèses consisterait à considérer les vaisseaux comme doués d'une propriété de dilatation pour ainsi dire active, mais il n'existe pas de muscles dilatateurs des artères, et une explication de dilatation active incompréhensible mécaniquement devrait être rejetée, à moins qu'on ne prouve la contraction de fibres longitudinales capables de raccourcir et de dilater les vaisseaux. Cependant le fait reste intact : les vaisseaux s'élargissent et le cours du sang est accéléré par suite de la galvanisation de la corde du tympan.

J'ai fait de nouvelles recherches sur ce sujet et je suis arrivé à constater que l'élargissement des vaisseaux, l'accroissement de circulation, pouvaient être obtenus autrement qu'en agissant sur la corde du tympan. D'abord, si l'on coupe le rameau du sympathique, on obtient cette suractivité de la circulation dans la glande; il faut, pour cela, opérer la section du nerf au-dessus du ganglion cervical supérieur, aussi près que possible de la glande. Un autre phénomène a été observé ici, c'est que si l'on détruit ce nerf entièrement jusque dans le hile de la glande, il y a parfois seulement circulation exagérée, mais en même temps sécrétion de la glande.

Une autre expérience a été faite, non plus avec le scalpel, mais à l'aide du curare, qui est, ainsi que je l'ai montré, un poison capable de détruire la propriété des nerfs moteurs sur les muscles, sans altérer celle des nerfs sensitifs.

Or, quand l'animal est empoisonné par le curare, et que par conséquent les nerfs de la sensibilité fonctionnent seuls, on voit une excrétion tout à fait anormale et abondante se faire par les canaux excréteurs des glandes, et la salive s'écoule d'une manière continue. J'ai réalisé ces phénomènes en empoisonnant la glande isolément au moyen de quelques gouttes d'une solution de curare que j'ai fait pénétrer, par une collatérale voisine, dans l'artériole qui va à la glande. J'ai vu la salive s'écouler, puis cet écoulement cesser quand, par le renouvellement du sang, l'action du poison était éteinte. J'ai constaté en outre que l'injection d'eau ne présentait aucun effet analogue au curare.

Ces diverses expériences montrent que la destruction du grand sympathique moteur amène le fonctionnement, c'est-à-dire la sécrétion des glandes. Le sympathique serait comme une sorte de régulateur, de frein qui tient, pour ainsi dire en respect la glande.

Nous voyons ici que détruire le grand sympathique ou exciter la corde du tympan donne à peu près les mêmes effets.

Or je pense qu'il y a ici action d'un nerf sur un autre nerf, et que la corde du tympan agit, non pas sur la glande, mais sur le nerf grand sympathique, et que c'est dans cette action réciproque d'un nerf sur l'autre qu'il faut chercher la solution du problème. L'excitation de la corde du tympan aurait pour effet d'amener l'anéantissement momentané de l'action du grand sympathique, et de produire une sorte de paralysie semblable à celle qu'on obtient par la section du sympathique ou par l'action du curare, paralysie qui a pour conséquence l'élargissement des vaisseaux sanguins, en même temps que l'écoulement de salive. Les vaisseaux sanguins qui cesseraient d'être resserrés par l'action du grand sympathique se relâcheraient par leur propre élasticité. Non pas que je considère cette élasticité comme une propriété physique indépendante de l'état de vie, car j'ai constaté sur les lapins, par exemple, qu'en laissant repasser le sang artériel dans des parties paralysées où la circulation avait été suspendue assez longtemps pour que les vaisseaux fussent considérés comme morts et inertes, j'ai constaté, dis-je, qu'alors la circulation était loin d'être activée et qu'il se formait une multitude de petites ecchymoses dans le tissu cellulaire qui témoignaient des troubles survenus dans la circulation capillaire. Pour ce qui concerne la glande sous-maxillaire, quand on a suspendu la circulation dans cet organe pendant un certain temps par la compression de ses artères, on remarque que les nerfs ne reprennent la propriété d'exciter la glande et sa circulation qu'après le moment où la glande a repris son irritabilité et ses propriétés physiologiques qu'elle avait momentanément perdues.

2° Sur la cause de la mort chez les animaux soumis à une haute température; par M. Claude Bernard. (Séance du 19 février 1859.)

Lorsqu'on place deux animaux vertébrés à sang chaud dans des étuves sèches dont la température est plus élevée que celle de leur corps, on voit ces animaux y vivre pendant un certain temps en offrant seulement des phénomènes d'accélération de la circulation et de la respiration, puis la mort survient assez souvent brusquement au bout d'un temps qui peut varier avec l'élévation de la température et avec diverses conditions de volume, d'âge, etc., propres à l'animal. La cause de la mort, dans ces cas, me semble devoir être attribuée à l'échauffement pur et simple du sang, indépendamment des altérations chimiques qu'il aurait pu subir.

J'ai déjà signalé, dans mes leçons au collége de France (t. IV, p. 209, 1858), que la température des mammifères et des oiseaux peut s'élever de 4 à 5 degrés au-dessus de la température normale, et que les animaux meurent infailliblement lorsqu'ils ont atteint cette limite. J'ai montré en outre, qu'à ce moment on constate que le cœur s'est arrêté et est devenu rigide, ainsi que les autres muscles du corps.

J'ai récemment répété quelques-unes de ces expériences à mon cours du Collége de France, et constaté de nouveaux faits que vais communiquer à la Société.

Un lapin fut placé dans une étuve sèche dont la température pouvait être de 55 à 60 degrés. Au bout de cinq à six heures, l'animal tomba sur le flanc et mourut rapidement. Étant aussitôt retiré de l'étuve, la température du rectum et du thorax fut trouvée de 44 à 45 degrés, et on constata aussitôt que le cœur était complétement immobile, qu'il était rigide et que ses ventricules, fortement contractés, ne contenaient point de sang. Les oreillettes, au contraire, étaient remplies de sang. Les muscles des membres étaient roides et n'étaient plus irritables par le galvanisme. Le sang de l'oreille droite était noir, ne présentant aucune altération apparente. Retiré dans un verre, il se coagula bien, et sa surface exposée à l'air prit peu à peu une coloration rutilante.

Un autre lapin fut placé dans les mêmes conditions et présenta à peu près les mêmes phénomènes, quoiqu'il fût à jeun et que le premier fût en digestion. Ce dernier parut seulement résister un peu plus à l'action de la chaleur (1).

(1) Je n'ai pas constaté si les muscles devenus rigides par la chaleur étaient restés alcalins ou bien devenus acides. Dans les circonstances inverses, c'est-à-dire quand les animaux meurent par le froid, j'ai vu souvent que les muscles étaient encore alcalins quoique déjà rigides et ne devenaient acides que beaucoup plus tard. Dans certains cas, quand on fait mourir les lapins d'inanition, par exemple, les muscles deviennent très-vite rigides, mais ne sont jamais alcalins. Cette acidité des muscles me paraît d'ailleurs être

J'ai expliqué la mort dans ces cas par le fait purement physique de l'augmentation de la température du sang, augmentation de température telle qu'elle est incompatible avec l'exercice de la contractilité musculaire et, par conséquent, avec l'exercice des fonctions du cœur, qui alors s'arrête et devient incapable d'accomplir les fonctions de la vie. On constate en effet, après la mort, sur les fibres musculaires des animaux, qu'à une température semblable précisément, les fibres musculaires sont prises de rigidité et, par conséquent, d'immobilité. M. le docteur Kühne a montré que, dans ces circonstances la rigidité était due à la coagulation d'une matière spéciale contenue dans le muscle.

En résumé, le fait intéressant de ces observations, est qu'une condition purement physique de l'état du sang; la température peut être une cause de mort. Un autre fait, non moins intéressant, est que ce point est fixe et précis, et qu'il se trouve à 4 ou 5 degrés au-dessus de la température normale des animaux à sang chaud, entre 45 et 46 chez les mammifères, entre 51 et 52 chez les oiseaux.

3° DE LA MATIÈRE GLYCOGÈNE CHEZ LES ANIMAUX DÉPOURVUS DE FOIE; par M. CLAUDE BERNARD.

Depuis longtemps j'ai établi que, chez les animaux adultes des classes supérieures, le foie produit de la matière glycogène. J'ai montré, en outre, que, dans la vie embryonnaire, lorsque cette fonction du foie n'est pas encore établie, la matière glycogène ou ses produits ne pouvant pas être transportés convenablement par la circulation, se trouvent alors disposés d'une manière diffuse dans les organes annexes du fœtus et dans un certain nombre de ses tissus.

Il était intéressant de voir si, chez les animaux qui sont dépourvus de foie, il n'existait pas quelque chose d'analogue à ce qu'on observe chez les embryons des animaux dont le foie ne fonctionne pas encore.

En effet, j'ai constaté, chez un certain nombre de ces animaux, que la matière glycogène est en quelque sorte disséminée dans divers tissus ou organes.

Mais je dois rappeler ici, ainsi que je l'ai déjà dit ailleurs, que je n'ai jamais conclu à l'existence de la matière glycogène d'après un seul de ses caractères, et particulièrement d'après la coloration par l'iode qui peut fréquemment se manifester sans qu'on puisse conclure pour cela à l'existence de la matière glycogène. J'ai constamment extrait la matière glycogène en traitant les tissus, et je l'ai ensuite changée en sucre dont la nature a pu être reconnue à ses divers caractères.

Parmi les vers, j'ai constaté que le lombric terrestre, que l'ascaride lombricoïde, le ténia, le cysticerque, les douves du foie, le cœnure, contiennent dans leurs tissus de la matière glycogène. Lorsque l'on rassemble une assez grande quantité de ces différents animaux, et qu'on les jette dans une petite quantité d'eau bouillante, ayant soin en même temps de les broyer au mortier, on obtient une décoction blanchâtre généralement alcaline qui possède tous les caractères d'une décoction de matière glycogène; elle colore, par la teinture d'iode, en rouge vineux, et, sous l'influence des ferments diastasiques et des acides, la décoction devient transparente par suite de la transformation de la matière en un sucre qui réduit le liquide cupro-potassique et fermente sous l'influence de la levûre de bière.

Dans le liquide d'un cœnure du cerveau du mouton, qui m'avait été donné par mon ami le docteur Davaine, j'ai constaté qu'indépendamment de la matière glycogène contenue dans les têtes de cœnure, le liquide intérieur du cœnure était très-sucré.

Pour connaître la disposition de la matière glycogène dans les animaux précités, j'en ai fait diverses coupes après les avoir préalablement laissés macérer dans l'alcool; ces coupes ont été ensuite placées sous le microscope et traitées par la teinture d'iode acidulée. J'ai pu observer ainsi que, dans le cysticerque de lapin, la matière glycogène se trouve disposée sous forme de festons ou de papilles dans la partie rentrée du cou de l'animal, et on voit très-bien la disposition des points rougeâtres formés par cette matière après que, sous l'influence de la teinture acidulée, tous les corpuscules calcaires ont fini leur effervescence. Dans la vésicule de l'animal, il n'y a pas de ces corpuscules calcaires, et la matière glycogène y est en beaucoup plus faible proportion.

Chez les cœnures et les ténias, la matière glycogène offre des dispositions analogues. Chez les lombrics et chez les ascarides lombricoïdes, la matière se trouve placée autour des parois du tube digestif. Pour toutes ces recherches, on peut déjà voir les parties qui contiennent la matière glycogène prendre une teinte rougeâtre lorsqu'on trempe les animaux, préalablement macérés dans l'alcool, dans de la teinture d'iode préalablement acidulée par de l'acide acétique.

Déjà, en 1852 (thèse de la Faculté des sciences), j'avais dit que, chez les insectes, on pouvait considérer le foie comme dédoublé, et que les conduits auxquels on donne le nom de tube pylorique ne répondaient qu'à la fonction biliaire.

Dernièrement, j'ai encore rappelé que ce n'était que par l'étude des éléments du foie chez ces animaux inférieurs que l'on pouvait nettement déterminer si la fonction biliaire et la fonction glycogénique étaient deux fonctions distinctes ou connexes.

D'après ces idées, j'ai recherché le siége de la matière glycogène, soit dans des insectes parfaits, soit dans des larves d'insectes.

Je dois dire d'abord que j'ai constaté, en faisant cuire dans l'eau l'animal entier broyé, qu'il donnait une décoction généralement alcaline, renfermant de la matière glycogène, c'est-à-dire susceptible de se changer en sucre, comme il a été indiqué plus haut. Ce n'est qu'après que j'ai cherché sous le microscope, à l'aide de la teinture d'iode, le siége de cette matière glycogène. Quoique ces recherches ne soient pas encore terminées, je vais indiquer quelques-unes des observations que j'ai pu faire.

Chez les larves de mouches, j'ai constaté que la matière existe dans le tissu qui environne le canal intestinal, mais que cette matière n'existe point dans la peau de l'animal.

Chez les dytiques, j'ai constaté que, sur la face externe de l'estomac, il existe des sortes de prolongements en forme de papilles qui sont constitués par des cellules glycogéniques. Ces prolongements ne semblent d'ailleurs pas être creux et paraissent ne point communiquer avec l'intestin.

Chez des larves de rhinocéros (*lucanus cervus*), j'ai constaté également la présence de la matière glycogène sans déterminer exactement son siége. De même, chez des mouches, j'ai pu constater, en en prenant un grand nombre, que leur décoction renferme de la matière glycogène; mais je n'ai pas encore déterminé dans quels organes elle peut se rencontrer.

En résumé, j'ai établi que la matière glycogène existe d'une manière diffuse dès l'apparition des premiers linéaments de l'organisation, chez les animaux supérieurs, et bien avant que le foie soit en puissance de la fonction sécrétoire, soit biliaire, soit glycogénique.

On voit aussi que, chez les animaux inférieurs, lorsque le foie n'existe pas à l'état d'organe distinct, la matière glycogène se trouve répandue dans les tissus, comme chez les embryons des animaux supérieurs.

Enfin, on peut voir que la matière glycogène existe constamment dans tous les animaux, qu'elle est diffuse dans les organismes inférieurs et disséminée dans les tissus et dans des organes temporaires, dans les premiers temps de la vie chez les animaux supérieurs, et localisée dans le foie, qui est le siége de sa formation dans les animaux élevés.

4° DES CAUSES D'ERREUR DANS L'EMPLOI DES INSTRUMENTS POUR MESURER LA PRESSION SANGUINE, ET DES MOYENS DE LES ÉVITER; par M. MAREY.

Le premier hémomètre fut celui de Hasle, dans lequel le sang lui-même s'élevait à un certain niveau qui indiquait sa pression; mais cet instrument était très-incommode, car il fallait un tube très-long pour loger la colonne de sang fort élevée qui exprimait cette pression.

M. Poiseuille, en introduisant l'hémomètre à mercure, rendit un grand service et fit un instrument portatif, mais il y a dans sa construction une cause d'erreur. Dans ce manomètre, comme dans tous ceux qui sont formés par un tube en D, la colonne mercurielle prend une vitesse acquise qui lui fait dépasser le point qui exprimerait la pression réelle. En descendant, au contraire, le minimum réel est dépassé en vertu de la vitesse acquise, mais d'une quantité moindre que ne l'a été le maximum.

Magendie adopta un instrument qui pare un peu à une de ces causes d'erreur. En effet, il est formé d'un flacon qui sert de réservoir à mercure, et d'un tube qui, sorti du flacon, se relève pour former la colonne indicatrice. Lorsque le manomètre descend à zéro, il n'y a plus, comme dans les tubes en U, de colonne mercurielle qui ait une vitesse, puisque tout le mercure est rentré dans le flacon. Dans le sens contraire, il y a bien une erreur par déplacement du maximum, mais on peut la rendre assez faible en donnant un petit diamètre au tube manométrique. C'est là le meilleur manomètre oscillant.

M. Bernard a fait construire un manomètre qu'il appelle différenciel. Il est formé d'un tube en D contenant du mercure et muni, à chacune de ses branches, d'un ajotage qui peut se mettre en rapport avec deux vaisseaux différents. Dans ces cas, l'auteur pense que si l'un des vaisseaux déprime plus que l'autre la colonne mercurielle, c'est qu'il a une pression plus forte. En outre, cet instrument, s'il n'est mis en rapport qu'avec un seul vaisseau, devient un véritable hémomètre de M. Poiseuille. C'est donc un instrument à deux fins.

Ludvig introduisit dans l'hémométrie un instrument à indication continue, qu'il appelle kymographion. C'est avec cet instrument que Volkmann a fait ses recherches sur la pression du sang. Il se compose d'un tube en D comme l'hémomètre de M. Poiseuille; sur la colonne mercurielle, se trouve un flotteur qui, à l'aide d'une pointe écrivante, va tracer sur un cylindre tournant

---

liée à l'état général de nutrition, représenté aussi par la réaction du tissu du foie. Pendant la vie le tissu du foie est alcalin, mais après la mort il est bientôt, lui aussi, pris d'une sorte de phénomène de rigidité cadavérique et il devient acide. Or quand le foie ne devient pas acide, aucun autre tissu ne devient acide. Je ne pense donc pas que l'acidité du tissu musculaire qui s'observe le plus ordinairement dans la rigidité cadavérique doive être considéré comme la cause absolument nécessaire de la rigidité, puisque la rigidité musculaire peut exister sans l'acidité. Ce caractère d'acidité *post mortem* appartient à beaucoup d'autres tissus ainsi que je le montrerai plus tard en reprenant ce phénomène dans son explication et dans ses rapports avec les fonctions du foie.

des courbes qui fournissent des indications continues de la pression du sang.

M. Vierordt voulant faire des recherches sur le pouls humain, ne pouvait se servir d'aucun des instruments précédemment décrits, et qui tous exigent une vivisection. Il eut l'heureuse idée de remplacer par un levier interposé à la colonne mercurielle oscillante. Le levier appuie sur le vaisseau en un point plus ou moins rapproché du centre du mouvement, et l'on peut ainsi obtenir, par le tracé de l'extrémité libre du levier sur le cylindre, une figure aussi amplifiée qu'on le désire de la pulsation artérielle. Comme le levier simple décrirait dans ses oscillations, non pas des lignes verticales, mais des arcs de cercles, M. Vierordt a corrigé cette erreur au moyen d'une disposition analogue au parallélogramme de Watt employé dans les machines à vapeur pour rendre verticale la traction du balancier. Pour graduer la pression du levier sur le vaisseau, M. Vierordt se sert de poids qu'il place dans des cupules attachées au levier.

Des différentes indications : maxima, minima et moyennes, fournies par ces instruments, et des erreurs qui résultent de leur emploi. — *Des maxima et des minima.* — Le manomètre étant un instrument de statique et n'indiquant une pression d'une manière exacte qu'autant que la colonne est en équilibre stable avec cette pression, il ne faut pas s'attendre à trouver dans le summum d'une oscillation l'expression fidèle de la force déployée; en effet, la colonne mercurielle, dans son parcours, a pris une vitesse acquise qui lui fait dépasser ce point; seulement cette erreur n'est pas également prononcée avec tous les manomètres. Tous ceux qui sont à double colonne mercurielle donnent cette erreur à son maximum; ainsi le manomètre de M. Poiseuille, celui de M. Bernard, quand il n'est mis en rapport qu'avec un vaisseau, et le kymographion de Ludvig, la donnent au plus haut degré; on peut assimiler à ceux-ci le sphygmographe de M. Vierordt, car le levier *chargé de poids* est projeté en l'air quand la pulsation est forte, et peut quelquefois abandonner un instant le tube qui le soulève. Ces erreurs par élévation exagérée du maximum sont beaucoup moins prononcées quand on emploie certains autres instruments; ainsi le manomètre de Hales et celui de Magendie l'offrent très-peu, parce que d'abord ils n'ont qu'une seule colonne, ensuite parce que les frottements abaissent ce maximum d'une certaine quantité qui diminue l'erreur. Dans l'instrument de Hales les frottements se passent dans l'ajutage qui s'applique aux vaisseaux, et que doit à chaque instant traverser une quantité de sang bien plus grande que pour tout autre hémomètre. Dans le manomètre de Magendie, c'est dans la colonne mercurielle qu'ils ont lieu, cette colonne étant toujours très-petite (en diamètre).

Pour les *minima*, l'erreur est identique à celle que nous venons de décrire; c'est encore la vitesse acquise par la colonne qui lui fait dépasser le point minimum. Cette erreur est également à son plus haut degré pour les manomètres à deux branches; le tube de Hales et le manomètre de Magendie l'offrent beaucoup moins, ce dernier la donne même très-faible à mesure qu'on se rapproche du zéro, et à ce point ne la donne plus du tout, car il n'y a plus de colonne, à ce moment tout le mercure est rentré dans le flacon. Aussi cet instrument a-t-il été donné hémomètre à zéro fixe.

Des moyennes. — M. Poiseuille, dans ses Recherches sur la pression du sang, a pris pour moyenne le point intermédiaire aux deux extrémités de l'oscillation, point que l'on obtient encore en prenant la demi-somme des colonnes mercurielles, maximum et minimum. — On pourrait croire que l'erreur due aux vitesses acquises se compensant pour le maximum et le minimum, la vitesse obtenue est numériquement exacte; mais il n'en est pas ainsi, car le frottement ralentissant le mouvement de la colonne oscillante, celle-ci dépassera moins le minimum en dessous qu'elle n'a dépassé le maximum en dessus; la moyenne ainsi trouvée sera donc trop haute. Cette erreur se retrouve, bien entendu, dans l'instrument de M. Bernard et dans celui de Ludvig au même degré, elle existera aussi à différents degrés dans tous les autres.

Cette moyenne numérique, en admettant même qu'elle soit exacte par rapport aux points maximum et minimum, est-elle la moyenne réelle? Non; car en opérant ainsi, on suppose que les durées d'application et de soustraction de la force sont égales, ce qui n'est pas exact. Et si nous voulions tirer de cette moyenne une conclusion quelconque, par exemple la quantité de sang qui traversera deux artères différentes, étant donnés leur diamètre et leur pression moyenne, la moyenne de M. Poiseuille ne pourrait nous être d'aucune utilité.

Supposons en effet qu'un afflux de liquide se fasse avec une force de 10 et dure 1 dixième de seconde dans un cas, que dans un autre cet afflux de même force dure une demi-seconde; dans les deux cas, la moyenne de M. Poiseuille sera la même $10/2 = 5$, et pourtant le travail accompli sera très-différent, et dans le premier cas ne sera que la cinquième partie du travail produit dans le second. Il faut donc un tout autre système d'évaluation si la contraction du cœur ne dure pas exactement la moitié de la révolution de cet organe.

Nous croyons avoir bien démontré (1) ailleurs l'extrême brièveté de la systole du cœur qui produit, pour la forme de la pulsation une ascension bien plus brusque que la descente. Nous avons indiqué aussi comment, par suite de l'élasticité des vaisseaux, les deux moitiés de la pulsation sont de plus en plus égales à mesure qu'on s'éloigne du cœur; la pulsation près du cœur est donc telle que la moyenne ne saurait être obtenue par le procédé de M. Poiseuille, tandis que, dans les vaisseaux éloignés, ce procédé donne des indications de plus en plus exactes. L'appareil à indication continue est donc le seul, parmi ceux dont il a été question, qui puisse donner en chaque point les moyennes réelles, car lui seul tient compte des durées relatives de chacune des périodes. Volkmann, dans son Hamodynamick, a donné des moyennes obtenues avec exactitude, car il s'est servi d'un procédé employé généralement en météorologie, et qui consiste à peser les deux moitiés de la bande de papier découpée en suivant le tracé graphique. Mais s'il a obtenu la moyenne en corrigeant l'erreur, il ne semble pas en avoir soupçonné la vraie cause, car la théorie des vagues qu'il admet avec Weber, ne lui permettait pas de comprendre la véritable répartition du mouvement dans le système vasculaire.

Quant à M. Vierordt, son instrument, tel qu'il l'a construit, ne lui permettait pas de constater l'inégalité des deux moitiés de la pulsation; en effet, les poids dont il charge son levier pour déprimer le vaisseau, les articulations multiples de son espèce de parallélogramme de Watt rendent son instrument lent à se mouvoir par suite de sa masse trop considérable, et quoiqu'il ait aperçu avec des moyens micrométriques une légère inégalité entre les deux périodes, il est resté bien au-dessous de la vérité.

Pour remédier à ces différents inconvénients, nous avons construit un hémomètre nouveau qui donne la moyenne exacte de la tension dans le vaisseau auquel on l'applique.

(Voir pour la description de cet instrument : Annales des sciences naturelles, 4e série, tom. VIII, pag. 352 et suiv., et Journal de physiologie de M Brown-Séquard, avril 1859.)

Nous avons en outre modifié le sphygmographe de M. Vierordt d'une manière qui supprime les principales causes d'erreur de cet excellent instrument, le seul qu'on puisse appliquer à l'exploration précise du pouls humain.

Nous aurons plus tard à présenter à la Société cet instrument modifié comme nous venons de le dire.

II. — Anatomie pathologique.

1° Oblitération complète du canal de l'urètre par une cicatrice fibreuse, rétablissement de l'urètre par deux fistules situées sur les côtés de ce canal; par MM. Le Gendre et Bastien, prosecteurs des hôpitaux.

Sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 40 ans, qui servait aux manœuvres opératoires, on fut dans l'impossibilité de sonder le canal de l'urètre. En cherchant la cause de cet obstacle, qu'une dissection complète de ce canal pouvait seule révéler, on constata d'abord l'existence d'une fistule située au niveau de la région génito-crurale gauche, fistule assez large pour recevoir l'extrémité du doigt indicateur; ses bords lisses et se continuant insensiblement avec une membrane blanche de cicatrice indiquaient l'ancienneté de cette plaie fistuleuse. Un peu au-dessus et en arrière, dans cette même région, se voyait la trace d'une autre fistule plus petite, représentée par une cicatrice de forme elliptique et par un tissu résistant dont la couleur blanche tranchait sur la teinte noire de la peau de cette région.

Après avoir enlevé les organes génitaux pour les disséquer avec soin, on fend l'urètre sur la ligne médiane et en arrière jusqu'au niveau du rétrécissement. On constate alors que le canal présente à 9 centimètres et demi de l'ouverture du méat (il faut noter que cette mesure a été prise la pièce ayant été quelque temps dans l'eau alcoolisée) un élargissement fusiforme qui va d'abord en augmentant et se termine au niveau de l'oblitération de l'urètre. Cette espèce d'ampoule a 38 millimètres de longueur, ce qui donne pour la distance totale à laquelle siège l'oblitération, 133 à 135 millimètres au delà du méat urinaire. Son rapport avec les parties environnantes montre que c'est au niveau de la portion bulbeuse de l'urètre immédiatement derrière le bulbe. L'ampoule que nous venons d'indiquer est produite par la présence de deux ouvertures fistuleuses sur lesquelles nous allons revenir.

Dans toute la longueur du canal de l'urètre on peut constater la nature de la membrane muqueuse de ce canal et les rides longitudinales qu'elle présente, et qui s'arrêtent près de l'oblitération. Dans ce point, dans une étendue d'un centimètre, cette membrane est blanchâtre et a l'apparence d'un tissu de cicatrice.

Si maintenant on ouvre la vessie et le canal de l'urètre dans ses portions prostatique et membraneuse, la perméabilité de ce canal est complète jusqu'au niveau de l'oblitération.

Cette oblitération est une véritable cicatrice fibreuse ayant environ un demi-centimètre d'épaisseur, résistante, dure, ayant envahi un peu les tissus environnants à l'entour du canal et située tout à fait dans l'axe de ce conduit.

Deux ouvertures fistuleuses existent sur la partie latérale gauche du canal : la première s'ouvre dans l'urètre par une ouverture assez large, elle est tout à fait en dehors de l'axe du canal, tapissée par une membrane cicatricielle, blanche, elle aboutit d'autre part à la grande fistule cutanée que nous avons indiquée. La deuxième ouverture fistuleuse est plus petite, elle a

(1) Thèse inaugurale, 1859.

environ le diamètre d'une plume d'oie; située immédiatement en avant de l'oblitération, elle est recouverte en partie par la membrane muqueuse urétrale rouge avec ses plis longitudinaux normaux. Elle communique d'une part avec la portion membraneuse du canal de l'urètre derrière l'oblitération, et d'autre part avec la fistule cutanée. Si l'on conduit un stylet par ces deux ouvertures qui s'ouvrent dans le canal de l'urètre, on rétablit ce conduit avec une certaine obliquité, il est vrai, en passant sur un des côtés de la cicatrice fibreuse qui constitue l'oblitération, et qui se présente alors sous forme d'un pont fibreux d'un demi-centimètre d'étendue. C'est certainement par cette voie que se faisait l'écoulement de l'urine qui traversait entièrement ce nouveau canal de l'urètre, son trajet oblique et la communication large et directe qui existait entre la portion membraneuse et la fistule cutanée rendait plus facile l'écoulement de la plus grande partie de l'urine au dehors par la fistule génito-crurale.

Ainsi cette fistule cutanée abontit à l'urètre par trois orifices, deux situés au-dessous de l'oblitération du canal et une située au-dessus. Les deux ouvertures urétrales les plus voisines de cette oblitération communiquent assez facilement entre elles. Il aurait donc été facile d'obtenir une guérison de cette fistule urinaire en fermant l'orifice extérieur au moyen d'un bouchon autoplastique et en maintenant une sonde à demeure dans le canal rétabli au moyen des deux orifices fistuleux que nous venons d'indiquer.

Quant à la nature de la lésion que nous avons observée, l'absence de renseignements nous permet seulement de supposer qu'il y a eu là anciennement un rétrécissement infranchissable au niveau de la cicatrice fibreuse, que ce rétrécissement a occasionné une fausse route faite en dehors du canal de l'urètre, mais complète puisqu'elle a rétabli la continuité du conduit par un trajet oblique; par conséquent il y a bien eu oblitération du véritable canal de l'urètre.

2° DÉFORMATION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE, SUITE D'ARTHRITE SÈCHE; par MM. BASTIEN et LE GENDRE, prosecteurs des hôpitaux.

Un homme âgé d'environ 50 ans fut apporté dans les pavillons pour servir aux manœuvres opératoires : à l'aspect extérieur, il ne présentait aucune apparence de vice de conformation, et on ne voyait, au niveau de la hanche, aucune trace de traitement externe pouvant faire soupçonner la lésion que nous allons décrire. Ayant voulu pratiquer la désarticulation coxo-fémorale du côté droit, on fut arrêté par certaines difficultés pour ouvrir la capsule articulaire et pour exécuter les différents temps de cette opération, qui resta inachevée. L'incision de la capsule permit aussitôt de reconnaître une déformation considérable de la tête du fémur, dont nous allons donner les principaux caractères.

Les mouvements de flexion et d'extension du membre sont seuls possibles, et ils ont lieu dans la même étendue qu'à l'état physiologique. Dans la flexion, la cuisse vient se porter aussi un peu dans l'adduction. Les mouvements de rotation sont complétement impossibles. La dissection des parties molles révèle une légère atrophie des muscles pelvi-trochantériens, rotateurs; leur couleur, pâle et jaunâtre, montre qu'ils sont légérement infiltrés de graisse. Au contraire, les muscles fléchisseurs et extenseurs sont tout à fait, pour la force et la couleur, comme ceux de l'autre côté.

La capsule articulaire étant ouverte, on trouve une déformation particulière de la tête du fémur. Elle représente un cône dont le sommet correspond à l'insertion du ligament rond, et la base à l'union de la tête avec le col du fémur. Ce cône offre des rainures profondes dirigées dans le sens antéro-postérieur. Il n'y a plus de cartilage à la surface de cette tête, son tissu est éburné, brillant.

Si l'on fait une coupe transversale de l'extrémité supérieure du fémur, l'aspect du tissu osseux permet d'apprécier avec beaucoup de netteté les différentes altérations dont cette extrémité est le siége. Il n'y a rien du côté du grand trochanter et du col du fémur. La tête, au contraire, est profondément déformée : cette disposition en forme de cône est produite par une espèce d'aplatissement de sa partie supérieure; tout le segment supérieur de la sphère qui constitue ordinairement la tête fémorale a disparu, et, de plus, des productions osseuses nouvelles se sont surajoutées en dedans pour former le sommet du cône. Ce cône est d'une très-grande irrégularité, son axe est perpendiculaire au corps du fémur. On voit très-bien la séparation de ce tissu de nouvelle formation qui, par sa structure aréolaire, diffère tout à fait du tissu compacte de la tête fémorale.

La cavité cotyloïde était fortement évasée en dehors pour recevoir la plus grosse extrémité du cône; son fond présente des rainures dirigées dans le même sens que celles de la tête fémorale; il est éburné, sans traces de cartilage. Le bourrelet cotyloïdien est irrégulier, augmenté de volume par la présence de stalactites osseuses nombreuses. La capsule présente aussi un certain nombre de ces productions osseuses stalactiformes, dont quelques-unes sont libres. Quelques-unes de ces formations osseuses flottaient dans la cavité articulaire. Le ligament rond était très-court et très-gros; il ne pouvait permettre que les mouvements de flexion et d'extension; sa direction était tout à fait transversale, suivant la continuation de l'axe du cône.

Cette pièce offre cela de remarquable que la nature des lésions dont cette articulation est le siége semble indiquer la cause qui les a produites et la marche qu'elles ont suivie pour se développer. Ainsi, il est probable qu'une lésion des parties molles de l'articulation (capsule articulaire, ligament rond), en sécrétant des productions osseuses stalactiformes autour de cette cavité et dans son intérieur, a amené une géne considérable dans les mouvements de cette articulation. Les deux seuls mouvements qui ont été conservés, de flexion et d'extension, en raison de la forme qu'avait prise la tête du fémur, ont amené ces rainures qui se voient sur les deux surfaces articulaires, et peu à peu est survenue une atrophie dans les muscles rotateurs de la cuisse par suite de leur inaction.

3° NOTE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE D'UNE HÉMORRHAGIE AYANT SIÉGE DANS UNE VÉSICULE OVARIENNE; par M. FÉLIX GUYON.

La pièce a été recueillie sur un cadavre de l'Ecole pratique; pas de renseignements. L'âge approximatif devait être de 30 à 35 ans; il y avait eu certainement des enfants. L'utérus est de volume normal, 0m,062 dans sa cavité, dont 23 pour le col. La muqueuse du corps est rougeâtre, mais lisse et d'épaisseur normale; la femme ne paraît pas être morte au moment de ses règles. La muqueuse du col est normale; elle offre un exemple très-net de la déviation latérale, avec renflement supérieur des colonnes de vie. L'antérieure est à droite, la postérieure à gauche; leur emboîtement parfait dans la partie supérieure du col, qui est par cela même *fermé*, ainsi que je l'ai décrit et donné comme disposition normale.

Les trompes sont libres d'adhérences et perméables, les veines des ligaments larges, pleines de sang. L'ovaire droit est normal, porte des cicatrices nombreuses; l'on ne voit sur sa coupe que des traces d'anciens corps jaunes. L'ovaire gauche est surmonté d'une tumeur dont le volume égale celui d'une noix ordinaire; elle occupe le bord supérieur de l'organe et empiète sur sa face antérieure, qu'elle recouvre.

Cette tumeur est noir rougeâtre; elle ne présente, sur aucun point de sa surface, de déchirures ou traces de déchirures. Elle contient un caillot demi-consistant, lie de vin, qui, incisé, semble parcouru par des trabécules fibrineuses; il s'énuclée, du reste, avec la plus grande facilité.

Ce caillot remplit complétement et exactement la poche kysteuse, dont les parois étalées mesurent 62 millimètres. D'une couleur ardoisée, elles présentent des teintes qui varient du gris au noir; leur épaisseur atteint à peine un millième; elle sont souples et lisses. On peut d'ailleurs les séparer en deux feuillets distincts très-facilement isolables, un externe fibro-séreux blanc grisâtre, un interne gris en dehors, noirâtre en dedans, c'est-à-dire sur celle de ses faces en contact immédiat avec le caillot, et dont nous avons encore constaté l'état parfaitement *lisse*.

Les deux feuillets sont reliés par un tissu lamineux lâche. L'ovaire présente des cicatrices très-facilement appréciables sur sa face postérieure restée libre; ainsi sur cette face on voit qu'il a conservé à peu près son volume, bien qu'il soit peu aplati d'avant en arrière. On y reconnaît une trace peu ancienne de corps jaune. Une adhérence très-molle et filamenteuse part de l'extrémité antérieure de cette face et va se fixer au ligament large correspondant.

M. Robin, à qui j'ai fait voir la pièce, a bien voulu en faire l'examen microscopique, dont voici les résultats :

La trame de la paroi est formée de tissu cellulaire lâche dont les fibres sont disposées en nappe plutôt qu'en faisceaux et faciles à séparer les unes des autres; çà et là se voit un peu de matière amorphe interposée. Ce qui frappe surtout, ce sont des traînées de couches et des amas de grains d'hématosine interposés aux fibres; ces grains sont d'un petit volume, larges d'environ 1 à 0,006 de millimètre, presque tous sont polyédriques à angles arrondis; qu'ils soient disposés en séries, en amas ou en couches, ils sont partout contigus; ils rendent à peu près complétement opaques les portions du tissu où ils se trouvent, ils sont d'un rouge brun foncé, l'acide sulfurique du commerce les fait devenir immédiatement jaunâtres et en peu de temps les dissout d'une manière complète. On aperçoit alors quelques gouttes graisseuses très-petites dans la masse grisâtre gélatiniforme en laquelle l'acide a transformé le tissu.

Dans le caillot mêmes altérations des globules que celles décrites par M. Robin en 1856; les traînées grisâtres circonscrivant des aréoles étaient formées presque exclusivement de fibrine ayant encore conservé son aspect fibrillaire et se disposant facilement par la dilacération en filaments flexueux, incolores, présentant encore les caractères des filaments de la fibrine coagulée depuis peu de temps.

Cette pièce fournit évidemment un bel exemple de l'affection décrite en 1856 par M. Ch. Robin, sous le nom d'hémorrhagie des vésicules ovariennes. Nous y retrouvons en effet tous les caractères donnés par M. Robin. (V. MÉMOIRES ET COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, année 1856, tome III de la 2e série p. 139 et suiv.) Nous insisterons surtout ici sur le volume du caillot qui, dans les cas observés par M. Robin, était notablement inférieur à celui-ci, et sur l'absence de déchirure de l'ovaire. M. Robin a eu surtout occasion d'étudier ces cas pathologiques chez des femmes mortes de fièvre typhoïde, d'affections éruptives, de pneumonie, de cirrhose; nous regrettons d'autant plus que l'état du sujet ne nous ait pas permis de remonter à la cause de la mort.

III. — Pathologie.

1° Affection cérébrale ancienne ayant donné lieu a une hémiplégie droite; claudication intermittente et mouvements ataxiques dans le membre inférieur droit accompagnés de soubresauts dans le membre inférieur gauche; par M. Hillairet.

Obs. — Le nommé Albat âgé de 64 ans, dit s'être toujours bien porté jusqu'en 1848, époque à laquelle il a eu une fluxion de poitrine. Il y a six ans il a été atteint d'une affection cérébrale, et depuis cette époque il a conservé une infirmité, consistant en une claudication singulière. Il dit n'avoir jamais commis d'excès.

Le 9 juin 1853, il a été pris d'accidents du côté du cerveau, attribués par un médecin de la ville à une apoplexie cérébrale. Ces accidents ont été précédés pendant huit mois, d'étourdissements revenant plusieurs fois dans un jour. Lorsqu'il se livrait à la marche, Albat croyait de temps en temps qu'il tombait en avant, entraîné par le poids de la tête.

Le 9 juin, vers sept heures du soir, après avoir colporté toute la journée et s'être exposé au soleil, il perdit tout à coup connaissance et tomba en bas de l'escalier de sa maison. Il ne peut préciser le temps qu'il resta dans cet état, mais il croit qu'il dura plusieurs heures. Un médecin de la ville appelé aussitôt ne pratiqua pas de saignée. Lorsqu'il revint à lui, il s'aperçut qu'il était paralysé du côté droit du corps.

Le lendemain il fut transporté à la Charité où, par oubli de prescription, il ne fut saigné que le troisième jour de l'accident. Une première saignée sur la saphène interne ne donna pas de sang. Plus tard, on lui appliqua à deux reprises des ventouses scarifiées sur le dos.

Pendant son séjour à la Charité, le malade put se lever; il descendit à la cour, resta cinq minutes exposé au soleil et perdit de nouveau connaissance; mais cet accident n'eut pas de suites.

Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, le malade sortit, pouvant marcher aidé d'une personne qui le soutenait par le bras droit. Ce côté du corps était plus faible que l'autre.

Rentré chez lui, il prit des bains sulfureux, des bains de vapeurs, des fumigations aromatiques. Ce traitement ne produisit que de l'amélioration; la marche demeurait gênée; le bras droit était le siége de douleurs.

Il y a quatre ans, Albat a commencé à avoir ce qu'il appelle les nerfs agités dans le membre inférieur droit, et depuis il est resté à peu près dans le même état.

État actuel. — Juin 1859. Albat est de taille moyenne, sans aucun embonpoint, et présente les attributs d'une sénilité avancée. La face est pâle, un peu maigre, sans aucune déviation dans les traits. La vue qui avait baissé lors de la première attaque est revenue, mais elle ne s'exerce bien que de loin. L'arc sénile est à peine marqué. L'ouïe est conservée; l'intelligence n'est pas diminuée. La mobilité et la sensibilité des membres supérieurs ne sont nullement compromises. Le malade serre plus fort de la main droite (côté paralysé au début) que de la gauche.

Quant aux membres inférieurs, les troubles ne s'observent que pendant la marche. Lorsque le malade est assis, il demeure parfaitement tranquille; quand on le fait marcher, voici ce qu'on observe:

Après une dizaine de pas exécutés régulièrement, le malade s'arrête, la jambe droite légèrement élevée au-dessus du sol, et exécute sur la gauche une sorte de sautillement composé de deux ou trois mouvements rapides d'élévation et d'abaissement du corps sur la jambe gauche en équilibre; puis pour se remettre en route, il frappe deux ou trois fois le sol de la droite plus ou moins fortement; d'autres fois la jambe droite est seulement relevée, fléchie à angle droit et reste une ou deux secondes dans cette position.

Ces deux mouvements ci-dessus tantôt alternent entre eux, tantôt s'exécutent immédiatement l'un après l'autre. Il n'y a rien de régulier dans leur apparition ni dans leur succession. Quelquefois le malade frappe le sol de la jambe droite sans avoir sautillé sur la gauche. Ce sautillement s'exécute sur la pointe du pied sans quitter le sol.

Le malade n'éprouve aucune faiblesse dans les membres inférieurs, mais seulement de la lourdeur dans celui de droite. Il dit éprouver toujours cette sensation de poids qui l'entraîne en avant dans sa marche et qui avait précédé de quelques mois sa première attaque.

La sensibilité et la contractilité électromusculaires des membres inférieurs sont normales. Jamais de céphalalgie ni d'étourdissements, ni de fourmillements dans les membres inférieurs.

L'état général est du reste satisfaisant. Les appareils digestif, circulatoire et respiratoire n'offrent rien d'anormal à noter.

Cette observation, quoique incomplète, est des plus intéressantes, surtout pour les personnes qui ont vu le malade marcher et exécuter les mouvements ataxiques ci-dessus indiqués. Quant à présent, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de la faire suivre de réflexions cliniques appliquées à la physiologie.

Si le malade présente dans l'avenir quelques phénomènes nouveaux, nous les communiquerons à la Société et nous pourrions, alors que l'observation sera plus complète, discuter plus convenablement et la nature et le siége des lésions encéphaliques.

2° Ramollissement cérébral; foyers multiples et très-étendus; hémorrhagie cérébrale consécutive au ramollissement et superposée a celui-ci; cicatrice linéaire dans l'une des cavités ventriculaires; hémorrhagie toute récente dans la corne antérieure du lobe cérébral gauche ayant coïncidé avec une impossibilité complète de la parole sans perte des mouvements de la langue; par M. Laborde, interne des hôpitaux.

Duclos (Jean-Louis), âgé de 60 ans, ancien soldat; entré à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-André, n° 14 (service actuel de M. le docteur Léger), le 26 décembre 1858, mort le 9 avril 1859.

A notre entrée dans le service, le 1er janvier, on nous a transmis sur ce malade le diagnostic suivant: *congestion cérébrale.*

Cependant les symptômes alors observés semblaient annoncer plus qu'une simple congestion.

Ces symptômes étaient: un peu de delirium loquace, de l'embarras de la parole, un affaiblissement marqué de la vue; enfin, dans les membres inférieurs, une paralysie du mouvement qui, quoique incomplète, empêchait à peu près complétement la marche; enfin, le pouls était d'une lenteur remarquable. Ajoutons que la sensibilité était conservée partout à peu près intacte, mais il existait de plus, chez ce malade, une tendance à une irritabilité extrême, se manifestant parfois par des mots injurieux adressés aux personnes qui le soignaient; puis il passait subitement au rire et à la plaisanterie. Ces signes, quoique peu dessinés encore, joints à l'absence de toute attaque subite, emportaient naturellement l'attention vers l'idée d'un travail morbide sourd et plus ou moins chronique dans l'encéphale; l'avenir, comme on va le voir, ne tarda pas à confirmer les prévisions.

En effet, les symptômes allèrent s'aggravant progressivement, malgré un traitement antiphlogistique et révulsif énergique. Application souvent réitérée de ventouses à la nuque; révulsifs du côté du tube intestinal, etc., etc.; le délire devient plus intense, quoique tranquille; le malade passe les nuits entières à articuler des commandements militaires: *une, deux,* en avant marche..., *gauche, droite,* etc., etc.

Le jour il tombe dans une somnolence d'où il n'est presque pas possible de le retirer. La motilité arrive peu à peu à être complétement abolie dans les membres inférieurs, tandis qu'ils sont le siége d'une *exaltation remarquable de la sensibilité.* De plus, il se manifeste bientôt une incontinence des selles et des urines.

Les bras et les mains sont agités de mouvements *automatiques* continus, et cherchent sans cesse à saisir quelque chose.

L'*hyperalgie* dont nous avons parlé se manifeste à son summum dans tout le côté droit, et sa spontanéité se révèle par des plaintes douloureuses poussées de temps en temps par le malade.

Cependant, après deux mois environ de semblables manifestations, survient comme une sédation du mal et un arrêt de ses progrès; le délire et les douleurs se calment et la paralysie reste stationnaire. Le malade mange assez bien et ne vit, du reste, que d'une vie complétement végétative; mais il reste toujours facilement irritable et répond souvent par de gros mots aux questions qui lui sont le plus convenablement adressées.

Les choses étaient dans cet état lorsque, vers le 20 mars, survient tout à coup pendant la nuit un nouvel accident, qui se traduisit le matin, à la visite, par les manifestations suivantes: Hémiplégie *complète* du mouvement dans tout le côté droit du corps; les membres supérieurs et inférieurs, dans la résolution, retombent, quand on les soulève, comme une masse inerte; cependant la sensibilité persiste avec la même exaltation que nous avons déjà plusieurs fois notée; le malade est dans la stupeur; on obtient difficilement de lui quelques paroles mal articulées; il ouvre ses yeux à grand-peine, et ne se plaint de rien. Deux jours après, il existait *une contracture* du *coude* et du *genou* droits; les jours suivants, le malade revient un peu de sa stupeur, répond mieux et plus facilement aux questions qu'on lui adresse, mais va s'affaiblissant sans cesse. Le 7 avril, il retombe dans le coma, sans autre manifestation paralytique qu'une *perte complète de la parole*, bien que les mouvements de la langue soient parfaitement conservés.

Il succombe le 9 avril.

Dans l'histoire très-abrégée de ce malade, nous avons eu surtout l'intention d'indiquer les principales phases symptomatologiques qui ont répondu, avec une coïncidence parfaite, à chacune des altérations si remarquables successivement survenues dans le centre encéphalique, et que nous relatons ci-après, par ordre de production:

1° *Une cicatrice linéaire* très-distincte, siégeant sur le plancher supérieur du ventricule latéral droit, non loin de la scissure médiane.

2° Du même côté droit, un foyer de ramollissement récent et un épanchement sanguin, envahissant l'extrémité postérieure du ventricule et une partie des circonvolutions de la corne postérieure du lobe droit.

3° Du côté opposé à gauche, un *vaste foyer* ayant détruit presque complétement la corne postérieure, et la portion du lobe cérébral qui forme le plancher inférieur du ventricule latéral, se prolongeant jusque dans l'intérieur de celui-ci, sans envahir la couche optique, ni la portion réfléchie; on voit immédiatement appliqué sur ce foyer, à la limite externe et postérieure, un foyer hémorrhagique récent de la largeur d'une pièce de 2 francs, de couleur jaune foncé, et rempli par une matière mollasse semi-coagulée, qui n'est autre, évidemment, qu'un caillot sanguin en voie de résolution. Le siége de cette hémorrhagie, sa production récente attestée et par les manifestations symptomatiques, et par l'aspect des modifications locales du foyer, paraissent démontrer que l'hémorrhagie s'est produite consécutivement au ramollissement.

4° Enfin un foyer d'hémorrhagie encore plus récent que le précédent, de l'étendue d'une noisette, avec caillot sanguin en voie de résorption, siégeant dans la *corne antérieure* du lobe cérébral gauche, sur les confins de la grande scissure médiane.

3° OBSERVATION DE PARAPLÉGIE; par M. HILLAIRET. — EXAMEN DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, DÉGÉNÉRESCENCE AMYLACÉE; par M. LUYS.

Le nommé Gastineau, âgé de 63 ans, d'une constitution détériorée, fut porté à l'infirmerie le 25 avril 1859, atteint depuis deux jours d'un érysipèle qui avait envahi la tête et le cuir chevelu, et dans un état de prostration considérable. Bien qu'il ne pût que répondre difficilement aux questions qui lui étaient adressées, il nous dit que depuis plusieurs années il était atteint d'une faiblesse très-grande dans les membres inférieurs et qu'il ne marchait qu'avec difficulté. Il fut impossible de savoir à quelle époque avait débuté cette paraplégie incomplète, ni la marche qu'elle avait suivie. Le malade ne put donner aucun détail sur les symptômes précurseurs ni sur les symptômes d'invasion; il mourut le 2 mai. Toutefois, nous avons constaté que la paraplégie était incomplète, que le malade couché dans la position horizontale pouvait, quoique avec beaucoup de difficulté, mouvoir ses membres inférieurs qui étaient sensiblement amaigris. La sensibilité y était encore conservée, quoique à un faible degré. Quelques muscles, le coutrier, le triceps et les adducteurs se contractaient encore très-manifestement sous l'influence de courants électriques de moyenne intensité. Aux deux jambes, les fléchisseurs communs, les péroniers latéraux et les soléaires se contractaient, quoique à un faible degré.

Avant d'être incisée, la moelle isolée présentait un léger degré de ramollissement au niveau des faisceaux postérieurs; en passant légèrement la pulpe du doigt le long de cette région, on sentait, en effet, quelques inégalités de consistance. Une fois incisée, nous constatâmes que les faisceaux postérieurs, jusqu'au niveau de la région cervicale, avaient pris une teinte jaunâtre ambrée très-caractéristique. Les membranes se sont détachées très-facilement, elles n'ont rien offert d'anormal. Les ganglions des racines postérieures de la région lombaire étaient plus volumineux que d'habitude, ils étaient pareillement très-vascularisés.

Rien à noter du côté de l'encéphale.

L'examen de la texture de la moelle a été fait après que nous l'eûmes plongée dans une dissolution d'acide chromique. Voici, en effet, ce que nous avons rencontré d'important à signaler :

On sait avec quelle régularité ce liquide concréteur fige les éléments nerveux en place; nous fûmes vivement frappés de l'aspect insolite qu'il nous présentaient dans ce cas. La substance grise ne présentait plus son aspect et sa régularité normale. Les irradiations qu'elle émet sur les côtés étaient beaucoup plus apparentes et beaucoup plus épaisses. Elles se disséminaient dans l'épaisseur de la substance blanche en formant des anastomoses très-pressés qui finissaient par se confondre et produire des masses opaques, à la périphérie de la moelle, et, en avant, au niveau des cornes antérieures. Ces anastomoses, véritables irradiations de la substance grise, étaient bien plus épaisses et plus jaunâtre que normalement. Elles formaient, en dernière analyse, une sorte de gangue fibroïde jaunâtre qui enlaçait et enserrait les tubes nerveux. Ceux-ci étaient alors écrasés, défigurés par l'envahissement de ces tractus fibroïdes. Cet état de désorganisation était surtout prononcé à la région lombaire de la moelle, dans les faisceaux postérieurs, et aux régions dorsale et cervicale dans les portions périphériques de la moelle, et au niveau des cornes antérieures.

Ces tractus jaunâtres étaient finement fibrillaires; ils paraissaient émerger directement de la masse même de la substance grise; ils nous parurent formés par des fibrilles excessivement fines, portant çà et là quelques noyaux allongés.

Le contenu des tubes nerveux enserrés par ce tissu fibroïde nous a paru présenter quelques modifications : ainsi, à côté de tubes dont le contenu était jaune clair et d'une teinte normale, d'autres étaient remplis d'une substance d'une coloration *terre de Sienne brûlée*, quelques cylinder axis se montrèrent à nous pareillement teintés de la même coloration.

Les corpuscules amyloïdes étaient répandus à profusion (200 à 300 environ par préparation) au milieu de la substance grise et de la substance blanche. Ils étaient surtout le plus abondant au milieu des points dégénérés.

Ils présentaient l'aspect habituel à ceux que l'on trouve dans les centres nerveux. Ils étaient jaunâtres, discoïdes, formés de couches concentriques. Colorés en violet par l'iode et en bleu intense par l'inde et l'acide sulfurique.

En résumé, l'altération que nous avons eue sous les yeux nous a paru consister dans la présence d'un tissu fibroïde plus épais, plus dense que normalement, irradié de la substance grise de la moelle, et éparpillé sous forme de fibrilles anastomosiques dans l'épaisseur de la substance blanche. Son développement progressif a amené l'écrasement des tubes nerveux et l'épanchement de leur contenu.

Ici se présentent plusieurs questions que nous ne pouvons résoudre pour l'instant que très-incomplétement.

1° Ce tissu fibroïde est-il de nouvelle formation, et que représente-t-il au milieu des éléments histologiques de la moelle?

Nous serions portés à croire qu'il représente les prolongements latéraux que la moelle émet normalement dans la substance blanche, et que ces prolongements auraient été le siége d'un certain degré d'hypertrophie; ce que l'on pourrait présumer, avec assez de raison, de la présence de noyaux et de fibres fusiformes, à différents âges d'évolution, apparaissant çà et là le long de leur continuité.

2° Quant à la question de savoir si la matière amyloïde s'est formée sur place aux dépens du contenu retranché du tube nerveux, nous serions assez portés à admettre cette manière de voir, en nous fondant sur ce fait : que cette matière était irrégulièrement disséminée dans les deux substances de la moelle, que rare en quelques points, les corpuscules étaient excessivement abondants en d'autres, et qu'enfin leur maximum de fréquence coïncidait avec les endroits du tissu de la moelle qui étaient le plus dégénérés; là, en effet, où le tissu fibroïde avait écrasé les parois des tubes nerveux et fait couler leur contenu, celui-ci ne se présentait plus alors que sous l'aspect d'une matière granuleuse, jaunâtre, d'aspect graisseux et occupée par un semis de corpuscules amyloïdes très-multipliés.

4° CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES CONTRACTURES LIÉES A UNE ALTÉRATION DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE; par M. JULES LUYS.

Certaines contractures des membres chez les sujets paralysés paraissent dépendre d'une altération des filets nerveux qui se distribuent à un groupe de faisceaux musculaires. Cette dégénérescence des nerfs amène une dégénérescence corrélative dans les fibrilles musculaires dans lesquelles ils se ramifient; les muscles antagonistes dont les nerfs n'ont pas subi la même altération entraînent alors en vertu de leur tonicité qui persiste, la partie mobile du membre, et il résulte de ce défaut d'équilibre entre ces deux systèmes de forces devenues inégales, des contractures en quelque sorte passives, dépendantes non d'une contraction exagérée dans un système de muscles, mais bien d'un défaut d'action par cause locale, par dégénérescence nerveuse, dans les muscles antagonistes.

Le premier exemple qui s'est offert à mon observation est relatif à une femme de 65 ans, hémiplégique du côté gauche, et présentant de la contracture permanente dans le membre supérieur *du côté opposé* : la main était fortement fléchie sur l'avant-bras; les doigts étaient rétractés vers la paume de la main. A l'autopsie, je constatai l'existence de plusieurs foyers apoplectiques dans l'hémisphère du côté opposé à l'hémiplégie. Ne trouvant rien dans le système nerveux encéphalique qui me rendit compte de l'existence de cette contracture dans le bras droit, je voulus savoir si par l'examen du système nerveux périphérique, je n'aurais pas une explication satisfaisante de ce fait en apparence insolite. Je constatai, en effet, que le nerf radial droit au sortir de la gouttière bicipitale avait perdu son aspect et sa résistance normale; là, en effet, il ne se présentait que sous l'aspect d'un cordon mou, dépressible, à coloration grisâtre, *incisé*. Son contenu se présenta sous l'aspect d'une gelée albumineuse transparente; les branches de bifurcation au milieu des muscles de l'avant-bras, n'ont pu être poursuivies qu'avec peine, vu leur friabilité et leur ténuité; elles étaient littéralement comme *fondues* au milieu des tissus ambiants; le nerf radial examiné au niveau de sa naissance au plexus brachial ne présentait pas le même aspect : là, au contraire, il paraissait avoir ses caractères normaux.

L'examen histologique nous fit constater :

1° La dégénérescence granulo-graisseuse du névrilème;

2° La coagulation du contenu des tubes nerveux sous l'aspect d'un magma granulo-graisseux disposé tantôt en spirale, tantôt en dépôts irréguliers;

3° La disparition complète du cylinder axis, dont je ne pus retrouver de traces.

Les nerfs médian et cubital du même côté, suivis et disséqués avec soin présentaient une fermeté et une résistance qui nous les a fait considérer comme n'étant pas altérés.

L'examen du système musculaire du membre en question nous a pareillement offert des particularités intéressantes. Ainsi tous les muscles de la région postérieure de l'avant-bras correspondant aux filets animés par le radial présentaient cet aspect blafard, cette teinte jaunâtre, cette décoloration si caractéristique que l'on retrouve dans les muscles qui ne fonctionnent pas. A l'examen microscopique nous reconnûmes l'absence complète de stries et la dégénérescence granulée presque générale dans toutes les fibrilles musculaires.

Successivement, dans les masses musculaires de la région antérieure de

l'avant-bras, là où les nerfs avaient conservé leur aspect externe habituel, les faisceaux musculaires présentaient à peine ce genre d'altérations que nous venons de signaler dans leurs antagonismes. Il est vrai que nous avons constaté çà et là la dégénérescence de quelques fibrilles musculaires avec passage à l'état granulé, mais ces exemples étaient très-rares, et on peut dire que d'une manière générale les muscles antérieurs de l'avant-bras avaient conservé leur consistance et leur apparence ordinaires.

Le deuxième exemple a pour objet une femme de 59 ans, chargée d'embonpoint, devenue tout à-coup hémiplégique du côté droit. Au bout de douze à quinze jours à partir de son attaque, on remarqua une contracture dans les muscles de la région antérieure de l'avant-bras droit avec flexion des doigts. La malade succomba peu de temps après à une nouvelle congestion. On trouva à l'autopsie, outre un foyer hémorrhagique dans l'hémisphère cérébral opposé, un petit foyer dans l'épaisseur de la protubérance. Le nerf radial, comme dans l'exemple précédent, présentait pareillement une altération très-remarquable et très-voisine de la précédente. On peut dire que c'était une véritable atrophie des tubes nerveux par l'envahissement des vésicules adipeuses qui constituait la lésion. Le tronc de ce nerf, en effet, a environ 4 à 5 centimètres au-dessus de sa bifurcation, présentait à l'extérieur une coloration jaune ambrée très-caractéristique; incisé, son contenu était mou, visqueux, transparent; ses branches de bifurcation étaient molles, friables, perdues au milieu du tissu cellulaire adipeux interposé au milieu des faisceaux musculaires. Les tubes nerveux offraient le même aspect :

1° Infiltration du névrilème par des myriades de granulations granulo-graisseuses;

2° Coagulation du contenu, sous forme de magma jaunâtre;

3° Dissociation des tubes nerveux par une énorme proportion de vésicules adipeuses infiltrées dans les interstices de ces mêmes tubes, et les distendant de milles manières.

Les muscles de la région antérieure de l'avant-bras correspondant présentaient un commencement de décoloration et de passage à l'état graisseux très-manifeste.

Les éléments musculaires et nerveux de la région antérieure de l'avant-bras n'ont rien présenté d'insolite.

Enfin, le troisième cas de ce genre, qui s'est offert à notre observation, a pour objet un homme de 58 ans, affecté de paraplégie depuis longues années et dont les membres inférieurs avaient été, dans les derniers mois de sa vie, pris de contracture. Les jambes s'étaient peu à peu fléchies sur la face postérieure des cuisses, de sorte que les talons étaient venus en rapport avec les régions fessières; la contracture était par conséquent localisée dans les muscles de la région postérieure de la cuisse, par suite de la cessation d'action de ceux de la région antérieure.

C'est ce que l'autopsie nous a, en effet, dévoilé.

La moelle épinière était ramollie dans la portion inférieure. Les deux nerfs *cruraux* sains, résistants au toucher au moment de leur origine, prenaient au niveau du détroit supérieur du bassin un aspect jaunâtre, en même temps qu'ils se laissaient déprimer en s'aplatissant sous le doigt. Leurs branches terminales étaient en même temps friables, pâles, plus ou moins jaunâtres, et perdues facilement au milieu du tissu cellulaire chargé de graisse qui les entourait. Elles ont été presque toutes poursuivies dans les deux membres jusqu'à leur point d'immersion dans le tissu musculaire. Les tubes nerveux étaient presque tous revenus sur eux-mêmes; leur contenu était coagulé, et les fibrilles terminales étouffées par un développement exubérant de vésicules adipeuses. Les fibres musculaires de tous les muscles de la région antérieure de la cuisse étaient pâles, flasques, jaunâtres; ils avaient tous subi la dégénérescence graisseuse; d'énormes quantités de vésicules adipeuses étaient injectées au milieu des interstices de leurs fibrilles.

Quant aux nerfs et aux muscles de la région postérieure de la cuisse, dont l'action physiologique s'était en quelque sorte maintenue au détriment de ceux de la région antérieure, les altérations anatomiques étaient bien moins prononcées. Ainsi les deux nerfs sciatiques étaient durs, résistants, fermes au toucher; pas de décoloration ni d'aspect jaunâtre; les branches de bifurcation à la région jambière présentaient seulement un aspect jaunâtre ambré; là, en effet, les tubes commençaient à devenir granuleux; ceux qui constituaient le tronc même du nerf au niveau des régions fémorale, postérieure et poplitée étaient encore parfaitement intacts. Les muscles de la région postérieure de la cuisse présentaient des altérations peu nombreuses; la plupart avaient encore conservé leurs stries; la coloration, la consistance étaient à peu près normales. Ceux de la jambe, tant de la région antérieure que de la région postérieure, offraient toutes les formes de la transformation graisseuse à un degré très-avancé.

Ainsi, dans ce cas comme dans les deux précédents, la contracture n'a eu lieu dans un système de muscles que par le défaut d'action des muscles antagonistes, défaut d'action qui doit être rapporté, dans ces cas, à des altérations du système nervo-périphérique purement locales (dégénérescences diverses), suivies d'altérations consécutives dans la texture des fibrilles musculaires. Elles sont dues à un défaut d'équilibration entre deux systèmes de muscles opposés et peuvent être désignées, eu égard à leur mécanisme, sous le nom de *contractions passives*.

5° ORCHITE ET ÉPIDIDYMITE CHRONIQUES (MANIFESTATIONS AIGUES) CHEZ UN VIEILLARD DE 80 ANS ; CONCRÉTIONS FIBRINEUSES A DIVERS DEGRÉS D'ORGANISATION DANS LA TUNIQUE VAGINALE, ET DANS LA MÊME CAVITE CORPS ETRANGER DE NATURE FIBRO-CARTILAGINEUSE, DU VOLUME D'UNE PETITE NOISETTE, NON PÉDICULÉ ; INFLAMMATION DE LA MEMBRANE INTERNE DU CANAL DE L'ÉPIDIDYME, DU CANAL DÉFÉRENT ET DES VÉSICULES SÉMINALES ; PRESENCE DE GLOBULES PURULENTS MÊLÉS A DES GLOBULES SANGUINS ALTÉRÉS DANS LES CANAUX DÉFÉRENTS, ET AUSSI DANS LA VÉSICULE SÉMINALE DU CÔTÉ GAUCHE ; PAS DE TRACES DE SPERMATOZOÏDES. — EXAMEN MICROSCOPIQUE DES CANALICULES SPERMATIQUES; par M. LABORDE, interne des hôpitaux.

Lemaire (François-Denis), 80 ans, couché au n° 29 de la salle Saint-André (infirmerie médicale de l'hospice de Bicètre, service de M. le docteur Léger). Entré le 19 avril 1857, mort le 7 mai.

Ce malade, auquel appartient le testicule pathologique que j'ai en l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, a succombé à un état morbide complexe impliquant principalement les organes respiratoires. L'affection testiculaire n'a été qu'un épiphénomène, et a seulement attiré l'attention dans les deux derniers jours de son existence. Le malade s'est plaint tout à coup de très-vives douleurs dans le testicule droit, douleurs qu'il rapportait à un coup reçu le jour même en allant au bassin. L'examen de cet organe permet, en effet, de constater que son volume est au moins double du normal. Les douleurs y sont exaspérées par le toucher et surtout la pression; la sensation de fluctuation manifeste révèle l'existence d'une certaine quantité de liquide dans la tunique vaginale. Le signe fourni par la transparence fait défaut; mais on s'explique cette absence par un œdème assez considérable des bourses, et l'épaississement présumable de la tunique vaginale, suite d'inflammation chronique. Une masse dure, résistante et excessivement douloureuse sous le palper, est perçue dans la région de l'épididyme par lequel elle est évidemment constituée. Nous venons de dire : *inflammation chronique*, car, malgré les symptômes réels d'une acuité actuelle et le défaut presque complet de renseignements sur son début et sa cause, cette affection paraît exister déjà depuis longtemps. Elle aurait même été prise, si nous en croyons le malade, pour une hernie, et il aurait porté un bandage pendant quelque temps. Cette méprise, car c'en est une, a eu probablement sa source dans le volume remarquable des éléments du cordon, lequel depuis son trajet inguinal jusqu'à son immergence dans le testicule donne au palper la sensation d'une tumeur allongée, dépressible et mollasse, de la grosseur du pouce dans toute sa longueur, et pouvant simuler, à un examen superficiel, une hernie épiploïque. Mais avec un peu d'attention, il n'est pas possible de s'arrêter à une pareille idée, et l'on est tout porté à croire à l'existence de varices volumineuses des veines du cordon; car rien n'y annonce non plus la présence d'une tumeur liquide enkystée. Il n'y avait guère lieu de songer à un traitement actif de cette affection, de l'état pathologique autrement menaçant pour l'existence des organes thoraciques (hydrothorax, congestion pulmonaire double, hydro-péricarde, etc.) ; on s'est donc borné à l'application de cataplasmes émollients et d'un suspensoir.

Le malade succombait deux jours après, et voici ce que révélait l'examen nécropsique du testicule :

Infiltration considérable du tissu des bourses (se rattachant à l'œdème des membres inférieurs, suite des affections thoraciques). Épaississement et adhérences telles de la tunique vaginale, que la dissection la plus minutieuse ne peut parvenir à la décoller. Dans sa cavité très-restreinte qui persiste, petite quantité de liquide séreux, légèrement sanguinolent. Au milieu de celui-ci nage, *sans attache et sans pédicule*, un noyau blanc nacré, d'aspect et de consistance fibro-cartilagineux, du volume d'une petite noisette, en tout semblable aux corps étrangers articulaires, particulièrement ceux du genou. Plusieurs exsudations fibrineuses assez étendues tapissent les surfaces pariétale et viscérale de la séreuse, quelques-unes présentant un état d'organisation plus avancée que les autres et ne tenant plus à la paroi que par un simple pédicule, prêtes par conséquent à se détacher et à tomber en liberté dans la cavité de la séreuse. Elles paraissent présenter autant de degrés par lesquels a dû passer le petit corps sus-mentionné, avant d'avoir subi la transformation fibro-cartilagineuse et d'être arrivé à constituer un véritable corps étranger. C'est là, en effet, sa pathogénie la plus probable et la plus conforme aux lois générales qui président à la formation de semblables produits pathologiques dans les autres cavités séreuses. Du reste, le cas que nous rapportons ici est loin d'être unique dans la science, et on en trouve plusieurs autres signalés par divers auteurs : Morgagni, Laennec, Richter (de Gœttingue), Chassaignac (Société de chirurgie) *vide* Lebert, (TRAITÉ D'ANAT. PATHOLOG., p. 175), Curling (son traité, p. 434, traduction de Gosselin), etc. Mais, en général, on les a vus *non libres* et appendus à un pédicule. « Il m'a été donné souvent, dit M. Gosselin, d'observer ces corps étrangers fibro-cartilagineux à leur première période, c'est-à-dire à l'époque où ils n'étaient pas encore détachés de la séreuse, et je les ai presque toujours trouvés *adhérents par un pédicule plus ou moins large* à l'appendice testiculaire. Ce petit organe est, selon moi, leur point de départ le plus fréquent, sans qu'il me soit possible d'en dire la cause. » (Traduct. de Curling, p. 435, en note.)

L'épididyme forme un noyau volumineux, induré, avec un aspect jaunâtre des interstices de ses circonvolutions, dû à l'épanchement de matière plastique signalé par la plupart des auteurs modernes. Mais de plus la sur-

face interne du canal de l'épididyme et du canal déférent offre toutes les apparences de l'inflammation, et le microscope y révèle l'existence de globules de pus, mêlés à des globules de sang plus ou moins déformés. Les mêmes globules de pus, mais ici mêlés à des amas de globulins, se rencontrent dans la cavité de la vésicule séminale gauche. Dans la droite, au contraire, on ne trouve que des globulins et des gouttelettes graisseuses en abondance, sans trace de pus. La membrane albuginée est très-épaissie, et le tissu testiculaire présente à la coupe un aspect insolite, qui démontre sa large participation à l'état pathologique de l'épididyme. A part les altérations ordinaires du tissu inter-canaliculaire dans l'orchite chronique (épanchement de matière plastique jaunâtre, etc.), nous croyons observer sur les canalicules eux-mêmes une altération qui n'a pas encore été signalée, que nous sachions, et qui ne se révèle qu'à l'examen microscopique. Cette altération consiste dans une magnifique injection du réseau capillaire périphérique de la paroi externe des canalicules, et dans une disparition presque complète des cellules épithéliales qui tapissent cette paroi. Celles ci sont remplacées par de petites plaques opaques, amorphes, indéterminées (pour nous), et parmi lesquelles apparaissent des traînées rougeâtres, semblables à de petites ecchymoses. L'injection dont nous avons parlé plus haut est très-étendue dans certains points, et y affecte l'aspect de véritables épanchements sanguins, sous forme d'infiltration. Rien de semblable ne se voit sur le testicule sain.

Nulle part nous n'avons rencontré l'ombre d'un spermatozoïde.

Enfin, les veines du cordon présentent depuis leur émergence une énorme dilatation, plus prononcée en certains points, sous forme ampullaire, et affectant ainsi l'aspect moniliforme. Nous n'avons pas trouvé de caillots dans leur intérieur.

IV. — Tératologie.

NOTE SUR UN NOUVEAU GENRE DE MONSTRUOSITÉS DOUBLES APPARTENANT A LA FAMILLE DES POLYGNATHIENS; par M. Dareste.

La pièce que je présente à la Société est la tête d'un agneau de 8 mois. Il existe à la région parotidienne, au-dessous de l'oreille, un appendice d'un peu plus de 3 centimètres de long, velu en dehors et présentant en dedans une membrane muqueuse avec des papilles presque aussi développées que celles qui, dans le mouton, revêtent la membrane muqueuse des lèvres, mais qui n'existent que sur un des côtés de cette membrane muqueuse. A l'endroit où s'insère cet appendice que l'on peut comparer à une lèvre inférieure, on voit une petite masse dure, informe, n'atteignant pas 1 centimètre dans sa plus grande longueur, et qui représente, selon toute apparence, le maxillaire inférieur, mais qui ne porte aucune trace de dents, puis immédiatement après une petite masse molle, charnue, qui représente la langue par sa forme et par son aspect. Derrière cette langue rudimentaire, on voit une très-faible ouverture de quelques millimètres seulement. C'est l'orifice d'un canal ayant à peu près le calibre d'une plume à écrire. Ce canal, assez long, passe au-dessus des cornes styloïdiennes de l'os hyoïde et du muscle stylopharyngien; il pénètre dans l'intérieur des parois du pharynx, et vient se terminer dans l'épaisseur des couches musculeuses qui forment le voile du palais, à la pointe même de cet organe. Cette terminaison se fait par un cul-de-sac, et, par conséquent, l'intérieur de ce conduit ne communique en aucune façon avec la cavité pharyngienne du sujet principal. Cette condition anatomique est donc entièrement contraire à celle que j'ai signalée dans le cas de monstruosité que j'ai fait connaître à la Société il y a deux mois. La lèvre accessoire est entièrement fermée par un tissu fibreux, contenant dans les aréoles un amas de graisse, et ne présentant point de fibres musculaires. Tout ce petit appareil est mis en mouvement par des fibres musculaires appartenant au muscle digastrique dans le ventre antérieur, après s'être inséré, comme d'ordinaire, sur le maxillaire inférieur, le dépasse en arrière et vient s'attacher à l'extrémité de la petite lèvre.

Dans ma précédente communication, j'avais cru pouvoir retrouver dans les caractères tératologiques de la pièce que je faisais connaître, un exemple du genre *Paragnathe* qui a été indiqué, mais non décrit par M. Geoffroy-Saint-Hilaire. Mais la pièce que j'avais entre les mains était très-incomplète. L'étude complète que je viens de faire de la nouvelle pièce tératologique que je présente à la Société m'a convaincu que cette monstruosité, de même que la précédente, ne possède point réellement les caractères de la *paragnathie*. En effet, dans la paragnathie, la mâchoire inférieure surnuméraire est soudée à la branche montante du maxillaire inférieur du sujet principal. Dans les deux cas que j'ai examinés, et dans un troisième, décrit par Mayer, rien de pareil n'a lieu; et l'union du parasite au sujet principal ne se fait que par les parties molles. Il me paraît donc conforme aux règles de la classification tératologique, de considérer ces trois cas de monstruosités doubles comme formant un nouveau genre, très-voisin du genre *paragnathe*, mais en ce que dans ce dernier, le sujet accessoire est soudé par le squelette au sujet principal, tandis que dans le nouveau genre que je propose d'établir, l'union n'a lieu que par les parties molles. On pourrait le désigner sous le nom de Plésiognathe.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1859; par M. le docteur Le Gendre, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Pathologie.

NOTE SUR L'EXISTENCE DE LÉSIONS SECONDAIRES DES CENTRES NERVEUX DANS LE COURS DES RAMOLLISSEMENTS INFLAMMATOIRES; par M. Gubler.

M. Gubler fait part à la Société d'un cas remarquable d'affection cérébrale propre à démontrer l'existence de lésions passives et secondaires des centres nerveux dans le cours des ramollissements inflammatoires et d'autres altérations primitives.

Voici en quelques mots le fait sur lequel il s'appuie.

Une femme de 62 ans entre dans son service, à l'hôpital Beaujon, le 16 mars 1859, avec une hémiplégie unilatérale commençante du côté droit. Cette paralysie se complète en peu de jours, s'accompagnant de contracture. La marche progressive de l'hémiplégie et la rétraction musculaire font diagnostiquer un ramollissement cérébral de l'hémisphère gauche.

La malade succombe le 5 juin.

A l'autopsie, on découvre, dans l'hémisphère gauche, une masse jaune clair, molle, caséeuse, du volume d'un œuf de dinde, dans laquelle le microscope démontre de nombreux débris de tissus nerveux, des agglomérations de globules gras, des corps granuleux de Gluge, des éléments fusiformes; et enfin des *néocytes*, c'est-à-dire de jeunes cellules, comme on en rencontre dans les exsudations plastiques ou purulentes. Cette masse jaune était environnée d'une zone de tissu cérébral très-friable, vasculaire, rouge, non infiltrée de plasma et paraissant le siége d'une inflammation éliminatrice.

Entre l'hémisphère ainsi altéré et l'isthme de l'encéphale existent des trajets ramollis difficiles à suivre dans les masses centrales, mais très-visibles dans le pédoncule cérébral correspondant où le ramollissement de l'étage inférieur va presque jusqu'à la diffluence.

Dans cette région, il n'existe ni vascularisation exagérée, ni rougeur, ni traces d'infiltration plastique: en un mot, on n'observe à l'œil nu, ni au microscope, aucun caractère inflammatoire.

L'instrument grossissant montre seulement les fibres nerveuses indistinctes, granuleuses et séparées par places par des séries de globules gras, plus ou moins denses, qui en indiquent la direction. En mettant cette double lésion en regard avec les symptômes, on ne peut manquer de reconnaître que le travail inflammatoire a été le point de départ des accidents, et que le ramollissement passif est venu consécutivement à la suppression des fonctions de l'hémisphère cérébral.

Les expériences de Waller (de Londres), exposées devant la Société, appuient cette interprétation, car elles démontrent qu'à la suite de la section d'une racine motrice, c'est le bout périphérique qui subit des altérations anatomiques. Or le pédoncule cérébral est périphérique par rapport à l'hémisphère correspondant, et, de plus, l'étage inférieur du pédoncule est constitué par les faisceaux moteurs qui vont former plus bas la pyramide antérieure de la moelle allongée.

M. Gubler pense qu'on devra, à l'avenir, rechercher ces sortes de lésions secondaires soit centrifuges, soit centripètes, dans tous les cas de maladies prolongées de l'encéphale. Les trajets, ramollis passivement par suite d'une transformation rétrograde comparable à celle du fœtus mort dans le sein de la mère, pourront éclairer l'anatomiste sur la direction des faisceaux sensitifs et moteurs, à travers les masses encéphaliques. En outre, il est permis d'admettre que d'autres lésions secondaires ont un caractère actif, et M. Gubler cite à l'appui de cette manière de voir une observation empruntée à Lallemand, dans laquelle la ligature du plexus nerveux brachial donna lieu à des douleurs atroces, puis à des phénomènes cérébraux, et se termina par un ramollissement de l'hémisphère du côté opposé, résultat, sinon d'une propagation d'inflammation, du moins d'une transmission d'irritation à distance.

II. — Chimie pathologique.

ANALOGIE D'ACTION DE L'ACIDE NITRIQUE SUR LA BILE ET SUR L'HÉMATOÏDINE; par M. Gubler.

La plupart des caractères de la substance désignée sous le nom d'*hématoïdine* sont bien connus surtout depuis le travail de MM. Mercier et Robin. Cependant il en est un des plus importants qui reste ignoré des pathologistes, et qui même a été formellement nié par les deux savants à qui nous devons l'étude la plus complète de cette intéressante matière : je veux parler des changements de couleur qu'elle éprouve sous l'action de l'acide nitrique.

Lorsque j'eus pour la première fois l'occasion de rencontrer ce principe immédiat dont je ne connaissais aucune description, c'était le 23 mai 1848, je le soumis à l'action de quelques réactifs usuels, cherchant ainsi à l'aven-

ture des renseignements sur la nature de ce produit. Toutefois la coloration jaune des cristaux m'ayant fait songer à la bile, je les traitai par l'acide nitrique du commerce, et ne fes pas peu surpris de voir apparaître la série des couleurs par lesquelles passe la matière colorante biliaire elle-même, dans les mêmes circonstances. De la bile grumeleuse retirée de la vésicule du fiel, traitée comparativement, donnait exactement les mêmes nuances disposées dans le même ordre. Malgré cela, je me gardai bien de conclure que j'avais affaire à la résine biliaire cristallisée en rhomboïdes; mais cette analogie me frappa, et j'en fis part à M. Lebert qui m'annonça que précisément un travail sur ce principe immédiat venait de paraître dans l'un des derniers numéros des ARCHIVES de Virchow, le dernier je crois. Ce micrographe distingué se mit aussitôt à la recherche de l'hématoïdine, dont il donna ensuite une bonne description avec d'excellentes figures, mais sans paraître s'occuper de la mutation de coloration du *métachromatisme* que lui faisait subir l'acide nitrique.

M. Robin se montra moins favorable encore à cette assertion que je formulai à nouveau dans ma thèse de concours pour l'agrégation (THÉORIE LA PLUS RATIONNELLE DE LA CIRRHOSE, etc. Paris, 1853). Voici, en effet, comment il s'exprime dans le mémoire qui lui est commun avec M. Mercier et se trouve inséré parmi ceux de la Société de biologie (1855) : « Il est certain que ni » au commencement ni pendant la durée de la dissolution de l'hématoïdine » dans l'acide nitrique...., on ne voit rien d'analogue à la réaction de l'acide » azotique sur la bile ou sa matière colorante. » Et plus loin : « On peut donc » affirmer que *ceux* qui ont avancé et soutenu avec trop de légèreté que ce » composé prenait au contact de l'acide nitrique les mêmes couleurs que la » bile, n'ont été la dupe de quelque illusion. Agissant sur de l'hématoïdine » mélangée de liquides et de fragments de tissus animaux, il n'y a pas à » douter que si la succession des couleurs précédentes a été vue, il se trouvait de la biliverdine parmi eux, ce serait commettre une erreur grossière » et rectifiée par les données les plus élémentaires de l'expérience que vouloir rapporter aux cristaux d'hématoïdine, ce qui appartient à un autre » composé (1). »

Ce jugement sévère, prononcé par un homme si compétent, pouvait paraître sans recours. Je ne le crus pas. Comment admettre en effet la possibilité de l'erreur supposée gratuitement par M. Robin, dans ma première observation où il s'agissait d'un homme entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 40, service de M. Rayer, pour un ramollissement cérébral, et qui succomba le 22 mai 1848, sans offrir aucune coloration ictérique.

J'ens encore plusieurs fois la bonne fortune de rencontrer des cas semblables, où la matière jaune des cicatrices cérébrales me présenta les mêmes changements de couleur sans qu'il fût possible de les attribuer à la matière colorante de la bile. Mais enfin je voulais revoir assez souvent le fait pour qu'il ne restât aucun doute dans mon esprit.

Aujourd'hui, des observations répétées m'ont fait acquérir la certitude la plus complète sur ce point de l'histoire de l'hématoïdine. Je soumets à la Société plusieurs dessins coloriés de mes albums qui lui feront, j'espère, partager ma conviction. On y peut voir que l'hématoïdine, soit amorphe, soit cristallisée, subit des modifications de couleur entièrement comparables à celles de la biliverdine, et qu'elles se succèdent constamment dans le même ordre. La matière qui est naturellement d'un jaune rouge, commence par devenir verte, puis bleue et violette, enfin rouge, après quoi elle pâlit. Il y a cependant une différence entre l'hématoïdine et la biliverdine; c'est que la nuance verte est la plus durable quand il s'agit de la dernière, tandis que pour l'hématoïdine, au contraire, c'est la couleur violette intense qui est permanente. Je considère ce caractère comme un bon moyen de diagnostic différentiel entre la biliphéine et l'hématoïdine amorphe.

Le fait de l'analogie d'action de l'acide nitrique sur ces deux principes immédiats étant bien établi, on en peut tirer une preuve nouvelle à l'appui de cette vue que la matière colorante des globules sanguins, celle du sérum, celles de la bile et de l'urine forment avec l'hématoïdine une série naturelle comparable à celle des matières colorantes bleues végétales, auxquelles il faut rattacher la substance bleu verdâtre du pus, et celle qui dans certaines urines, celles des cholériques en particulier, prend naissance sous l'influence de l'acide azotique en excès, et se rapproche assez de l'indigo pour mériter le nom d'*indigose* que j'ai proposé de lui appliquer.

(La suite prochainement.)

BIBLIOGRAPHIE.

LA PSYCHOLOGIE MORBIDE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHILOSOPHIE DE L'HISTOIRE, OU DE L'INFLUENCE DES NÉVROPATHIES SUR LE DYNAMISME INTELLECTUEL; par le docteur MOREAU (de Tours). — 1 vol. in-8°. — Paris, chez Victor Masson. — 1859.

(Suite et fin. — Voir le n° 28.)

La considération du principe d'hérédité ainsi compris jette un grand jour sur un autre ordre de phénomènes anormaux qui fait le désespoir des médecins adonnés à l'étude des maladies mentales. Si, pour certains d'entre eux, la raison se perd en bloc, est ou n'est pas, d'une manière absolue et comme une qualité unique, pour la plupart il n'en est pas ainsi. Un séjour un peu long dans les établissements d'aliénés, la lecture des milliers d'observations consignées dans tous les traités spéciaux, déroulent un nombre considérable de variétés, d'espèces de folies. On ne conteste pas la différence établie par les premiers nosographes entre la manie générale et la monomanie, la monomanie triste, la monomanie gaie, etc. De même la lecture des observations citées par M. Moreau, le témoignage des propres observations faites sur lui-même après ingestion de haschich, ne permettent pas davantage de repousser l'existence de folies incomplètes ou de raisons tronquées et pourtant non détruites. Si dans la monomanie tout le monde voit le rêve ne porter que sur un sujet sans que la raison en ait conscience, on observe aussi, si l'on veut bien y faire attention, des folies dont le sujet a conscience et qu'il réprouve sans pouvoir pourtant s'y dérober; des folies affectives absolument entraînantes et maîtresses de l'individu, malgré les protestations de sa raison; des états de l'âme, en un mot, où le libre arbitre, le *self power*, est absent, la raison, la conscience n'étant pourtant nullement détruites. Cet état, M. Moreau le désigne excellemment sous la dénomination d'état mixte affectif, et s'il s'était arrêté là, on lui eût accordé ses propositions; les plus spiritualistes eux-mêmes ne nient pas la perversion possible des sentiments, des affections qui peuvent être rangés sous la dénomination générale d'instincts, ou attributs de l'animalité. Mais de même qu'on reconnaît des états mixtes affectifs, M. Moreau admet des états mixtes purement intellectuels; comment cela, dira-t-on. De la raison proprement dite mêlée à de la déraison, les termes n'impliquent-ils pas? M. Moreau non plus que nous, ne nous chargeons d'expliquer, de décrire métaphysiquement en quoi consiste ce phénomène; mais il paraît d'observation incontestable que l'on rencontre des aliénés chez lesquels les facultés intellectuelles sont seules anormales, et chez qui la constitution mentale semble porter une empreinte également claire et profonde du délire et de la raison. « Il n'est pas question ici, dit M. Moreau, d'un mélange (comme dans la monomanie), sans fusion réelle de pensées raisonnables et de pensées déraisonnables, mais d'une manière particulière de sentir, pouvoir, imaginer, juger, et qui, sans être positivement celle d'un aliéné, n'est pas à meilleur titre celle d'un individu sain d'esprit. C'est le croisement des races transporté dans l'ordre moral. Il s'agit là d'une classe d'êtres à part, véritables *métis* intellectuels qui tiennent à la fois du fou et de l'homme raisonnable, de l'un et de l'autre à des degrés divers. »

Or cette classe intermédiaire se rencontre comme celle où l'aliénation est bien complète et sans prétexte à hésitation, en rapport héréditaire avec les affections cérébrales dont nous avons déjà parlé. Le lecteur lira avec un saisissant intérêt les éloquentes pages consacrées par M. Moreau au développement de ces vues sur cet aspect si captivant de l'esprit humain. Dans cette galerie de portraits touchés avec autant de finesse que profondément scrutés, chacun reconnaîtra plus d'un type déjà rencontré, et comprendra qu'il est en effet nécessaire, dans ce tableau synoptique de la psychologie, de donner une place à une classe d'êtres qui ne peut être effectivement confondue ni avec celle des hommes jouissant de toute leur raison, ni avec celle des aliénés proprement dits. Nous avons, pour notre compte, salué avec la plus grande sympathie d'intelligence la photographie mentale d'un esprit qui a remué bien des idées et bien des hommes, que beaucoup considèrent encore comme un génie, et qui s'était cependant, par des pages qui ne peuvent être arrachées de l'histoire de l'esprit humain, enlevé tout droit à l'épithète de sain d'esprit : nous voulons parler de l'auteur de la THÉORIE DES QUATRE MOUVEMENTS et du TRAITÉ DE L'ASSOCIATION, de Charles Fourier! Et combien d'autres ne pourrait-on citer après lui! « Au moyen des considérations que nous avons présentées, ajoute M. Moreau, on comprend pourquoi de pareils esprits ont été, dans tous les temps, appréciés d'une manière si différente, si contradictoire; traités de fous, de génies détraqués, d'imposteurs par les uns; admirés au contraire, presque divinisés par les autres, suivant que ceux-ci et ceux-là les ont envisagés par le côté sain ou le côté malade. »

Nous recommandons aussi quelques pages non moins élevées et destinées à représenter l'état mixte affectif. On y suivra avec un grand charme dans son développement, la transformation des instincts en passions, et le passage facile de celui-ci à la folie. L'auteur choisit son sujet dans un sentiment universel : l'amour; il montre par quels degrés insensibles un instinct purement animal agissant sur le cerveau

(1) Dans la onzième et dernière édition du DICTIONNAIRE de Nysten, M. Robin omet complétement de parler de la réaction de l'acide azotique sur l'hématoïdine.

et y rencontrant l'espérance, s'élève au degré du sentiment, y engendre l'idée fixe, propension cérébrale si aisée à faire naître, et fait éclater en peu d'instants une passion qui devient trop souvent de la folie. Il y a dans ces quelques lignes plus de vraie philosophie que dans tant d'autres dissertations célèbres que nous ne rappellerons pas.

Ou nous nous trompons fort, ou les considérations attachées à ce nouveau point de vue de l'état mixte intellectuel et de l'état mixte affectif sont appelés à jouer un rôle aussi nouveau qu'important dans mille questions ressortissant à la pathologie psychique, si même, devons-nous dire, on n'a pas lieu de craindre qu'elles n'y prennent une place trop importante.

Comme les autres perversions des facultés cérébrales, les états mixtes, dépendant quelquefois d'idiosyncrasies nerveuses, sont le plus souvent rattachés par le savant médecin de Bicêtre à l'hérédité. Grande est l'importance pour le médecin de cette détermination scientifique de l'étiologie de la folie; grands en sont les avantages pour l'hygiène des familles et la recherche des éléments à consulter dans leurs alliances.

Mais il est une autre face à cette question, et la loi posée par notre savant confrère n'est pas pour lui assurer un grand repos dans l'appréciation de certains faits délicats ressortissant à la médecine légale.

Elle est nombreuse dans la société la classe des états mixtes ou affectifs ou intellectuels, et les actes à reprendre et imputables à des états pathologiques de cet ordre, ou censés tels, n'est-il pas à craindre qu'ils ne soient bientôt trop nombreux? Quelle ne va pas être la difficulté de la situation d'un médecin expert déjà accusé *à priori* de partialité scientifique par la magistrature, quand il va avoir à développer devant un tribunal cette théorie délicate des états mixtes! Surtout si l'on considère avec nous qu'en adoptant cette classe nouvelle, et nous croyons pour notre compte qu'elle a raison d'être accueillie, il ne faut pas nous dissimuler que l'auteur s'est vu obligé de laisser sans solution précise la mesure du libre arbitre dans l'un quelconque de ces états. M. Moreau considère, et non sans motif peut-être, le génie lui-même comme entaché d'une rupture morbide de l'équilibre cérébral. « Les capacités ou aptitudes intellectuelles transcendantes, dit-il, tirent elles-mêmes leur origine d'un état extra-physiologique des organes de la pensée. En se plaçant à un certain point de vue, on peut considérer le *génie* lui-même comme une *névrose!* La détérioration de l'homme physique est une condition du perfectionnement de l'homme moral; l'intelligence humaine n'est jamais plus près de faillir que lorsqu'elle s'élève à de plus grandes hauteurs! » Il paraît que pour ceux qui ont pris du haschich, l'observation faite sur eux-mêmes ne permet pas de douter de l'exactitude de ces dernières propositions. L'observation qu'on est à même de faire sur soi en de tels états vous fait, paraît-il, assister à la naissance de certaines conceptions délirantes marquées à un coin d'élévation, de grandeur, de sublimité avec lesquelles le terre-à-terre du retour à la réalité fait un désolant contraste.

Il est d'ailleurs hors de doute que plus d'un esprit sublime, si nous nous en rapportons aux traditions historiques, a plus d'une fois côtoyé l'absurdité et la folie, et montré, dans ses retours, toute la faiblesse de l'entendement humain. Mais de là à une règle n'y a-t-il pas quelque distance? M. Moreau ne se montre-t-il pas trop chef d'école en croyant avoir remarqué « que *la plupart* des individus doués d'une intelligence supérieure, ou seulement placés au-dessus du commun niveau intellectuel, comptent parmi leurs ascendants ou parmi les membres de leur famille soit des aliénés, soit des personnes sujettes à des affections du système d'organes préposés aux fonctions de la vie de relation? » Nous craignons que cette proposition ne suscite à son auteur plus d'ennemis que d'adhérents, et si semblable motif n'est pas pour l'arrêter, comme nous en sommes d'ailleurs convaincu, nous ajouterons que notre impression est qu'il a peut-être un peu trop pris l'exception pour la règle. Assurément, il y a eu de ces génies véritables qui se sont fait remarquer par des excentricités bien propres à les faire classer dans l'état mixte de M. Moreau, en particulier parmi les hallucinés, mais leur nombre est-il pour faire règle, et vraiment le génie ne sera-t-il plus qu'une névrose?

Les grandes conceptions, au point de vue de leur genèse, ne sont-elles, en effet, que des rêves justes ou logiques, mais enfin créés presque sans volonté, sans libre arbitre? L'inspiration n'est-elle qu'une appréciation spontanée de la vérité et où la volonté, le libre arbitre et la personnalité n'ont point de part? Non, nous ne pouvons nous défendre de craindre que M. Moreau n'ait ici franchi ses propres limites, et ouvert une enceinte trop vaste pour ses états mixtes.

Il est regrettable qu'une conception aussi fondée que semble l'être celle des états mixtes ne soit pas flanquée de son correctif, d'une limite, d'une mesure pour le libre arbitre, d'une espérance au moins pour les efforts de l'éducation. Mais M. Moreau nous ferme la porte de ce côté-là. Dans le principe, exact assurément, qu'il trouve dans l'hérédité, il puise le sentiment d'un respect presque absolu pour l'importance quasi-souveraine des facultés innées : pour peu qu'elles soient puissantes, dit-il, à peine sont-elles modifiées par l'éducation. L'éducation fait des individus moyens, elle est pour ainsi dire sans action sur les organisations puissantes. « Les sujets brillants, dit-il, se trouvent, mais ne se fabriquent pas. »

Disons que tout cela est vrai pour les cas extrêmes, les exemples excessifs; mais par prudence au moins, neutralisons une grande zone entre les opinions reçues jusqu'ici et ces dernières propositions, pour qu'il nous demeure un espoir dans nos efforts de civilisation et un refuge contre le dogme de la fatalité.

Nous devions ces quelques lignes de protestation contre ce que nous a paru avoir d'excessif une doctrine que par le fait il est peut-être horriblement difficile d'arrêter en route. Nous ne sommes pas de l'école de ceux qui pensent que toute loi en histoire naturelle n'est vraie qu'à la condition d'être consolante, et d'avoir pour conclusion que tout est pour le mieux dans les desseins providentiels, et que tout le mal ne vient que de nous-mêmes et de nos institutions humaines. Il y a malheureusement bien des années que notre conviction en sens contraire s'est vue établie et démontrée! Mais la science, quand elle doit nous apporter de si déplorables convictions, peut, sans dommage, être tenue quelque temps en quarantaine. Et c'est toute la persécution que nous voulons faire subir à quelques-unes des conclusions de M. Moreau.

Quant aux points touchés dans cet ouvrage en dehors de ceux dont nous avons essayé de donner une analyse, nous ne pouvons que rendre hommage à la clarté avec laquelle ils sont exposés et aux lumières nouvelles qu'apporte la méthode de l'auteur. Tout en insistant sur l'influence considérable de l'hérédité en matière de pathogénie psychique, M. Moreau n'exclut pourtant pas absolument les autres causes, tant morales que physiques. Il apprécie successivement l'action de certains agents nerveux, comme l'éther, l'opium, les anesthésiques en général; l'influence de certains états pathologiques du cerveau, de cet état d'excitation circulatoire connue sous le nom de mouvement fébrile, des congestions, de l'agonie, des névroses diverses, etc., etc.

Dans cette étude qui lui montre dans la folie un état de rêve enveloppant l'état de veille, M. Moreau reconnaît toujours l'existence d'une excitation préalable. L'excitation marque le début de tout désordre intellectuel. Ainsi l'idiotie elle-même serait le plus souvent précédée d'un état très-brillant des facultés cérébrales. Il en est ainsi dans l'idiotie accidentelle ou imbécillité, et tout porte à croire que chez les idiots de naissance, cet état mental a été déterminé par une crise avec excitation éprouvée par le sujet dans la vie intra-utérine, et dont tout l'effet a été produit pendant cette période de la vie.

Les beaux travaux de M. Baillarger sur la mélancolie stupide, l'étude de l'intoxication par la drogue orientale, la comparaison frappante de la folie avec le rêve ne peuvent guère laisser de doute sur ce point de science et de métaphysique. Ainsi est démontrée en outre la nécessité de l'admission d'un élément actif, spontané, reliant et gouvernant les facultés mentales. Dans un précédent article sur les pseudo-monomanies, de M. Delasiauve (GAZ. MÉD., n° 19, 1859), nous avons essayé de mettre en lumière ce point de doctrine et de montrer parmi les facultés pensantes le rôle actif et prépondérant de l'imagination ou activité spontanée.

Tels sont donc les faits de science dus à notre savant confrère et que son intéressante publication a eu pour objet d'établi : rôle de l'hérédité dans les maladies fonctionnelles du cerveau; extension du principe de l'hérédité, qui doit embrasser les faits d'hérédité plastique morbide dans la même formule originale que les faits de perversion des facultés mentales. Définition des états mixtes, tant intellectuels qu'affectifs. État d'excitation active, semblable à celle des rêves et qui caractérise toute altération mentale. Voilà certes un remarquable trophée d'idées neuves, sérieuses, et de haute importance pour l'étude de l'homme sain et malade. Nous nous félicitons de nous être trouvé un des premiers à rendre hommage à l'esprit judicieux et inflexible qui a posé tant de principes nouveaux sur une route aussi remplie d'obscurités.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

— Par décret impérial en date du 7 de ce mois, rendu sur la proposition de S. Ex. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Longet, membre de l'Académie impériale de médecine, a été nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

— Dans sa dernière séance, l'Académie royale de médecine de Belgique a procédé au renouvellement de son bureau pour la prochaine période triennale. M. Vleminckx a été proclamé président, par 23 voix contre 7. C'est là un succès qui venge suffisamment notre confrère de toutes les indignités dont il a été l'objet ; en le renommant président à une aussi grande majorité, l'Académie a voulu rendre hommage à l'honorabilité, au talent et au dévouement dont a toujours fait preuve M. Vleminckx, pendant tout le temps qu'il a été à la tête de l'Académie de médecine; c'est aussi une preuve de sympathie confraternelle qui ne manque pas d'éclat.

MM. Lehean et Van Coetsem ont aussi été proclamés vice-présidents. C'était justice. On peut avancer sans crainte que le bureau, composé de cette manière, est digne de l'Académie de médecine et saura la représenter brillamment. M. Marinus a été conservé dans ses fonctions.

M. Vlemynckx a remercié l'Académie en ces termes :

« Messieurs et chers collègues, je vous remercie de la nouvelle marque de confiance que vous venez de me donner. Elle est pour moi d'un prix inestimable. Elle m'impose de grands devoirs. Mais le premier de tous, c'est de vous dire la vérité. Si la présidence de cette assemblée est un grand honneur, c'est aussi une lourde charge; nul ne le sait mieux que moi.

» Quel que soit celui de nos collègues auquel cet honneur est conféré, il doit prendre la ferme résolution de conduire l'institution dans la voie du progrès et faire tout ce qui est en son pouvoir pour l'entourer de considération. Vous dirai-je que j'ai cette espérance? Messieurs, je trahirais la vérité. Tout ce que je puis vous promettre, c'est de faire tous mes efforts pour parvenir au but que je viens d'indiquer. Si je reconnais que mes efforts sont impuissants, je viendrai, au bout de très-peu de temps, déposer entre vos mains le mandat que vos bienveillants suffrages m'ont conféré. » (PRESSE MÉDICALE BELGE.)

— Par décret signé le 17 juin 1859, au quartier général impérial de Travagliato, l'Empereur a nommé ou promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent, qui se sont distingués à la bataille de Magenta :

Au grade d'officier : M. Champouillon, médecin principal de 1re classe.

Au grade de chevalier : Ambulance de la garde impériale, M. Glaësel, médecin aide-major. — Ambulance du 1er corps, M. Barthet, médecin aide-major. — Ambulance du 2e corps, M. Balech, médecin major. — Ambulance du 3e corps, M. Casses, médecin aide-major.

MM. Beurdy, médecin aide-major au 3e régiment de grenadiers de la garde;

Bouton, médecin-major au 44e régiment de ligne ;

Jourdeuil, médecin-major au 2e régiment étranger.

—Par décret signé le 20 juin 1859, au quartier général impérial de Brescia, l'Empereur a nommé ou promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent, qui se sont distingués au combat de Melegnano, savoir :

Au grade d'officier : M. Martenot de Cordoux, médecin aide-major de 1re classe attaché à l'ambulance du quartier général du 1er corps.

Au grade de chevalier : M. Contrejean, médecin aide-major, attaché aux ambulances du 1er corps.

— Par arrêté de M. le préfet de Loir-et-Cher, en date du 2 juillet, M. le docteur Combes a été nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés du département de Loir-et-Cher, à Blois.

— M. le docteur Delore, à la suite d'un concours, a été nommé, le 8 juillet, chirurgien-major de l'hospice de la Charité, pour succéder à M. Berne, chirurgien-major actuel, lors de l'expiration de ses fonctions. Il avait été désigné au choix de l'administration par l'unanimité, moins une, des voix du jury médical.

M. le docteur Dron a eu la seconde place dans le classement fait par le jury entre les candidats. (GAZETTE MÉDICALE DE LYON.)

— M. Tissier, pharmacien, ancien membre du jury médical du Rhône, membre honoraire de la Société impériale de médecine de Lyon, vient de mourir après une longue et laborieuse carrière. (*Id.*)

— M. le docteur Ducasse, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Bayonne, à l'âge de 84 ans.

— M. le docteur Joseph Ekelt, l'un des plus anciens praticiens de la ville d'Alger, vient de mourir à l'âge de 50 ans.

— L'École de médecine de Nantes vient de faire une perte bien regrettable dans la personne de M. A. Marcé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes. — M. Marcé était membre du Conseil municipal et administrateur du Bureau de bienfaisance.

— Dans sa séance du 4 juillet, la Société impériale de médecine de Lyon a nommé membres titulaires MM. les docteurs Fonteret et Valette.

Dans les séances du 4 et du 11 juillet ont été nommés membres correspondants MM. les docteurs Mignot, de Chantelle (Allier), Vaulpré, de Bourg (Ain); Fonteyral, d'Eymet (Dordogne); de Mérie (de Londres) ; et Dambre (de Courtrai).

— Les Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Châtillon-sur-Seine, de Besançon, de Châteauroux, de Tours, de Compiègne, de Senlis et de Versailles, sont agrégées à l'*Association générale.*

— Parmi les récompenses décernées par l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, le 21 juin dernier, deux médailles d'argent ont été accordées à des travaux se rattachant aux sciences médicales, savoir : 1° à M. le docteur Laforgue, pour un mémoire sur un fœtus monstrueux appartenant au groupe des cyclopes rhinocéphaliens; 2° à M. le docteur Henri Molinier, pour un travail de bibliographie rétrospective relatif à un TRAITÉ DE LA PESTE, par Etienne Dufaur, médecin à Rabastens (Tarn), au XVIe siècle.

— La Société des sciences médicales du département de la Moselle a mis au concours, pour l'année 1860, les questions suivantes :

1° Faire l'histoire des maladies des ouvriers, déterminées par l'une des principales industries de la Moselle (métallurgie, peluches, mines, etc.); 2° des accidents graves qui surviennent dans le cours des affections rubéoliques et scarlatineuses ; faire connaître leur nature, leurs causes et leur traitement. Chaque prix consistera en une médaille d'or.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, à Metz, avant le 15 avril 1860.

— Voici quelques détails sur les hôpitaux militaires de Milan empruntés au journal anglais THE TIMES : Ces hôpitaux sont au nombre de 25, grands et petits, et contiennent 10,000 malades, la plupart blessés. L'hôpital Saint-Ambroise (ancien couvent), qui renferme à lui seul 1,250 lits, est particulièrement signalé pour ses excellentes dispositions. On ne compte encore dans tous ces établissements qu'un seul cas de pourriture d'hôpital. Le service est fait en grande partie par des médecins civils, et aussi par quelques chirurgiens autrichiens.

— Un comité vient de se former à Turin pour aviser au moyen de mettre les établissements d'eaux minérales du Piémont à la disposition des blessés convalescents de l'armée franco-italienne. Ce comité, composé de quatorze personnes, comprend quatre médecins : MM. Garelli, Sperino, Bottero, et un de nos médecins principaux de 1re classe, M. Salleron.

— Les nouvelles des hôpitaux d'Italie sont excellentes. Les amputations ont été pratiquées dans d'excellentes conditions. Elles sont moins nombreuses qu'anciennement. Autrefois on amputait beaucoup sur le champ de bataille; aujourd'hui on fait un deuxième pansement, et on n'ampute que dans les ambulances, après avoir soigneusement examiné le malade. L'habileté de notre corps médical, toujours si dévoué à sa noble mission, n'avait jamais déployé plus de ressources que durant la dernière campagne. (UNION MÉDICALE.)

— D'après un journal quotidien, il résulterait d'un travail statistique publié par la GAZETTE DE L'ACADÉMIE russe que, durant la période quinquennale de 1852-1857, le nombre moyen des naissances dans la capitale de la Russie a été de 17,245 par an, tandis que celui des décès s'est élevé 23,240. Ce fait, qui semble former, entre l'hygiène de la capitale de la Russie et celle des autres capitales un contraste si humiliant pour Saint-Pétersbourg, n'est accompagné d'aucun commentaire dans l'extrait du journal français ! Il se pourrait donc qu'une cause fort naturelle pût l'expliquer, telle qu'une épidémie, par exemple. Nous laissons à nos confrères de Russie le soin de nous faire savoir ce qu'il en est à ce sujet.

— On a posé, le 30 mai, à Brompton, la première pierre d'un nouvel hôpital pour les cancéreux. Cet édifice sera disposé pour recevoir trois cents malades.

— Il est mort récemment à Darmstadt, disent plusieurs feuilles politiques, un docteur qui jouissait d'une réputation européenne. Ce docteur était une femme, madame Charlotte Hildaureich, née de Stebol. Elle vouait particulièrement ses soins aux jeunes mères. En 1819, elle avait été appelée en Angleterre, lors de la naissance de la reine Victoria. Un grand nombre de cours ducales ou princières d'Allemagne ont eu recours à son art.

— Une Société d'anthropologie vient d'être fondée à Paris; elle tient ses séances provisoirement à l'École pratique, dans le local dit de la Société de biologie, le premier et le troisième jeudi de chaque mois, à trois heures précises.

Le bureau annuel a été élu le 7 juillet, savoir :

MM. Martin-Magron, président;
Béclard, vice-président;
Broca et Dareste, secrétaires;
Lemercier, archiviste;
Godart, trésorier.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION ÉPIDÉMIQUE RÉGNANTE.

La GAZETTE MÉDICALE a tant de fois appelé l'attention de ses lecteurs sur les variations de la santé publique en rapport avec les révolutions de l'atmosphère, qu'elle possède dans son répertoire presque tout ce qui peut être dit et remarqué à cet égard. Chaque année, en effet, ramène certaines maladies, comme elle ramène les saisons; et il ne serait pas impossible de donner une sorte de calendrier pathologique où toutes les formes morbides propres à chaque époque de l'année seraient cataloguées, à peu près comme les productions de l'agriculture et du jardinage. Cependant la régularité des révolutions et des maladies saisonnières n'est pas telle qu'il n'y ait place pour certaines anomalies des nnes et des autres, tranchant sur le fond ordinaire et bien capables de fixer l'attention des observateurs. L'été de cette année et la constitution épidémique qu'il paraît avoir amenée à sa suite se trouvent dans ce cas exceptionnel. Il n'a pas fait chaud seulement et très chaud : la température élevée que nous subissons depuis deux mois n'est qu'un des éléments du caractère propre de cet été; comme aussi il ne s'agit pas seulement pour la santé publique de ces maladies bilieuses, gastriques ou intermittentes qu'on a coutume d'observer et de regarder comme les conséquences obligées de la chaleur précédée ou suivie de grandes pluies. Cette année est infiniment plus caractérisée sous ce double rapport. Ce n'est pas le lieu d'approfondir les éléments propres de la constitution atmosphérique régnante; bornons-nous à en affirmer l'originalité par l'originalité même de ses effets, sauf à revenir plus tard sur une analyse plus approfondie des faits.

Dire qu'il existe en ce moment une sorte d'épidémie dont la généralité est des plus considérables, c'est déjà exprimer l'existence et l'activité extrême d'une cause morbide uniforme. Or il est de notoriété que, dans presque toutes, si ce n'est dans toutes les parties de la France, la santé publique est fortement altérée. Dans le nord comme dans le midi, dans l'est comme dans l'ouest, il existe une affection multiforme en apparence, mais dont la nature est profondément prononcée, et dont le traitement est aussi uniforme et aussi absolu que le mal auquel il s'adresse. Dans son caractère le plus général, cette affection est une affection gastrique ou gastro-entérique très-compliquée et comme encadrée dans une multitude de phénomènes nerveux annonçant, accompagnant ou suivant la maladie. Les malades se plaignent de la tête, de l'estomac ou du ventre, et très-souvent des trois à la fois. Des vertiges, des envies de vomir, des coliques en sont les préliminaires obligés; puis viennent les maux de tête violents, les vomissements même quelquefois incoercibles; et finalement le flux diarrhéique, commençant à la simple cholérine et finissant par une véritable dyssenterie. Ces trois groupes de symptômes, qu'il n'est pas rare de trouver réunis, correspondent précisément aux trois formes principales de l'affection : la forme *nerveuse*, la forme *gastrique*, la forme *dyssentérique*. La première précède ordinairement les deux autres; mais il arrive aussi qu'elle se circonscrit dans les symptômes nerveux et s'y tient avec opiniâtreté. Sous cette forme, elle peut en imposer comme une affection différente des autres; mais il suffit de faire remarquer que souvent elle se complète par l'évolution des symptômes gastriques et intestinaux, et alors les trois formes se confondent pour réaliser le type complet de la maladie. Mais comme il arrive presque toujours que le mal s'arrête à l'un des trois groupes de symptômes, il importe de bien se pénétrer d'avance de la relation intime et étiologique qu'ils ont entre eux, afin que le traitement bénéficie de la notion de leur communauté de nature.

Le caractère fondamental de cette épidémie, c'est l'adynamie. Les malades perdent promptement leurs forces et toute envie de les réparer. Point d'appétence pour aucune espèce d'aliments; les sueurs abondantes ajoutent à la déplétion générale de l'économie. Même lorsque le mal semble avoir quitté la place, il reste dans tout l'organisme un sentiment d'insuffisance qui éloigne de tout travail. Quand quelquefois cette débilité se réduit aux membres inférieurs, quelquefois même à un seul membre, on dirait une cause se localisant dans un point avant de quitter l'organisme. Si nous insistons sur cette particularité, c'est parce qu'elle porte avec elle un cachet spécial tenant directement à la spécificité de la maladie.

Les autres caractères et symptômes de l'affection ne présentent rien qui contredise la nature atonique du mal. Quoique les évacuations soient souvent très-abondantes, ce n'est pas en raison ni de leur fréquence ni de leur abondance que l'atonie de l'organisme se manifeste : elle est quelquefois plus prononcée au début de la maladie, même avant que les évacuations aient commencé. L'une ne dépend donc pas de l'autre.

Quant aux évacuations considérées en elles-mêmes, elles n'affectent pas de caractère bien déterminé. La matière des vomissements est souvent bilieuse, souvent aussi c'est presque de l'eau, mais parfois de l'eau très-acide. Dans les pays où l'usage du cidre est habituel, il semble que l'estomac ait conservé quelque temps un résidu de cette boisson, car, d'une part, il existe une pesanteur douloureuse au creux de l'estomac, qui cède aux vomitifs, et, d'autre part, les matières vomies sont d'une acidité extrême. Les garde-robes sont aussi généralement bilieuses, assez souvent noirâtres et très-fétides; à un degré plus avancé, les selles sont positivement dyssentériques, glaireuses, sanguinolentes. Jusqu'ici, on n'a observé que très-exceptionnellement la couleur blanche cholérique; et quoique plusieurs personnes aient cherché à répandre le bruit que le choléra était parmi nous, rien n'autorise à le penser, et tout au contraire fait présumer que la constitution épidémique actuelle ne changera pas de caractère.

Jusqu'ici la gravité de ce mal n'a pas été en raison de sa généralité. Beaucoup de malades, mais peu de morts. Ceux qui ont succombé ont succombé à la forme dyssentérique, et l'on peut croire même que c'est moins à la gravité de la maladie elle-même qu'à un défaut de soins ou à des soins mal dirigés.

Le traitement est des plus simples et des plus sûrs : la diète et les boissons gommeuses et albumineuses suffisent dans les cas légers; dans les cas graves, un éméto-cathartique. Cependant on peut approprier davantage encore les remèdes aux indications : l'émétique convient mieux seul au début; il arrête d'emblée la diarrhée et débarrasse l'estomac sans fatiguer l'intestin. La purgation (saline) est préférable deux jours plus tard.

FEUILLETON.

LETTRES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

(Troisième lettre.)

LE MÉDECIN MILITAIRE EN CAMPAGNE.

Valeggio, juillet 1859.

La vie en campagne est une existence à part; nous nous proposons de dire plus particulièrement ce qu'elle est pour le médecin militaire, persuadé que nos lecteurs ne liront pas sans intérêt le résumé des péripéties de situations diverses par où nous passons d'un instant à l'autre, et que, d'autre part, il y aura quelque enseignement utile pour nos jeunes confrères appelés ultérieurement à nous rejoindre.

Ab Jove principium! Vous partez pour la guerre, évitez deux extrêmes: l'un qui serait, comme dit le marin, de s'embarquer sans biscuit; l'autre de se surcharger d'un bagage inutile et embarrassant.

Le matériel d'expédition se compose du contenant et du contenu; pour l'un et l'autre, limitez-vous au plus strict nécessaire. Et d'abord, laissez de côté ces lourdes cantines, ces gros coffres en bois chargés de ferraille, qui, avec le bât pour les mettre à dos de mulet, font presque sa charge par leur poids même à vide. Achetez des cantines légères, sortes de valises en cuir ou en toile à voile imperméable et cartonnée. Leur capacité est presque aussi considérable que celle des cantines en bois ferrées, et le grand avantage que vous avez, c'est qu'elles sont très-portatives. En arrivant au gîte d'étape, car en Europe on a le plus souvent des cantonnements, surtout aux ambulances, votre ordonnance les met sur son épaule et les porte sans difficulté et sans aide à votre logement. D'autre part, elles vous permettent de les faire porter à votre seconde monture sur votre selle anglaise recouverte de la toile de votre tente pliée en plusieurs doubles et des couvertures de vos chevaux. La bête est ainsi plus allégée, et harnachée avec soin, elle pourra, à moment donné, vous suivre au trot, au galop même dans un cas d'urgence.

Que mettez-vous dans ces cantines de 50 centimètres de longueur sur 20 de largeur et 30 de profondeur? Du linge de rechange et deux tenues complètes. Le linge et les mêmes objets dans l'une; dans l'autre, les vêtements et la petite bibliothèque que vous jugerez à propos.

Quelque *ferré* que vous soyez, ayez toujours un manuel d'anatomie, un autre de médecine opératoire et un petit formulaire. Si vous avez Nysten, non pas la dernière édition en deux trop forts volumes pour être casés aisément, mais ce précieux Nysten en un volume, faites-lui une place coûte que coûte; c'est le meilleur et plus complet *vade-mecum* du médecin. Complétez cela par un serre-papier bien garni tant pour votre correspondance que pour vos

Les personnes qui confondent le symptôme avec la maladie s'arrêtent volontiers dès que la diarrhée cesse : pour elles, il ne s'agit que d'une affection purement intestinale. Comme aussi il en est dont l'unique but est de supprimer la colique et le flux de ventre, et le laudanum leur suffit; mais les unes et les autres laissent l'économie en puissance de la cause et de l'état général, qui constituent la maladie véritable. Mais alors, qu'arrive-t-il? C'est que les malades restent sans forces, la convalescence est longue et pénible, ou bien les accidents se renouvellent. Il convient donc, dans ce cas, comme toujours, de ne pas s'arrêter, suivant un dicton vulgaire, aux bagatelles de la porte.

Il ne faut pas en induire cependant qu'on doive proscrire du traitement toute préparation narcotique. Au contraire : ce sont d'utiles auxiliaires en général, et dans la forme dyssentérique, l'opium, en concurrence avec les évacuants, est un véritable remède; mais qu'on l'entende bien, en concurrence avec les évacuants.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE ENTOMOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LE SARCOPTE DE LA GALE HUMAINE (lues à la Société de biologie dans sa séance du 24 juillet 1848); par M. le docteur CHARLES ROBIN, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ IV. — REMARQUES SUR LA CONSTITUTION DE QUELQUES-UNES DES PARTIES DU CORPS DU SARCOPTE DE LA GALE.

A. ROSTRE. — Chez les sarcoptes, le rostre est composé, comme chez tous les acariens : 1° de *deux mâchoires* placées en arrière, soudées ensemble sur la ligne médiane ; 2° de *deux palpes maxillaires*, organes les plus volumineux de tous ceux du rostre, dont ils forment les côtés et qui s'étendent de sa base à son sommet; 3° d'une *lèvre inférieure* membraneuse plus courte que les palpes, dont la base est adhérente aux mâchoires et au bord interne des palpes; elle porte en arrière le *menton* et au milieu de sa face supérieure une *languette* ou *ligule*; 4° de deux *mandibules* dont l'extrémité dépasse le bord antérieur de la lèvre et dont la base adhère au fond du camérostome.

Chez le *sarcoptes scabiei* (Latreille), le rostre est long de 0,075, large de 0.066 chez la femelle, et de 0.065 sur 0,60 chez le mâle. Sa face supérieure présente, au devant et au-dessous de l'épistome, deux plans étagés d'arrière en avant qui montrent successivement la base des palpes repliés et plissés, puis plus bas, en avant les joues, le bout des palpes et des mandibules à peu près sur le même plan. La face inférieure forme un plan plus régulier, bien que les détails en soient plus compliqués, par suite du rapprochement de la lèvre, des mâchoires des mandibules et des palpes.

Lorsque ces organes sont ainsi rapprochés, on distingue : 1° au travers de la lèvre, par transparence, le sillon médian de séparation des mandibules, la dent en forme de crochet d'une des branches de celle-ci, la masse jaune rougeâtre arrondie en arrière que représentent ces mandibules; 2° les deux mâchoires courbées qui, par leur réunion, forment une pièce qui a la figure d'un fer à cheval; 3° sur le milieu de leur convexité, la plaque carrée du menton; 4° les palpes un peu plus transparents, mais jaunâtres aussi, placés en dehors des mandibules et pourvus de leurs poils; 5° puis enfin, vers le bord des palpes, les joues transparentes, incolores, dont la base se continue avec le bord en forme de prépuce du camérostome, qui embrasse la base du rostre en avant.

Sur un rostre aplati par une compression assez forte et qui ne réussit pas toujours à en écarter les parties sans les briser, on reconnaît facilement les parties qui composent cet appareil.

La nature de ces organes se détermine sans difficulté lorsqu'on a déjà étudié la constitution de leurs analogues dans la bouche des arachnides plus volumineuses, et en se servant d'un grossissement de 400 à 500 diamètres.

1° Les *mâchoires* ou *maxilles* forment la partie postérieure de la base du rostre entre les deux palpes; elles forment chacune une bande ou pièce étroite courbée, de teinte jaunâtre ; elles sont soudées, continues l'une avec l'autre sur la ligne médiane, et le menton leur adhère à ce niveau.

Chez les *sarcoptes scabiei* et *cati*, elles se dirigent en avant et constituent ainsi à elles deux un organe en forme de fer à cheval dont la convexité est tournée en arrière; cette convexité est circonscrite, à une certaine distance, par la concavité des branches réunies de la première paire d'épimères, et il reste entre elles un espace plus transparent semi-lunaire. Chaque mâchoire, prise isolément, est légèrement courbée en S continue avec celle du côté opposé, et avec le menton par son extrémité inférieure; elles entourent ce dernier par leur concavité; elles se rapprochent de la ligne médiane par leur convexité, qui est épaisse chez le *sarcopte scabiei*, puis elles se dirigent en dehors, où leur extrémité s'articule, ou mieux, se continue avec le bord interne renflé, en forme de pli ou de bourrelet du palpe correspondant. Leur bord externe, du haut en bas, donne insertion au palpe maxillaire. Elles sont mobiles transversalement, surtout par leur extrémité antérieure, en ayant le menton pour point fixe. Leur bord interne est lisse et donne insertion à la lèvre dans toute son étendue.

2° Les palpes forment les parties latérales du rostre du haut jusqu'en bas; ils occupent les parties latérales de sa base, tandis que les mâchoires en constituent le milieu. Leur forme générale est celle d'un cône, avec une concavité le long de leur bord interne; leur base est élargie; leur sommet, recourbé en dedans, se termine assez brusquement en pointe, dépasse le bord antérieur de la lèvre et un peu le sommet des mandibules lorsque celles-ci n'ont point été chassées en avant par compression. Le bord externe des palpes est net, foncé, comme borné dans toute sa longueur par deux lignes parallèles qui semblent limiter un épaississement de l'organe, mais qui indiquent seulement l'épaisseur de sa paroi, car il est creux et sa cavité remplie par des parties molles.

Lorsque les palpes ont été aplatis par compression jusqu'à l'effacement de la concavité de leur bord interne, ils paraissent membraneux,

---

notes recueillies *passim* et rédigées à vos moments perdus. Avec de l'encre et du papier blanc, il y a toujours de quoi tuer la monotonie du temps.

Que vous soyez dirigé sur les ambulances, quoique souvent, disions nous, on y gîte à couvert, ou que surtout vous soyez désigné pour un régiment, n'oubliez pas de vous munir d'une petite tente. L'expérience a tellement parlé que la petite tente-abri a été réglementairement adoptée pour tous les soldats. Nous en avons parlé dans L'ALGÉRIE MÉDICALE (1), dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (mai 1855), dans L'ÉCHO MÉDICAL DE PARIS (1857), dans l'HISTOIRE MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA GUERRE DE CRIMÉE (2); nous n'y reviendrons pas en plus de détails, si ce n'est pour dire que cette petite tente, la plus utile invention de l'industrieux soldat au bivouac, était primitivement formée par des carrés de toile provenant de sacs de campement décousus par le côté et le fond. Chaque carré de toile ainsi obtenu était étroit, il est vrai, mais il était tout d'une pièce et formait un pan uni, laissant parfaitement glisser, en temps de pluie, l'eau à l'extérieur. Depuis, on a cru bien faire, pour agrandir les tentes, d'avoir des carrés de toile plus large, résultant de deux rectangles cousus ensemble. Cette couture transversale à mi-hauteur de la tente a le grand inconvénient d'occasionner des gouttières sur toute la ligne. La tente tout à fait primitive était préférable. Quoi qu'il en soit, ceci étant dit en passant, la tente-abri, qui est bien et dûment, en castramétation, l'adoption hygiénique la plus considérable des armées modernes, pouvant servir à quatre soldats, peut bien suffire *à fortiori* pour un seul. Contentez-vous donc de cette tente, si vous voulez le poids le plus exigu possible, et si vous ne visez qu'à ce but : être abrité du soleil, du vent, de la pluie et du rayonnement nocturne. Si vous voulez être plus à l'aise, munissez-vous d'une tente d'officier, mais du plus petit modèle. Prenez-la alors avec un faîte supporté par quatre montants articulés par moitié, ne dépassant pas 2 mètres.

Votre tente est dressée, vous avez un abri, c'est le principal; mais comme on fait son lit on se couche. En été, vous pouvez à la rigueur vous contenter de faire comme le soldat, des herbes sèches, ou mieux, une botte de paille, une couverture pliée en double par-dessus et votre caban vous feront un lit sur lequel vous dormirez passablement; mais le grand inconvénient, c'est de coucher tout habillé. On repose moins bien, la respiration et la circulation sont gênées par la moindre constriction, et c'est peu hygiénique. Que faudrait-il donc, pour avoir le luxe d'un petit lit qui puisse vous permettre et de ne pas coucher sur la dure et de vous déshabiller? Passez, avant de partir, à un bazar de campement, prendre un de ces petits sacs roulés, pas plus longs ni larges qu'un porte-manteau de cavalerie et pesant, tout compris, 6 kilogr. et demi. Vous trouverez dans ce sac une forte toile de 2 mètres de longueur sur 65 centimètres de largeur; six tubes en fer creux comme des canons de mousquetons, quatre X en fer. Les tubes étant passés dans les gaînes des côtés longs de la toile et les têtes des X verticalées aux joints de ces tubes, vous avez un divan isolé du sol et assez élastique. Ce lit, pour ses tubes, est dit *tubulaire*. Pour en faire une couchette complète, vous étendez dessus une

(1) Un vol. in-8°, avec carte. Paris, 1854.
(2) Un vol. in-8°. Paris, 1858.

Par cette concavité, ils embrassent les côtés des mandibules au-dessus et au-dessous desquelles ils s'avancent un peu.

Les palpes sont composés de trois articles non séparables, mobiles l'un sur l'autre, sans disjonction des segments, et il en est également ainsi de leur articulation avec les mâchoires. On distingue les articles ou segments des palpes par un pli saillant ou un renflement transversal plus foncé que le reste de l'organe.

La base du troisième article peut rentrer un peu dans le sommet du second, et de même pour celui-ci par rapport au premier, qui est le plus gros, très-large à sa base. Celle-ci s'articule avec la branche antérieure de la première paire d'épimères. C'est ainsi que tout le rostre se trouve soutenu par le squelette céphalothoracique. Le bord interne du premier article des palpes n'est pas libre, parce qu'il adhère à la mâchoire en bas et à la lèvre dans presque tout le reste de son étendue. Le second article, qui est plus petit que le précédent, porte deux poils · l'un à sa face ventrale, près du premier article, est court, grêle, dirigé en dehors; l'autre est inséré à sa face dorsale, près du troisième article; c'est le plus long; il est dirigé en avant où il dépasse le rostre.

3° La *lèvre* (labium, fausse lèvre, lèvre sternale, lèvre inférieure) membraneuse transparente adhère en arrière à la face inférieure des deux mâchoires, et, sur les côtés, aux deux premiers articles des palpes; son bord anterieur, très-pâle, se voit au niveau de la base du troisième article; il est légèrement incisé sur la ligne médiane et lobé de chaque côté. Sa face inférieure porte deux poils très-fins, dirigés en dehors, insérés près du bout de chaque mâchoire.

Chez le *sarcoptes scabiei*, le menton est une très-petite plaque carrée, un peu plus longue que large, placée à la partie la plus inférieure et postérieure de la lèvre et du rostre. Il est aigu chez les *S. cati* et *mutans*; il est à peine distinct du point d'adhérence des mâchoires chez ce dernier. Sa situation absolue et par rapport aux mâchoires, auxquelles elle adhère aussi, est la même que celle de l'organe qui est appelé la *lèvre* par M. Nicolet, chez les oribates (1) et par Walckenaer, chez les *araignées*; sa forme est identique à celle de cette pièce chez beaucoup d'animaux de cet ordre.

Le menton est moins transparent que les parties voisines de la lèvre, parce qu'il est plus épais. Ses bords supérieurs et latéraux sont très-nets et foncés, parce qu'ils font saillie en avant; le bord inférieur, un peu arrondi, se continue avec la portion inférieure demi-circulaire et commune des deux mâchoires. Sur sa partie moyenne se voit, chez le *S. scabiei*, une très-petite dépression ovale, arrondie en bas, pointue en haut, simulant un orifice.

Dans l'intervalle qui sépare le menton de la languette, cette membrane, chez les *S. scabiei* et *cati*, porte une pièce verticale, étroite, allongée, assez épaisse, foncée en couleur, mousse en avant, bifide en arrière; elle fait saillie en avant, entre la partie postérieure arrondie des mandibules et la partie antérieure coudée des mâchoires. Elle manque chez le *S. mutans*; elle s'aplatit et s'efface lorsqu'on vient à comprimer trop fortement le rostre qu'on veut étudier, ce qui porte à penser que ce n'est peut-être qu'un pli de la membrane précédente.

La *languette* ou *ligule* est une pièce mince, membraneuse, élégamment lancéolée, à base élargie, très-aiguë au sommet. Vers son milieu, elle présente, chez les *S. scabiei* et *cati*, un orifice très-petit, difficile à voir, allongé, arrondi en arrière, effilé en avant; sa base se prolonge en deux branches dirigées en arrière, puis en dehors, où elles se confondent entre les deux palpes, sur la membrane décrite plus haut. Ces branches limitent ainsi une fente ou échancrure médiane, longitudinale, régulière, arrondie en avant, à la partie postérieure de laquelle s'engage la pièce médiane, étroite, décrite ci-dessus. Cette fente conduit dans le pharynx; elle représente l'orifice buccal, qui se trouve placé par conséquent entre la base des deux mandibules et la partie antérieure des deux mâchoires.

4° Les mandibules (aussi appelées *forcipules*, *chélicères*, *pinces didactyles*, *antennes-pinces* et *serres*) sont au nombre de deux; elles sont terminées chacune en *serre* ou *pince didactyle*, comme chez les autres acariens, les phalangides, etc. (1).

Les *deux mandibules* sont rapprochées l'une de l'autre sur la ligne médiane; elles forment par leur réunion une masse ovoïde à grosse extrémité tournée en arrière et cachée en partie sous l'épistome lorsqu'on les examine par la face dorsale de l'animal. La compression du rostre les détache et les fait saillir en avant avec facilité et même les chasse sans peine hors de l'espèce de loge dans laquelle ils sont maintenus. Chaque mandibule prise à part est légèrement renflée au milieu de haut en bas, son bord supérieur est plus convexe que l'autre; chacune est aplatie latéralement, et c'est par une de ces faces un peu aplaties qu'elle touche celle du côté opposé; l'extrémité postérieure est arrondie et adhère à la lèvre; elle reçoit un gros faisceau musculaire qu'elle entraîne avec elle lorsque la mandibule est expulsée par compression. Dans leur situation naturelle, les mandibules présentent par conséquent à l'observateur leur face convexe la plus étroite et se touchent par la plus large. Mais un léger degré de compression suffit pour les faire tourner sur leur axe; elles montrent alors l'une de leurs deux faces aplaties. On reconnaît facilement ainsi que leur forme et leur structure se rapprochent beaucoup de celles des pinces didactyles des autres acariens tels que les oribates, les tyroglyphes, etc.

Chaque pince est composée d'une tige comme dans les autres arachnides et de deux doigts, onglets ou crochets. La tige représente à peu près les trois quarts de leur masse; elle a la forme générale indiquée plus haut; les deux faces sont comme légèrement plissées ou sillonnées, et non-seulement aplaties, mais encore déprimées avec un rebord saillant, étroit tout autour de la dépression; à sa face externe se trouve adhérent une sorte de stylet, coudé, à pointe mousse qui part

(1) Nicolet, HISTOIRE NATURELLE DES ACARIENS, famille des *Oribatides* (ARCHIVES DU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. Paris, 1855, in-4°, t. VII, p. 403).

(1) C'est pour avoir considéré chaque pièce ou doigt de la mandibule en pince didactyle comme une mandibule distincte que MM. Bourguignon et Delafond parlent de deux paires de mandibules sous le nom de *mandibules supérieures* et de *mandibules inférieures*, ce qui ferait en tout quatre mandibules, deux de chaque côté (Delafond et Bourguignon, RECHERCHES SUR LES ANIMALCULES DE LA GALE, ARCH. GÉNÉR. DE MÉD. Paris, 1858; in-8°, t. XI, p. 30 et 31); mais il n'y en a qu'une paire et non deux.

---

peau de mouton; votre porte-manteau pour oreiller, un drap en calicot plié en double, une demi-couverture, et vous vous couchez comme chez vous.

Votre bagage ne serait pas complet sans une besace en cuir, objet de première nécessité. Réservez un côté pour votre chaussure fine et le linge à blanchir; l'autre compartiment contiendra tous les objets dont vous pourrez avoir besoin en route: votre trousse, votre calepin-journal, avec plume, encre et papier; des imprimés pour vos bons de vivres et de fourrages, votre étui à cigares, allumettes et bougies; des objets de toilette, du linge blanc pour votre arrivée, car vos bagages seront souvent en retard. N'oubliez pas aussi qu'il faut garder une poire pour la soif; ayez donc un en-cas: un biscuit, un morceau de saucisson, une gourde. Conservez cette réserve pour un moment de dépourvu, car parfois, un jour de marche forcée ou de bataille, ce sera toute votre nourriture. Il y a dix ans, en quittant Castel-de-Guido, à quatre heures du matin, le 30 avril, quelques-uns de nos commensaux dédaignèrent une soupe au café. On devait, disaient-ils, déjeuner confortablement à Rome. Point ne fut notre avis, puisqu'on avait tiré la veille sur une reconnaissance. Nous primes ce premier à-compte, et de plus, nous mimes dans notre sacoche un biscuit que l'un d'eux, blessé d'une balle à la cuisse (1), fut bien aise de partager trempé dans l'eau du fossé du rempart, à dix heures du soir. Ce fut toute notre nourriture en trente-six heures de dor et de périlleux labeur.

Votre bagage le plus strictement nécessaire est tout disposé, il vous faut des moyens de transport. Rappelez-vous cette phrase du Buffon de la jeunesse: Le cheval, le plus noble des animaux, est aussi le plus utile à l'homme; il est son fidèle compagnon de voyage et fier surtout de le porter aux combats... Oui, assurément, c'est en expédition qu'on vérifie la justesse de ces assertions. Si vous êtes déjà dans un régiment de cavalerie, rien de plus facile que de vous monter en guerre. Vous partez emmenant deux chevaux et votre ordonnance pour les soigner. Si vous n'étiez pas monté avant le départ, vous avez la latitude de choisir un cheval dans un dépôt de remonte désigné à cet effet, et d'y prendre aussi, mais à titre onéreux, c'est-à-dire à vos frais, un second cheval ou mulet. L'aide-major a, en campagne, des allocations de fourrages pour deux chevaux, dont un acheté par lui. Le médecin-major en a pour trois chevaux, dont deux fournis par l'Etat.

Prenez toujours des chevaux faits, de 7 à 8 ans et au-dessus, dociles, maniables, de bonne nature, se nourrissant bien, et n'oubliez pas, qu'en campagne surtout, c'est d'eux que vous devez vous occuper avant de songer à vous:

Qui veut voyager loin ménage sa monture.

Votre choix est fait, vous avez deux bons chevaux, c'est le moins pour se

(1) Notre brave et ami regretté le capitaine d'Aslelet, tué sur une brèche un mois après, à la tête de ses grenadiers.

de sa base et se porte en avant et en bas. Cette tige est creuse, elle peut être aplatie et contient des fibres musculaires. L'onglet supérieur fait suite au bord correspondant ou le plus convexe de la tige dont il occupe presque tout le sommet. Les côtés de sa base dépassent un peu les faces latérales de la tige, au-dessus desquelles ils font un léger relief ; c'est le plus épais et le plus foncé des deux onglets. Son bord supérieur ou dorsal est incliné en bas et en avant ; il se recourbe en crochet à son extrémité. Ce crochet dépasse un peu les petites dents qui garnissent le bord inférieur qui est droit et représente une dent un peu plus grosse que les autres.

L'onglet inferieur est allongé, grêle, placé au-dessous de l'autre, articulé avec lui par une apophyse conique, et avec la tige par la portion de la longueur qui se trouve en arrière de la tige. La portion qui est au devant de l'apophyse s'avance jusqu'au-dessous du crochet terminal de l'onglet supérieur et s'y termine en pointe mousse; son bord est tranchant, onduleux plutôt que denté. Il est mobile, dans le sens vertical, contre l'onglet supérieur qui est immobile ; les deux mandibules peuvent glisser l'une contre l'autre, alternativement en avant et en arrière dans le sens horizontal.

B. Camérostome et joues. — Le camérostome est la cavité de la partie antérieure du céphalothorax qui reçoit et entoure la base du rostre, un peu en arrière duquel se voit la concavité formée par les branches de la première paire d'épimères. L'épistome le dépasse un peu en dessus et recouvre ainsi la face dorsale de la base du rostre. Celle-ci est entourée, comme le gland par le prépuce, en dessous, c'est-à-dire à sa face ventrale par le bord antérieur du camérostome, qui est là un prolongement du tégument de la face ventrale du céphalothorax. Ce prolongement est mince, transparent, difficile à voir, comme incisé sur la ligne médiane jusqu'au niveau du menton. De là ce bord très-mince se relève de chaque côté, dépasse le céphalothorax et entoure circulairement la partie dorsale du rostre, en dépassant un peu l'épistome. Sur les côtés du rostre, le bord du camérostome se prolonge jusqu'au bout du palpe corespondant, qu'il borde sous forme d'appendice étroit, transparent, incolore. Cet appendice est la joue qui figure à peu près une spatule un peu recourbée en dedans, en empiétant un peu sur la face inférieure du palpe. Son insertion au bord du camérostome se fait par une partie grêle difficile à écarter du palpe et ne se voyant qu'avec un fort grossissement.

Les organes désignés ici sous le nom de *joues* (*genæ*) ont été appelés *faux palpes* ou *palpes secondaires* (1). Mais ces dénominations ne peuvent être acceptées.

C'est déjà un signe qu'un organe est mal déterminé dans sa nature, dans ses rapports et ses connexions, lorsqu'il a pour préfixe de son nom les mots *pseudo* et *faux*; car il n'y a pas de faux organes, ni de faux usages dans les êtres organisés. Des caractères anatomiques précis prouvent ce fait en ce qui concerne l'organe dont il est question ici. D'une part, ce n'est point sur les mâchoires ou la lèvre qu'il s'insère, comme le font toujours les organes auxquels on réserve le nom de palpes; ce n'est point non plus des palpes maxillaires des sarcoptes qu'ils se détachent, comme le font les appendices des palpes de certaines aranéides, telles que les segestries. Il est fixé de chaque côté du camérostome. Il ne porte pas de poils, comme les palpes chez les arachnides en particulier, et surtout il n'est pas formé de pièces articulées, caractère qui ne manque jamais dans ces derniers organes. Enfin les joues dont il est ici question sont incolores, molles et transparentes, comme les téguments des sarcoptes dont elles sont un prolongement et non jaunâtres ou rougeâtres, de la nature des pièces des épimères, comme les palpes et les autres pièces de la bouche chez les acariens.

On doit donner le nom de *joues* (*genæ*) à ces organes : 1° parce qu'ils sont insérés sur les côtés du camérostome, plutôt un peu en avant qu'en arrière : soit directement, comme on le voit sur le *sarcoptes mutans*, soit sur le prolongement très-mince, pâle et transparent, que ce bord du camérostome envoie autour de la base du rostre, sur ses côtés et en arrière ; c'est ce que l'on observe chez le *sarcoptes scabiei*. Ce prolongement en forme de cravate existe aussi chez les tyroglyphes, mais ne porte pas de joues carénées. Ces dernières n'existent que chez les sarcoptes.

2° En second lieu, on doit donner le nom de *joues* à ces organes parce qu'ils se prolongent sur les côtés du rostre et des mandibules en particulier, comme le fait la pièce céphalique des insectes appelée *joue* chez quelques *mélasomes*, beaucoup de *punaises*, etc. (1).

3° Enfin, ce n'est pas de la partie dorsale de la base du céphalothorax qu'elles se détachent, comme le *tectum* qui, chez les *Oribates*, recouvre par sa face inférieure la face supérieure du céphalothorax même (2), mais des côtés et en avant du camérostome. Elles ne sont donc pas comparables au *tectum*.

C. Organes génitaux et anus. — 1° *Organe mâle*. C'est aux dépens des pièces solides d'un segment sternal du céphalothorax aux dépens du quatrième en général, qu'un appareil génital externe se développe chez les arachnides lorsqu'il s'en développe un, ainsi que nous l'avons vu précédemment. Ces pièces, comme les épinières qui portent les quatre dernières pattes, se prolongent plus ou moins loin sous le ventre chez les mâles : ce fait est très-manifeste chez le *sarcoptes scabiei*. Les pièces solides de l'appareil mâle sont dans cette espece colorées en jaune rougeâtre, comme les autres parties solides ; elles sont au nombre de deux principales.

La première est une pièce médiane, impaire, longitudinale, que j'appellerai *sternite* (3). L'extrémité supérieure du sternite est bifur-

(1) Bourguignon, Traité entomologique et pathologique de la gale de l'homme. Paris, 1852 ; in-4°, p. 70.

(1) Gerlach, dont les figures bonnes quant à l'aspect général sont peu exactes dans les détails, les appelle *lèvres;* il nomme *organes de perforation* les mandibules, et *mandibules* les palpes. Ses déterminations des autres organes ne sont guère plus rigoureuses, faute de comparaison avec les autres arachnides (Gerlach, Kraetze und Raeude, Berlin, 1857, in-8°, p. 48, pl. I, fig. 5).

(2) Nicolet, Histoire naturelle des acariens, famille des *Oribatides* (Archives du Muséum d'hist. nat., Paris, 1855, in-4°, t. VII, p. 401-402).

(3) Le nom de *sternite* a déjà été donné par M. Lacaze Dothiers à une pièce de l'armure génitale femelle des insectes qui a sans doute son homologue chez les insectes mâles, et probablement aussi chez les arachnides. C'est pourquoi j'emploie ici ce terme, sans être complétement sûr de l'analogie, mais pour ne pas faire un mot nouveau. Chez les insectes femelles le sternite

---

mettre en expédition : l'un pour vous, l'autre pour vos bagages (1); procédons au harnachement et au chargement.

Le cheval ou mulet de bât recevra sur le dos, d'abord sa couverture de bivouac pliée en huit doubles; la selle anglaise par-dessus, recouverte de son enveloppe en peau ; par précaution, vous y aurez fait adapter une croupière et un poitrail. En station, vous voulez faire une promenade de fantaisie, vous la faites dépouiller de tous ses accessoires. Sur la selle, placez la couverture du cheval que vous montez pliée de la même façon, ainsi que la toile de votre tente. Un surfaix de fil sert à sangler le tout, qui, ainsi disposé, vaut mieux que n'importe quel bât pour protéger le dos de votre monture. Et à propos de protection, notez bien que tous vos harnais doivent être parfaitement conditionnés et ajustés. S'ils blessent vos chevaux, vous vous trouverez bientôt à pied et dans l'embarras.

La selle-bât est disposée comme nous venons de le dire ; il n'y a qu'à y déposer vos deux cantines maintenues l'une et l'autre, sur les flancs du cheval, par deux fortes courroies, et reliées par-dessous au moyen d'une sous-ventrine en fil.

Dans la dépression qui sépare les plans supérieurs et inclinés des deux cantines, vous faites placer les musettes des chevaux, les montants et les piquets de la tente ; deux rations d'avoine et un bottillon de foin; le tout recouvert par un prélart de toile cirée et maintenu par des courroies et un surfaix de charge. Il va sans dire qu'il vous faut de bonnes brides, bridons, longes et entraves avec corde et piquets d'attache.

Ce chargement étant fait avec soin est inébranlable; vos bagages peuvent vous suivre partout et à toute allure, vous arrivent en même temps que vous, ce qui est fort important.

Quant à votre cheval de selle, qu'il soit harnaché à neuf complétement, moins toutefois la schabraque, qui vous serait tout à fait inutile. La selle doit être à la hussarde et recouverte d'une peau de veau chamoisée. L'arçon vous est de grande aide à cheval et supporte commodément la besace et le portemanteau. Le manteau sera roulé sur les fontes, et vous aurez dans vos fontes vos pistolets chargés. — Quoi, docteur, des pistolets ! — Ne vous en déplaise, l'expérience le commande. Pendant la guerre d'Afrique surtout, les Arabes, le plus souvent, harcelaient les arrière-gardes. C'est là qu'il y avait des blessés, c'est là qu'était le poste des médecins. Or là aussi, avec les accidents de terrain, le va-et-vient des charges et des retours offensifs, au milieu parfois de la mêlée ou inopinément isolé, il était bon d'ouvrir l'œil tout en pansant à la hâte les blessés, et d'avoir l'épée au côté et le pistolet à la ceinture. Nous en avons eu la preuve dans le Dahra, en 1845-46.

Si les cas de ce genre se présentaient pour les médecins d'infanterie, à plus forte raison étaient-ils plus fréquents pour ceux de la cavalerie. Les escadrons partent en avant en éclaireurs, ou marchent en flanqueurs; chargeant, vous vous trouverez rapidement à grande distance du point de départ ;

(1) Dans les plaines de la Lombardo-Vénétie, on a suppléé en partie aux chevaux de bât par des voitures de train auxiliaire.

quée, chacune de ses branches s'articule habituellement chez l'adulte avec le coude du quatrième épimère qui lui-même est soudé au troisième, mais ces deux branches n'étant pas encore assez développées chez les jeunes mâles, cette articulation n'a pas toujours lieu, bien que les quatre pattes existent déjà; les arcs de réunion des troisième et quatrième épimères restent isolés, et le bout antérieur du sternite reste libre sur la ligne médiane, simple ou hituberculeux seulement; il est des individus chez lesquels, ainsi que nous l'avons vu, le développement s'arrête là (1). L'extrémité inférieure du sternite est également divisée en deux branches courbes dirigées en bas, et limitant un espace ogival dans lequel est tendu une mince membrane transparente finement grenue; ces branches se coudent brusquement et en dehors pour se terminer en pointe derrière la quatrième paire de pattes; elles méritent peut-être le nom d'épisternites. Une pièce aplatie, tronquée et légèrement concave à son extrémité postérieure, se détache du bord libre de la membrane précédente, et envoie sur son milieu un petit prolongement. Cette pièce est dirigée en arrière, ses bords sont foncés et se courbent en dehors pour joindre les deux branches ogivales du sternite; elle mérite le nom de *pénis* d'après le rôle qu'elle joue dans le coït, et, par comparaison avec son analogue, chez les autres sarcoptides.

Une dernière pièce de l'appareil génital mâle est mobile de haut en bas et de bas en haut, en tournant autour d'un axe transversal représenté par deux prolongements grêles, qui de sa base se continuent avec l'extrémité inférieure transversale des branches en ogive du sternite. Cette pièce a la forme d'un ongle; elle est échancrée du côté de sa base et un peu aussi à son extrémité libre. Le fond de ces échancrures et ses bords sont renflés en bourrelet et foncés. Cette pièce pourra recevoir probablement le nom d'*hyposternite*. Lorsqu'elle est abaissée, le pénis remplit l'échancrure de sa base, dont la concavité est alors tournée en haut. Lorsqu'au contraire l'hyposternite est relevé, il remplit l'espace ogival des branches du sternite et laisse le pénis libre dans toute son étendue (2).

est une pièce médiane impaire antérieure, dépendant d'un anneau abdominal, dans lequel elle représente le sternum des anneaux thoraciques. Elle est saillante au dehors et était appelée autrefois le gorgeret. Les *épisternites* (analogues aux *episternums* du thorax) sont des pièces doubles bilatérales comme les épisternums dépendant du sternite, et autrefois appelées *écailles latérales*, etc. (Lacaze Duthiers, RECHERCHES SUR L'ARMURE GÉNITALE DES INSECTES, Paris, 1853, p. 67, in-4° avec planches.)

(1) Tous les mâles du *sarcoptes scabiei* que Gerlach a figurés croyant qu'ils appartenaient à des espèces diverses parce qu'ils vivaient sur des mammifères différents, sont représentés à cet état de développement (Gerlach, *loc. cit.*, 1857, fig. 3, 13 et 16).

(2) C'est l'état d'arrêt de développement signalé plus haut, que M. Bourguignon a décrit et figuré comme type du *sarcopte* de la gale de l'homme (TRAITÉ DE LA GALE DE L'HOMME, Paris, 1852, in-4°, p. 194 et 206, pl. X, fig. 58) et qu'il a adopté encore avec M. Delafond comme caractérisant le mâle de cette espèce. C'est de l'état de complet développement des deux branches avec contiguïté immédiate aux épimères réunies des troisième et quatrième pattes, qu'ils ont fait une espèce distincte sous le nom de *Sarcoptes suis*, parce qu'ils l'ont observé sur le porc. (Delafond et Bourguignon, ARCH. GÉNÉR. DE MÉDECINE, Paris, 1858, in-8°, t. XI, p. 30.) Mais on rencontre cet état aussi bien que le précédent chez le *S. scabiei*, Latreille, pris sur l'homme, comme chez ceux qui vivent sur le porc, le mouton, le lama, etc. Des particularités analogues s'observent sur presque toutes les pièces des épimères de beaucoup d'acariens.

2° *Organe femelle.* Chez tous les sarcoptes, la vulve est une fente transversale située à la place qui correspond à peu près au milieu du troisième anneau céphalo-thoracique. Elle est convexe en haut sur la ligne médiane, et un peu relevée à ses deux extrémités, elle ne se voit qu'à l'époque où l'animal est susceptible de reproduire et postérieurement à l'apparition de la quatrième paire de pattes. Les lèvres de la vulve ne sont pas renflées, elles sont rapprochées, en sorte que l'ouverture est fermée et ne se voit que sous forme d'une mince ligne transversale, difficile à apercevoir. Lorsque le tégument du céphalothorax se déchire par compression, il est facile de constater par la disposition des ruptures que cette ligne marque réellement une ouverture dont les bords sont rapprochés jusqu'au contact. Chez le *S. scabiei*, sa largeur est d'environ 0mm,085. Au-dessous de la lèvre inférieure dans la profondeur du corps, serait une petite saillie conique.

3° *Anus.* L'anus est une fente longitudinale, souvent un peu entr'ouverte, sur les bords de laquelle le tégument forme un léger bourrelet. Chez le *S. cati*, elle est sur le milieu même du notogastre entourée par les deux rangées de spinnles à pointe mousse qui s'y trouvent; chez le *S. scabiei*, l'anus, long de 0mm,040, est encore sur la face dorsale de l'abdomen, mais son extrémité postérieure atteint exactement le bord correspondant du corps; il en est de même chez la femelle du *S. mutans*; mais chez le mâle et les nymphes de cette espèce l'anus est à cheval en quelque sorte sur ce bord et s'avance autant sur la face ventrale que sur la face dorsale de l'abdomen.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OPÉRATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES ET SOUS-CAPSULAIRES; par le docteur LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

(Suite. — Voir les nos 5, 8, 20, 23 et 30.)

EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE. — Les deux os maxillaires supérieurs composent la mâchoire supérieure. Il est plus facile d'extraire les deux os de la mâchoire ou la mâchoire entière que la moitié de la mâchoire, comme il est plus facile d'ôter un habit entièrement qu'à moitié. La mâchoire supérieure entière doit être extraite du dedans de la bouche, sans incision au visage, lequel doit être conservé intact. L'ouverture de la bouche est la voie naturelle pour extraire la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure; elle est suffisamment ample, et comme elle est formée de parties molles et souples, elle s'élargit et plie selon le besoin.

---

il peut arriver même de faire des marches de plusieurs heures au galop. On suit, et nos camarades des chasseurs d'Afrique et des spahis se sont trouvés ainsi maintes fois entraînés au plus fort de l'engagement ou de la bataille, notamment à Isly (1). Aussi doivent-ils avoir sabre et pistolets. Du reste, même en garnison, ne laissez pas rouiller votre épée dans le fourreau. Les armes, c'est de la gymnastique et par conséquent de l'hygiène. Cassez aussi de temps en temps quelques poupées avec vos pistolets, ne serait-ce que pour étudier leur portée et le degré de charge qu'il leur faut. Tout cela pourra bien ne pas vous être inutile à l'ennemi, peut-être même avec *certains amis*, car, ici encore, on peut bien dire aussi parfois : *Si vis pacem para bellum.*

Vous partez ainsi avec armes et bagages, mais comme l'a fort bien dit M. Vauchette : la première condition en campagne, c'est de vivre; comment fait donc le médecin pour assurer son vivre? S'il est dans un régiment, il fait *popote*, c'est le mot, avec l'état-major (colonel, officiers supérieurs, docteurs, adjudants-majors). Leurs mulets de bât ou la voiture affectée au transport de leurs bagages, portent les provisions de bouche et le matériel de cuisine. Un soldat-Vatel et des aides préparent votre ordinaire avec vos vivres de campagne (1), et les suppléments que vous jugez à propos d'y ajouter selon les ressources du théâtre de la guerre.

Aux ambulances, les officiers de santé et les officiers d'administration des hôpitaux procèdent entre eux de la même façon.

Le vivre en campagne est le point d'hygiène le plus important. Assurez-vous, coûte que coûte, une nourriture large, confortable, réparatrice et tonique. Toutefois, celui qui compterait vivre là comme en résidence fixe, à heures et à régime uniformément réglés, se tromperait grandement. Habituez-vous à prendre une soupe (panade ou soupe au café) dès quatre heures du matin. Ayez un *en-cas* en réserve pour les jours où le déjeuner et parfois le dîner feront défaut. A table ne dégustez pas, mangez et buvez sans y regarder de trop près. Oubliez pour un temps les préceptes de Brillat-Savarin, et n'écoutez que votre appétit qui rarement fera défaut. Il est remarquable de voir combien les estomacs difficiles et délicats, les organisations nerveuses redoutant les excitants, voient leur appétence en toutes choses prendre des proportions jusque-là à eux inconnues. La vie au grand air, les longues marches donnent des estomacs d'autruche. On dépense beaucoup, il faut réparer en proportion. L'estomac largement satisfait et la fatigue aidant, vous

(1) C'est dans une circonstance de ce genre que notre ami le docteur Prieur, entre autres, médecin-major des chasseurs d'Afrique, fut très-grièvement blessé.

(1) L'aide-major a deux rations. Le médecin-major de 1re classe a trois rations de vivres qui sont : pain ou biscuit, viande fraîche ou salée, riz, sel, sucre, café. On est *parfois* à portée de faire des bons de vin remboursables.

La mâchoire supérieure considérée anatomiquement est un os multiple, formé par les os maxillaires, par les palatins, par les apophyses ptérygoïdiennes, par le vomer, par les turbinés, par les os lacrymaux que l'opérateur réunit en un seul os, tandis que la science anatomique les divise. Les os maxillaires sont creux, et l'art ne peut pas détacher le voile pituitaire périosté qui les revêt intérieurement; l'extraction sous-périostée ne peut se pratiquer que dans leur partie externe. Le point principal à séparer est l'union de la mâchoire supérieure avec les os malaires. L'union de l'apophyse nasale ascendante au frontal n'est pas forte, et les unions avec les os lacrymaux, palatins et apophyses ptérygoïdiennes sont fragiles, et elles cèdent à la plus petite secousse que leur transmet l'opérateur.

Extraction bilatérale sous-périostée de la mâchoire supérieure. — Deux incisions sont nécessaires pour l'accomplir, l'une externe, l'autre inférieure.

Incision mucoso-périostée externe. — L'extraction des dents vacillantes dans leurs siéges laisse un champ plus libre pour opérer. La bouche et les joues s'éloignent et se tirent dans la direction voulue, par un aide, par le moyen des doigts ou par le moyen des plaques courbées à l'une de leurs extrémités. On incise la membrane mucoso-périostée de l'alvéole de la dernière molaire d'un côté jusqu'à l'alvéole de la dernière molaire du côté opposé; l'incision se fait près du bord alvéolaire. Le voile mucoso-périosté n'est pas fortement attaché à la surface externe des maxillaires. Que l'on fasse procéder le détachement du périoste, soit du côté droit, soit du côté gauche de la mâchoire. L'adhérence est un peu plus forte dans le milieu et en avant, rencontre des deux maxillaires; mais là le périoste est plus fort avec le levier au delà et en deçà de la symphyse. Avec le levier sur la symphyse, on élève tout entier le voile mucoso-périosté; arrivé un peu plus en haut, vous êtes en correspondance avec la base de l'épine nasale antérieure; soulevez cette épine avec la pointe du levier, la base du nez et son cartilage est détachée de la partie osseuse, vous êtes sous les cavités nasales. Continuez la dissection un peu latéralement et supérieurement, vous détacherez le périoste de la marge concave de l'ouverture antérieure des cavités nasales; maintenant la base du nez se soulève et se tourne en haut. L'espace pour procéder est vaste, et en continuant le détachement du périoste, les deux fosses canines se dépouillent, et de celles-ci on arrive aux fosses jugales et aux tubérosités maxillaires.

Incision mucoso-périostée inférieure. — L'incision s'étend de l'alvéole de la dernière molaire d'un côté à l'alvéole de la dernière molaire du côté opposé; l'incision se fait près du bord alvéolaire. La ligne moyenne du palais est l'endroit où le périoste est le plus adhérent; on commence à détacher la membrane mucoso-périostée de la voûte du palais, un peu d'un côté, un peu de l'autre; on arrive ainsi à la ligne moyenne, et l'on continue à détacher avec le levier jusqu'au delà du bord postérieur des maxillaires. Si la maladie s'étendait aux os palatins et aux apophyses ptérygoïdiennes, on prolongerait le détachement du périoste aux os palatins, au côté externe, à la base des apophyses ptérygoïdiennes; le point d'appui que présentent les chairs rend la chose facile. De même si la maladie s'étend sur les os malaires, sur les os nasaux, sur le plan entier orbital inférieur, nous sommes sur la voie: qu'on continue le détachement du périoste autant qu'on le croit nécessaire, et tous ces os seront facilement dépouillés. Le détachement du voile mucoso-périosté de la voûte du palais doit être aussi poussé plus loin que les limites de l'os malade, et ainsi dans le cas de nécrose de toute la voûte du palais, on détachera le périoste jusqu'au bord postérieur des os palatins, et s'il le faut jusqu'à la surface interne et à la surface concave des apophyses ptérygoïdiennes. On a ainsi évité les vaisseaux et les nerfs qui entourent les os maxillaires.

Le dépouillement des os qui concourent à former le système de la mâchoire supérieure étant achevé, il reste à en terminer l'extraction. Il peut arriver, par l'effet de la nécrose, que les deux os de la mâchoire soient déjà en partie rompus et isolés: dans ces cas, l'extraction se fait peu à la fois et par morceaux. Il peut arriver que la nécrose ait attaqué le corps des os et ne soit pas allée jusqu'aux épiphyses; dans ce cas, celles-ci restent fixes dans leur siége, et l'os est en grande partie isolé. Si la maladie a attaqué le corps et l'extrémité des os, le système maxillaire est déjà isolé et dégagé dans ses unions en grande partie. Le détachement d'une épiphyse de son point d'union pouvait passer inobservé dans l'ancienne extraction, parce qu'il était couvert par le périoste; cela ne peut pas arriver dans l'extraction sous-périostée, parce que le périoste serait soulevé, et les sutures et les articulations seraient mises à découvert. Si la maladie occupe la portion inférieure de l'ethmoïde, cette dernière aussi peut être enlevée. L'extraction achevée, il reste à examiner l'autre que la chirurgie a opéré, et si le cas l'exige on ne doit pas craindre de porter le feu autour, pour détruire les restes du mal et pour rappeler à vie nouvelle les tissus existants.

Suture. — Parmi tant d'opérateurs qui amputèrent les os maxillaires, les uns un seul, d'autres tous les deux, le droit et le gauche en même temps, aucun n'a pu instituer une suture dans la cavité interne, parce qu'on avait aussi extrait, avec les os, le périoste et la muqueuse. L'extraction sous-périostée procède différemment: elle fait l'extraction de la partie osseuse du palais en conservant la membrane mucoso-périostée reproductrice du nouveau palais osseux. Ce que nous avons fait pour la voûte du palais, nous le faisons aussi en avant sur les côtés, et postérieurement aux os maxillaires, en en conservant le périoste. Nous avons pratiqué une caverne, puis une autre; nous en avons cependant respecté les parois naturelles; rapprochons-les donc et plaçons-les en contact par le moyen de points de suture. Qu'on avance la membrane mucoso-périostée du palais, et qu'on l'unisse avec la membrane mucoso-périostée qui couvrait la surface antérieure latérale et postérieure des os maxillaires; si cette dernière n'était pas en bon état, qu'on l'incise et qu'on couse la membrane du palais avec le bord voisin de la muqueuse des joues et de la lèvre supérieure. La suture se fera à points entre-coupés, d'après les règles ordinaires de l'art. Cet avantage est très-grand, puisque le voile *mucoso-périosté*, mou, livide dans les premiers jours, deviendra fort dans les jours suivants, et il acquerra de la tension et de la solidité; une nouvelle substance osseuse s'engendrera en lui pour produire un nouveau palais. J'ai déjà vu cela, comme je le raconterai sous peu. Le périoste externe seul fut conservé tout autour des deux maxillaires; cependant il est possible qu'il se produise une nouvelle substance osseuse pour remplacer l'ancienne. Il est bien vrai qu'on put conserver un

---

goûtez un sommeil profondément réparateur, et la synergie de toutes les fonctions vous donne en même temps vigueur physique et énergie morale:

Mens sana in corpore sano.

Si, au contraire, on apporte en expédition des habitudes de régime systématiquement exigées le plus souvent, on ne suffit pas à sa tâche par affaiblissement ou maladie, quand on n'y succombe pas. En 1846, un de nos maîtres regrettés, M. Gasté, d'une constitution délicate, vint en Afrique chargé de l'inspection médicale; il voulut, dans sa tournée, à l'époque des grandes chaleurs, suivre un régime à peine suffisant pour un convalescent: un peu de lait, des œufs, un potage, faisaient toute sa nourriture avec de l'eau sucrée pour boisson (1), alors qu'il déployait une fiévreuse activité, voyageant et inspectant tout le jour, et passant des nuits presque blanches à rédiger ses notes et rapports. Pris de dyssenterie à Orléansville, il ne voulut pas, malgré nos conseils, s'arrêter à Milianah jusqu'à rétablissement; il continua sa marche, mais ses forces trahirent son courage; huit jours après on faisait ses funérailles à Alger.

(1) Ce régime nous rappelle celui que le docteur Peysson, sectateur exagéré des doctrines de Broussais, avait imposé à sa fille. Le lait et la fécule de pomme de terre avaient toujours fait son unique nourriture; à 18 ans elle mourait d'étisie.

Une alimentation insuffisante pour les gens à grande activité, pour les convalescents et même pour les malades, et concurremment pour ces derniers l'abus des émissions sanguines, ont fait plus de mal par les médecins systématiques que les maladies mêmes. Heureusement, la réaction s'est faite de tous côtés, et aujourd'hui une diététique et une thérapeutique plus en harmonie avec les lois de la nature sont généralement adoptées. Pour nos blessés, par exemple, pour nos opérés, du bouillon, du vin, du café, les mettent en état de prendre rapidement des forces pour se relever d'affaissements qui seraient le plus souvent mortels si l'on n'avait pas fait bonne justice d'erreurs exclusifs et exagérés.

Nous venons de parler de ce qui a trait aux dispositions et habitudes personnelles du médecin en campagne; disons plus spécialement en quoi consistent ses fonctions. Et d'abord, en campagne plus encore qu'en garnison, les médecins des corps doivent proposer et surveiller l'exécution de toutes les précautions hygiéniques à suivre selon la saison, le climat, la castramétation, etc. Ils tiennent note exacte sur des registres *ad hoc* du mouvement de leurs malades à la chambre ou sous la tente, envoyés aux hôpitaux ou aux ambulances; convalescents on proposés pour des congés de convalescence ou de réforme; impotents et proposés pour les eaux minérales, pour les pensions de retraite ou pour les invalides, etc. Quant au service habituel, il repose sur ce principe consistant à maintenir le plus d'hommes possible valides sous les drapeaux, tout en donnant aux éclopés, indisposés ou malades tous les soins exigés par leur état. A cet effet, le médecin d'un corps de troupe fait quotidiennement, en dehors des cas accidentels, une visite de

seul feuillet du périoste, obligé qu'on a été de détruire le feuillet interne formé par la membrane pituitaire; cependant le feuillet externe seul peut être assez puissant pour reproduire tout autour la paroi osseuse extraite; il restait un seul feuillet du périoste aux côtés dont je fis l'extraction, cependant l'ossification devint exubérante; ainsi on peut croire que les parois des os maxillaires mêmes peuvent se reproduire par l'extraction sous-périostée, moyennant la conservation du périoste.

EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — La mâchoire inférieure peut s'extraire et se désarticuler complétement, sans incision au visage. Il est plus facile de l'extraire entière que d'en extraire la moitié seulement. En désarticulant les condyles, on doit tâcher de ne pas couper la capsule, comme nous l'indiquerons en parlant de l'extraction capsulaire.

EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE TOUT ENTIÈRE, Y COMPRIS LES CONDYLES. — Avec la pointe d'une lame triangulaire, on détache la membrane *mucoso-périostée* de la surface externe de la mâchoire inférieure, moyennant une incision à la limite extrême du bord alvéolaire. L'incision commence à la symphyse et s'étend progressivement au côté droit et au côté gauche jusqu'à la dernière molaire. Dans ce trajet, on coupe les nerfs et les vaisseaux du canal dentaire.

Lorsque la dissection est arrivée à la dernière molaire de chaque côté, avec la pointe de la lame triangulaire on incise la muqueuse et le périoste sur le bord antérieur de la portion ascendante tant d'un côté que de l'autre. En continuant à dépouiller la mâchoire inférieure, on arrive à détacher le périoste jusqu'au bord inférieur. Pour faciliter le reste de la dissection, il faut reséquer avec une scie la symphyse du menton. Après avoir achevé cette opération, on détache la membrane *mucoso*-périostée avec plus de facilité de la surface interne de la mâchoire inférieure, en commençant à soulever le périoste qui s'attache aux apophyses géni auxquelles s'attachent les muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens.

Le détachement du périoste de la surface interne et du bord inférieur de l'os est bien rapide jusqu'à la dernière molaire. Le chirurgien saisit le tronc de la mâchoire inférieure avec une main et il la tourne dans les différents sens voulus, pendant qu'avec l'autre, qui est munie du levier, il détache le périoste à l'angle inférieur de l'os, et sur les deux faces de la portion ascendante jusqu'à l'extrême limite de l'apophyse coronoïde. Pendant ce temps, l'artère et le nerf dentaires qui s'insinuent dans le canal maxillaire ou dentaire inférieur se coupent ou se déchirent.

Lorsque l'apophyse coronoïde est dégagée, on isole du périoste avec le levier, avec les doigts, le bord postérieur de la portion ascendante, et le col du condyle, en travaillant entre l'os et le périoste; on arrive dans l'articulation en conservant intacte la capsule articulaire, et on isole entièrement le col et le condyle en conservant aussi intact le muscle ptérygoïdien externe. Le condyle isolé s'extrait avec les moyens ordinaires de l'art, s'il est resté dans la capsule. Que ce qui a été fait pour le côté droit se fasse pour le côté gauche, et ainsi sera faite l'extraction bilatérale sous-périostée de l'os maxillaire inférieur et l'extraction sous-capsulaire de ses condyles.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

V. GAZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les numéros des six premiers mois de 1858 renferment les travaux originaux suivants: 1° *Sur le nerf et sur l'organe olfactif*; par M. Oehl. 2° *Rhino-blépharo-plastique par la méthode indienne*; par M. Scarenzio. 3° *De la médecine hippocratique*; par M. Pignacca. 4° *Législation ancienne et nouvelle relativement aux suicidés et à leur sépulture dans les provinces de la monarchie autrichienne*. 5° *Sur la destruction des tumeurs de la parotide*; par M. Ciniselli. 6° *Coup d'œil sur un cas d'hydrophobie*; par M. Borra. 7° *De l'épilepsie et du meilleur mode de traitement*; par M. Maspero. 8° *Réflexions et expériences pour servir de matériaux à la physiologie du cervelet* (suite); par M. Renzi. 9° *Souvenir d'un voyage en Germanie*; par M. Biffi. 10° *Sur les vapeurs du foie de bœuf dans l'héméralopie*; par M. Torresini. 11° *Pensées d'un vieux médecin sur l'organisation des circonscriptions médico-chirurgicales*. 12° *Les médecins communaux considérés sous le point de vue politique et sanitaire*; par M. Ripa. 13° *De l'utilité de la cautérisation de l'oreille contre la sciatique dans quatre autres cas*; par M. Giovanni. 14° *De la valeur attribuable à l'électro puncture dans le traitement radical de l'hydrocèle en comparaison des autres méthodes*; par M. Tenca-Monsini. 15° *Sur l'électro-puncture pour la cure de l'hydrocèle*; par M. Turchetti. 16° *Sur la transmission du contagium syphilitique*; par M. Cocchi. 17° *De la méthode de traitement des anévrismes par la main seule, priorité due à l'école de chirurgie de l'Université de Padoue*; par M. Vanzetti. 18° *Sur la transmission du contagium syphilitique*; par M. Polli. 19° *Encore sur la transmission du contagium syphilitique*; par M. Cocchi. 20° *Sur les aliénations mentales dites sympathiques et sur un cas d'aliénation mentale à forme mixte avec épilepsie en rapport avec une tumeur abdominale*; par M. Castiglioni. 21° *Rapport sur quelques monographies des névralgies brachiales*; par M. Biffi. 22° *Sur la compression indirecte pour le traitement des anévrismes*; par M. Trombini. 23° *Monographie des névralgies faciales*; par M. Lussana. 24° *Sur les cures faites dans l'établissement hydrothérapique de la villa d'Este, sur le lac de Côme, en 1857*; par M. Signoroni. 25° *Note et observations sur un cas d'amaurose glaucomateuse guérie par le moyen de l'iridectomie*; par M. Quaglino.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES AVEC LA MAIN SEULE; par M. VANZETTI.

L'auteur rappelle qu'il y a trois quarts de siècle, on eut l'idée que, pour guérir un anévrisme, il n'était pas nécessaire d'inciser les chairs, mais qu'il suffisait de comprimer du dehors le tronc artériel, dont le sang se rend à la tumeur.

Cette méthode, dite de la *compression indirecte*, est due à Guattani.

---

tous les hommes qui lui sont présentés, le matin quand on est en station, le soir quand on est en marche. Il y a dans cet examen un double écueil à éviter: c'est, d'une part, de ne pas dispenser de service des hommes qui peuvent alléguer des indispositions prétextées, d'autre part, à ne pas priver d'exemption ou ne pas différer d'envoyer aux ambulances ceux qui sont véritablement indisposés ou malades. On ne saurait croire combien cette double préoccupation exige de tact, de prudence et de savoir en diagnostic. Soyez trop facile et vous compromettez la bonne exécution du service dans un régiment. Soyez trop sévère et vous vous exposez à des mécomptes d'autant plus graves que vous pouvez compromettre la santé et même l'existence d'hommes confiés à vos soins et à votre sollicitude. Si, après mûr examen, il y a doute, que votre décision penche en faveur des intéressés. C'est la seule règle de conduite à suivre pour les quelques cas embarrassants que vous pouvez avoir, à plus forte raison quand il n'y a pas de doute pour vous, quoi qu'on puisse vous dire par prévention parfois contre certains individus. Un exemple: en 1847, au marabout sons Milianah, où nous avions bivouaqué en partant pour l'expédition du sud vers Aïn-Maddhy, le colonel de notre régiment et les trois officiers d'une compagnie vinrent assister à notre visite, nous priant de nous tenir en garde contre un soldat qui, disait-on, avait trouvé faux prétexte plusieurs fois pour ne pas faire expédition. Notre examen ne fut pas long, cet homme était bel et bien au début d'une fièvre rémittente, et son billet fut établi pour le transporter à l'hôpital, où malgré les soins qui lui furent donnés, il succomba en peu de jours à des accès pernicieux.

Un jour de bataille, les médecins accompagnent leurs régiments partout où ils s'engagent, se tenant à portée d'en suivre tous les mouvements et de donner diligemment les premiers soins aux blessés que des hommes du train viennent relever en brancards, en cacolets, en litière ou en voiture, pour les transporter aux ambulances volantes les plus voisines de chaque division et des quartiers généraux.

Cette situation n'est pas sans dangers pour les médecins, ils entendent de près le ronflement des projectiles de toute sorte, et plus d'un y est touché. A Solferino, une des premières balles fut pour un de nos camarades qui, atteint à la cuisse, commença sur lui-même son premier pansement et remonta à cheval. Grand nombre, à partir du médecin en chef de l'armée, ont couru de grands dangers, et plusieurs ont été blessés, peu grièvement pour la plupart. Les blessures n'ont pas toujours été aussi *heureuses* pour les médecins, outre ceux qui ont péri dans les guerres d'Afrique et de Crimée, il existe dans les archives du ministère un chiffre de plus de 7,000 chirurgiens militaires groupés dans la catégorie des tués, morts ou disparus à l'ennemi pendant les guerres de l'Empire.

Vaudrait-il mieux, dans le but d'une intervention plus utilement chirurgicale, que les médecins des corps fussent réunis par trois ou par quatre, pour former des ambulances avancées, à distance des lignes des combattants? Cela serait possible et plus utile si les lignes de bataille restaient fixes comme à une revue ou à un camp de manœuvre; mais à la guerre, avec l'imprévu et la mobilité changeant à chaque instant l'ordre des choses, les médecins seraient exposés à perdre de vue leur corps à portée desquels ils doivent se trouver constamment, tant pour les soins effectifs qu'ils peuvent donner que

Pour l'exécuter convenablement, on a imaginé une foule de procédés, d'instruments et de machines, avec lesquels on a obtenu déjà bon nombre de guérisons. Mais ces guérisons n'ont pas été obtenues sans de grandes douleurs, de grandes incommodités et même de périls pour les malades, de grandes craintes et de grands ennuis pour les chirurgiens.

Depuis quelques années, on a trouvé et on enseigne, dans l'Université de Padoue, le moyen de guérir un malade atteint d'anévrisme guérissable, sans *douleur*, sans *incommodité*, sans *péril*, et en peu de jours.

Depuis quatre ans, on enseigne dans cette école que le vrai moyen de guérir tout anévrisme guérissable est de faire la compression du tronc artériel sans aucun instrument, sans aucun appareil, sans compresseur mécanique d'aucune sorte, mais de la faire toujours avec la *main seule et nue*.

Cinq succès déjà obtenus par M. Vanzetti ou ses élèves démontrent l'excellence de la méthode.

Le chirurgien de Padoue revendique pour l'Italie, non-seulement l'idée de la méthode de la compression, mais encore la gloire de l'avoir portée à sa plus grande perfection. Il résume la méthode en disant qu'elle guérit *sûrement, facilement, promptement,* sans *péril*, sans *douleur*, et par l'œuvre de la *main seule et nue*.

COMPRESSION INDIRECTE DANS LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES ; par M. TROMBINI.

Les novateurs sont naturellement portés à s'exagérer l'importance de leurs découvertes et de leurs procédés. Il peut donc y avoir utilité à mettre à côté de l'article précédent les observations qu'ont suggérées à M. Trombini les écrits du professeur de Padoue.

Lorsque l'honorable professeur réclame la priorité pour la méthode de traitement des anévrismes avec la main seule, et qu'il affirme l'avoir employée publiquement depuis 1840, personne ne doute de sa parole et ne lui conteste ce titre.

Mais lorsqu'il ajoute que les malades guérissent *facilement, promptement, parfaitement* et *sans douleur*, il y a malheureusement des revers à opposer à ses succès.

M. Nélaton a fait pratiquer la compression digitale par vingt-quatre de ses élèves, et cependant il n'a pu épargner de très-grandes souffrances aux patients. Dans un cas, la mort est survenue.

Dans son ouvrage sur les anévrismes, M. Broca s'exprime ainsi :

« Mais en voilà bien assez sur la compression digitale, qu'on ne peut songer à ériger en procédé ordinaire, et qu'on devra réserver pour des cas tout à fait exceptionnels. »

Un autre motif a déterminé M. Trombini à donner quelque attention à l'écrit de M. Vanzetti.

Il ne veut pas que le silence de tous les chirurgiens italiens les fasse accuser par les autres nations d'accréditer l'opinion qu'à eux revient tout le mérite, qui ne leur appartient qu'en partie, du traitement des anévrismes par la compression indirecte.

En lisant l'ouvrage de Guattani (DE EXTERNIS ANEURISMATIBUS), imprimé à Rome en 1772, on trouve que la compression ne constituait pour lui qu'un moyen auxiliaire ajouté à la méthode de Valsalva, aidant le repos et l'affaiblissement provoqué de toute manière convenable. L'illustre médecin de Rome était donc bien loin du véritable principe qui fait le prix de la compression indirecte.

Ce principe, qui est de ralentir le courant sanguin de la tumeur anévrismatique pour favoriser et provoquer le coagulum actif dans la cavité de la tumeur même, fut précédé de tentatives incertaines, fort souvent inefficaces et même dommageables au point d'en retarder le développement complet, jusqu'en 1825, et la science le doit à Belmas (de Strasbourg), qui d'abord l'a érigé en doctrine ; comme aussi on doit à ce chirurgien, aussi modeste que bien méritant, le vrai procédé efficace pour poursuivre l'effet de la méthode, c'est-à-dire la compression multiple et alternative. Aussi les praticiens avaient dû suivre le fil que leur avait mis en main le chirurgien de l'Alsace, et la période irlandaise, dite période d'application, n'aurait pas été retardée de tant d'années jusqu'en 1842. Si, poursuit M. Trombini, les Français, qui pourtant ont fourni un si large tribut, se contentent de l'avantage d'avoir cultivé le terrain dont les Irlandais ont recueilli les fruits, M. Vanzetti pouvait se contenter du titre auquel nous pouvons et devons aspirer, nous Italiens, d'avoir défriché les premiers ce terrain, avec l'œuvre et le génie de l'immortel Guattani.

VI. LO SPERIMENTALE (1).

Les numéros de janvier, mars, avril, mai et juin 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Du moyen de rendre les études plus utiles à l'art de guérir*; par M. Bufalini. 2° *De l'inoculation du virus blennophthalmique dans le cas de pannus s'étendant sur la cornée*; par M. Paoli. 3° *D'un cas de leucocythémie observée dans l'École d'anatomie pathologique de Florence, avec quelques considérations sur la leucocythémie en général*; par M. Mattei. 4° *De quelques leçons orales sur l'infection purulente des femmes en couches, faites par M. Pellizari dans l'École d'anatomie pathologique de Florence*; par M. Buamici. 5° *Études hydrologiques sur l'eau minérale alcaline gazeuse de Condillac*; par M. Tampier. 6° *De quelques conditions physiologiques de l'appareil locomoteur, prédisposant aux difformités*; par M. Landi. 7° *De l'efficacité ténifuge de quelques médicaments anciens et nouveaux*; par M. Fallani. 8° *Note sur une méthode particulière proposée pour le traitement de quelques tumeurs sanguines*; par M. Pétrequin. 9° *Fistule borgne externe à l'anus, dépendant d'un vaste abcès né dans la fesse droite*; par M. Finocchi. 10° *De l'application de l'électricité dans trois maladies*; par M. Gatteschi. 11° *Sur le sucre trouvé dans les urines des femmes grosses, accouchées ou nourrices*; par M. Cappezzuoli. 12° *Histoire d'une dilatation extraordinaire de l'urètre*; par M. Palamidessi. 13° *Discours historique sur l'acarus de la gale*; par M. Livi. 14° *Histoire de deux observations cliniques*; par M. Consolini.

(1) Nom nouveau que prend la GAZETTA MEDICA ITALIANA (TOSCANA).

---

pour l'effet moral de leur présence.

Sur le champ de bataille donc, pour n'avoir pas mission de faire le coup de feu, le médecin des corps de troupes n'en est pas moins soldat presque à l'égal du combattant.

Il est pourtant une mission toujours aussi périlleuse qu'elle est généralement peu efficace, et que nous laissons à qui de droit le soin de décider, s'il y aurait lieu à la modifier, nous voulons parler du service de la tranchée lors d'un siége. Le courage bien connu, souvent téméraire de nos camarades, nous permet de parler, nous ne dirons pas dans un sens de prudence modératrice, mais dans un but d'emploi plus profitable au bien du service. Un médecin suit quelquefois son régiment, de garde dans les boyaux de tranchée, jusque sous la brèche, comme il nous est arrivé à Rome. Parfois des boulets d'enfilade ou par ricochet, des bombes et des obus éclatent de toutes parts, concurremment avec une grêle de balles et une pluie de mitraille. Il y a des blessures nombreuses et souvent très-graves autour de lui, des membres seront fracassés ou emportés, il pourra y avoir des cas d'amputation immédiate; eh bien, seul, il est dans l'impossibilité de la pratiquer, il lui faut d'autres aides que des soldats de bonne volonté, mais inhabiles à le seconder, et qui d'ailleurs braves au feu se trouveront mal en voyant couler le sang d'une opération. Toutefois, le médecin peut seul, avec quelques aides improvisés quand même, mettre un premier appareil, arrêter une hémorrhagie grave par compression sinon par ligature, placer le blessé dans la position la plus convenable pour être transporté à l'ambulance la plus voisine. Pendant le jour donc, sa présence isolée peut être réellement utile dans la tranchée, mais pendant la nuit où il est défendu d'avoir de la lumière, les chirurgiens des régiments seraient autrement utiles aux ambulances des dépôts de tranchée, dont ils renforceraient le personnel, si souvent trop exigu pour le nombre disproportionné des blessés, lors des chaudes affaires, comme sorties, attaques de nuit, etc.

Les ressources matérielles pour le service médico-chirurgical dans les corps de troupes sont le sac, les sacoches et les cantines d'ambulance. Dans l'infanterie, un sac de soldat est disposé à l'intérieur en compartiments où se trouvent une trousse à amputation, des objets de pansements et quelques médicaments usuels, tels que cérat, acétate de plomb liquide, alcool camphré, du laudanum, de l'éther, de l'ammoniaque, des paquets d'émétique, etc. Il y a en compresses, bandes, charpie, sparadrap, linge et petits bandages préparés de quoi faire de trente à quarante pansements.

Cet approvisionnement, qui, dans la cavalerie, est porté dans des sacoches en forme de besaces, serait trop insuffisant pour les jours de combat ; aussi a-t-on comme réserve les cantines d'ambulance, dont l'une est dite de chirurgie et l'autre de pharmacie en raison du genre d'approvisionnement qui est dans chacune ; ce sont deux coffres qui, bien garnis, font la charge d'un fort mulet.

Ces cantines, dont chaque bataillon est muni d'une paire, permettent, surtout quand on reste dans un poste isolé, d'installer avec les ustensiles, les médicaments, les objets de petits et grands pansements, les appareils à fractures, les instruments de chirurgie, etc. ; d'installer, disons-nous, une ambulance régimentaire sous tentes, sous gourbes ou en locaux dont on prend posses-

TUMEUR SANGUINE DU POIGNET GUÉRIE PAR L'INJECTION D'ACIDE CITRIQUE; par M. PETREQUIN.

M. Bourland a recueilli à la clinique de M. Pétrequin l'observation suivante :

OBS. — Jeune fille de 24 ans, portant à la main gauche une tumeur qui la fait tellement souffrir quand elle se livre à un travail quelconque, qu'elle est obligée de la tenir en repos. La tumeur, qui a paru dès sa plus tendre enfance, a été continuellement en augmentant de largeur et de volume, puis elle est devenue saillante et résistante, et s'est étendue de la paume au dos de la main. La pression sur la face palmaire de la tumeur la fait saillir plus fortement sur la face dorsale, et *vice versa*.

Sensation de fluctuation qui indique la présence d'un liquide. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide séro-sanguinolent.

La nature de la tumeur connue, il fallait préciser son siége anatomique. Le professeur n'hésita pas, en se fondant sur tous les caractères de la tumeur, à la placer dans une des bourses séreuses des tendons du poignet. En effet, M. Pétrequin, dans la seconde édition de son TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE, a observé et décrit sur la préparation de M. Foltz, indépendamment des deux bourses latérales bien connues, une troisième bourse qui n'existe que chez quelques sujets et qui est placée en arrière des paquets des tendons fléchisseurs entre les deux précédentes. C'est elle qui est le siége de la tumeur.

M. Pétrequin chercha à enflammer la poche avec la canule du trocart explorateur; ce fut sans résultat. Il chercha alors un liquide qui pût coaguler le liquide séro-sanguinolent et produire l'effet désiré. L'acide citrique étendu fut alors injecté. Il y eut de fortes douleurs, la partie se tuméfia et la tumeur devint plus dure.

L'inflammation interne qui se développa fut combattue par les antiphlogistiques. Un mois après l'opération, la jeune fille sortit de l'hôpital; quinze jours plus tard, elle revenait montrer sa main parfaitement guérie. Ce fait est une confirmation de la valeur réelle que présente pour la pratique la NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT POUR CERTAINES TUMEURS SANGUINES que le professeur lyonnais expose dans sa CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON (1850, p. 74.)

DILATATION EXTRAORDINAIRE DE L'URÈTRE; par M. PALAMIDESSI.

OBS. — Homme de 50 ans, affecté d'ischurie. Vingt années auparavant, il tomba et fut frappé à la région périnéale d'un corps dur; il sortit du sang par l'urètre; depuis ce moment, la faculté d'émettre les urines alla progressivement en diminuant, et une tumeur parut et s'accrut graduellement au périnée.

Lorsque le malade fut examiné pour la première fois, il était en proie à une grande agitation par la difficulté d'uriner. Il existait au périnée, entre le scrotum et l'anus, une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, couverte de téguments absolument sains, mais distendus; elle était transparente, élastique et fluctuante; pressée avec force, elle se réduisait comme une tumeur herniaire ou un abcès par congestion, et alors la vessie augmentait de volume, se tendait de plus en plus, et le sujet était pris d'un besoin irrésistible d'uriner. Dès qu'on cessait la pression, la tumeur se remplissait aussitôt au grand soulagement de la vessie, et si le malade faisait des efforts pour uriner, elle augmentait de volume, se tendait fortement et semblait presque vouloir se rompre. La maladie avait fait des progrès, surtout depuis un an.

Il était facile de diagnostiquer une dilatation extraordinaire de l'urètre produite et maintenue par un rétrécissement organique très-solide d'un point du canal.

Le cathétérisme ayant été inutilement tenté, M. Palamidessi se décida à inciser longitudinalement et sur la ligne médiane dans l'étendue d'un pouce la grande tumeur périnéale. L'urine sortit à flots; le doigt introduit reconnut qu'on était dans la portion membraneuse de l'urètre énormément dilatée derrière le rétrécissement. On trouva en arrière et en haut l'orifice de la vessie qui contenait encore beaucoup d'urine qu'on évacua à l'aide d'une sonde de gomme élastique.

La sonde fut maintenue à demeure dans la vessie pendant vingt jours, en ayant soin de la changer tous les trois ou quatre jours.

Pendant ce temps, on s'occupait du rétrécissement. Une sonde en argent fut introduite dans la partie de l'urètre antérieure à la coarctation; la sonde relevée vers l'abdomen, on put faire saillir entre les lèvres de la plaie périnéale la portion de l'urètre affectée de rétrécissement. Il fut facile de faire une incision médiane longitudinale de 4 à 6 lignes sur cette espèce de cul-de-sac de l'urètre. Le cathéter apparut alors entre les lèvres de la plaie de l'urètre et celles de la plaie du périnée. Celui-ci fut remplacé par une sonde en gomme élastique qu'on fit parvenir jusque dans la vessie.

Depuis ce moment on continue le traitement curatif en augmentant progressivement de calibre tous les cinq ou six jours les sondes introduites dans la vessie par la voie naturelle.

Lorsque le malade sortit de l'hôpital, il y avait oblitération complète et solide de l'ouverture périnéale, plus de poche au périnée, sortie facile des urines qui étaient d'apparence normale.

VII. GAZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros des six premiers mois de 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Nouvelle observation de cathétérisme de la trompe d'Eustache*; par M. Gerruti. 2° *Remarques sur des cas pratiques*; par M. Turchetti. 3° *Grossesse extra-utérine presque à terme*; par M. Rizzo. 4° *Asphyxie par le gaz d'éclairage*; par M. Otho. 5° *Exemple d'adondite mortelle reconnue par l'autopsie*; par M. Fenoglio. 6° *Recherches anatomiques et physiologiques sur les fausses membranes de la pleurésie, considérée spécialement chez le cheval*; par M. Saint-Cyr. 7° *Cystotomie génée par la chute spasmodique du rectum; combinaison de deux méthodes opératoires; extraction d'un calcul enkysté; guérison*; par M. Baffico. 8° *Sur les maladies régnantes*; par M. Berruti. 9° *Ulcères fongueux à l'extrémité du gland*; par M. Riboli. 10° *Observation de diarrhée périodique guérie par le bisulfate de quinine*; par M. Berruti. 11° *Observation d'herpès circinatus communiqué du cheval à l'homme*; par M. Galligo. 12° *Pancréatite avec terminaison par suppuration*; par M. Riboli. (Les symptômes essentiels ont consisté en une fièvre continue avec exacerbation le soir; efforts de vomissements amenant un liquide salivaire salin; douleurs locales profondes et lancinantes, teinte subictérique; déjections semblables au liquide salivaire, c'est-à-dire pituiteuses, blanchâtres, sans odeur, tantôt avec constipation, tantôt avec diarrhée; ptyalisme, pyrosis, soif ardente et amaigrissement.) 13° *Essai d'une nouvelle théorie pour expliquer les fonctions du corps thyroïde*; par M. Forneris. (L'auteur pense que la fonction principale et essentielle, sinon exclusive, du corps thyroïde, est d'être le diverticulum de la circulation ar-

---

sion, ayant les proportions et les avantages d'un petit hôpital temporaire. C'est remarquable de voir toutes les ressources qu'on peut tirer de cette réserve si l'on a soin de la maintenir approvisionnée conformément aux prescriptions réglementaires.

Le matériel d'une ambulance constituée, surtout celle d'un quartier général qui doit souvent fournir des approvisionnements aux corps de troupes et aux ambulances divisionnaires, est autrement considérable. Ici c'est par fourgons qu'on transporte tout ce que le service médico-chirurgical des camps et des champs de bataille peut exiger en matériel d'hôpital, en instruments de chirurgie, en appareils et objets de petits et grands pansements, en médicaments de toute sorte, etc. Tout cela est casé méthodiquement dans des compartiments spéciaux avec numéros et listes-inventaires; aussi est-ce une étude à la fois complexe et intéressante que le maniement d'un caisson d'ambulance dans les profondeurs duquel un aide exercé va, sur votre demande, mettre rapidement la main sur mille objets divers.

Dans les ambulances, les médecins sont par groupes de quatre, de cinq et plus pour pratiquer méthodiquement, mais le plus promptement possible, les opérations et les pansements que nécessitent les lésions de toute espèce de leurs blessés. On procède comme il suit : on s'établit autant que possible dans une ferme avec cour et dépendances. Le foin et la paille forment les premières couchettes pour les blessés qui affluent, arrivant soit d'eux-mêmes quand ils sont atteints superficiellement aux parties supérieures du corps, soit le plus souvent portés en brancards, en cacolets, litières ou chariots du train.

Pour mettre un peu d'ordre dans tout ce désordre, un délégué un ou deux aides pour procéder au triage des blessés par catégories de gravité. Il s'agit, en effet, de présenter à l'examen et à la décision du médecin-chef les cas les plus urgents à opérer. Ce choix est très-important et aussi très-pénible. Tous les blessés manifestent, on le comprend, le désir, puis l'impatience d'être pansés ou opérés, et cependant faut-il rigoureusement donner la préférence aux cas les plus urgents, quel qu'ait été le moment de leur arrivée. Aussi advient-il parfois qu'on doit prendre tout d'abord les blessés arrivant à l'instant, pendant qu'on fait attendre ceux qui, blessés du matin, de la veille même, sont atteints moins grièvement. Le médecin donc qui a mission de faire le choix des blessés à opérer par échelle de gravité a une grande responsabilité. Il faut voir, examiner, palper, pondérer la gravité de chaque blessure, et le travail est véritablement excédant quand il y a 700, 1,200, 1,500 blessés encombrant vos ambulances et leurs approches. Enfin, un fait pour le mieux; ce qu'il y a de certain, c'est que le groupe spécialement chargé des opérations ne manque pas de sujets, et pour suffire à tout on procède prudemment sans doute, mais le plus promptement possible.

L'opérateur ayant distribué le rôle de ses aides pour la compression, le maintien du blessé et du membre à opérer, le relèvement des chairs, la pose des ligatures, la présentation des instruments, l'appareil étant du reste préparé à l'avance de toutes pièces, on procède à la chloroformisation. Nous répéterons sur ce point ce que nous avons déjà dit : il n'y a que les gens dépourvus d'expérience personnelle qui, ayant rarement, timidement ou mal employé le chloroforme, se font des craintes exagérées sur cet agent,

térielle du cerveau pendant le repos de cet organe, c'est-à-dire pendant le sommeil.) 14° *Double plaie par un couteau dans le côté droit de la poitrine avec pénétration dans le poumon correspondant;* par M. Berruti. 15° *Influence salutaire du climat des montagnes dans le traitement de la phthisie pulmonaire commençante ;* par M. Gastaldi. 16° *De la nature médicatrice et de la curabilité des maladies.* 17° *Compression digitale sur les artères dans le traitement des anévrismes;* par M. Riberi. 18° *Thérapeutique hydrologique des inhalations minérales;* par M. Garelli. 19° *Courtes annotations sur la méthode de la compression indirecte, etc., dans le traitement des anévrismes;* par M. Borelli. 20° *De laérutrine, remède succedané de la saignée dans les inflammations aiguës;* par M. Ghilia. 21° *Observation de hernie inguinale étranglée chez un enfant de 37 jours;* par M. Borelli. 22° *Sur la méthode de la compression digitale dans le traitement des anévrismes;* par M. Vanzetti. 23° *Hémorrhagie pulmonaire promptement mortelle;* par M. Riboli.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CRURALE GUÉRI PAR LA COMPRESSION DIGITALE; par M. RIBERI.

OBS. — Un employé du service des chemins de fer, jeune, de bonne constitution, de tempérament sanguin bilieux, qui avait été infecté d'accidents vénériens locaux mal traités, reçut en tombant, il y a deux mois et demi, de la hauteur d'une locomotive, une commotion grave à la moelle épinière. Selon toute probabilité, les parties molles des extrémités inférieures durent subir une grande distension, parce que, pour prévenir sa chute, il s'appuya avec force sur elles. Cette chute fut suivie d'une myélite subaiguë et d'un anévrisme du tiers inférieur de l'artère crurale gauche qui, pendant quelque temps, fut pris par le malade pour une douleur rhumatique.

Après un mois et demi de souffrances, pendant lequel l'anévrisme ava't pris le volume de la moitié d'une orange, il entra à la clinique où il subit d'abord un double traitement pour la myélite et pour la maladie vénérienne. Cela fait, on eut recours à la pression conseillée par M. Vanzetti ; il va sans dire qu'elle fut faite sur la branche horizontale du pubis.

Après deux heures de pression, la douleur de l'anévrisme, auparavant violente, avait cessé, ainsi que les pulsations; quatre autres heures après, le sang de la poche anévrismale s'était coagulé, de sorte que la tumeur présentait une notable dureté. Pour solidifier encore plus ce coagulum, on fit des applications de compresses trempées dans de l'eau glacée et bien renouvelées. Aujourd'hui, après quatre jours de compression, la tumeur anévrismatique indolente, sans pulsation et dure, décroît rapidement.

Ce résultat est tellement extraordinaire, par la rapidité vraiment insolite de la guérison, qu'il doit être considéré comme exceptionnel; il est douteux qu'il s'en présente beaucoup d'autres analogues, et l'on serait presque tenté de croire que la coagulation du sang avait peut-être déjà commencé à s'opérer partiellement avant la compression digitale.

VIII. GIORNALE D'OFTALMOLOGIA.

Les fascicules des six premiers mois de l'année 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Etudes sur les staphylomes*, par M. Borelli. 2° *Extraction de la cataracte par une incision linéaire de la cornée*, par M. Sperino. 3° *Sur le traitement de la blennorrhée du sac lacrymal et des premiers degrés de la fistule lacrymale*, par M. Quadri. 4° *Sur l'utilité de l'iridectomie dans le traitement du glaucome*, par M. Sperino. 5° *Sur le traitement du staphylome par la méthode de la ligature modifiée*, par M. Borelli. 6° *Observations pratiques sur le traitement de l'oblitération du canal nasal, par le moyen de la cautérisation par la chaleur électrique*, par M. Restelli. 7° *Anévrisme de l'artère ophthalmique guéri par la compression digitale*, par M. Gioppi. 8° *Compte rendu statistique du dispensaire ophthalmique de Parme en* 1856 *et* 1857, par M. Ponti. 9° *D une simplification de l'opération de la cataracte par extraction*, par M. Sperino. 10° *De la xérophthalmie, de la tumeur et de la fistule lacrymale*, par M. Sichel.

TRAITEMENT DE L'OBLITÉRATION DU CANAL NASAL PAR LA CAUTÉRISATION A L'AIDE DE LA CHALEUR ÉLECTRIQUE; par M. RESTELLI.

La cautérisation du conduit nasal normal ou de nouvelle formation, par le moyen d'un fil de platine appliqué en guise de séton, et ensuite rougi, a donné à l'auteur de cette méthode des résultats si favorables, prompts et durables, qu'il la considère comme une précieuse ressource de la chirurgie oculistique.

OBS. — Une dame était sujette depuis deux ans, pendant l'époque menstruelle, à une affection érysipélateuse de la face. Depuis vingt mois elle avait commencé à présenter une petite tumeur à l'angle interne de l'œil gauche, avec larmoiement continuel. En comprimant la tumeur, il sortait du point lacrymal inférieur correspondant un véritable pus. Après la pression de la tumeur, la narine qui d'abord était sèche, devenait légèrement humide.

D'abord avec la seringue d'Anel on fit des injections par le point lacrymal inférieur dans le sac, avec des solutions astringentes. Après quelques jours, il semblait qu'il y eût amélioration, mais la récidive fut prompte. On passa alors à l'ouverture du sac pour reconnaître l'état du canal nasal. On diagnostiqua une tuméfaction et un épaississement de la muqueuse. Dilatation graduée avec les bougies seules ou enduites d'onguent gris, ou à la ciguë, à l'iode, au précipité rouge. Ce fut sans succès, de même que les injections au sulfate de cuivre, la pierre infernale, la potasse caustique. L'amélioration fut toujours temporaire. Alors M. Restelli pratiqua la cautérisation de la superficie du canal nasal par le moyen d'un fil de platine appliqué en guise de séton, et rougi par la chaleur électrique.

Deux jours après, il enleva le fil qui entraîna avec lui une portion d'escarre.

Pendant trois autres jours consécutifs, il pratiqua des injections dans le canal avec de l'eau tiède qui favorisait mécaniquement la sortie du restant des tissus cautérisés. Dès que le canal fut libre, on favorisa la cicatrisation de la plaie, en pratiquant deux fois par jour des injections avec la décoction de quinquina et de vin opiacé pendant six jours consécutifs. Dans l'intervalle d'une injection à l'autre, on maintenait la dilatation du conduit par une petite bougie.

Quinze jours après la cautérisation, on avait obtenu la guérison non-seulement du canal nasal, mais encore de la plaie qu'on avait pratiquée au sac.

Il n'y eut plus de récidive.

L'employer sans précaution et sans discernement serait une grave imprudence; mais avec l'habitude on arrive à une hardiesse et une promptitude d'exécution nécessaire dans les cas d'encombrement de blessés. On prend une compresse roulée en cône, au fond de laquelle on place un petit plumasseau de charpie imbibé de chloroforme; on présente sous le nez du blessé ce petit appareil simplement improvisé.

On le présente, disons-nous, mais on ne lui bouche pas le nez; il est essentiellement nécessaire de faire respirer tout à la fois des vapeurs chloroformiques et de l'air mélangé; car nous sommes convaincu que la plupart des accidents mis sur le compte du chloroforme pourraient plutôt être imputés à tous ces appareils à obturateurs hermétiques qui exposaient le patient à l'asphyxie par manque d'air, et dont la saine expérience a fait bonne justice.

Respirant comme nous l'avons dit, le blessé pourra être quelquefois assez longtemps avant d'être influencé par les vapeurs anesthésiques; ne perdez pas patience : après cinq, six ou sept minutes au plus, vous l'entendrez parler avec jactitation, il y aura bientôt ivresse chloroformique, délire plus ou moins agité, puis collapsus. Là faites éloigner le chloroforme et commencez l'opération. Si le patient dénote encore quelque sensibilité par des mouvements convulsifs, prévenez des mouvements désordonnés et compromettants pour la sécurité de l'opération, en faisant encore quelques passes avec le cornet retiré aussitôt que le calme est rétabli. La respiration est normale, le pouls est très-perceptible et régulier; le blessé a le facies d'un homme profondément endormi; achevez votre opération en toute sécurité; votre blessé commencera à se réveiller quand vous passerez quelques points de suture, souvent même quand vous l'aurez pansé tout à fait, et alors il vous demandera si vous allez bientôt commencer quand déjà tout est terminé.

Nous avons eu un cas de ce genre dans notre ambulance du quartier général à Médole, le jour de la bataille de Solferino. C'était un caporal de voltigeurs qui avait eu la jambe droite broyée à la partie moyenne par un boulet. Il était d'une forte constitution et sans la moindre stupeur. Très-résolu à subir l'amputation qu'il jugeait lui-même inévitable, on le soumet à l'inhalation du chloroforme. Il respirait depuis un moment sans mot dire, et sur cette réflexion d'un de nos aides : il dort! il répartit : Mais non, sans doute, je ne dors pas; ce que vous me faites respirer ne se t à rien ! A la quatrième, à la cinquième, à la sixième minute, même état réfractaire. Patience, dis-je, continuons à faire respirer le chloroforme d'un peu plus près. Enfin, à la septième minute, cet homme part d'une bordée d'invectives, et quelques passes encore firent succéder à l'ivresse chloroformique la résolution, et sans les mouvements convulsifs que sa forte musculature nous faisait redouter. Respiration large et régulière, pouls normal, facies dénotant une insensibilité complète. L'opération fut rapidement faite au lieu d'élection, et le pansement était terminé quand le blessé revenant à lui-même nous dit : Je ne croyais pas que vous eussiez commencé. Il but un vin de cannelle, du bouillon plus tard, passa une bonne nuit, et fut évacué sur Crémone dans les meilleures conditions, dans l'une des cinquante voitures bourgeoises, bien matelassées envoyées avec empressement par les soins de la municipalité de cette cité, qui avait fait préparer plus de trois mille lits pour rece-

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1859.—PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR LA DÉSINFECTION ET LE PANSEMENT DES PLAIES ; par MM. DEMAUX et EDM. CORNE.

(Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie des sciences les résultats d'expérimentations nombreuses et variées faites en commun, d'abord dans la pratique privée de l'un de nous, répétées ensuite également en commun à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. le professeur Velpeau. Nous nous bornerons à formuler en propositions les faits qui, pour la plupart, ont été constatés par lui et par les élèves et médecins qui suivent habituellement ses leçons.

1° Une plaie gangréneuse, fournissant une suppuration abondante et fétide, soumise à ce mode de pansement, est à l'instant même débarrassée de toute odeur désagréable.

2° Après un laps de temps de vingt-quatre et même de trente-six heures, les pièces d'appareils d'une plaie de mauvaise nature n'exhalent pas plus d'odeur qu'un appareil de fracture simple.

3° Un cancer ulcéré produisant une suppuration ichoreuse, avec cette fétidité qui lui est propre, soumis à ce mode de pansement, est à l'instant même, et pendant tout le temps que l'appareil reste en place, dépourvu d'odeur.

4° Les ulcères des jambes soumis à ce pansement sont également dépourvus d'odeur.

5° Des pièces d'appareil de pansement — des linges imbibés de pus fétide — des cataplasmes imprégnés de suppuration, mis en contact avec la substance désinfectante, perdent immédiatement toute odeur désagréable.

6° Des liquides infects, des produits de gangrène, des caillots de sang décomposé, des tissus sphacélés dans un état de putréfaction très-avancée, traités par ce mode, sont à l'instant même désinfectés.

L'action de la substance désinfectante semble arrêter le travail de décomposition ; elle éloigne les insectes et prévient sûrement la production de vers. Elle peut recevoir un grand nombre d'autres applications que nous ne mentionnerons pas ici.

Ces résultats sont obtenus à l'aide de moyens simples, d'un emploi facile, et avec des substances qu'on trouve partout à bas prix. La matière désinfectante toute préparée coûterait, à Paris, *un franc* environ les 50 kilogrammes. C'est une matière en poudre, d'une couleur grisâtre plus ou moins foncée, suivant la pureté des matières premières, et aussi suivant les proportions de l'une d'elles, exhalant une légère odeur bitumineuse. Elle est composée comme suit :

Plâtre en poudre du commerce, réduit en poudre très-fine, 100 ;

Coal tar (produit de la distillation de la houille pour la fabrication du gaz), 1 à 3.

Le mélange des deux substances s'opère avec une grande facilité à l'aide d'un mortier, soit par tout autre moyen mécanique approprié au but.

L'application de cette substance au pansement des plaies nécessite une préparation particulière que nous devons signaler. En délayant avec de l'huile d'olive une certaine quantité de poudre préparée d'après la formule ci-dessus, on obtient un produit dont la consistance, qui est celle d'une pâte d'une pommade, d'un onguent, reste la même presque indéfiniment, tant qu'il est déposé dans un vase. Ce mélange a une couleur brun foncé et une odeur un peu bitumineuse.

L'huile *lie* la poudre sans la dissondre, de telle sorte que ce nouveau produit par l'élimination graduelle de l'huile n'en conserve pas moins la propriété d'absorber le pus dès qu'il se trouve mis en contact avec une plaie qui suppure.

La consistance qu'acquièrent, soit la poudre employée en nature, soit la pommade ci-dessus, n'est jamais telle qu'elle puisse causer au malade la moindre gêne, à la plaie le moindre accident. L'application peut être immédiate ou médiate, suivant les cas, suivant le but qu'on veut atteindre. L'application immédiate sur les plaies ne produit aucune douleur ; elle a même une action détersive, une influence favorable à la cicatrisation.

Ce mode de pansement a la double propriété de désinfecter le pus et les autres produits morbides, et de les absorber. Cette dernière circonstance est d'une importance majeure, car elle dispense d'employer la charpie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Hullin, médecin à Mortagne, sur une épidémie de croup qui a régné dans cette ville en 1858 (Commission des épidémies) ;

2° Un rapport de M. le docteur Sales-Girons, médecin-inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857 (Comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Germain (de Salins), qui sollicite le titre de membre correspondant ;

2° Un rapport de M. le docteur Texier (de Villefagnang) sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1858 ;

3° Un mémoire sur les revaccinations et les dangers reprochés à la vaccine, par M. le docteur Ricard (d'Angoulême) (Comm. de vaccine) ;

4° Une note sur l'emploi médical du *chelidonium majus*, par M. Valtier (Comm., M. Bouchardat) ;

5° Un travail intitulé : APPLICATION DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE AU TRAITEMENT DE LA DANSE DE SAINT-GUY, par M. le docteur Burg (Comm. : MM. Grisolle, Trousseau, Blache) ;

6° Un pli cacheté renfermant les indications de modifications apportées par M. le mécanicien Dupré au bandage herniaire dont il est l'inventeur (Accepté) ;

7° Sur la demande de M. le docteur Bataillé, M. le président ouvre un paquet cacheté, déposé par ce médecin dans la séance du 24 juin 1859.

Ce paquet contient un mémoire sur l'emploi des agents irritants en chirurgie (Renvoyé à l'examen de M. Gimelle).

RAPPORTS. — EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des trois rapports suivants :

---

voir nos blessés et deux cents en appartements réservés aux officiers.

En Italie, le chloroforme rend les mêmes services et aussi inoffensifs qu'en Crimée ; pas un accident n'est venu à notre connaissance. Tous nos confrères se louent comme nous de son emploi constant et constamment efficace dans des milliers de cas qui ne souffrent plus aucune contestation. Pour notre part, nous le disons sans restriction, l'anesthésie provoquée par l'éther ou le chloroforme, au moment d'une opération, est la plus belle découverte de la chirurgie moderne ; car du même coup elle éteint par ce précieux moyen deux choses horribles pour l'opéré, l'appréhension de la douleur et la douleur elle-même.

ARMAND,

Médecin-major de première classe, chef de l'ambulance du quartier général du 4e corps de l'armée d'Italie.

— La Faculté de Strasbourg a adressé à M. le ministre la liste de présentation suivante pour la présidence, en 1859, des séries d'examens dans les écoles préparatoires : 1° M. Michel ; 2° M. Rameaux.

— Un concours pour cinq places d'interne à l'hôpital civil de Strasbourg aura lieu le 25 juillet, et un autre concours pour huit places d'élèves externes s'ouvrira le 29 juillet.

— M. le docteur Ossian Henry fils vient d'être nommé médecin du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement.

— Voici le mouvement du personnel médical du département du Bas-Rhin, d'après les travaux officiels publiés depuis le commencement du siècle :

	1806.	1812.	1824.	1835.	1849.	1858.
Docteurs en médecine . . .	89	98	108	143	157	165
Officiers de santé.	253	263	141	126	67	51
Pharmaciens	40	56	48	69	67	73
Sages-femmes.	409	529	457	587	537	505

Nous avons considéré comme docteurs les maîtres en chirurgie qui avaient le droit d'exercer dans toute la France, et nous avons classé parmi les officiers de santé les maîtres en chirurgie reçus par des corporations et qui étaient limités dans leur pratique. Ces deux sortes de praticiens ne figurent plus dans les deux derniers recensements.

Ce qui frappera surtout, c'est le mouvement ascendant du chiffre des docteurs, et la diminution progressive de celui des officiers de santé. En 1806, il y avait trois officiers de santé pour un docteur ; en 1859, la proportion est renversée, trois docteurs pour un officier de santé. (GAZ. MÉD. DE STRASBOURG.)

— L'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand vient de s'installer dans un nouveau local plus digne d'elle. A l'occasion de cette cérémonie, M. le recteur Théry et MM. les docteurs Bertrand et Imbert-Gourbeyre ont prononcé des discours très-applaudis.

1° Sur deux sources d'eaux minérales extatant à Labestz-Biscaye (Basses-Pyrénées). L'une de ces eaux est sulfureuse, l'autre ferrugineuse; toutes les deux sont froides.

2° Sur une source nouvelle découverte dans la commune des Camoëns (Bouches-du-Rhône). Cette eau, qui est froide à la source, appartient à l'espèce des eaux sulfurées calciques de formation secondaire. Par sa richesse sulfureuse, elle tient le milieu entre l'eau d'Enghien et celle de Pierrefonds.

3° Sur une nouvelle source découverte à Gray (Haute-Saône). Cette eau est légèrement acidule, bicarbonatée, sodique. Elle renferme, en outre, des chlorures, peu de sulfate, et quelques traces d'iodure de fer.

La commission propose d'adresser à M. le ministre des conclusions favorables sur ces trois demandes (Adopté).

M. Boudet lit, au nom de la même commission, un rapport dont les conclusions rejettent la demande faite par le sieur Delebecque, brasseur à Josselin (Morbihan), d'être autorisé à fabriquer des eaux minérales artificielles et des limonades gazeuses (Adopté).

DOCTRINES MÉDICALES.

M. Gibert, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Jolly, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Renouard, ayant pour objet de réunir les esprits sur l'adoption d'un principe fixe de thérapeutique, qui n'est autre chose que l'axiome connu : *A juvantibus et lædentibus fit indicatio.*

C'est bien à tort qu'on a voulu demander à la pathologie, à la physiologie, voire même à l'anatomie, une base prétendue *rationnelle* pour la thérapeutique.

Vouloir, comme les *organiciens* de nos jours, établir la thérapeutique sur un fondement aussi variable et aussi incertain que les systèmes pathologiques, c'est retomber dans les erreurs de Broussais et de Brown, qui croyaient avoir découvert la lésion-principe, et par suite la *nature* de toutes les maladies, et avaient déduit de cette découverte la méthode thérapeutique *rationnelle* que beaucoup de nos contemporains ont pu voir à l'œuvre.

Quand on y réfléchit mûrement et sans prévention, on reconnait bientôt qu'une idée pathologique, c'est-à-dire la représentation mentale d'une maladie, si complète qu'elle soit, ne saurait jamais contenir l'idée ou l'indication du remède propre à la guérir. L'épreuve clinique seule peut nous fournir des renseignements positifs sur la valeur des moyens thérapeutiques : et la première chose à faire, quand on arrive au lit du malade, c'est de sacrifier tout préjugé physiopathologique pour s'en tenir aux données de la stricte observation.

Sans doute le vitalisme hippocratique, qui tient un si grand compte de la marche naturelle de la maladie, et qui s'attache, avant tout, à détruire la cause, quand elle est connue, conformément à l'adage : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, mériterait, beaucoup mieux que l'organicisme, de donner des principes fondamentaux à la thérapeutique (et n'a-t-elle pas fondé d'ailleurs la *médecine expectante*, qui, dans un si grand nombre de cas, dispense de toutes les autres?); mais elle ne suffit pas à embrasser tous les cas pathologiques et toutes les indications thérapeutiques.

Le plus sage et le plus *rationnel* aussi, si l'on veut enfin affranchir l'art de guérir de toutes les vicissitudes que lui ont fait éprouver les systèmes pathologiques, c'est de s'en tenir au seul principe fondamental dont la simplicité, la clarté, l'évidence et la sûreté ne sauraient induire jamais en erreur.

Ce principe, base unique de la thérapeutique, peut être formulé comme il suit :

« Choisir, pour traiter chaque maladie (indépendamment de toute considération anatomique, physiologique ou pathologique), la méthode qui aura donné les résultats les plus avantageux. »

Il faut aujourd'hui, comme au temps d'Hippocrate, reconnaître que ce n'est pas par des raisonnements *à priori* que l'on peut constituer la science, mais bien par l'observation et l'expérience qui nous révèlent des faits que n'auraient jamais pu nous faire pressentir les données théoriques fondées sur la connaissance la plus approfondie de la texture et de l'action de l'organisme, soit en santé, soit en maladie.

Qui aurait pu prévoir, s'écriait, il y a deux mille ans, le père de la médecine, en étudiant l'organisation du cerveau, que le vin en dérangerait les fonctions? Et à qui encore la connaissance anatomique du corps humain aurait-elle appris que les miasmes marécageux produisent une fièvre intermittente?

Et comment, dirons-nous à notre tour, l'idée qu'on peut se faire d'une maladie, d'après toutes les connaissances si perfectionnées de jour, qui composent l'ensemble de la science médicale, pourrait-elle donner l'indication du remède propre à la guérir?

Est-ce que l'idée qu'on peut se faire d'une fièvre intermittente (qu'on la rattache, avec Pinel, aux fièvres continues; avec Broussais, aux phlegmasies; avec quelques modernes, aux altérations du sang ou aux névroses....), contient l'idée du remède héroïque découvert par l'expérience populaire?

Est-ce que l'idée que se faisaient de la syphilis les savants du quinzième siècle aurait jamais pu leur indiquer le remède spécifique appliqué avec tant de succès par les empiriques?

C'est donc à l'empirisme qu'il faut en revenir, ou mieux, à l'*empiri-méthodisme*, c'est-à-dire à l'empirisme éclairé par toutes les études préliminaires propres à établir les différences et les analogies, et qui mettent sur la voie pour arriver à appliquer à propos les méthodes thérapeutiques.

On ne peut qu'approuver le célèbre Pinel, lorsqu'il pose en ces termes le vrai problème de la pathologie : « Une maladie étant donnée, déterminer son vrai caractère et le rang qu'elle doit occuper dans un tableau nosologique. »

D'autre part, la thérapeutique, à son tour, a pour but de nous faire connaître les changements que les modificateurs artificiels peuvent imprimer à la marche de ces mêmes maladies.

Auteur d'une histoire de la médecine et de lettres philosophiques qui forment comme la continuation et le complément de cette histoire, M. Renouard a été naturellement amené, par ses recherches historiques et critiques, à dégager de toutes les obscurités et de toutes les contradictions qu'il a subies, le principe fondamental de l'art de guérir que nous avons formulé d'après lui, et qui mérite en effet d'être pris en sérieuse considération par ces esprits orgueilleux qui se flattent de substituer une base dogmatique (prétendue *rationnelle*) au fondement expérimental sur lequel le père de la médecine l'avait édifiée.

Pour nous, dit en terminant M. Gibert, nous croyons, avec Hippocrate et avec M. Renouard, que ce n'est pas dans les théories tirées de l'analyse plus ou moins moléculaire de l'organisme humain que l'on trouvera jamais la clef de la thérapeutique.... mais purement et simplement dans l'observation et l'expérience, qui nous apprennent, indépendamment de toute notion anatomique, physiologique ou pathologique, que tel ou tel remède doit être employé dans telle ou telle maladie, parce qu'il a pour lui la sanction du temps et de l'expérience commune.

Quoi qu'il en soit, poursuit le rapporteur, par les questions qu'il soulève, par la clarté qu'il jette, à l'aide d'une discussion historique et critique approfondie sur les dogmes fondamentaux de la médecine, par l'esprit philosophique qui a présidé à sa rédaction, par la simplicité même du principe thérapeutique qu'il énonce.... le mémoire de M. Renouard se distingue de nos travaux ordinaires et mérite une place honorable dans nos publications.

Nous vous proposons en conséquence :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

Sur la proposition de M. Bouillaud, la discussion de ce rapport est renvoyée à la séance prochaine.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'état mental dans la chorée.

La parole est à M. Piorry.

DISCUSSION. — ÉTAT MENTAL DANS LA CHORÉE.

M. Piorry donne lecture d'un discours dans lequel il établit d'abord que la chorée des auteurs ne diffère pas de la danse de Saint-Weit, qu'elle ne constitue pas une entité morbide, que presque toujours elle n'est qu'un symptôme, et qu'elle n'est en rien une affection spécifique due à un agent spécial et que l'on puisse combattre par un médicament spécifique. Il fait remarquer ensuite que le trouble mental se rencontre aussi bien dans l'hystérie que dans l'épilepsie.

Cette analogie porte M. Piorry à croire que ces affections sont de même nature, qu'il s'agit toujours d'un état particulier des nerfs consistant dans une oscillation ou vibration progressive qu'il désigne sous le nom de névropallie.

Dans la chorée, l'affection névropallique s'étend aux rameaux musculaires et constitue une névropallie particulière.

Mais, poursuit l'orateur, je vois déjà quelques personnes froncer le sourcil en entendant des mots auxquels leurs oreilles sont peu habituées. Je regrette fort de leur déplaire, mais je n'hésite pas à m'en servir, parce que je pense qu'il faut des termes expressifs pour rendre les idées scientifiques; parce que j'ai la simplicité de croire que la médecine s'est élevée au niveau des sciences, bien qu'elle continue d'ailleurs à exiger pour la pratique un génie artistique; parce que les médecins dignes de ce nom n'ont pas à rendre compte au public des noms qu'ils emploient; parce qu'il est préférable de prendre dans les termes consacrés dans la langue grecque les dénominations propres à rendre leurs idées que d'affecter d'emprunter au langage des gardes-malades ou des halles des expressions triviales qui n'ont même pas l'avantage d'être justes et euphoniques.

En somme, j'approuve et j'adopte les conclusions de M. Blache, et je suis heureux d'ajouter que M. Marcé est à mes yeux un homme de progrès et un médecin travailleur et consciencieux.

M. Gibert s'étonne qu'un esprit aussi positif que M. Piorry puisse admettre, ce qui lui semblerait être, à lui, une fantaisie, une lésion organique qui consisterait dans une vibration. A coup sûr M. Piorry n'a jamais vu cette oscillation nerveuse.

M. Piorry : C'est là une grande erreur, et je ne l'ai que trop vue, quand je souffrais, il y a quarante ans, d'irisalgie. Pendant un quart d'heure, je voyais un cercle lumineux qui, s'agrandissant peu à peu, envahissait tout le champ de la vision, toujours animée de vibrations, d'oscillations manifestes. J'aurais pu croire que ce n'était là qu'un effet de l'imagination, mais MM. Labarraque, Pelletan, Foucault et cinquante autres médecins ont pu faire depuis la même observation.

C'est alors que je me suis rappelé ce qui se passe lorsque le nerf cubital reçoit une contusion au coude, lorsque l'électricité agit sur les nerfs; dans les bourdonnements d'oreilles, le bruit de cascades, les bruits que produit

dans l'oreille le sulfate de quinine; lorsque les femmes hystériques sentent une corde qui vibre à l'épigastre, ou bien la boule hystérique ; lorsque les épileptiques sentent l'*aura* qui se propage de la périphérie au centre.

Or, quand on sent une chose, qu'on la voit, qu'on l'entend, il faut bien l'admettre; c'est un fait et non une théorie. Ces faits, je les ai ralliés à la théorie générale de la nature. Qu'est-ce que la lumière, le son, sinon une oscillation? J'avais donc le droit de voir là une loi générale du monde....

Pourtant, et quoique j'eusse une centaine de faits par devers moi, ce n'est qu'après vingt ans de réflexion que je publiai mes observations, et je l'ai fait surtout parce qu'elles devaient être utiles pour la thérapeutique.

M. Piorry termine par quelques réflexions sur l'importance de l'organicisme au point de vue de la pratique.

M. Gibert : Je remercie M. Piorry des explications qu'il vient de nous donner. Je me doutais bien un peu de ce que c'est que cette science positive dont M. Piorry nous parlait, mais je suis fort aise qu'il nous l'ait dit lui-même.

LIGATURE D'ARTÈRES.

M. le docteur Verneuil donne lecture d'un mémoire intitulé: Des difficultés qu'on éprouve à lier des artères de la jambe après l'amputation de ce membre au lieu d'élection. De la ligature de l'artère poplitée à sa partie inférieure comme moyen d'y remédier.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Après l'amputation de la jambe au lieu d'élection, la ligature des extrémités artérielles à la surface de la plaie est rendue parfois difficile ou impossible par diverses causes.

2° Ces causes sont: la rétraction des artères qui les rend invisibles, leur rapport avec les parties voisines qui les rend insaisissables, ou l'altération de leur paroi, et surtout de la tunique externe, qui les rend trop faibles pour soutenir sans se rompre la constriction immédiate du fil.

3° En raison du volume des vaisseaux divisés, la ligature est cependant la seule méthode hémostatique vraiment sûre. Les autres moyens sont infidèles ou susceptible d'aggraver le pronostic en provoquant dans la plaie une inflammation menaçante.

4° On triomphe assez aisément de la rétraction par des débridements convenables et par la ligature médiate. La sécabilité artérielle, beaucoup plus sérieuse, exige une opération plus radicale, c'est-à-dire la ligature par la méthode d'Anel, qui convient d'ailleurs et en dernier ressort à tous les cas d'hémostase difficile, quelle qu'en soit la cause.

5° Cette méthode a sur la ligature terminale ordinaire l'avantage de ne laisser dans la plaie ni fils nombreux, ni corps étranger volumineux. Elle n'étreint ni nerfs, ni muscles, ni veines comme la ligature médiate. Elle ne gêne en rien la réunion primitive partielle ou totale, si l'on juge utile d'y avoir recours.

6° La méthode d'Anel appliquée à ces cas ne prédispose guère à la gangrène, comme on l'a craint. Les plaies d'amputation sous-jacentes n'offrent même qu'une inflammation modérée, et la cicatrisation y marche avec régularité et simplicité.

7° Après l'amputation de la jambe, la ligature à distance peut être placée sur la fémorale à l'anneau de l'adducteur, sur la poplitée au tiers supérieur, à la partie moyenne, au tiers inférieur. Ces quatre procédés seraient également efficaces, mais les trois premiers sont d'une exécution assez laborieuse: ils entraînent avec eux une gravité intrinsèque notable, ils intéressent les espaces intercellulaires de la cuisse.

8° La ligature par le procédé de M. Marchal (de Calvi) est à la fois simple et facile à pratiquer. Théoriquement, elle prédispose moins que toute autre à la gangrène; la plaie nécessitée pour atteindre le vaisseau ne cause aucun dégât sérieux; elle se confond d'ailleurs avec celle de l'amputation elle-même.

9° Elle sera particulièrement facile à pratiquer, si l'on a employé la méthode à deux lambeaux qui, sous tous les rapports, est préférable dans l'amputation de la jambe, car un simple débridement vertical de la peau sera suffisant pour arriver jusqu'au vaisseau. Si l'on avait pratiqué la méthode circulaire, il faudrait, plutôt que de faire l'incision qui convient lorsque le membre est entier, inciser sans hésiter la manchette en dedans, parallèlement à l'axe du membre à une hauteur convenable.

10° Cette incision cutanée supplémentaire sera réunie par quelques points de suture ; le fil qui étreint la poplitée sera fixé au dehors et dégagé vers l'angle supérieur de la plaie de débridement, c'est-à-dire par le chemin le plus court.

11° Si l'on soupçonne ou reconnaît une altération des parois artérielles à ce niveau, on se servira d'un fil un peu large; on ne dénudera pas trop exactement l'artère; on se contentera de la séparer de la veine et on comprendra dans l'anneau constricteur une partie de la gaîne celluleuse.

12° Enfin, toutes les fois qu'après l'amputation de la jambe au lieu d'élection on éprouvera beaucoup de difficulté à lier les artères dans la plaie, il faudra sans tergiverser lier la poplitée à son tiers inférieur, par le procédé de M. Marchal (de Calvi).

Le travail de M. Verneuil est renvoyé à une commission composée de MM. Huguier et Robert.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthéritique, ulcéro-membraneuse; par le docteur E. Bergeron, médecin des hôpitaux. — Paris, chez Labé. — 1859.

En 1855, alors que le corps de santé de l'armée payait, sous les murs de Sébastopol, son immense et noble tribut de courage et de dévouement, les vides laissés dans les services des hôpitaux militaires durent être comblés par la médecine civile. C'est à cette circonstance que la littérature médicale est redevable de la sérieuse et intéressante étude dont nous allons essayer de donner ici une idée à nos lecteurs.

Le sujet en est, en apparence, assez peu considérable : une maladie très-localisée et d'une issue très-généralement heureuse, une simple affection ulcéreuse de la bouche, que quelques semaines et des traitements divers mènent la plupart du temps à bonne fin. Y avait-il donc là lieu à l'élaboration d'une monographie, à un compte rendu de 200 pages.

Il y a toujours lieu et bénéfice pour le public à lire 200 bonnes pages, à connaître le résultat d'une judicieuse et exacte observation. Dans un petit sujet, un bon esprit sait voir et montrer de bonnes choses, et c'est, sans flatterie, ce que dans ce court opuscule a su faire M. le docteur Bergeron.

Les circonstances l'ont placé successivement à deux sources apparemment très-différentes de maladies régnant à la fois sur un grand nombre de sujets. Dans ces maladies, il a été conduit à en reconnaître deux offrant de considérables analogies, malgré la grande différence du terrain sur lequel elles avaient pris naissance et se développaient. Leur rapprochement, leur comparaison lui ont montré qu'elles étaient non-seulement analogues, mais identiques.

La stomatite ulcéreuse, dit M. Bergeron, est une maladie endémo-épidémique caractérisée anatomiquement par des ulcérations de forme et d'étendue variables, siégeant principalement sur la face interne des joues et aux gencives, mais pouvant se développer sur tous les points de la muqueuse buccale, et accompagnée d'engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Ces lésions s'accompagnent constamment d'une vive douleur, d'une salivation abondante et d'une repoussante fétidité de l'haleine.

Dans cette description se reconnaissent immédiatement les traits de la stomatite des enfants, ou des stomatites, si l'on veut, qui ont été successivement désignées sous les noms de stomatite couenneuse, stomatite diphthéritique, stomatite ulcéro-membraneuse. Désignations des plus fâcheuses, ajoute l'auteur, car la maladie n'a de commun avec la diphthérie qu'une vaine apparence, la fausse membrane qui recouvre les ulcérations, mais qui diffère de celle des affections diphthéritiques de toute la distance qui sépare la concrétion crustacée qui surmonte une perte de substance du tissu cutané, un ulcère de la peau, d'une sécrétion normale ou autre qui recouvrirait la peau intacte ou seulement malade. La pellicule pultacée qui recouvre les ulcérations de la stomatite épidémique consiste, en effet, au rapport de deux micrographes distingués, MM. Ch. Robin et Follin, en tissu mortifié, et non en une sécrétion plastique; elle n'apparaît qu'au moment où commence la réparation de la muqueuse, dont elle protège la formation cicatricielle. Invinciblement adhérente au tissu ulcéré sous-jacent, on ne parvient à l'enlever qu'après le commencement et au fur et à mesure des progrès de l'ulcération, lorsque, de la périphérie au centre, tous les rameaux vasculaires et le tissu cellulaire qui la recouvrent ont cessé de vivre. C'est purement un lambeau de la muqueuse buccale mortifiée. Est-il nécessaire de s'étendre davantage sur ces caractères pour montrer combien ils diffèrent de ceux de la fausse membrane diphthéritique, de rappeler le mode de développement et d'élimination de ceux-ci, comment le produit d'exsudation plastique, se coagulant par points isolés, se confond ensuite pour former une fausse membrane uniformément blanche ou grise, sans mélange de pus, facile à enlever à toutes ses périodes d'évolution, reposant sur une membrane chagrinée, dit avec un grand bonheur d'expression notre confrère, mais non ulcérée, et sur toutes choses offrant une tendance implacable à la reproduction. Caractère de la plus haute valeur et remplaçant tous les autres pour le diagnostic, en ce que la membrane de la stomatite épidémique une fois enlevée ne se reproduit plus.

Voilà donc deux affections parties de points différents de l'horizon

des âges et des tempéraments, l'une commune à l'enfance, l'autre ne se rencontrant que dans les armées, et même dans certaines armées; car il résulte de recherches spéciales, tant bibliographiques que procurées par voie de correspondance, engagée avec les chefs de corps de santé des armées étrangères, que la stomatite ulcéreuse serait bornée aux armées française et portugaise, se rencontrant parfois cependant aussi dans l'armée belge. Le silence des auteurs sur cette endémo-épidémie avant 1793, ajoute M. Bergeron, autorise à penser que c'est à cette époque, c'est-à-dire au moment des levées en masse, qu'elle a paru pour la première fois dans notre armée, au moins à l'état épidémique.

Le travail de l'auteur eût été incomplet si cette réponse peu positive de l'histoire à ses recherches eût paru le contenter. Suffisamment convaincu, quant à son caractère épidémique et infectieux, M. Bergeron s'est attaché à préciser les conditions hygiéniques ou plutôt antihygiéniques auxquelles il convenait de relier plus expressément, sinon l'origine, au moins l'entretien, le développement de l'affection.

Ce côté des recherches de l'auteur est un de ceux où le lecteur se plaira à reconnaître le plus de judicieuse critique et de logique dans l'analyse.

Au sentiment de l'auteur, la stomatite ulcéreuse des soldats est vraisemblablement due à l'action d'un miasme produit *par* (nous aimerions mieux *dans*) l'atmosphère viciée qui résulte de l'encombrement des soldats dans des locaux imparfaitement ventilés, ce miasme produisant un principe toxique transmissible, par diverses voies, des individus malades aux individus sains. Ce miasme trouverait en outre beaucoup plus d'éléments favorables dans une atmosphère chaude et humide que dans toute autre. Les épidémies observées ne l'ont effectivement été que des mois d'avril à septembre.

Sans insister autant que M. Bergeron sur la signification étiologique qu'il attribue ici à l'encombrement, et avouant notre propension à entrer dans cette nosogénie un certain desideratum répondant à la nature éminemment spécifique du principe toxique auquel est due la stomatite ulcéreuse, nous signalerons à l'autorité militaire les excellentes pages consacrées par M. Bergeron à l'élucidation du point particulier de l'hygiène du soldat. L'influence de l'encombrement y est parfaitement étudiée, et à côté d'elle la valeur du genre d'alimentation. Aux yeux de notre confrère et de l'avis de plus d'un autre, l'encombrement dans nos casernes n'est pas seul une condition fâcheuse de la vie du soldat, sa nourriture, peut-être un peu moindre en quantité qu'il ne convient pour des hommes faits, est, à coup sûr, trop peu variée. Deux hommes éminents du corps de santé militaire, MM. Boudin et Ladureau, ont déjà appelé l'attention sur ce point délicat, et trouvent une justification éclatante dans le rapprochement confirmatif fait par M. Bergeron entre l'hygiène et la santé des différents corps de l'armée de Paris et du corps des sapeurs-pompiers. Ces aperçus, d'ailleurs, rencontrent un puissant appui dans les enseignements de la physiologie expérimentale. Enfin, il est une maladie présentant avec la stomatite ulcéreuse certains points de contact, et dont l'origine a été autrefois rattachée au trop long usage d'une nourriture uniforme. Nous voulons parler du scorbut et de son illustre historien Lind.

Après avoir constaté, dans ces quelques lignes, les efforts heureux de l'auteur pour éclairer l'étiologie de la stomatite ulcéreuse épidémique, nous lui devons un autre hommage. La qualité infectieuse du principe de la maladie qui nous occupe n'était douteuse ni pour M. Bergeron, ni pour personne autre; mais des doutes subsistaient sur les qualités transmissibles dudit poison, quoique l'opinion générale tendît fortement vers l'affirmative. Désirant trancher ce doute, l'auteur a cru devoir faire appel à l'inoculation. Mais trop honnête homme pour mettre en jeu, dans cette analyse, d'autre santé que la sienne, un autre système nerveux que le sien, rappelant avec honneur, quoique dans une sphère modeste, de nobles et rares exemples, M. Bergeron s'est inoculé à lui-même le produit de sécrétion de la stomatite ulcéreuse. Le résultat en ce qui le concernait eût pu, comme il le reconnaît, le laisser malheureusement dans le doute; mais une circonstance inattendue a eu l'effet de rendre son sacrifice utile. Amoindris et trop discrets chez lui pour être absolument concluants, les résultats de cette inoculation se sont montrés incontestables chez un des parents et des commensaux de notre confrère, auquel, sans le savoir et dans les relations de chaque jour, il advint qu'il communiqua l'infection. Disons pourtant que pour tout autre qu'un adversaire déclaré de la transmissibilité par contact, les détails de l'expérience limitée à lui-même, M. Bergeron, ne laissent guère place à l'incertitude sur le caractère contagieux du principe. Faut-il absolument, pour reconnaître le fait d'un empoisonnement, que le sujet soit bien et dûment mort? A part la recherche chimique, ne reconnaîtra-t-on l'arsenic qu'autant qu'il aura perforé l'estomac ou suspendu définitivement les battements du cœur? Le choléra n'est-il plus choléra dès qu'on en guérit? la phthisie n'est-elle plus phthisie si quelque cicatrisation imprévue vient à s'établir? Cette grande exigence est un peu dans les prétentions de notre époque et dépasse les limites de la vraie méthode scientifique; et notre auteur ne s'y montre-t-il pas lui-même un peu trop soumis, quand il propose de reconnaître dans le croup avec fausses membranes deux maladies distinctes, l'une qui tue et l'autre qui guérit après la trachéotomie préalable. N'est-il pas plus logique et plus simple de voir là deux degrés d'un même genre d'intoxication.

Les données scientifiques que nous venons d'extraire de l'opuscule de notre honorable confrère, pour abrégées qu'elles soient, nous justifieront, sans aucun doute, des paroles élogieuses par lesquelles nous avons débuté dans ce compte rendu. Dans cette étude, M. Bergeron a, suivant son expression, débrouillé plusieurs points très-obscurs : en premier lieu, il a élucidé une question sérieuse d'épidémiologie militaire; son court et provisoire passage dans les services de nos confrères de l'armée laissera donc parmi eux une trace qui peut être aussi fertile qu'elle y a été honorable. Puis, par un retour heureux vers ses travaux ordinaires, ayant saisi l'identité pathologique de la stomatite ulcéreuse des soldats avec une maladie de la bouche qui désole les hôpitaux de l'enfance, il a su jeter une vive lumière sur le chaos de ces maladies peu connues, quoique si souvent décrites, rapportant ainsi à l'école mère, la médecine civile, quelques gerbes des moissons récoltées dans les hôpitaux militaires.

Le médecin praticien ne sera pas indifférent à ces derniers résultats. Sous le rapport diagnostique, il se reconnaîtra désormais sur un terrain beaucoup trop surchargé jusqu'ici, et que M. Bergeron a largement déblayé. Grâce aux caractères anatomiques différentiels des fausses membranes, des diphthéries et de la stomatite ulcéreuse, dégagés avec netteté et exposés avec la même précision par M. Bergeron, nous ne serons plus voués à nous débattre dans le dédale des affections pultacées de la muqueuse buccale. Quant au traitement, deux mots suffiront, et nous les emprunterons aux conclusions mêmes de l'auteur qu'il nous serait d'ailleurs difficile d'abréger.

« La durée de la stomatite ulcéreuse spécifique est très-variable; convenablement traitée, elle peut guérir dans l'espace de huit ou dix jours; abandonnée à elle-même, elle peut durer jusqu'à trois mois; elle ne présente d'ailleurs par elle-même aucune gravité. — Dans l'état actuel des choses, l'administration du chlorate de potasse (4 gr. par jour), précédée ou non de l'emploi d'un vomitif (méthode de M. Boudin), constitue le mode de traitement le plus rapidement efficace, le plus sûr et le moins pénible. Mais le succès du chlorate dans la stomatite ulcéreuse spécifique ne justifie pas son emploi dans les affections diphthéritiques avec lesquelles cette maladie n'a aucun rapport. »

Ainsi se termine cette excellente monographie, modèle à suivre dans toute étude de ce genre, et que nous recommandons à toute l'attention de nos lecteurs.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

— On lit dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 14 juillet :

« Depuis plusieurs jours Bordeaux est sous l'influence d'une température excessivement élevée, et la population s'en trouve éprouvée d'une manière fatale. Des cas nombreux de mort subite se sont montrés pendant ces derniers jours. Dix personnes au moins ont été portées mourantes à l'hôpital Saint-André, et les soins qu'on leur a donnés n'ont pu empêcher la catastrophe. Les ouvertures de la veine n'ont pas donné de sang.

» Quelques autopsies ont montré de fortes congestions cérébrales.

» L'influence de la chaleur insolite s'est aussi fait sentir, mais d'une manière moins grave, sur un grand nombre d'individus, par des troubles sur les organes digestifs, des vomissements, des évacuations diarrhéiques. Ce sont surtout les enfants qui ont été les plus fatigués, et plusieurs ont succombé au *cholera infantilis*. »

— M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis fera, durant les vacances, le résumé clinique de la pathologie cutanée spéciale (*éruptions chroniques et syphilides*). Première leçon le mardi 9 août, à huit heures et demie. La visite des salles Saint-Charles et Saint-Jean aura lieu à huit heures (1).

(1) *Sous presse* : TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS. — 3e édition entièrement refondue. — 1 fort vol. in-8°, en deux parties.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

NOUVEL AGENT DÉSINFECTANT DE MM. CORNE ET DEMEAUX.

Le 18 juillet dernier, M. Velpeau donnait à l'Académie des sciences communication du résultat de quelques expériences entreprises dans son service et ayant pour objet d'apprécier la valeur d'un nouveau procédé de désinfection des plaies et des matières animales en putréfaction. Ce procédé, apporté de province par MM. Demeaux, docteur en médecine, et Corne, vétérinaire, et mis par eux à la disposition de nos chefs de clinique chirurgicale, consiste dans l'emploi d'une poudre composée d'éléments aussi simples que communs. Le plâtre pour 97 à 98 pour 100 et le coal-tar pour le complément. Le coal-tar est, on le sait, un résidu de la distillation des houilles (goudron de houille).

Si nos lecteurs veulent bien se reporter au compte rendu de ladite séance, numéro du 30 juillet, ils y trouveront le résumé de la note de M. le professeur Velpeau. D'après son témoignage et le résultat du petit nombre d'expériences faites sous ses yeux, plusieurs plaies présentant une très-mauvaise odeur, une odeur infecte, dit la note, ayant été soumises à un pansement pratiqué deux fois dans les vingt-quatre heures, auraient immédiatement perdu leur odeur. De même des matières animales putréfiées et ramassées dans les résidus les plus compromis de l'amphithéâtre d'anatomie, roulées et pétries dans la même poudre, auraient été à l'instant même désinfectées.

Une semblable communication, en un tel instant surtout, ne pouvait être accueillie avec indifférence. Si le problème de l'assainissement des plaies et des salles d'hôpital pouvait présenter quelque opportunité, c'est assurément aujourd'hui, à la fin d'une campagne d'été aussi meurtrière. Un grand intérêt s'est donc attaché à l'étude du nouvel agent, et, dès le 25, un rapport a été présenté à l'Institut par la commission.

Ce rapport n'a point paru infirmer notablement les aperçus présentés d'abord par M. Velpeau. Les faits rapportés lors de la première communication se sont vus, au contraire, confirmés dans leur ensemble; ils ont même reçu un supplément de confirmation dans une lettre de M. H. Bouley qui avait répété à Alfort les mêmes expériences et avait pris pour sujets des animaux porteurs de plaies infectes comme en savent présenter les chevaux. Dans tous ces cas, l'odeur avait été détruite ou du moins énormément diminuée, et d'autre part on a pu remarquer en même temps que ce pansement, exempt généralement de douleur (sauf, paraîtrait-il, dans un cas de vaste brûlure), aurait l'avantage de contribuer à la bonne et prompte cicatrisation des plaies.

Ce qu'on a de faits sous les yeux, un nombre trop petit encore sans doute, permet donc de concevoir sur la valeur du procédé des espérances heureuses. Il serait téméraire cependant d'engager absolument l'avenir, et en tout état de choses, il convient, pour que les faits rapportés aient le caractère de faits scientifiques, que leur étude analytique aient été faite par les gens compétents, les chimistes.

Un commencement d'instruction s'est déjà fait jour dans cette voie, et a donné à l'Académie des sciences l'occasion heureuse d'entendre un de ses membres les plus élevés y prendre texte d'une communication pleine de nouveauté sur les odeurs. M. Chevreul étend, paraît-il, à l'étude des particularités du sens de l'odorat la méthode analytique et expérimentale qu'il a déjà, avec tant de bonheur, appliquée à celle des couleurs ?

Nous disions tout à l'heure que les faits observés par la commission se rapprochaient beaucoup de ceux énoncés premièrement par M. Velpeau. C'était dire qu'ils n'étaient peut-être pas tout à fait aussi concluants que les premiers. M. Chevreul, en effet, a fait sur ce point quelques réserves : à ses yeux — non — d'après son sens olfactif, la poudre de MM. Demeaux et Corne *atténue* seulement, elle n'anéantit pas l'odeur des matières en putréfaction : cet effet lui paraît dû à l'intervention du coal-tar comme corps odorant. Cette assertion est la conséquence exacte des diverses expériences comparatives auxquelles s'est livré le savant académicien.

Il y a donc déjà, dans la constatation des mêmes faits, de légères divergences, et la science ne pourra se voir fixée qu'après qu'elles auront été levées : il n'y a ici de mesure à employer que le sens de l'odorat des observateurs, et ne le saurait-on pas déjà, cet exemple montrerait qu'on est loin de posséder là une mesure uniforme, une jauge scientifique : la mesure, le fondement des sciences exactes, à quelque peine à s'appliquer ici, le sens de l'odorat n'offrant pas chez l'homme cette perfection dont sont doués les organes de la vue, de l'ouïe et même du toucher (1).

Quoi qu'il en soit, et nous écartant des termes d'une précision mathématique qu'il nous est interdit d'espérer dans l'espèce, il semble

(1) M. Chevreul a essayé cependant cette application, tout en reconnaissant le premier combien son instrument (l'odorat) offrait peu de précision et de base à la certitude. Ce savant s'est proposé (ce sont ses termes) de ramener les saveurs et les odeurs à des espèces chimiques définies; mais il convient, dans l'espèce au moins dont il s'agit ici, les matières animales en putréfaction, que les résultats sont extrêmement peu fixes, en ce que les appréciations individuelles sont des plus variables. Quoi qu'il en soit, dans la fermentation animale putride, le savant académicien démêle cinq espèces d'odeurs :

1° Une odeur sulfurée;

2° Une odeur ammoniacale (celles-ci sont généralement connues);

3° Une odeur butyrique acide : l'eau de macération des cadavres en peut donner un aperçu, l'odeur du beurre excessivement rance également;

4° Une odeur de poisson, tenant de la vulvaire et de l'ammoniaque (et de la butyrique?); on la rencontre souvent dans le linge lavé avec du savon d'huile de graine et d'huile de poisson, et sur l'argenterie qui a été nettoyée par son intermédiaire;

5° Enfin, une odeur fade, nauséabonde, que l'on rencontre dans l'eau de source ou de rivière qui séjourne dans une carafe dont on a nettoyé l'intérieur avec des coquilles d'œufs imprégnées d'albumine; dans les eaux qui renferment de faibles proportions de matières animales. Elle est souvent fort sensible lorsqu'on est sous le vent du grand bassin des Tuileries. La vaisselle mal lavée et mal essuyée peut exhaler cette odeur à un très-haut degré.

Dans les expériences de M. Velpeau auxquelles a pris part M. Chevreul, cette dernière odeur, la fade, nauséabonde, aurait toujours plus ou moins persisté. Cependant nous remarquerons que M. Chevreul ne parle pas de la butyrique, qui doit jouer, dans ce concert, la plus abominable partie.

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

CORRESPONDANCE DE PLINE LE JEUNE.

(Suite. — Voir le n° 30.)

Pline le Jeune est un homme d'excellent conseil ; il est plein de ces traits qui font honneur à la justesse non moins qu'à l'élévation de ses sentiments ; et si l'on veut lire avec tout le soin qu'elle mérite sa lettre adressée à *Geminius* (livre VIII, n° 22), on y trouvera la phrase suivante qu'aucun Père de l'Eglise ne désavouerait : *Ego optimum et emendatissimum existimo, qui ceteris ita ignoscit, tanquam ipse quotidie peccet; ita peccatis abstinet, tanquam nemini ignoscat.* Le meilleur et le plus parfait des hommes, selon moi, est celui qui pardonne aux autres comme s'il faisait tous les jours des fautes, et qui évite les fautes comme s'il ne pardonnait à personne. En relevant ce passage d'une morale vraiment sublime, nous sortons de la ligne médicale suivie jusqu'ici, mais on nous le pardonnera, d'abord en faveur du sujet lui-même, qui prouve à quel point certains sentiments s'étaient épurés chez les Romains de cette époque, et ensuite parce que cela nous fournit l'occasion d'adresser un reproche à notre auteur. Comment, en effet, un homme qui a une si haute opinion de ses devoirs, peut-il supposer que les médecins comprennent si mal ceux que leur imposent les premières et les plus simples lois de l'humanité ?

Dans une lettre adressée à *Maximus* (livre VIII, n° 24), Pline a écrit ce qui suit : *Vides a medicis, quanquam in adversa valetudine nihil servi ac liberi differant, mollius tamen liberos clementiusque tractari.* Voyez comment en usent les médecins : relativement à leur art, il n'y a pas de différence entre l'homme libre et l'esclave, cependant ils traitent l'un plus doucement et plus humainement que l'autre. Tout, dans cette lettre, est un modèle accompli de bon sens, de jugement, de vues élevées, généreuses, tout, excepté cette comparaison qui nous touche et nous blesse, et qui forme un contraste bizarre avec les excellents conseils que Pline prodigue à son ami. On se demande comment un moraliste si pur, une conscience si timorée, peuvent accepter cette justice distributive, si peu d'accord avec les principes d'humanité que Pline établit et cherche à faire prévaloir. Celui qui dit de lui-même (livre V, n° 19) : *Est mihi semper in animo et Homericum illud, πατὴρ δ' ὡς ἤπιος ἦεν, et hoc nostrum paterfamilias* ; j'ai constamment dans l'esprit ce vers d'Homère :

Il eut toujours pour eux le cœur d'un tendre père ;

et je n'oublie pas que chez nous le maître est appelé *père de famille* ; celui-

que, n'y eût-il qu'atténuation de l'odeur, si cette diminution est telle que des chirurgiens aussi autorisés reconnaissent en elle un immense bienfait, on peut toujours s'associer à leur satisfaction en attendant la découverte de l'absolu.

Mais où les sens pourront nous laisser dans l'incertitude, il se peut que l'analyse chimique du phénomène nous fournisse de nouvelles lumières, et, en tranchant nos doutes olfactifs, résolve en même temps la question en litige elle-même.

M. Chevreul a déjà marqué les étapes de cette analyse; premièrement, en avançant qu'il semblait croire à une simple substitution d'odeur dans les mélanges, après l'introduction du coal-tar. Ce premier point devra être débattu contradictoirement, et d'ailleurs recevra des éclaircissements de la discussion ultérieure du problème. Éclaircissements d'autant plus désirables que ce point de vue, très-nettement dessiné par M. Chevreul devant l'Académie des sciences, a été quelque peu obscurci devant l'Académie de médecine. Le mot « désinfectant » y a reçu, par instants, des interprétations diverses et qu'il importe de rétablir. On devra, avait dit M. Chevreul, examiner si la préparation proposée agit en prévenant l'altération, la fermentation putride des matières auxquelles on la mêle, ou si simplement elle leur enlève leur odeur. Les deux résultats, différant chimiquement, ont cependant un côté commun, la désinfection, c'est-à-dire l'annulation de l'odeur redoutée. Mais il est clair que cette dernière peut, abstractivement parlant, avoir lieu toute seule : le problème serait donc résolu par la constatation de cette unique propriété : la destruction de sensation olfactive, la chimie assistant au phénomène sans avoir le moyen de l'apprécier. Et si l'on nous demandait comment nous concevrions la possibilité d'un tel effet, nous emprunterions les paroles suivantes, dans lesquelles M. Dumas a exprimé son opinion sur ce point : « J'avoue, dit l'illustre chimiste, que, dans les données de la science, rien ne me semblait propre à fournir une explication de ce phénomène (la désinfection dans le sens que nous venons de dire), tant que M. Schœnbein n'avait pas publié ses curieuses expériences sur la formation abondante de l'ozone dans l'air mêlé de vapeur d'essence de térébenthine. Il me sembla alors que la vapeur d'huile de goudron pouvait bien également ozoniser l'air. On comprend que si les vapeurs de coaltar ozonisaient l'air, il ne faudrait pas aller chercher ailleurs que dans la combustion prompte des miasmes odorants par cet oxygène ozonisé, la cause de la destruction de l'odeur putride des matières animales en décomposition. »

Quant à l'explication cherchée dans l'arrêt du phénomène même de la fermentation putride, elle est des plus naturelles et s'appuierait sur plus d'un exemple. On peut d'ailleurs d'autant plus sainement lui ouvrir la porte, sauf à elle ensuite à faire ses preuves, que les matières pyrogénées, le coal-tar en particulier, renferment en eux des principes, l'acide phénique, par exemple, dont la plus légère quantité suffit à assurer la conservation des matières animales les moins stables à l'air libre.

On peut aussi étudier avec fruit le rôle que joue, en ce phénomène, le plâtre, qui entre pour une part quantitative si grande dans la composition de la poudre de MM. Demeaux et Corne. Quoique, d'après les explications comparatives de M. Chevreul, on soit forcé de penser qu'il n'a pas sur la destruction même de l'odeur une part bien active, il n'y a pas à se dissimuler qu'il ne tienne un rang sérieux dans la préparation, non-seulement comme corps divisant de la matière active, mais comme corps absorbant. Il est hors de doute qu'on ne saurait passer ici sous silence l'empêchement apporté au dégagement de nouveaux fluides élastiques infects par l'action solidifiante du plâtre sur les liquides propres à les engendrer.

Ainsi donc les effets signalés comme propres au mélange de plâtre et de coal-tar devront être étudiés ou observés aux différents points de vue que nous venons de reproduire : simple substitution d'odeur; — annulation de cette odeur par destruction chimique ou transformation des produits odorants au fur et à mesure de leur production ; — arrêt du phénomène de la putrescence, ou altération, transformation de la matière même qui fournissait les produits infects; — enfin, simple absorption, suivie de solidification des produits, et par conséquent de l'arrêt de leur faculté volatile, condition mère de l'odeur.

Si l'importance du sujet, la grandeur des services que peut rendre un pareil produit dans les tristes conjonctures où nous nous trouvons en ce moment, avec nos grandes quantités de blessés, ont fait à chacun un devoir d'une étude extemporanée et nécessairement incomplète du sujet ; s'il importe même d'encourager l'entreprise immédiate d'essais en grand, et de leur reconnaître dès ce moment une base légitime, il ne convient pourtant pas moins de faire, comme les Académies, nos réserves expresses sur la valeur scientifique du procédé. Il a dès ce moment subi un premier degré d'instruction ; on peut le mettre en liberté sous caution et même favoriser sa circulation. Il a pour recevoir cette faveur provisoire fourni des preuves légitimes en ce qui concerne le pansement des plaies et cooséquemment l'assainissement *à priori* des salles d'hôpitaux. Ce grand intérêt, qui ne saurait attendre en présence d'une probabilité heureuse, justifie des essais immédiats sur une grande échelle. L'autorité des voix enthousiasmées de MM. Velpeau, Renault, H. Bouley sur ces points de fait, permet de passer outre.

Mais en présence des immenses conséquences qu'est appelée à avoir sur l'industrie tout entière, sur l'hygiène publique dans un de ses chapitres pratiques les plus ardus (voyez notre système si grossier de vidanges, voyez Londres et sa Tamise), la découverte d'un produit doué de qualités aussi précieuses, il convient de se montrer plus réservé, plus patient, plus sceptique pour une solution définitive. Il faut provoquer la réponse des chimistes, l'analyse complète du phénomène, des expérimentations mesurées et faites en grand, la solution scientifique en un mot qui, nous l'espérons, ne se fera pas longtemps attendre.

GIRAUD-TEULON.

---

là ne devrait pas regarder comme une chose toute simple, toute naturelle, que les médecins, en donnant leurs soins aux malades, fissent acception des personnes et les proportionnassent à l'importance de leur position sociale. Mais Pline lui-même payait sans doute un dernier tribut aux préjugés de caste, il ne s'étonnait pas du plus ou moins de dévouement que pouvaient inspirer les catégories sociales, et l'esclave n'avait pas tout à fait cessé de paraître à ses yeux *une chose, un objet* sur lequel la loi et la coutume lui donnaient un droit souverain. Il est vrai que les esclaves se vengeaient, et même cruellement, témoin l'histoire tragique de *Largius Macedo*, racontée dans la lettre adressée par Pline à son ami *Acilius* (liv. III, n° 14), dans laquelle il déplore le meurtre commis par les esclaves sur un maître dur, inhumain, *superbus alioqui dominus et sævus*, et qui oubliait que son propre père avait été esclave lui-même, *et qui, servisse patrem suum, parum, immo nimium meminisset.* Attaqué pendant qu'il était au bain ; il fut horriblement maltraité et mourut le troisième jour, non sans avoir eu la consolation de s'être vengé.

Puisque nous sommes en plein chapitre de morale, citons encore un passage curieux d'une lettre à *Rufin* (livre VIII, n° 18). *Falsum est nimirum, quod creditur vulgo, testamenta hominum speculum esse morum, quum Domitius Tullus longe melior apparuerit morte, quam vita.* Il n'est pas vrai, comme on le dit ordinairement, que le testament d'un homme soit le miroir de ses mœurs, puisque Domitius Tullus s'est montré en mourant bien meilleur qu'il n'avait paru pendant sa vie. La concision du latin est ici bien préférable à notre périphrase française. Nous ne voulons pas examiner en quoi ce testament a été un acte si honnête, si louable, mais nous dirons deux mots du testateur lui-même. Sa femme qui, déjà veuve depuis longtemps et mère, avait consenti à l'épouser à cause de ses richesses, avait paru faire une action assez peu honorable, car il était *ita perditus morbo* tellement infirme, *ut esse tædio posset uxori, quam juvenis sanusque duxisset*, qu'il eût pu dégoûter la personne qui l'eût épousé jeune et sain. *Quippe omnibus membris extortus et fractus, tantas opes solis oculis obibat, ac ne in lectulo quidem nisi ab aliis, movebatur;* car estropié de tous ses membres, il ne jouissait de ses richesses que par les yeux et ne pouvait, sans l'aide d'autrui, se mouvoir dans son lit. *Quin etiam (fœdum miserandumque dictu!) dentes lavandos fricandosque præbebat.* Bien plus, et cela est horrible et déplorable à dire, il donnait sa bouche à laver, ses dents à nettoyer. L'infortuné se plaignait quelquefois d'être contraint de lécher tous les jours les doigts de ses esclaves, *se digitos servorum suorum quotidie lingere. Vivebat tamen, et vivere volebat, sustentante maxime uxore; quæ culpam inchoati matrimonii in gloriam perseverantia verterat.* Il vivait pourtant et voulait vivre, soutenu surtout par sa femme, laquelle, par sa constance s'était fait une gloire de ce mariage qui lui avait été reproché comme une faute.

A côté de ce misérable *Domitius Tullus*, qui voulait absolument vivre, bien qu'il fût accablé d'infirmités, nous trouvons *Corellius Rufus* qui, bien loin de professer cet ardent amour de la vie, a mis fin à ses jours, volontairement, de propos délibéré, nous offrant un exemple de suicide comme on croirait n'en trouver qu'au siècle de Caton l'Ancien. Comme il se rencontre dans les lettres de Pline le Jeune un certain nombre de faits de ce genre, lesquels constituent un des actes les plus solennels de la vie publique et privée des

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR QUELQUES VEINES PORTES ACCESSOIRES, SUR LA PART QUE PREND L'UNE DE CES VEINES A LA DÉRIVATION DU SANG DE LA VEINE PORTE LORSQU'IL NE TROUVE PLUS DANS LE FOIE UN LIBRE PASSAGE, ET SUR LE RÔLE QUE JOUE CE COURANT DÉRIVÉ DANS LA PRODUCTION DES VARICES ET DES TUMEURS VARIQUEUSES, présentées à la Société de biologie dans la séance du 2 avril 1859; par C. SAPPEY.

Indépendamment du sang que lui apportent l'artère hépatique et la veine porte, le foie en reçoit encore de plusieurs veinules qui se comportent dans leur mode d'origine et de terminaison, comme le système veineux abdominal, c'est-à-dire qui affectent comme celui-ci la disposition d'un conduit simple dans sa partie moyenne ramifié à ses deux extrémités, et qu'on peut appeler par conséquent *veines portes accessoires*.

Ces veinules portes accessoires peuvent être divisées en cinq groupes distincts les uns des autres.

Le premier groupe occupe l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique. Les petites veines qui le composent naissent du bord supérieur de l'estomac, et viennent se terminer dans les lobules qui limitent en avant et en arrière le sillon transverse du foie. Dans leur trajet, on les voit ordinairement communiquer entre elles. Elles sont toujours d'une extrême ténuité, à l'exception toutefois de la veine pylorique, qui dans quelques cas exceptionnels fait partie de ce groupe. On sait que cette veine vient en général s'ouvrir dans la partie moyenne du tronc de la veine porte; mais il n'est pas rare de la voir se rendre sur un point plus élevé; et tantôt elle vient se terminer dans la partie supérieure du tronc de la veine porte, tantôt dans la branche gauche de cette veine, et quelquefois enfin dans le lobe gauche du foie. Dans ce dernier cas, la veine pylorique se ramifie dans la glande à l'instar de la veine porte, et elle consitue alors une veine porte accessoire, parallèle à la veine porte principale, qu'elle pourrait en partie suppléer si celle-ci venait à s'oblitérer, et si son calibre à elle-même venait à se dilater, ce que les lois de la physiologie pathologique nous autorisent à regarder comme très-probable.

Le second groupe, composé de douze à quinze veinules de différent calibre, est situé sur le pourtour de la grosse extrémité de la vésicule biliaire. Toutes ces vésicules se ramifient par une de leurs extrémités dans les parois de la vésicule, et par l'autre dans les lobules qui circonscrivent la fossette cystique. Chez quelques individus elles sont moins nombreuses, et alors on en trouve toujours dont le calibre est plus considérable; il existe à cet égard beaucoup de variétés. Par leurs radicules originaires, ces petites veines portes s'anastomosent entre elles et avec les deux veines cystiques qui vont s'ouvrir dans la branche droite du tronc de la veine porte. Il résulte de ces anastomoses qu'en injectant celui-ci on injecte tout le système veineux de la vésicule biliaire, et, par conséquent aussi, toutes les petites veines portes accessoires auxquelles elle donne naissance.

Le troisième groupe comprend toute une série de veinules qui naissent dans la capsule de Glisson, des parois de l'artère hépatique, de la veine porte et des conduits biliaires, et qui vont ensuite se ramifier dans les lobules sous-jacents à la capsule fibreuse. Ces veinules sont extrêmement grêles et difficiles à injecter. Kiernan avait pensé qu'elles vont se jeter dans les divisions de la veine porte; elles constituaient, par conséquent, à ses yeux, des veines ordinaires. Mais l'observation démontre qu'elles se comportent exactement comme celles qui émanent de la grosse extrémité de la vésicule biliaire.

Le quatrième groupe comprend quelques veinules plus déliées encore que les précédentes, comprises dans cette partie du ligament suspenseur qui unit la face convexe du foie au diaphragme. Ces veinules ne sont pas constantes, et lorsqu'elles existent, elles sont presque toujours capillaires. Cependant leur existence est un fait qui n'est pas sans intérêt, puisqu'elles établissent une communication entre les veines hépatiques et les veines diaphragmatiques.

Le cinquième groupe est formé de plusieurs petites veines qui proviennent de toute l'étendue de la portion sus-ombilicale de la ligne blanche. Parmi ces veines portes accessoires, il en est une, en général, plus considérable que les autres, qui suit le bord adhérent du ligament suspenseur de la veine ombilicale, et qui vient se perdre sur le bord tranchant du foie à l'entrée du sillon longitudinal; le diamètre de cette veine égale assez souvent et quelquefois même dépasse l'étendue d'un millimètre. Elle prend naissance par de nombreuses radicules dans la paroi abdominale; toutes ces radicules se réunissent à une petite distance du bord antérieur du foie en un seul tronc qui pénètre dans la glande et s'y ramifie presque aussitôt. Des valvules échelonnés dans sa cavité à de courts intervalles, et tournées par leur concavité du côté du cœur, attestent clairement que le sang qui la parcourt se porte de la paroi abdominale vers le foie. Une petite branche de l'artère hépatique, accolée d'abord à la voûte du sillon longitudinal, l'accompagne dans toute son étendue et se prolonge jusqu'à l'ahdomen, où elle s'anastomose par quelques ramuscules avec l'artère mammaire interne.

Indépendamment de la veine porte accessoire qui occupe le bord adhérent du ligament suspenseur, il en existe d'autres, dans l'épaisseur de ce ligament, beaucoup plus déliées, qui viennent successivement se perdre dans le sillon de la veine ombilicale. D'autres encore, au nombre de deux ou trois, suivent le cordon de cette veine; l'une de ces dernières s'ouvre dans la branche gauche de la veine porte. Toutes les veines de ce groupe communiquent entre elles; de là il suit que lorsqu'on injecte la veine porte hépatique, on voit non-seulement le liquide refluer dans leur cavité, et les remplir complétement, mais encore remonter de proche en proche jusqu'à la région ombilicale au niveau de laquelle il pénètre dans les origines des veines épigastriques. Celle d'entre elles qui est munie de valvules et qui semble ne devoir pas se prêter au reflux de l'injection, se remplit également, mais par l'intermédiaire des anostomoses qu'elle reçoit.

En résumé, les petites veines qui rappellent, par la disposition de leurs racines et de leurs branches, le mode de conformation de la veine porte, se distinguent à la fois par leur multiplicité et leur ténuité. Malgré l'analogie remarquable qu'elles présentent avec le système veineux abdominal, elles mériteraient à peine d'être mentionnées, si

---

Romains, nous entrerons dans quelques détails sur les circonstances qui provoquaient cette grande détermination et sur la manière dont on l'accomplissait.

Dans une lettre adressée à *Calestrius* (livre 1, n° 12), notre auteur dit: *Jacturam gravissimam feci, si jactura dicenda est tanti viri amissio.* J'ai fait une perte cruelle, si c'est assez dire pour exprimer le malheur qui nous enlève un si grand homme. *Decessit Corellius Rufus, et quidem sponte, quod dolorem meum exulcerat*, Corellius Rufus est mort, et, ce qui rend ma douleur plus cruelle, il est mort volontairement. Ce genre de mort, dont on ne peut accuser la nature ni la fatalité, me semble le plus affligeant de tous Lorsqu'une maladie nous emporte, on se console en songeant à la destinée humaine; *in iis vero, quos arcessita mors aufert, hic insanabilis dolor est, quod creduntur potuisse diu vivere*, mais ceux qui mettent fin à leurs jours nous laissent l'éternel regret de penser qu'ils auraient pu vivre longtemps. Corellius Rufus avait tout ce qui peut rendre la vie agréable, *sed tam longa, tam iniqua valetudine conflictabatur, ut hæc tanta pretia vivendi mortis rationibus vincerentur*, mais ses maux duraient depuis si longtemps et étaient devenus si insupportables, que les raisons de mourir l'emportèrent sur les motifs qui l'engageaient à vivre.

Quelle était donc cette maladie cruelle qui avait ainsi empoisonné une existence si heureuse d'ailleurs? Pline nous le dit: *Tertio et tricesimo anno, ut ipsum prædicantem audiebam, pedum dolore correptus est*; à 33 ans, je le lui ai entendu raconter, il fut atteint de la goutte, et de la goutte héréditaire, *patrius hic illi, nam plerumque morbi quoque per successiones quasdom, ut alia traduntur*, car les maux, comme les biens, nous viennent souvent par succession. Le malheureux podagre combattit le mal de son mieux; tant qu'il fut jeune, il eut recours au régime, à la continence, *hunc abstinentia, sanctitate quoad viridis ætas, vicit et frangit*, et quand la vieillesse fut venue, et que le mal augmenta avec l'âge, il se soutint par sa vertu, par son courage, *novissime cum senectute ingravescentem, viribus animi sustinebat. Quum quidem incredibiles cruciatus, et indignissima tormenta pateretur (jam enim dolor non pedibus solis, ut prius, insidebat, sed omnia membra pervagabatur)*, j'allai le voir un jour à sa maison des faubourgs, c'était sous Domitien. Il souffrait des tourments inouïs, la douleur n'était plus seulement aux pieds, mais elle avait envahi tous les membres. L'entrevue des deux amis est fort bien racontée par Pline, mais ce n'est pas notre affaire. *Increverat valetudo, quam temperantia mitigare tentavit, perseverantem constantia fugit*, le mal augmenta, il essaya du régime et résolut d'y mettre un terme par un autre moyen. *Jam dies alter, tertius, quartus; abstinebat cibo*, Hispulla sa femme m'envoya prévenir de sa fatale résolution, croyant que moi seul je pouvais l'en détourner, *a quo revocari posset ad vitam. Dixerat sane medico admoventi cibum, Κέκρικα*: il avait dit à son médecin qui l'exhortait à manger: Je l'ai résolu! Je sais bien qu'il avait plus de 67 ans, ce qui est déjà un assez grand âge; je sais qu'il est délivré d'une maladie chronique, mais je le pleure comme s'il était mort jeune et bien portant, *tanquam et juvenis et firmissimi, mortem doleo.*

Voici un autre malade, *Titus Ariston*, qui marche intrépidement dans la même voie, n'accusant pas la médecine d'impuissance, mais prenant un

dans certaines conditions morbides on ne voyait quelques-unes d'entre elles atteindre un volume plus ou moins considérable.

Au nombre des veines portes accessoires qui peuvent ainsi se dilater anormalement, je dois surtout mentionner dans le cinquième groupe, celle qui s'étend du sinus de la veine porte à la partie susombilicale de l'abdomen. Lorsque le sang transmis au foie ne traverse plus que difficilement et incomplètement cet organe, elle acquiert dans certains cas un volume et une importance qui ont échappé jusqu'à ce jour à l'attention des médecins et qui nous montrent combien les détails, en apparence les plus futiles, peuvent offrir d'intérêt le jour où la loi du progrès vient les exhumer en quelque sorte du sein de la science pure pour les introduire dans le domaine plus brillant de la science appliquée. Son calibre alors égale et même surpasse quelquefois celui de la veine fémorale. Ainsi dilatée, elle représente si bien par son diamètre, sa situation et sa direction, la veine ombilicale, que tous les faits relatifs à sa dilatation ont été considérés jusqu'à présent comme autant d'exemples de persistance de cette veine.

Mais ces faits ne me paraissent pas avoir été observés avec une suffisante attention. Comme ils sont peu nombreux, je les rappellerai brièvement, afin de montrer qu'on peut leur donner une tout autre interprétation, et qu'ainsi interprétés, loin de témoigner en faveur de la persistance de la veine ombilicale, ils nous autorisent, au contraire, à penser que cette veine ne persiste jamais chez l'adulte.

Parmi ces faits considérés comme autant d'exemples de persistance de la veine ombilicale, un des premiers qui aient été mentionnés appartient à M. Ménière. Il a été observé, en 1826, et publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE : chez un enfant dont il faisait l'autopsie, cet auteur trouva un conduit veineux très-considérable qui partait de la veine iliaque droite, se dirigeait vers la symphyse du pubis, puis remontait jusqu'à l'ombilic, et suivait ensuite le ligament suspenseur pour aller s'ouvrir dans le sinus de la veine porte.

Un fait analogue a été publié à la même époque par M. Manec.

M. Pegot, en 1832, en a fait connaître un troisième plus important et mieux observé, qui a été inséré dans les bulletins de la Société anatomique, et représenté par M. Cruveilhier dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique. Celui-ci a été recueilli sur un homme de 45 ans qui présentait vers le milieu du pli de l'aine de chaque côté une tumeur variqueuse de forme pyramidale, et au niveau de l'ombilic une autre tumeur de même nature, du volume d'une orange. Jusqu'au moment de l'autopsie, M. Pegot avait cru à de simples varices semblables à celles que M. A. Séverin et Boyer avaient déjà signalés et décrites. A l'ouverture de l'abdomen, il fut fort surpris de rencontrer dans le ligament suspenseur du foie une veine très-volumineuse qui s'étendait de la tumeur ombilicale vers le sinus de la veine porte et qu'il considéra, à l'exemple de ses prédécesseurs, comme la veine ombilicale non oblitérée.

M. Rokitansky, en Allemagne, a recueilli plusieurs observations offrant la plus grande analogie avec celles qui précèdent. Le premier il s'est attaché à établir que les tumeurs variqueuses de l'abdomen doivent être considérées comme le résultat de la persistance de la veine ombilicale. M. Hamberger, de son côté, cite trois exemples de cette persistance. Dans le premier, la veine omblilicale se continuait à plein canal avec les veines épigastriques; dans le second, elle se continuait aussi avec ces veines, mais au niveau de cette continuité il existait plusieurs petites tumeurs variqueuses; dans le troisième, qui est le plus remarquable, elle s'abouchait au niveau de l'ombilic avec des veines sinueuses de plusieurs lignes de diamètre, descendant vers le pli de l'aine et dans lesquelles on percevait un frémissement à la main et un murmure continu au stéthoscope (1).

De ces observations et de quelques autres analogues mentionnés dans le TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE de Haller, il résulte que tous les auteurs qui ont rencontré chez l'adulte, dans le ligament suspenseur du foie, une veine volumineuse, se sont accordés d'une part pour considérer celle-ci comme la veine ombilicale non oblitérée, de l'autre pour admettre qu'elle est parcourue par le sang de bas en haut, c'est-à-dire de l'ombilic par le foie.

Ainsi s'est établie cette opinion, aujourd'hui unanimement admise, que la veine ombilicale persiste quelquefois après la naissance, et peut même persister pendant toute la durée de la vie.

Je l'avouerai cependant, malgré cette unanimité je n'étais cependant pas convaincu. Cherchant à me rendre compte du mécanisme d'après lequel pouvait se produire la persistance de la veine ombilicale, je me trouvais conduit à regarder cette persistance comme peu vraisemblable, je n'ose pas dire comme tout à fait impossible. Après la naissance, en effet, la veine ombilicale se rétracte dans le ligament suspenseur du foie, ainsi que l'a démontré récemment M. Ch. Robin; puis elle s'oblitère à son extrémité et de proche en proche dans toute son étendue. Si l'on suppose que sa cavité persiste, le sang rencontrant à son extrémité libre une barrière infranchissable y restera emprisonné; car il n'y a pas ici de branches collatérales par lesquelles il puisse s'échapper, la veine n'en recevant et n'en fournissant jamais aucune dans son trajet, et si cette barrière vient à céder, il ne pourra que s'épancher dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le raisonnement semble donc indiquer qu'aucune communication ne peut s'établir après la naissance entre la veine ombilicale et les veines de l'abdomen. Sans nier toutefois d'une manière absolue la possibilité d'une telle communication, j'en étais arrivé à conserver beaucoup de doutes sur sa réalité, et je regrettais vivement que l'extrême rareté des faits de ce genre ne me permît pas de les vérifier lorsqu'un heureux hasard vint m'en offrir deux presque coup sur coup dans le courant de l'été dernier. L'un et l'autre me montrèrent combien mes doutes étaient fondés.

Le premier de ces faits a été observé sur un cadavre à l'Ecole pratique. C'était un homme d'une quarantaine d'années qui me parut avoir succombé à une cirrhose du foie. Dans l'épaisseur du ligament suspenseur je trouvai une veine du volume du petit doigt, étendue de l'extrémité gauche du sinus de la veine porte vers l'ombilic où elle s'anastomosait avec les veines épigastriques qui étaient elles-mêmes très-dilatées. Examinant aussitôt le ligament suspenseur, j'aperçus dans l'épaisseur de son bord libre le cordon de la veine ombilicale

(1) Je suis redevable de la connaissance de ces faits et du travail de M. Rokitansky, à mon excellent collègue M. le docteur Aran qui a bien voulu, sur ma demande, consulter ces auteurs et me communiquer les principaux résultats de leurs observations.

---

grand parti quand toutes les ressources de l'art sont épuisées. Pline écrit à son ami *Catilius Severus* (livre I, n° 22), des détails bien faits pour nous intéresser, mais malheureusement assez peu précis pour détruire tous les doutes sur la nature du mal. Quoi qu'il en soit, ce mal est cruel et Pline dit : *Mirareris, si interesses, qua patientia hanc ipsam valetudinem tolleret, ut dolori resistat, ut sitim differat, ut incredibilem febrium ardorem immotus opertusque transmittat.* Si vous étiez près de lui, vous seriez étonné de voir avec quelle patience il supporte la maladie, comment il lutte contre la douleur, comment il résiste à la soif, et souffre, immobile et couvert, les ardeurs de la fièvre. Ces jours derniers, il me fit appeler avec quelques intimes, *rogavitque ut medicos consuleremus de summa valetudinis, ut, si esset insuperabilis, sponte exiret e vita; sin tantum difficilis et longa, resisteret maneretque,* il nous pria de consulter les médecins sur sa santé, étant décidé à se laisser mourir si le mal était incurable, ou à attendre la guérison, patiemment, si le temps pouvait l'amener. Pline le Jeune trouve cette résolution tout à fait sage, *id ego arduum in primis et præcipua laude dignum puto.* Vous trouverez assez de gens qui ont la force de courir à la mort en aveugles et sans réflexion, *nam impetu quodam et instinctu procurrere ad mortem, commune cum multis,* mais il n'appartient qu'aux âmes héroïques de peser la vie et la mort, et de se décider pour l'une ou l'autre, selon les motifs qui font pencher la balance, *vitæ mortisque consilium suscipere vel ponere, ingentis est animi.* Rien n'indique dans le reste de la correspondance que Titus Ariston en soit venu à cette extrémité. Pline ajoute : *Et medici quidem secunda nobis pollicentur : superest ut promissis Deus annuat, tandemque me hac sollicitudine exsolvat.* Les médecins nous font tout espérer, puisse un Dieu seconder leurs promesses et me délivrer de cette inquiétude cruelle.

Il y a une lettre charmante adressée à *Nepos* (la 16ᵉ du livre III), dans laquelle Pline raconte quelques traits héroïques d'Arria, la femme de *Pætus.* Il y a bien là un double suicide, qui n'est pas une ressource extrême contre un mal incurable, mais bien un refuge assuré contre la vengeance de Claude. Le fameux mot d'Arria, *Pæte, non dolet,* ne vaut pas, aux yeux de Pline, une action dont on ne parle guère et qui montre tout ce qu'il y avait d'héroïque dans le cœur de cette femme. *Ægrotabat maritus; ejus ægrotabat et filius : uterque mortifere, ut videbatur.* Son mari et son fils étaient en même temps attaqués d'une maladie qui paraissait mortelle. Le fils mourut, et la mère eut le courage de cacher cette mort à son mari. Elle lui montrait un visage serein, et notre auteur s'écrie : *Quo majus est sine præmio æternitatis, sine præmio gloriæ, abdere lacrymas, operire luctum, amissoque filio, matrem adhuc agere!* Combien ne faut-il pas plus de courage pour cacher ses larmes, dévorer sa douleur, et jouer encore le rôle de mère quand on n'a plus de fils!

Arria, bien résolue de mourir, et gardée à vue par sa famille, avait en vain essayé de se briser le crâne contre un mur, *exsiluit cathedra, adversoque parieti caput ingenti impetu impegit et corruit,* et comme son gendre Thraseas la conjurait de renoncer à son projet et lui disait, entre autres choses : Vous voulez donc, si l'on me force à quitter la vie, que votre fille la quitte avec moi? *Tu vis ergo, filiam tuam, si mihi pereundum fuerit, mori mecum?*

qui offrait sa situation, sa direction, ses dimensions ordinaires, et qui témoignait ainsi de la manière la plus péremptoire en faveur de la parfaite oblitération de cette veine.

Le second fait qui s'est offert à mon observation est plus complet et non moins démonstratif. M. le professeur Trousseau avait parmi ses malades à l'Hôtel-Dieu un homme de 50 ans environ, affecté d'une cirrhose du foie. En appliquant l'oreille ou le stéthoscope sur l'abdomen de ce malade, on percevait un bruit très-distinct consistant dans une sorte de murmure continu. La mort ayant eu lieu, ce foie cirrhotique me fut abandonné sur ma demande, et M. Trousseau qui soupçonnait quelque anomalie vasculaire dans la paroi antérieure de l'abdomen, me fit remettre aussi cette paroi en m'invitant à l'examiner. L'anomalie soupçonnée existait en effet, et consistait dans la présence d'une veine volumineuse, étendue du sinus de la veine porte vers l'ombilic, où elle se ramifiait et s'anastomosait aussi avec les veines épigastriques qui semblaient en être le prolongement. Au-dessous de cette veine, dans le bord libre du ligament suspenseur, on voyait le cordon de la veine ombilicale. Ce cordon avait conservé aussi la situation, la direction, les dimensions qui lui sont propres; en un mot, il ne différait en rien de son état normal.

Dans cette seconde observation comme dans la précédente, la communication existant entre le sinus de la veine porte et les veines épigastriques était donc établie par l'une des veinules qui accompagnent le cordon de la veine ombilicale et non par cette veine elle-même. Ces deux faits doivent-ils être considérés comme exceptionnels? ou bien faut-il les accueillir comme l'expression exacte de tout ce qui se passe dans tous les cas où la veine porte communique avec les veines de la paroi abdominale? Cette dernière opinion me paraît la mieux fondée.

Si les auteurs qui ont rapporté des exemples d'une semblable communication n'ont fait aucune mention du cordon de la veine ombilicale, c'est sans doute parce qu'une conviction trop arrêtée est venue en quelque sorte captiver et détourner leur attention. Persuadés au premier coup d'œil qu'ils avaient sous les yeux la veine ombilicale, ils n'ont pas même eu la pensée de chercher le cordon de cette veine qui peut échapper à un examen trop superficiel, mais qu'une observation plus attentive leur eût montré très-probablement s'ils eussent admis pour un instant la possibilité de son existence.

Pour mieux apprécier, du reste, la valeur relative des deux opinions qui se trouvent ici en présence, il suffirait à la rigueur d'en faire l'application aux faits connus. Supposons donc que le sang, dans son reflux vers la paroi abdominale antérieure, suive la veine ombilicale non oblitérée. Parvenu à l'extrémité de celle-ci, par quelle voie arrivera-t-il dans les veines sous-aponévrotiques ou sous-cutanées de l'abdomen? Nous avons vu précédemment qu'il n'existe entre elle et ces dernières aucune relation vasculaire, aucune anastomose. Or sans anastomoses, point de communication possible. Dans cette première hypothèse on ne conçoit donc pas comment une voie de dérivation pourrait s'établir de la veine porte vers la veine iliaque.

Supposons, au contraire, que le sang dans son reflux suive la petite veine qui accompagne le cordon de la veine ombilicale, aussitôt nous voyons tous les phénomènes qui nous sont connus s'enchaîner dans l'ordre le plus simple et le plus naturel. Cette petite veine distendue par le reflux du sang se dilatera peu à peu, et sa dilatation augmentant en raison de l'obstacle qui détermine ce reflux, elle finira par atteindre des proportions qui pourront, dans quelques cas, l'égaler au tronc même de la veine porte. Ce double travail de dilatation et d'hypertrophie se propageant graduellement s'étendra un peu plus tard aux ramifications qu'elle envoie dans la région ombilicale, puis de ces ramifications aux veines qui s'anastomosent avec elle, et le sang de proche en proche s'ouvrira ainsi une grande voie de communication qui le ramènera du sinus de la veine porte dans la veine principale du membre inférieur.

Cette voie dérivative elle-même suivra tantôt les veines épigastriques, et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen. Si elle suit les veines épigastriques, celles-ci se dilateront, mais ne deviendront pas le siége de varices. Si elle suit les veines sous-cutanées de l'abdomen, ces dernières non-seulement se dilateront, mais s'altéreront au point de donner naissance à des tumeurs variqueuses souvent multiples et quelquefois très-considérables.

Pourquoi l'absence de varices dans le premier cas et leur existence presque constante dans le second? C'est à l'anatomie qu'il faut demander la solution de cette question; elle la résoud, en effet, de la manière la plus satisfaisante, en nous montrant que les veines épigastriques au niveau de leur embouchure dans la veine iliaque externe se réfléchissent de bas en haut, d'où il suit que le sang qui les parcourt marche à peu près dans le même sens que celui de cette veine, qu'elles se vident ainsi très-facilement dans sa cavité et qu'elles n'ont dès lors qu'une médiocre tendance à se dilater. Mais il n'en est pas de même des veines sous-cutanées de l'abdomen; celles-ci vont s'ouvrir dans la veine saphène interne, sur la convexité du coude qu'elle décrit au moment où elle traverse l'aponévrose de la cuisse pour se jeter dans la veine crurale; le sang qui les parcourt chemine de haut en bas, tandis que celui de la veine saphène interne chemine, au contraire, de bas en haut; les deux colonnes sanguines se font donc ici mutuellement obstacle; de là pour les veines sous-cutanées de l'abdomen et pour celles du membre inférieur une tendance incessante à se dilater; de là aussi les varices qu'elles présentent et les tumeurs variqueuses qui, plus tard, se développeront sur leur trajet.

Jusqu'à présent les tumeurs variqueuses de l'abdomen, la veine anormale observée dans le ligament suspenseur du foie et la cirrhose avaient été considérées comme trois phénomènes indépendants. Tous les observateurs, en effet, s'étant accordés pour admettre, d'une part, que cette veine anormale était constituée par la veine ombilicale non oblitérée, de l'autre qu'elle était parcourue par le sang de bas en haut, n'avaient pu entrevoir leur intime corrélation. En restituant, au contraire, au sang son véritable cours, en le faisant cheminer de haut en bas, c'est-à-dire du foie vers la veine iliaque, nous n'avons plus trois phénomènes isolés, mais trois effets reliés entre eux par leur subordination à une seule et même cause, trois effets qui se succèdent et s'enchaînent de la manière suivante : la cirrhose produit l'oblitération des capillaires et apporte ainsi un obstacle plus ou moins grand à la circulation du foie; cet obstacle détermine la stase, et un peu plus tard le reflux du sang; ce reflux amène la dilatation, puis l'hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur, et

---

Oui, dit-elle, je le veux, quand elle aura vécu avec vous aussi longtemps et dans une aussi parfaite union que j'ai vécu avec Pætus; *si tam diu tantaque concordia vixerit tecum quam ego cum Pæto, volo.* Il y a dans tout ceci une âpreté de vertu qui nous reporte aux plus beaux temps de la république romaine, et cependant Pætus vivait sous Claude, et avait pris part à la révolte de Scribonien, en Illyrie.

Mais revenons à nos malades. En voici un qui porte un nom illustre dans la république des lettres, *Silius Italicus*, l'auteur des PUNIQUES, et qui, suivant Pline, atteignit sa soixante-quinzième année avec un corps délicat plutôt qu'infirme, *delicato magis corpore, quam infirmo.* Sa mauvaise santé devint la cause de sa mort. *Erat illi natus insanabilis clavus, cujus tædio ad mortem irrevocabili constantia decucurrit.* De Sacy, et ceux qui l'ont copié, ont traduit *clavus* par *abcès*, mais rien ne légitime cette interprétation. *Clavus insanabilis* ne pourrait s'entendre que de certains abcès par congestion, entretenus par la carie de quelques os profondément situés, et liés d'ailleurs à un état cachectique, comme les scrofules ou un développement tuberculeux. On est autorisé à rejeter ces formes pathologiques chez un homme aussi âgé. Nous pensons donc que *clavus* signifie, dans cette circonstance, une de ces tumeurs de mauvaise nature, un bouton cancéreux, occupant peut-être le nez ou la lèvre, comme Pline l'Ancien et Celse en ont signalé des exemples. Rien n'indique que ce mal datât de loin; *erat illi natus* semble se rapporter à un événement récent, et nous nous en tenons à cette manière de voir. Il ne peut être question d'une maladie furonculeuse, à moins que l'on admette la présence d'un anthrax; mais Pline le Jeune n'eût pas manqué d'entrer dans quelques détails capables d'indiquer le caractère de la maladie. Or la lettre adressée à *Caninius* (livre III, n° 7), ne contient rien qui puisse conduire à un diagnostic quelconque, et nous devons nous contenter de dire : une tumeur incurable qui lui était survenue l'a dégoûté de la vie et l'a fait courir à la mort avec une constance inébranlable.

Un autre exemple non moins remarquable est le suivant (livre VI, n° 24). Je me promenais, dit Pline, avec un vieillard de mes amis, sur les bords du lac de Côme. Il me montra une maison, et même une chambre qui s'avance sur l'eau et il me dit : *Ex hoc aliquando municeps nostra cum marito se præcipitavit :* c'est de là qu'un jour une femme de notre pays et son mari se sont précipités. Et pourquoi? *Maritus ex diutino morbo circa velanda corporis ulceribus putrescebat.* Le mari avait aux parties génitales des ulcères en suppuration; la femme voulut voir le mal, l'assurant qu'elle lui dirait avec sincérité s'il était curable. *Vidit, desperavit, hortata est ut moreretur, nam se cum marito ligavit, objecitque in lacum.* Ayant reconnu que la guérison était impossible, elle l'exhorta à mourir, et tous deux attachés par des liens se jetèrent dans le lac. C'était faire un singulier honneur aux connaissances médicales de la dame, et ce double suicide nous paraît à la fois un acte de folie et une preuve de dévouement conjugal bien rarement imité depuis.

P. MENIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

celle-ci en se dilatant occasionne à son tour la dilatation des veines sous-cutanées ou sous-aponévrotiques de l'abdomen.

Ainsi donc, en admettant que le sang dans son mouvement de reflux vers l'ombilic suit la veine ombilicale non oblitérée, on ne saurait expliquer, dans l'état actuel de nos connaissances, le mode de développement du grand courant veineux qui se porte du foie vers la veine iliaque externe.

Mais si l'on admet, au contraire, que le sang suit l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur, le développement de cette voie collatérale devient un phénomène extrêmement simple, autour duquel se groupent dans l'ordre le plus naturel tous ceux que nous avons précédemment passés en revue.

Le mode de développement de la voie dérivative par laquelle le sang passe de la veine porte dans la veine principale du membre, est un fait qui n'intéresse pas moins le chirurgien et le médecin que l'anatomiste.

Connaissant le point de départ des varices et des tumeurs variqueuses qui peuvent se développer sur le trajet de cette voie, le chirurgien comprendra mieux combien ces varices et ces tumeurs doivent être respectées.

D'une autre part, toute tumeur de cette nature siégeant à l'ombilic, aux aines ou sur un point quelconque de la paroi abdominale, tout frémissement perceptible à la main, tout bruit perçu par l'oreille ou le stéthoscope appliqués sur cette paroi, deviendront pour le médecin un symptôme précieux qui, en lui révélant l'existence d'un grand courant veineux établi du foie vers la veine iliaque, appellera son attention sur la source, c'est-à-dire sur la cause de ce courant, et pourra ainsi dans quelques cas éclairer son diagnostic.

Lorsque cette voie dérivative s'élargit en raison de la difficulté que le sang éprouve à traverser le foie, la circulation du sang de la veine porte n'éprouve aucun trouble, parce qu'alors le trop-plein de cette veine reflue vers la veine iliaque, et il est facile de pressentir que, dans les cas de ce genre, il n'y aura aucun phénomène de congestion du côté des viscères abdominaux, et par suite aucune tendance à l'hydropisie abdominale.

Si, au contraire, elle ne s'agrandit pas en raison de l'obstacle que le foie oppose au passage du sang, on verra les veines mésaraïques se congestionner, puis un épanchement séreux se produire dans la cavité du péritoine; et cet épanchement, conformément à la grande loi de physiologie pathologique si bien formulée par M. le professeur Bouillaud, sera lui-même d'autant plus rapide et plus considérable que la voie dérivative sera plus insuffisante. Tous les malades affectés de cirrhose du foie, chez lesquels une circulation collatérale sera largement établie, seront donc peu ou point exposés à l'ascite. Dans les deux cas que j'ai observés, il n'en existait aucune trace; il en était de même dans ceux qui ont été publiés par MM. Ménière, Manec, Pegot, Rokitansky et Hamberger. Par contre, les malades chez lesquels aucune voie collatérale ne sera ouverte au sang de la veine porte resteront très-exposés à l'hydropisie; c'est aussi dans cette catégorie de malades qu'on a vu, et que j'ai vu tout récemment encore l'ascite se produire.

Des faits et considérations qui précèdent, je pense pouvoir conclure :

1° Qu'il n'existe aucun fait bien authentique de persistance de la veine ombilicale chez l'adulte, et que tous les faits qui ont été considérés comme attestant cette persistance, doivent être considérés, au contraire, comme autant d'exemples de dilatation avec hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie;

2° Que cette veinule en se dilatant et s'hypertrophiant amène la dilatation et l'hypertrophie des veines avec lesquelles elle s'anastomose, et devient ainsi le point de départ d'une grande voie dérivative qui s'étend du sinus de la veine porte vers la veine principale du membre inférieur;

3° Que cette voie dérivative est parcourue par le sang de haut en bas, et non de bas en haut, ainsi que l'avaient pensé et le pensent encore tous les auteurs;

4° Qu'elle peut suivre, tantôt les veines aponévrotiques et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen; que dans le premier cas il ne se développe sur son trajet ni varices ni tumeurs variqueuses; que dans le second, au contraire, on voit presque toujours une ou plusieurs de ces tumeurs se produire;

5° Que le courant veineux dirigé du foie vers la veine crurale accuse sa présence par un frémissement perceptible à la main, et par un murmure continu perceptible au stéthoscope;

6° Enfin que l'existence de ce courant peut être considérée, dans la très-grande majorité des cas, comme un symptôme de la cirrhose du foie, et que ce symptôme, bien qu'il accuse toujours une cirrhose ancienne et incurable, doit être accueilli cependant comme un signe favorable, puisqu'il écarte la crainte d'une hydropisie abdominale.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DU CANCER BUCCAL CHEZ LES FUMEURS; par M. F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, associé national de l'Académie impériale de médecine.

I.

Le *cancer des fumeurs* est presque une maladie nouvelle. Il se rattache dans son origine aux habitudes de la société moderne; il a du moins acquis une prédominance qui permet de le compter parmi les affections propres à notre époque. Cette variété morbide attaque la bouche et particulièrement la lèvre inférieure. Quoique revêtant la forme cancéreuse réputée la plus bénigne, elle occasionne des tumeurs ou des ulcères d'un fâcheux caractère, et dont la mort peut être la suite, si la chirurgie n'intervient pas à propos. La possibilité d'une terminaison aussi grave, pour une maladie contractée dans des circonstances qui tendent à procurer une distraction et qui, par conséquent, cachent une menace sous l'apparence du plaisir, est sans doute de nature à provoquer l'attention des pathologistes; aussi l'observation a-t-elle déjà recueilli sur ce point quelques données utiles. Nous venons ajouter des faits et des observations à un sujet qui a pour ainsi dire provoqué notre étude. Un très-grand nombre de cas de cette espèce se sont, en effet, présentés dans notre pratique, et il nous eût été difficile de n'être pas frappé de leur multiplicité ou de leur importance.

Le cancer de la bouche est tellement fréquent à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, qu'on ne saurait être taxé d'exagération en affirmant que c'est une des maladies qui donnent lieu au plus grand nombre d'opérations chirurgicales. Cet asile est fréquenté non-seulement par les malades de la ville et du département, mais plus encore par les malades des contrées voisines qui, dépourvues d'hôpitaux importants, déversent sur la cité médicale les indigents auxquels les secours de la chirurgie sont nécessaires. Les départements de l'Aveyron, de la Lozère, de l'Ardèche fournissent particulièrement à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier beaucoup de cancéreux, et parmi ces derniers le plus grand nombre porte des cancers des lèvres (1).

Nous avons constaté dans notre pratique privée une prédominance analogue du cancer buccal. D'anciens militaires, des riches oisifs, des voyageurs, des artisans, nous ont souvent consulté pour cette maladie. D'âge différent, de condition, de mœurs et d'occupations très-diverses, ces malades avaient une habitude commune poussée à l'excès : c'étaient des fumeurs de tabac.

On a déjà beaucoup écrit sur le tabac et sur l'influence qu'il exerce. Le public semble absoudre cette substance de toute propriété malfaisante, par l'ardeur avec laquelle il la recherche sous diverses formes, et les médecins l'en ont peu détourné jusqu'à présent par leurs conseils hygiéniques ou par leurs études sur les questions qui se rattachent à l'usage si répandu de cette plante. Disons plus, quelques mémoires signés par une autorité grave en matière d'hygiène pratique, par Parent du Châtelet, ont accordé au tabac une sorte de brevet d'immunité, en établissant que les ouvriers qui travaillent cette substance ne sont sujets à aucune maladie importante qu'on puisse lui attribuer. Les observations plus modernes ne seraient peut-être pas aussi rassurantes. Mais, sans nous engager dans une question qui tient à l'hygiène des professions, nous croyons pouvoir établir qu'il existe une telle corrélation entre l'abus du tabac chez les fumeurs et le développement du cancer buccal, que ce fait devient digne d'éveiller la sollicitude des tuteurs directs de la santé publique. Nos gouvernants ne se sont pas préoccupés jusqu'à présent d'une pareille question. L'impôt sur le tabac n'a pas une origine aussi philanthropique, et d'ailleurs il n'a pas réussi à mettre un frein à une habitude qui se géné-

(1) Nous avions déjà fait cette remarque, il y a près de vingt-cinq ans, pendant notre internat à l'hôpital Saint-Eloi (voy. la thèse du docteur Burin: SUR LE CANCER DE LA LÈVRE INFÉRIEURE, rédigée d'après nos leçons. Montpellier, 1836.)

ralise de plus en plus et qui, au train dont vont les choses, semble devoir atteindre des proportions extrêmes.

Que le tabac, devenu la source d'un revenu public, se soit répandu graduellement et par une sorte de puissance irrésistible, dès l'époque de son introduction en Europe, au seizième siècle, jusqu'à nos jours, où l'on en fait usage chez tous les peuples, depuis l'Européen laborieux jusqu'à l'Oriental indolent ou au sauvage abruti, et dans toutes les classes de la société, depuis l'habitant des palais jusqu'à celui du plus humble asile; que cette plante, dont les effets ne répondent à aucun besoin naturel qui, dès les premiers essais, provoque des nausées, du dégoût et d'autres sensations désagréables, entre promptement dans les habitudes de celui qui a surmonté la répugnance initiale; qu'elle soit prisée, fumée, mâchée; que les sensations qu'elle donne acquièrent, par leur réitération, une puissance qui en rend le besoin assez impérieux pour que sa privation soit une souffrance; que le marin, le prisonnier, l'ouvrier indigent préfèrent parfois le tabac au pain lui-même; que tous les fumeurs s'accordent pour attribuer à ses effets un charme indéfinissable où ils retrouvent l'oubli de leurs maux, nous conviendrons assurément qu'il y a là quelque admirable merveille, et nous n'entreprendrons pas la tentative stérile de modifier sur ce point des habitudes que nos pages ignorées ne sauraient combattre. Après tout, le succès du tabac a sans doute sa raison d'être. Ne fût-il qu'une des conséquences de l'art de vivre plus heureusement, art dont un des problèmes consiste à se créer des besoins qu'on puisse satisfaire; dût-il en partie sa propagation à la mode, que la raison reconnaît si souvent comme sa souveraine, cet usage répond à un instinct qui, pour être mal défini, n'en paraît pas moins puissant. S'il faut en croire la bizarre annulation intellectuelle des fumeurs, le tabac serait, par les effets qu'il produit, un des rares correctifs de la nature tourmentée de l'homme: s'il en est ainsi, que le philosophe en permette ou en conseille l'usage. Mais cette tolérance ou cette prescription ne doit pas fermer les yeux au médecin observateur, et celui-ci a le devoir de faire connaître les faits qu'il recueille et qu'il vérifie.

Entre autres inconvénients que la consommation immodérée du tabac peut occasionner, nous nous bornerons à signaler la production du cancer ou du cancroïde de la bouche. Comme notre intention n'est pas de faire une étude complète des effets physiologiques du tabac, ni de lui adresser une accusation en forme, mais de limiter cette étude à l'action qu'il exerce comme cause pathogénique du cancer buccal, nous restreindrons ce travail au point de vue que nous signalons; et sur lequel nous espérons rendre la vérité évidente non moins qu'utile.

Il serait hors de propos de reproduire pour nos lecteurs la description du tabac au point de vue botanique et chimique. Il nous suffira de rappeler que cette plante, remarquée par les Espagnols dans l'île de Tabago en Amérique, et introduite en Europe en 1560 par Nicot, est connue sous le nom de *nicotiana tabacum*, expression qui désigne à la fois son origine et son importation; qu'elle appartient à la famille des *solanées*; que d'un emploi très-restreint en thérapeutique, elle est en revanche très-répandue pour un usage frivole, et que dans ce dernier but, les feuilles de la plante sont soumises à une préparation spéciale. Cette préparation, consistant principalement à les arroser avec de l'eau salée et de la mélasse, a pour résultat de provoquer une fermentation pendant laquelle se produit de l'ammoniaque; l'alcali met en liberté la nicotine ou principe actif du tabac, qui lui doit ses propriétés irritantes, son odeur âcre et sternutatoire; enfin cette nicotine, isolée et à l'état de pureté, devient une substance toxique des plus dangereuses. Ajoutons que la nicotine varie en proportion suivant les lieux où l'on récolte le tabac, circonstance qui introduit un notable changement dans ses effets aussi bien que dans le choix qu'en font les fumeurs. On retire du tabac préparé et desséché provenant de la Havane, 2 pour 100 de nicotine, une quantité analogue de ceux de Maryland ou de Virginie, 3 pour 100 des tabacs d'Alsace, 6 pour 100 de ceux du Nord, 8 pour 100 de ceux du Lot, et une quantité analogue des tabacs d'Algérie, qui commencent aujourd'hui à se répandre hors de la colonie. Nul doute que ces variations n'influent sur les effets du tabac. Si l'on remarque que les produits les moins chers sont aussi les plus irritants, qu'une intention d'économie pousse ceux qui en usent beaucoup à rechercher les tabacs de qualité inférieure, très-chargés de principe âcre, on retrouvera sans doute dans ce fait une circonstance à laquelle il sera rationnel d'attribuer un rôle étiologique.

Il n'est pas douteux que le cancer des lèvres et des autres parties de la bouche ne soit devenu plus fréquent depuis que l'habitude de fumer s'est non-seulement répandue d'une manière générale, mais qu'elle s'est accrue chez les individus qui l'ont contractée. Si l'on compare à cet égard les tableaux de consommation du tabac en France au commencement de ce siècle avec ceux de l'époque actuelle, on se convaincra que c'est surtout depuis la fin de l'empire et plus spécialement depuis 1830, que l'usage de cette substance s'est généralisé d'une manière vraiment extraordinaire (1). Or il est remarquable que le nombre des cancers des lèvres est devenu plus considérable à mesure que l'invasion de l'habitude qui pouvait provoquer cette maladie faisait elle-même des progrès. Cette lésion était assez rare avant l'époque contemporaine. Si l'on consulte les auteurs de chirurgie du dernier siècle, et même ceux du commencement du siècle actuel, on remarque que le cancer des lèvres n'est pas noté dans leurs ouvrages comme affectant une prédominance marquée sur ceux des autres régions, et nul d'entre eux ne paraît avoir soupçonné que l'influence du tabac à fumer pût jouer un rôle comme cause déterminante de la maladie.

On peut s'en convaincre en parcourant les articles consacrés à l'étude du cancer dans les traités généraux de Sabatier, Léveillé, Boyer, Delpech, Richerand, etc. Les chirurgiens étrangers à qui l'on doit aussi une exposition générale de la science, tels que Heister, Bell, Richter, Monteggia, gardent le même silence sur ce point d'étiologie, qu'on ne trouve pas signalé non plus dans les auteurs d'ouvrages spéciaux sur les maladies de la bouche, tels que Jourdain et Gariot. On n'enfreint pas les règles d'une induction rationnelle en admettant que si des observateurs que leur expérience mettait à même de recueillir et de juger les faits de cet ordre, n'ont pas remarqué la fréquence du cancer labial dans la proportion où nous la constatons aujourd'hui, c'est que la cause occasionnelle de cette maladie était moins commune qu'elle ne l'est de nos jours, et que le nombre des fumeurs étant beaucoup moindre, le nombre des maladies que cette habitude engendre était aussi bien moins considérable. En revanche, l'accroissement du nombre des fumeurs à outrance, qui se rendent esclaves de cette pernicieuse habitude depuis leur adolescence, et qui cèdent à l'empire qu'elle exerce jusqu'à fumer presque sans interruption, à ce point que pour certains d'entre eux le sommeil lui-même n'est pas un temps de repos et n'affranchit pas l'ouverture buccale du contact de la pipe ou du cigare, cet accroissement, disons-nous, a faire naître dans une proportion évidemment inconnue autrefois, le nombre des maladies cancéreuses de la bouche exigeant des opérations chirurgicales. Jamais il n'a été autant question, dans les hôpitaux ou dans la pratique civile, des cautérisations, des excisions des lèvres ou de la chéiloplastie. Cette dernière opération, dont on ne trouve que quelques traces historiques dans Celse et dans Franco, mais qui dans la pratique commune était à peu près inconnue, a surgi de nos jours, non-seulement comme une manifestation des progrès généraux de la médecine opératoire, mais comme une preuve des occasions plus fréquentes qu'ont eues les chirurgiens de recourir à des procédés dont les ravages du cancer labial ont accru la nécessité.

Les professeurs Roux à l'Hôtel-Dieu de Paris et Lallemand à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, rappelaient souvent dans leur enseignement clinique la réalité de cette nouvelle influence étiologique. M. Leroy-d'Étiolles, à qui l'on doit une statistique de l'affection cancéreuse, a fait aussi une part importante à l'habitude de fumer, pour la production de l'affection cancéreuse des lèvres, et cette croyance s'est encore fortifiée par les observations que l'on doit à M. Rigal (de Gaillac). Depuis lors, ce détail d'étiologie est au moins succinctement mentionné dans les traités d'hygiène (2) ou dans les traités récents de chirurgie (3). Nous avons recueilli sur le même sujet d'autres témoignages confirmatifs, soit de la part des chirurgiens militaires, soit de la part de praticiens établis dans des contrées où l'usage du tabac a pris (s'il se peut) des proportions encore plus fortes qu'en France: nous voulons parler de l'Algérie. On consultera avec fruit, sur cette question, les observations récemment publiées par M. le docteur Payn (4), médecin colonial à Hussein-Dey. Les micrographes ou les chirurgiens modernes qui se sont occupés de la distinction du cancroïde et du cancer, M. Lebert, entre autres, acceptent la réalité de l'influence locale que nous signalons pour le cancroïde buccal; et si nous insistons sur

(1) Les décrets impériaux de 1810 et de 1811 ayant restitué à l'État le monopole des tabacs et créé la *régie*, on a constaté par les documents officiels de cette administration que la vente des tabacs procurait à cette époque un bénéfice annuel de 25 millions pour le trésor. Depuis, ce produit n'a fait que s'augmenter, et dans de telles proportions, qu'il donne aujourd'hui à l'État un revenu de près de 200 millions.

(2) Michel Lévy, HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE.

(3) Denonvilliers et Gosselin, COMPENDIUM DE CHIRURGIE.

(4) Voyez la GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE, par le docteur Bertherand, octobre 1858.

ce point, si nous apportons une liste nouvelle d'observations, c'est qu'il existe encore des chirurgiens incrédules (ce sont peut-être des fumeurs qui cherchent à se faire illusion), disposés à absoudre le tabac de toute charge, et qui prétendent que si cette substance jouait un rôle étiologique dangereux, le cancer serait encore plus fréquent, que tous les anciens fumeurs devraient en présenter des traces, ce qui n'est pas confirmé par l'observation, et que d'ailleurs ce ne sont pas les individus qui fument le plus et plus dans les mauvaises conditions qui sont le plus nécessairement atteints de cancer buccal.

En bonne logique médicale, ces arguments n'ont pas une grande valeur. De ce que tous les fumeurs ne sont pas atteints de cancer, il ne s'ensuit pas que l'usage du tabac n'est pour rien dans la production de cette maladie. Il faut sans doute quelque chose de plus que l'habitude de fumer, et nous n'hésitons pas pour notre part à accorder une large influence à une diathèse générale; mais nous nous croyons fondé à soutenir que cette disposition morbide fût restée latente sans la cause provocatrice locale que représente l'action irritante du tabac incessamment concentrée sur le même point. L'existence de la diathèse aide à comprendre le développement du cancer, de même que sa non-existence explique suffisamment pourquoi tous les fumeurs n'ont pas à se plaindre du mal dont nous faisons retomber la production sur l'usage du tabac et sur la manière de le consommer. Le fait n'en subsiste pas moins. Le médecin n'est plus même seul aujourd'hui à constater la fréquence du cancer chez les fumeurs. Ce fait est déjà notoire, hors de la sphère d'observation médicale proprement dite; nous pourrions au besoin invoquer l'affirmation de personnes très-autorisées à émettre une opinion sur ce point, celle de fonctionnaires supérieurs de l'administration des tabacs.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Epidémie de dyssenterie dans le canton de Pont-Aven*, par le docteur Gesties. 2° *Névralgie lombaire*, par le docteur F. Neucourt. 3° *Le chloroforme et l'asphyxie*, par le docteur Faure. 4° *D'une variété de pellagre propre aux aliénés*, par M. Billod. 5° *Existe-t-il une individualité morbide qui puisse justifier l'admission de la chorée d'Abyssinie*, par M. Le Roy (de Mirecourt). 6° *Du décollement des épiphyses*, par le docteur Klose (de Breslau). 7° *Du vertige stomacal*, par le docteur Blondeau. 8° *De la fracture de la cavité glénoïde du temporal à la suite de violences sur le menton*, par le docteur A. Morvan. 9° *Sur un cas d'empoisonnement par la benzine et la matière phosphorée des allumettes chimiques*, par M. E. Monneret. 10° *Mémoire sur les ostéites épiphyzaires des adolescents*, par M. le docteur Gonelin. 11° *Recherches pour servir au diagnostic du premier degré de la phthisie pulmonaire*, par M. le docteur Bourgade. 12° *De la fièvre bilieuse grave des climats intertropicaux*, par le docteur Dutrouleau. 13° *De l'ataxie locomotrice progressive*, par le docteur Duchenne (de Boulogne). 14° *Etudes de physiologie pathologique*, par le docteur A. Verneuil. 15° *Des papilles de la langue*, par M. Beau. 16° *Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens*, par M. Dolbeau.

DE LA FRACTURE DE LA CAVITÉ GLÉNOÏDE DU TEMPORAL A LA SUITE DE VIOLENCES SUR LE MENTON; par le docteur A. MORVAN.

Voici la description que M. Morvan donne de cette lésion, très-intéressante à connaître pour le praticien qui doit savoir la distinguer de la fracture du rocher, mais moins nouvelle dans la science que ne le pense l'auteur, car on en trouve plusieurs observations dans la thèse de M. Rollet sur les hémorrhagies traumatiques du crâne (Paris, 1849).

CAUSES. — La fracture de la cavité glénoïde est toujours le résultat d'une violence agissant sur le menton et transmise par le maxillaire jusqu'à la cavité glénoïde. Il en a été ainsi dans les six observations relatées par M. Morvan. C'est aussi ce qu'avait indiqué M. Rollet d'après les faits et les pièces anatomiques par lui recueillis. Les violences capables de causer une pareille lésion doivent être considérables, ce sont des coups de pied de cheval ou des chutes d'un lieu élevé.

SYMPTÔMES. — Il existe au menton une contusion et plus souvent encore une plaie contuse. Aussitôt après la violence, il se fait par l'oreille un écoulement de sang généralement copieux. La mâchoire inférieure ne peut s'écarter de la supérieure que de 1 ou 2 centimètres. Les mouvements du maxillaire retentissent douloureusement à l'oreille, par suite difficulté d'avaler, etc.

Il y a sensibilité excessive de la partie moyenne et inférieure du conduit auditif, parfois aussi rétrécissement. Dans certains cas, en portant le stylet dans le conduit, on peut sentir les esquilles de l'os fracturé, on peut aussi constater l'intégrité de la membrane du tympan.

Le choc cause un tel ébranlement au cerveau et à l'oreille qu'il y a perte de connaissance et une surdité plus ou moins complète.

COMPLICATIONS. — Outre la fracture de la cavité glénoïde il peut y avoir fracture du maxillaire et aussi fracture du rocher, mais c'est quand la violence a été excessive.

DIAGNOSTIC. — Ce qu'il y a surtout d'intéressant à étudier, c'est le diagnostic différentiel de la fracture simple de la cavité glénoïde et de la fracture du rocher, deux lésions qui s'annoncent par un écoulement sanguin de l'oreille. M. Morvan insiste surtout sur ce point que dans le premier cas il y a intégrité de la membrane du tympan, tandis que dans le second il y a déchirure.

PRONOSTIC. — La fracture simple de la cavité glénoïde n'offre pas de gravité, malgré le coma, le délire et les accidents cérébraux en apparence graves qui l'accompagnent. C'est même ce qui fait toute l'importance de son diagnostic, surtout en présence de la gravité excessive de la fracture du rocher. Toutefois, lorsque la fracture de la cavité glénoïde est compliquée d'autres lésions vers la base du crâne, le pronostic change suivant la nature de la complication.

TRAITEMENT. — Emissions sanguines générales; applications froides sur le siége de la fracture; révulsifs sur le tube digestif; voilà les seuls moyens conseillés.

MÉMOIRE SUR LES OSTÉITES ÉPIPHYSAIRES DES ADOLESCENTS; par M. GOSSELIN.

La maladie décrite par M. Gosselin a déjà été étudiée, mais moins complétement, par M. Chassaignac (GAZ. MÉD., 1853) sous le nom d'*ostéo-myélite*, et par M. Klose (de Breslau) sous le nom de *décollement des épiphyses* (ARCH. DE MÉD., août 1858). Du reste l'auteur rend pleine justice à ses devanciers.

M. Gosselin a observé la maladie sous deux formes qu'il appelle *ostéite épiphysaire aiguë suppurée* et *ostéite épiphysaire lente non suppurée*.

PREMIÈRE FORME.— C'est à cette variété que se rapportent la plupart des observations de M. Chassaignac et toutes celles de M. Klose. Elle est caractérisée par l'intensité des phénomènes fébriles qui l'accompagnent par la production du pus dans la ligne épiphysaire et dans le parenchyme spongieux de l'os au-dessus et au-dessous de cette ligne, par la destruction du périoste jusque près du cartilage articulaire et par la communication du foyer purulent avec l'articulation voisine.

AGE DES SUJETS. — Les trois malades de M. Gosselin avaient de 15 à 17 ans.

Les observations de M. Chassaignac ont été prises chez des sujets de 12 à 14 ans.

SIÉGE. — La maladie a occupé chez deux des malades de M. Gosselin l'extrémité supérieure du fémur et sur le troisième l'extrémité inférieure du tibia.

M. Klose l'a surtout observée à l'extrémité inférieure du fémur et à l'extrémité supérieure du tibia.

Même siége chez un malade de M. Chassaignac.

La maladie quoique pouvant occuper toutes les extrémités des os longs du membre inférieur, se montre donc plus fréquemment sur celles qui forment le genou.

LÉSIONS ANATOMIQUES. — On trouve :

1° Des fusées purulentes entre les muscles des couches profondes;

2° L'os dépouillé de son périoste;

3° Un prolongement de cette dénudation jusqu'au cartilage diarthrodial, c'est-à-dire jusque dans la cavité articulaire;

4° Sur le contour de la dénudation, le périoste épaissi, mais non déchaussé;

5° La ligne cartilagineuse *épiphysaire* interrompue au niveau de la

dénudation et présentant une perforation par laquelle le pus antérieur à l'os pouvait pénétrer entre l'épiphyse et la diaphyse;

6° Le cartilage épiphysaire aminci, détruit par places et comme érodé, d'autres fois manquant tout à fait;

7° Du pus dans l'espace interépiphysaire, dans les cellules du tissu spongieux, dans celles de la diaphyse aussi bien que dans celles de l'épiphyse et enfin dans la cavité articulaire voisine.

Sur les trois pièces de M. Gosselin le foyer communiquait avec la cavité articulaire par un trajet artificiel résultant de la destruction du périoste jusqu'au niveau du cartilage d'encroûtement.

Dans celles de M. Chassaignac la communication se faisait à travers le cartilage perforé.

La suppuration de l'articulation était bien réellement consécutive, car la synoviale ne présentait ni rougeur ni gonflement, et les malades n'avaient pas présenté les symptômes de l'arthrite purulente.

L'auteur considère la maladie comme ayant son siége à la jonction de l'épiphyse avec la diaphyse; ces deux dernières représentent chez les jeunes sujets une sorte d'amphiarthrose ayant pour moyen d'union le cartilage épiphysaire. Supposez, dit-il, une suppuration de cette amphiarthrose, et vous aurez une idée sommaire de la lésion. Cette suppuration et l'altération du cartilage qui en résulte amènent une mobilité anormale et un commencement de décollement; mais dans les faits de M. Gosselin il n'y avait pas de disjonction comme dans ceux de Klose.

Causes. — Chez un des malades il y a eu chute sur le grand trochanter; chez les autres, pas de cause traumatique, mais chez tous fatigue du membre inférieur. L'auteur dit qu'en général l'ostéite épiphysaire suppurée se développe chez les adolescents *surmenés*; les épiphyses étant d'autant plus disposées à s'affecter sous l'influence d'une cause générale encore inconnue, que la fatigue y a amené plus de congestions et d'activité vitale.

Symptômes. — La première période, ou période inflammatoire, est caractérisée par des douleurs vives, un gonflement mal circonscrit et une rougeur diffuse au niveau de l'épiphyse envahie. Il y a surtout des symptômes généraux très-intenses: fièvre ardente, peau sèche, prostration, délire, toutes les apparences d'une fièvre typhoïde; au point que l'auteur considère l'état général et l'état local comme deux expressions simultanées d'une altération grave de la santé ayant de l'analogie avec l'état typhique.

La seconde période est celle de la suffocation. Tous les symptômes précédents persistent. Le gonflement devient plus marqué; la fluctuation se manifeste; le pus se fait jour au dehors, et malgré cette détente, il n'y a pas amélioration de l'état général.

La troisième période est celle de l'épuisement, de la décomposition putride et de l'infection générale.

La maladie est extrêmement grave et presque inévitablement mortelle.

Traitement. — La première et la seconde période réclament les moyens usités dans les cas d'inflammatious phlegmoneuses profondes; il faut ouvrir les abcès largement et de bonne heure. On doit recourir aussi aux moyens médicaux: l'opium, l'aconit, le sulfate de quinine, qui peuvent avoir chacun son indication.

Une fois arrivé à la troisième période, et le diagnostic étant bien établi, il faut amputer.

Deuxième forme. — L'auteur ne donne que des renseignements très-incomplets sur l'*ostéite épiphysaire lente non suppurée*. Il a rencontré, dit-il, plusieurs fois des sujets de 14 à 18 ans qui souffraient au genou ou au cou-de-pied pendant la marche. Chez quelques-uns, la douleur est devenue assez forte pour les obliger à garder le lit. Plusieurs ont été repris deux ou trois fois par an pendant quelques années des mêmes accidents, qui, ensuite, ne sont plus revenus. Ces douleurs, localisées au voisinage des articulations, n'étaient pas rhumatismales, ni dues à la conformation vicieuse connue sous le nom de *pied-bot*. Ces souffrances ne pouvaient s'expliquer que par une inflammation légère de l'épiphyse. Toutefois, c'est une question qui est loin d'être résolue et qui demande de nouvelles études.

DES PAPILLES DE LA LANGUE; par M. BEAU.

M. Beau distingue les papilles de la langue en deux ordres: les unes sont constituées uniquement par l'épiderme muqueux; les autres font corps avec le derme.

1° *Papilles épidermiques*. Les unes sont coniques, d'autres cylindriques et filiformes; quelques-unes sont ovalaires, d'autres en forme de crête ou de pyramide. Mais toutes, d'après M. Beau, sont épidermiques, c'est-à-dire inorganiques.

A. Elles sont inorganiques, parce que, dans certaines maladies avec inflammation de la langue, comme dans la scarlatine, ces papilles tombent du jour au lendemain. La langue est luisante, glabre, hérissée seulement des papilles du second ordre.

B. Parce que, chez certaines personnes, on peut les couper avec des ciseaux, comme on coupe des poils ou des cheveux, sans douleur et sans saignement.

Ces papilles sont plus longues chez les hommes que chez les femmes, chez les vieillards que chez les adultes et les enfants. Elles acquièrent quelquefois une longueur qui les a fait prendre pour des poils.

2° *Papilles dermiques*. Ces papilles sont celles qu'on a appelées *caliciformes* et *fongiformes*. Elles sont seules chargées des fonctions de sensibilité.

Quant aux fonctions des papilles épidermiques, elles consistent en cette *imbibition* qui fait que ces papilles retiennent les liquides et prolongent leur contact avec les papilles dermiques disséminées au milieu d'elles. Chez certains animaux, les papilles épidermiques sont de véritables piquants qui servent à couper l'herbe. Chez l'homme, elles s'imbibent surtout des liquides ingérés, comme on le voit après l'ingestion des matières fortement colorées, comme les mûres, le vin rouge, etc. Elles s'imbibent aussi des produits sécrétés par les glandes et la muqueuse buccale; c'est même ce qui constitue les *enduits saburraux* de la langue.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1859.—PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

M. Milne Edwards présente à l'Académie la première partie du cinquième volume de ses Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. Dans ce fascicule, l'auteur traite principalement de l'absorption.

SUR LES EFFETS OBTENUS, DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES ET ULCÈRES, DE L'EMPLOI DU MÉLANGE DÉSINFECTANT DE MM. CORNE ET DEMEAUX; nouvelles observations de M. Velpeau et de M. Bouley; suivies de remarques présentées par MM. Chevreul, Bussy, Dumas, Payen, Elie de Beaumont.

Communication de M. Velpeau.

Sans être en mesure de faire un rapport circonstancié sur la poudre désinfectante proposée par MM. Corne et Demeaux, je crois cependant devoir entretenir un moment l'Académie des expériences tentées sous mes yeux depuis lundi à l'hôpital de la Charité.

Une large plaie ulcéreuse du sein avec mortification de la peau a été pansée avec ce topique, soit en poudre, soit en pommade. La suppuration s'est amoindrie et a perdu son odeur, en même temps que les surfaces malades se sont détergées, et sans qu'il en soit résulté de douleur, le moindre accident particulier.

Il en a été de même chez une autre jeune femme atteinte d'un large abcès de la mamelle avec escarre des téguments.

Chez une autre femme rongée par un vaste cancer ulcéré qui occupe tout le côté gauche de la poitrine et l'aisselle, l'odeur du pus a disparu de la même façon à l'aide de deux pansements par jour.

Chez un quatrième malade, un jeune homme qui a eu la main écrasée par une chaudière, il est survenu une mortification presque complète de l'un des doigts. Samedi matin, ce doigt était en putréfaction complète et répandait une odeur infecte. On l'a pansé matin et soir avec la poudre plâtrée. Ce matin le doigt est comme momifié, il n'y a plus d'odeur, et le travail morbifique n'a plus fait de progrès.

Ainsi sur les plaies comme pour les matières animales séparées du corps, la poudre *Corne* désinfecte sur-le-champ, et ne laisse à la place de l'odeur détruite qu'une légère odeur debitume qui n'a rien de désagréable.

J'ajoute que ce mode de pansement ne cause pas de douleur, d'irritation, de gonflement, d'inflammation notables, qu'il semble plutôt favoriser que troubler le travail de détersion et de cicatrisation, qu'il n'y a par conséquent aucun inconvénient à l'appliquer aux divers ulcères, plaies ou blessures qui peuvent avoir besoin d'être désinfectés.

Les mêmes expériences faites par d'autres personnes ont d'ailleurs donné les mêmes résultats. M. Bouley, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, m'a fait passer une note qui le prouve sans réplique. La voici:

« Depnis lundi dernier, le topique de MM. Corne et Demeaux a été expérimenté à la clinique de l'École d'Alfort sur un grand nombre de plaies et de matières putrides, et les résultats obtenus ont été en tous points conformes à ceux que M. Velpeau a fait connaître à l'Académie des sciences. Les plaies les plus infectes, telles que celles du garrot et de la région parotidienne par exemple, sont devenues inodores sous l'influence de l'application de ce topique, qui me paraît, en outre, exercer une influence très-favorable à leur cicatrisation.

» Alfort, 24 juillet 1859. H. Bouley. »

On peut donc dès à présent affirmer que cette matière est de nature à rendre quelques services dans le pansement de certaines plaies, et que peut-être il serait bon de la signaler aux médecins et chirurgiens qui prodiguent actuellement leurs soins aux trop nombreux blessés de l'armée d'Italie.

M. Chevreul demande la parole après M. Velpeau pour présenter quelques considérations sur la neutralité des saveurs et des odeurs et sur la neutralité chimique en général.

Son but est de ramener les saveurs et les odeurs à leurs causes immédiates matérielles, c'est-à-dire à des *espèces chimiques définies*.

Le résultat définitif de cette manière d'envisager les propriétés organoleptiques montre comment des *activités spéciales à une espèce chimique définie peuvent être neutralisées* (sans être détruites bien entendu) *par la combinaison chimique ou bien ne pas l'être*.

La neutralité chimique une fois définie un état tel de la combinaison de deux corps, que le composé produit n'agit plus chacun d'eux le faisait auparavant sur un troisième corps appelé réactif, on arrive a cette conséquence que la neutralité chimique, reconnue au moyen d'un réactif, n'est pas autre chose qu'un état de combinaison où l'affinité mutuelle des corps unis l'emporte sur les affinités individuelles des corps pour un troisième corps appelé réactif.

C'est l'application de cette manière d'envisager la neutralisation de saveurs, dit M. Chevreul, et la neutralisation chimique telle que je viens de la définir, que j'applique aux odeurs dans le corps où il s'agit de les faire disparaître, soit en les neutralisant sans dénaturer les espèces chimiques auxquelles elles appartiennent respectivement, soit en les détruisant, parce qu'on change la composition de ces espèces chimiques.

Exemples de neutralisation d'odeurs. — Les odeurs des acides volatils et odorants sont neutralisées par les alcalis qui forment des sels inodores avec eux.

L'odeur de l'ammoniaque est neutralisée lorsque cette base s'unit à un acide.

Je dis que ces odeurs sont neutralisées, parce qu'en remettant les acides et l'ammoniaque en liberté, ils reparaissent avec l'odeur qu'ils ont chacun à l'état libre.

Exemple de destruction d'odeur. — L'acide sulfhydrique, traité par l'eau de chlore, est réduit en acide chlorhydrique et en acide sulfurique, dont la solution aqueuse est inodore.

Exemple où il y a la fois neutralisation et destruction d'odeur. — 3 volumes de chlore et 8 volumes d'ammoniaque donnent lieu à une destruction de 2 volumes d'ammoniaque et à 6 volumes d'ammoniaque neutralisés par les 6 volumes d'acide chlorhydrique produits.

Parlons maintenant d'une manière générale de l'altération des matières animales qui sont susceptibles, par la putréfaction, d'exhaler des odeurs fortes le plus souvent désagréables; puis nous examinerons les désinfectants et les matières susceptibles de conserver les matières organiques.

A. *De l'altération des matières animales en général.* — Les matières animales, dans l'état de putréfaction où nous les observons ordinairement, sont d'une composition très-complexe, en d'autres termes, présentent toujours un certain nombre d'espèces diverses de principes immédiats, et le plus souvent il est impossible de rapporter les impressions que nous en recevons à des espèces chimiques définies. Conséquemment il est impossible, sans un travail ultérieur, de prononcer sur la cause immédiate matérielle d'une odeur qu'elles répandent en s'altérant.

Lorsque j'étudiais la séméiologie, j'avais senti que cette branche de la médecine n'acquerrait le caractère scientifique quant aux symptômes dépendant de la nature chimique des liquides et des solides organiques, qu'autant que la chimie définirait la relation de ce symptôme avec tels principes immédiats de ces liquides et de ces solides qui sont le siége du symptôme ou phénomène.

Après avoir entendu souvent parler de l'odeur du cancer comme une odeur spéciale, j'ai profité de la circonstance qui m'était offerte pour la sentir. Un tissu qui avait servi à un pansement a été enveloppé dans du linge, puis renfermé dans un bocal; on me l'a présenté. J'ai reconnu immédiatement que cette odeur spéciale se composait :

1° D'une odeur ammoniacale, et en effet, un papier rouge de tournesol plongé quelques minutes dans le bocal passait au bleu;

2° D'une très-légère odeur butyrique;

3° D'une odeur fade qui se manifeste dans la fonte du suif.

Pour moi il n'existe plus d'odeur spéciale de cancer, car les trois odeurs dont je viens de parler coexistent dans des matières non cancéreuses qui s'altèrent.

J'ai entendu parler aussi de l'odeur du pus comme spéciale : il en est d'inodore ou presque inodore, ayant l'apparence du lait, mais ne se caillant pas comme lui. J'ai observé un pus doué de ces propriétés qu'un coup de bistouri avait fait couler d'un abcès, tandis que du pus provenant d'abcès qui avaient crevé naturellement, répandaient une odeur excessivement forte et désagréable. Mais cette odeur n'était pas spéciale au pus, et d'un autre côté elle était complexe; on y reconnaissait, entre autres odeurs, une odeur sulfurée et une odeur butyrique appartenant à un acide du genre de ceux que j'ai trouvés dans le beurre, l'huile de poisson, etc.

Enfin du pus sortant des parties du corps où existent des glandes sébacées, sécrétant des liquides qui peuvent être inodores dans l'intérieur des organes, mais qui exhalent des odeurs fortes sous l'influence de l'air, ainsi que cela arrive à la butyrine, etc., enfin ce pus, dis-je, peut encore exhaler des odeurs dues aux liquides dont je parle.

J'insiste de nouveau sur les liquides qui sortent inodores du corps de l'homme et des animaux et qui sons l'influence de l'air, de la chaleur, etc., éprouvent un tel changement moléculaire, qu'ils deviennent odorants; j'ai cherché à attirer l'attention des chimistes et des physiologistes sur ces liquides dont beaucoup sont analogues aux éthers.

En résumant toutes mes observations sur des matières animales complexes en putréfaction et abstraction faite de celles dont je viens de parler en dernier lieu, j'ai constaté l'existence de différentes odeurs dont je cite les principales :

Odeurs sulfurée, ammoniacale, butyrique, acide, de poisson, fade-nauséabonde.

B. *Des désinfectants.* — L'exposé des considérations précédentes expliquant l'empressement que j'ai mis à m'occuper de la poudre de MM. Demeaux et Corne et le point de vue sous lequel j'ai dû l'envisager, je vais parler des observations dont elle a été l'objet relativement à trois liquides odorants que ces messieurs ont eu la complaisance de me remettre.

M. Chevreul expose en détail ces expériences, desquelles il conclut que la poudre de MM. Demeaux et Corne atténue l'odeur des matières en putréfaction et que cet effet est en partie dû à l'intervention du *coal-tar* agissant comme corps odorant.

C. *Des corps susceptibles de conserver les matières organiques.* — Je n'ai parlé jusqu'ici de la poudre de MM. Demeaux et Corne que comme désinfectant. Maintenant je vais examiner si elle ne pourrait pas agir en prévenant l'altération des matières qui exsudent des plaies, car, entre les propriétés de désinfecter et de prévenir la putréfaction, il peut exister une extrême différence. Je dis peut exister, et non il existe toujours, une extrême différence, par la raison qu'il peut y avoir un agent capable de transformer en produits inodores une matière susceptible de se putréfier, aussi bien que les produits odorants provenant de cette putréfaction. Un tel agent aurait donc la double propriété de prévenir la putréfaction et d'en détruire les produits une fois qu'elle aurait eu lieu; mais je ne veux parler que des cas où la putréfaction est prévenue par des corps non altérants.

Les corps appelés tannins, et l'acide tannique en particulier, préviennent la putréfaction des corps qu'ils tannent, parce qu'ils s'y combinent en formant des composés qui, quoique organiques, ne s'altèrent plus dans les circonstances où ils s'altéraient auparavant. Ainsi la peau unie à l'acide tannique ne peut plus se putréfier, une fois qu'elle est devenue par cette combinaison insoluble dans l'eau.

Mais les produits odorants de la putréfaction de la peau n'étant pas susceptibles de former des composés inodores avec l'acide tannique, celui-ci ne peut désinfecter la peau en putréfaction.

La plupart des sels métalliques, le chlorure de zinc, etc., se conduisent d'une manière analogue; ils peuvent former des composés qui ne se putréfient plus, mais ils sont insuffisants pour désinfecter, ainsi que j'en ai rapporté des exemples.

Maintenant supposons que des liquides exsudent d'une plaie, et qu'ils en sortent inodores, comme cela arrive fréquemment; s'ils se trouvent en contact avec la poudre de MM. Demeaux et Corne, ils pourront être absorbés par elle.

Sans parler de l'action chimique qui pourra se passer, je conçois très-bien que le liquide absorbé ne sera plus dans les conditions où il se serait trouvé s'il eût été absorbé par un linge; je conçois donc qu'il pourra ne pas s'altérer et que, sous ce rapport, la poudre de MM. Demeaux et Corne sera avantageuse dans le pansement des plaies.

M. Bussy fait remarquer que beaucoup de produits très-anciennement connus jouissent de propriétés analogues et ont été employés avec plus ou moins de succès dans le même but.

M. Dumas prend ensuite la parole et s'exprime en ces termes :

Chacun comprendra qu'il y a ici deux choses à considérer : d'une part l'importante et heureuse application qui vient d'être faite du plâtre humecté de coal-tar à la désinfection des matières putrescentes, de l'autre les principes scientifiques qui en donneront l'explication : le service rendu mérite évidemment une reconnaissance bien indépendante de sa théorie. Il est juste de dire, peut-être, qu'au point de vue purement pratique le goudron, l'huile de goudron ont été conseillés, il semble, comme désinfectants, pour la première fois, par un homme utile et modeste, M. Siret, pharmacien à Meaux, dont l'Académie a couronné le travail.

Depuis lors, il est à ma connaissance qu'on a fait usage du goudron de houille en Angleterre, dans les exploitations rurales, pour désinfecter les ani-

maux morts, et que l'emploi en a même été conseillé comme moyen d'assainissement des cadavres sur les champs de bataille.

Ces circonstances avaient souvent attiré mon attention sur le phénomène dont l'Académie s'occupe et m'avaient conduit à en chercher l'explication. J'avoue que, dans les données de la science, rien ne me semblait propre à la fournir, tant que M. Schoenbein n'avait pas publié ses curieuses expériences sur la formation abondante de l'ozone dans l'air mêlé de vapeur d'essence de térébenthine. Il me sembla alors que la vapeur d'huile de goudron pourrait bien ozoniser l'air également.

Après quelques observations de M. Payen et de M. Élie de Beaumont. M. Velpeau, prenant une seconde fois la parole sur la question, s'exprime dans ces termes :

Que le mélange de plâtre et de coal-tar agisse sur les matières putrides ou infectes en *neutralisant* ou de toute autre façon, c'est à M. Chevreul, membre de la commission, ou aux chimistes en général de le dire ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il détruit ou fait disparaître l'odeur autrement que par une simple substitution ; car l'odeur de bitume donnée ensuite par le produit n'est point du tout en proportion du phénomène disparu.

Il est généralement vrai, comme le pense M. Chevreul, que le pus, que les différentes sortes de pus sont inodores au moment de leur exsudation, et que l'odeur ne leur vient que par le contact de l'atmosphère ; mais il est vrai aussi qu'une fois excrété, le pus est susceptible de changements non moins nombreux que variés : qu'à l'état humogène, crémeux, les plaies le supportent sans peine, en ont en quelque sorte besoin pour parcourir leurs différentes phases sans encombre ; que séreux, ou roussâtre, ou floconneux, etc., il est souvent, au contraire, assez âcre pour irriter, creuser, ulcérer, éroder les plaies et en dénaturer la cicatrisation ; qu'une fois en stagnation à l'air sur des tissus chauds, vivants, malades, il peut devenir l'objet de réactions chimiques importantes, de transformations telles, que de doux il deviendra âcre, que des corps nouveaux s'y développeront, que de l'ammoniaque, de l'acide sulfhydrique, etc., pourront y être reconnus et devenir une source de dangers pour l'organisme.

A ce point de vue, le topique *Corne* serait précieux. Absorbant le pus au fur et à mesure de sa formation, il empêcherait ce produit de se décomposer et en débarrasserait les plaies avant l'établissement des odeurs nuisibles ou des nouvelles combinaisons dont il est susceptible.

Il est évident, d'un autre côté, que la poudre désinfectante ne se borne point à empêcher le développement de l'odeur ; elle la détruit aussi et sur-le-champ, à quelque degré qu'elle se soit établie : c'est même là sa qualité la plus manifeste, la plus importante.

Au sujet des expériences comparatives, je répondrai à M. Bussy que je n'en ai point fait depuis lundi, mais qu'elles ont été faites antérieurement avec les chlorures de soude, de chaux, de zinc, d'étain, etc., avec le nitrate de plomb, avec l'hyposulfite de soude, avec le charbon, la chaux, la créosote, etc., et que le moyen nouveau l'emporte certainement sur les anciens par son bas prix, son innocuité, et la facilité de son emploi. D'ailleurs il s'agit là d'un sujet tout nouveau qui devra être étudié sous toutes ses faces et dont je n'ai nullement la prétention de faire connaître dès aujourd'hui la valeur définitive, ni les inconvénients réels.

Que des essais du même genre aient déjà eu lieu, comme semble le supposer M. Dumas, je ne puis ni l'affirmer ni le nier, n'ayant point eu à rechercher la justesse ni la nature des prétentions de M. Corne sous ce rapport.

La question des odeurs en général soulevée par M. Chevreul, la théorie de la désinfection, tout ce qui concerne la conservation des matières animales que M. Dumas vient de toucher, sont assurément très-dignes d'occuper l'Académie ; mais ce sont des questions trop vastes par elles-mêmes pour que notre commission puisse les discuter, et qui, en définitive, incomberaient à M. Chevreul seul.

En somme, je n'ai pu et voulu donner, quant à présent, qu'un simple aperçu des faits dont j'ai été témoin, et qui me permettent de conclure que :

1° Le mélange de plâtre et de coal-tar employé par MM. Corne et Demeaux désinfecte sur-le-champ les matières animales en putréfaction ;

2° Ce mélange absorbe les liquides en même temps qu'il empêche l'odeur infecte à la surface des plaies, des ulcères, des tissus mortifiés ou gangrenés ;

3° Favorable plutôt que nuisible aux plaies elles-mêmes, il peut être essayé sans crainte, partout et par tout le monde en chirurgie ;

4° Que par conséquent il y a lieu d'espérer que ce moyen pourra être de quelque service près de nos pauvres blessés de l'armée d'Italie.

Des faits plus variés et l'avenir apprendront le reste.

DU TRAITEMENT DES CANCERS ÉPITHÉLIAUX, OU CANCROÏDES, PAR L'APPLICATION DU CAUTÈRE ACTUEL; note de M. C. Sédillot.

J'ai l'honneur de vous adresser quelques observations relatives au traitement des cancers épithéliaux, ou cancroïdes, par l'application du cautère actuel.

La règle la plus généralement adoptée aujourd'hui pour la cure de ces sortes de tumeurs est de les enlever en totalité, au delà de leurs limites, afin d'en prévenir plus sûrement la récidive. On a eu recours à l'instrument tranchant, ou aux caustiques potentiels, pâte arsenicale, de Vienne ou de Canquoin, etc., l'indication reste la même, et plus on a sacrifié de tissus périphériques sains, moins on redoute la réapparition de la maladie.

La pratique chirurgicale présente cependant des cas nombreux où l'application de cette doctrine offre de graves difficultés. Si le cancer épithélial menace d'envahir les bords libres des paupières, on d'atteindre toute l'épaisseur des ailes du nez, lorsque ses progrès le rapprochent de la commissure des lèvres ou de l'orifice du conduit auriculaire, on peut être très-embarrassé de les arrêter, et l'on se trouve entre deux dangers : abandonner le malade à une mort inévitable, ou s'exposer à produire des désordres et des difformités excessivement graves, qui ne sont même pas contre-balancés par la certitude de la guérison.

Les chirurgiens ont constaté depuis longtemps la résistance des tissus fibreux à l'envahissement des cancers épithéliaux, et Lisfranc avait tiré de cette remarque un procédé ingénieux de dissection et de conservation des corps caverneux, que l'on sacrifiait souvent avant lui.

L'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire et réfractaire aux modifications morbides. Ne pouvait-on pas profiter de ce fait pour créer de toute pièce des barrières à l'extension des cancroïdes et même les détruire sur place en retardant ou en prévenant le danger de les voir récidiver? C'est une expérience que nous avons faite et qui nous a réussi.

Nous étions fortifié dans l'espoir de tirer un heureux parti de ces essais, par cette considération que les suppurations prolongées sont favorables à l'élimination des éléments du cancer. Lorsque j'eus l'honneur de débuter dans l'externat à la Charité, sous la direction d'un vénéré maître, le professeur Boyer, j'avais été frappé de sa persistance à faire suppurer les plaies résultant de l'ablation des cancers. C'était l'époque où la réunion immédiate, cette source de tant d'accidents, était appliquée presque sans exception, et cependant Boyer continuait à la repousser et se fondait sur la plus grande rareté des récidives après la suppuration.

J'ai eu l'occasion de vérifier la justesse de cette opinion, par l'emploi du microscope ; des portions de tissus infiltrés d'éléments cancéreux au moment de l'opération n'en présentaient plus après quelques semaines de suppuration.

J'avais, comme on le voit, des motifs puissants de tenter l'application du cautère actuel à la cure des cancroïdes, et voici les principales observations que j'ai recueillies.

Un de nos malades de la Clinique, âgé de 55 ans, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruite en moins de trois semaines par un cancroïde à marche aiguë. Le conduit auditif allait être envahi ; nous appliquâmes le feu à plusieurs reprises sur l'ulcération et nous obtînmes une cicatrice solide et persistante. Le malade, malgré nos instances, quitta l'hôpital, et nous ne l'avons pas revu ; mais aucun autre procédé n'eût pu nous donner un résultat aussi prompt et aussi heureux.

Un second malade était affecté d'un cancroïde occupant une partie de la joue et s'étendant vers la paupière inférieure, dont il touchait presque la commissure. Le feu arrêta les progrès du mal, et la guérison fut obtenue.

Un homme âgé portant un cancer épithélial de la totalité de la partie supérieure de la lèvre inférieure fut traité par le même procédé à la Clinique, il y a près de deux ans, et, à la troisième application du cautère, sa plaie se cicatrisa sans notable difformité.

J'ai eu sous les yeux, pendant deux années, un vieillard atteint de cancroïde à la joue. La lèvre supérieure, toute la paroi latérale du nez, la paupière inférieure et l'angle naso-palpébral étaient envahis.

Le cautère actuel a permis de substituer à l'ulcération une cicatrice ferme, épaisse, unie, très-profonde, puisqu'une portion des os du nez fut exfoliée. Plusieurs fois un commencement de récidive se fit sur les bords du tissu cicatriciel, mais l'emploi du fer rouge en triompha.

Cette année j'ai reçu à la Clinique la femme Legrand (Adèle), âgée de 70 ans, portant sur le milieu de la lèvre inférieure une tumeur épithéliale datant de sept mois, et offrant 4 centimètres de largeur sur 3 de hauteur et autant de projection.

La muqueuse était à peine ulcérée, et cependant il eût fallu sacrifier les deux tiers de la lèvre pour en pratiquer l'ablation par le procédé ordinaire d'excision en V.

J'appliquai le feu le 17 mai sur la base de la tumeur, dont j'avais séparé avec des ciseaux courbes la partie la plus saillante.

Deux nouveaux cautères furent éteints quatre jours plus tard sur la plaie, que je soutenais avec l'indicateur gauche en arrière, afin de ne laisser, sans la détruire, aucune partie indurée. Les limites du mal ne furent pas sensiblement dépassées. La guérison fut complète au bout de quinze jours, et j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie la photographie de la malade, prise le 14 juillet, deux mois environ après l'opération.

La partie moyenne de la lèvre est rétablie de la manière la plus régulière. La cicatrice est unie, souple, sans bosselures ; toute la hauteur et la largeur de l'organe sont conservées.

Le procédé de la guérison a été très-simple, sans perte notable de substance, sans complications possibles, et nous croyons les résultats plus sûrs qu'à la suite de l'excision.

Dans le cas où une petite dureté ou bosselure apparaîtrait dans l'épaisseur de la cicatrice, et indiquerait une imminence de récidive, nous n'hésiterions

pas à y poser immédiatement une pointe de feu et nous détruirions de nouveau sur place, et avec une parfaite facilité, toute tendance à la réapparition de la maladie.

L'emploi du chloroforme est devenu si complétement innocent entre des mains exercées, et inspire une telle confiance aux opérés, que ces cautérisations sont acceptées sans répugnance et sans crainte, et la chirurgie se trouve ainsi armée d'une nouvelle et puissante ressource contre des altérations qui pouvaient auparavant sembler désespérées.

Nous nous sommes demandé comment les avantages de la cautérisation ignée avaient pu être méconnus par tant d'excellents observateurs, dont s'enorgueillit notre art. Les caustiques potentiels, dont l'efficacité est si remarquable, ont été difficilement acceptés dans le traitement du cancer, et il faut que des exemples malheureux ou plutôt des essais téméraires aient compromis profondément ces méthodes, pour qu'on n'ait même pas essayé le feu dans les cas de cancroïde. M. Velpeau, dont nous invoquons toujours l'autorité, n'en a pas recommandé l'usage, et M. Philippeaux, dans son TRAITÉ PRATIQUE DE LA CAUTÉRISATION, n'en parle pas.

C'est néanmoins un procédé excellent dans les conditions spéciales que nous avons fait connaître, et les observations que nous avons eu l'honneur d'exposer à l'Académie nous ont paru dignes de son intérêt.

RECHERCHES SUR L'URÉE ; par MM. POISEUILLE et GOBLEY.

(Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Cl. Bernard.)

De diverses considérations, MM. Poiseuille et Gobley concluent que la majeure partie de l'urée qui arrive aux reins n'est point éliminée par ces organes.

De là, disent-ils, ne serait-on pas en droit de penser que ce principe immédiat n'est point une substance essentiellement excrémentitielle? Les expériences suivantes légitimeront, nous l'espérons, cette manière de voir.

Pour déterminer en quel point de l'organisme l'urée prend naissance, nous avions à examiner le sang qui se rend à un organe, et celui qui en revient; mais les résultats si divers que nous avons obtenus, en variant les conditions physiologiques de l'animal, ont réalisé tout à fait nos prévisions. Aussi, sans nous arrêter à ces circonstances physiologiques que nous étudierons spécialement dans un nouveau travail, il nous suffira, ainsi qu'on va le voir, pour éclaircir le point en question, de rapporter les résultats de ces expériences.

Le sang provenant d'un organe contient, dans certains cas, *moins* d'urée que le sang qui s'y rend.

Cette urée qui disparaît ainsi doit donner lieu à des métamorphoses, à des mutations particulières; aussi sommes-nous conduits à penser que ce principe immédiat n'est pas simplement une substance excrémentitielle.

Mais les résultats que nous venons de constater changent avec l'état physiologique de l'animal; ainsi le sang provenant d'un organe contient, dans certains cas, *plus* d'urée que le sang qui s'y rend; d'ailleurs les organes ou tissus où se forme l'urée sont très-variés.

L'urée, ainsi que nous venons de le constater, présente donc au sein de l'organisme des oscillations toutes spéciales ; les reins seraient-ils, à l'endroit de cette substance, des organes pondérateurs de ces oscillations? C'est un des points de nos recherches que nous nous proposons d'étudier.

RECHERCHES SUR L'IODE ATMOSPHÉRIQUE; par M. S. DE LUCA.

(Renvoi à l'examen de commissaires nommés pour un précédent mémoire de l'auteur sur le même sujet : MM. Pelouze, Payen.)

Les nouvelles expériences de l'auteur s'accordent avec celles qu'il a communiquées l'an dernier: elles montrent une fois de plus que les réactifs les plus sensibles ont été impuissants, dans ses mains, pour constater la présence de l'iode dans l'air et dans l'eau de pluie.

DRAGONNEAU OU FILAIRE DE MÉDINE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale un opuscule de M. Benoît sur des observations faites en France concernant le dragonneau (filaire de Médine).

M. MOQUIN-TANDON fait à cette occasion les remarques suivantes :

Le mémoire de M. Benoît est fort intéressant. Ainsi que vient de le dire M. Flourens, la filaire de Médine est très-rare en France et en Europe. Le petit nombre de malades qui en ont présenté, dans nos contrées, étaient arrivés depuis peu des pays fréquentés par cet entozoaire.

Au mois de juillet 1854, M. le professeur Malgaigne a eu l'occasion, dans sa clinique, de retirer une filaire de la jambe d'un jeune homme : c'était un matelot qui avait séjourné quelque temps au Sénégal. Le ver fut extrait en plusieurs morceaux.

Le docteur Robin a étudié ces morceaux, et découvert aussi dans leur cavité viscérale une quantité innombrable de petites filaires pleines de vie, les unes étendues, les autres enroulées sur elles-mêmes et formant une spirale à peu près comme les trichocéphales. Le même fait avait été déjà signalé par MM. Jacobson et Maisonneuve.

J'ai vu moi-même, avec M. Robin, ces vermicules se tordre et s'agiter dans une goutte d'eau. Nous avons constaté autour de leur orifice buccal l'existence de *trois nodules*. Leur estomac était assez distinct de l'œsophage, mais il se confondait avec l'intestin.

D'après MM. Deville et Robin, ces jeunes filaires, après avoir perdu leurs mouvements par suite de l'évaporation de l'eau, reprennent leur agilité et leur énergie, même au bout de douze heures, quand on les mouille de nouveau.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

NOTE SUR UN RHINOCÉPHALE HUMAIN, NÉ A TOULOUSE ; par M. H. LAFORGUE.

(Commissaire : M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire.)

Le rhinocéphale qui fait le sujet de cette observation est né avant terme, en août 1858, à Toulouse, de parents bien conformés. Il est du sexe féminin et n'a donné aucun signe de vie.

Sur le milieu de la face, dépourvue de nez, existe un œil largement ouvert : au-dessous de cet œil est une large surface cutanée qui sépare la bouche de l'œil. Le crâne a une forme conique, resserrée sur les tempes et dans les régions temporo-maxillaires ; le sommet est recouvert de cheveux épais et noirs. L'œil unique est ovalaire : il est recouvert par deux paupières dont la conformation montre qu'elles sont formées par la fusion de deux paupières supérieures et de deux paupières inférieures réunies à angle obtus à la partie moyenne, ce qui donne à l'ouverture palpébrale la forme d'un losange à angles obus. L'orbite renferme les rudiments de deux yeux contenus dans une seule conjonctive. Les parties constituantes des globes oculaires ne peuvent être distinguées : elles sont confondues entre elles et ressemblent à un double corps gélatineux où la membrane choroïde seule est reconnaissable. Les sourcils n'existent pas au-dessus de l'œil unique. Sur les côtés de l'orbite, à droite et à gauche, la peau offre une teinte brunâtre qui correspond aux régions sourcilières.

La trompe est un appendice rond, mobile, adhérent à la partie moyenne et supérieure de l'orbite, plus gros à l'extrémité libre qu'à l'extrémité adhérente. Elle a 25 millimètres de longueur. Cet appendice est recouvert par la peau. Au centre de son extrémité libre existe une ouverture conduisant dans un canal creusé dans l'intérieur de la trompe. Ce canal, très-étroit, est fermé par une muqueuse. On trouve dans le bord libre un cercle cartilagineux : un petit cartilage existe aussi à l'extrémité adhérente. Ces divers tissus sont évidemment les rudiments du nez atrophié et séparé des fosses nasales qui manquent. A l'extérieur, la partie qui devrait être occupée par les fosses nasales et le nez est plane et recouverte par la peau de la face. L'absence du nez, autant que l'existence d'un œil médian, donnent à la conformation de la face cet aspect extraordinaire et étrange que présentent les monstres cyclocéphaliens.

Je crois devoir noter encore les particularités anatomiques suivantes :

1° La forme du crâne, aplati d'avant en arrière. Le frontal et l'occipital droits et dirigés presque verticalement, le frontal ne présentant plus de trace de la suture médiane dans sa moitié inférieure.

2° La forme et la situation de l'orbite unique. Cette large cavité ovalaire occupe la moitié de la face : sa circonférence est formée, supérieurement par le frontal unique, latéralement par les os très-écartés l'un de l'autre, et inférieurement par les apophyses orbitaires des os maxillaires qui se réunissent sur la partie moyenne. Le sphénoïde forme la paroi postérieure de l'orbite : il présente les deux trous orbitaires. L'ethmoïde et les os unguis n'existent pas.

3° L'absence complète des parties osseuses qui forment les fosses nasales, telles que : vomer, cornets, apophyses maxillaires.....

4° La disposition de la mâchoire supérieure, rétrécie, et dont les deux maxillaires sont soudés intimement.

5° Enfin, la saillie formée par le maxillaire inférieur, qui proémine fortement au devant de la mâchoire supérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique envoie une lettre d'invitation à M. le président de l'Académie pour la distribution des prix du concours général qui aura lieu le lundi 8 août, à la Sorbonne.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départements de Saône-et-Loire, des Hautes-Pyrénées et d'Ille-et-Vilaine, en 1858 ;

2° Un rapport de M. le docteur Collas, sur une épidémie de croup qui a régné à Dives, en 1858 et 1859;

3° Un rapport de M. Lapeyre, médecin à Lodève (Hérault), sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville en 1859;

4° Un rapport de M. Guillemaut, médecin à Louans (Saône-et-Loire), sur les épidémies de cet arrondissement, en 1858 (Comm. des épid.);

5° Un rapport de M. le docteur Gay, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), pendant l'année 1857;

6° Un rapport de M. le docteur Foucart, sur le service médical des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres), en 1857 (Commission des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Rizet, sur l'action de l'iode considéré comme emménagogue (Commissaires : MM. Hervez de Chégoin, Cazeaux);

2° Deux mémoires de MM. les docteurs Morineau et Malapert, professeurs à l'Ecole de Poitiers : l'un relatif à une modification du procédé de M. Mitscherlich pour la recherche du phosphore dans le cas d'empoisonnement; l'autre intitulé : RECHERCHE DU PHOSPHORE ABSORBÉ DANS LES CAS D'EMPOISONNEMENT (Comm. MM. Devergie, Gaventon, Boudet);

3° Une lettre de M. le docteur Lecoq, dont M. le secrétaire donne lecture, et relative à deux cas d'accidents graves survenus à la suite de la vaccination et attribués à la transmission de la syphilis secondaire (Comm. : MM. Gibert et Depaul).

— L'Académie se forme en comité secret à trois heures un quart.

La séance publique est reprise à quatre heures moins un quart.

DÉSINFECTION DES PLAIES ET DES MATIÈRES PUTRIDES.

M. RENAULT prend la parole pour communiquer à l'Académie le résultat d'expériences qu'il a faites à l'occasion des récentes communications de M. Velpeau, à l'Institut, sur la préparation désinfectante de MM. Corne et Demeaux. En faisant des expériences comparatives, il a reconnu qu'en substituant au mélange de plâtre et de coal-tar un mélange de plâtre avec diverses matières désinfectantes, telles, par exemple, que le charbon, et en ajoutant ces mélanges à des matières putrides, on n'obtient aucun effet appréciable. Le résultat a été tout différent en employant un mélange de plâtre et de goudron (végétal), dans les mêmes proportions que le mélange de M. Corne; non-seulement ce nouveau composé a immédiatement désinfecté les liquides putrides employés, mais encore il a agi avec plus d'efficacité que le plâtre au coal-tar. En effet, la matière obtenue en triturant le plâtre au coal-tar avec des substances putrides conservait une odeur âcre, insupportable; tandis qu'en employant le plâtre au goudron, on obtenait une substance qui ne conservait qu'une légère odeur bitumineuse, nullement désagréable.

M. Renault soumet à l'appréciation de ses collègues des échantillons de ces divers mélanges, pour les mettre à même de contrôler ses propres impressions à cet égard. Comme résultat définitif de ses expériences, il croit pouvoir proposer de substituer le goudron végétal au coal-tar, pour obtenir une désinfection plus complète. Cela n'infirme d'ailleurs en rien, ajoute-t-il, les propositions que MM. Corne et Demeaux ont déduites de leurs nombreuses expériences.

M. GIBERT : La question que M. Renault vient de porter devant l'Académie n'intéresse pas seulement le chirurgien ; elle a une portée tout aussi considérable au point de vue social, au point de vue de l'hygiène publique. Je veux seulement faire remarquer que le mélange de M. Corne permettra peut-être d'arriver définitivement, après tant de tentatives infructueuses, à la suppression du service public des vidanges. Ce serait un service énorme rendu non-seulement à une classe restreinte de la société, mais à la population des villes tout entière.

A ce point de vue, la substitution du goudron au coal-tar, proposée par M. Renault, serait plutôt nuisible qu'avantageuse, le prix du goudron étant assez élevé, si on le compare à celui du coal-tar, qui ne coûte presque rien.

M. BOULEY rappelle sommairement les expériences sur les propriétés désinfectantes du plâtre au coal-tar qu'il a communiquées à l'Académie des sciences par l'intermédiaire de M. Velpeau (Voir au compte rendu de l'Académie des sciences). Il ajoute qu'il a également employé ce mélange avec un succès complet dans des cas de plaie de la veine jugulaire, avec décomposition putride des caillots obturateurs, accompagnée d'une horrible fétidité; dans ces circonstances, comme dans toutes les autres, les applications de plâtre au coal-tar ne laissaient subsister qu'une faible odeur bitumineuse.

Il est donc incontestable pour moi, ajoute M. Bouley, que la découverte de M. Corne met le chirurgien en possession d'un moyen désinfectant excellent et qui est en même temps très-favorable à la cicatrisation par bourgeonnement des plaies.

Le nouveau mélange proposé par M. Renault ne me paraît être qu'une variante légère du procédé original, et j'avouerai que je ne puis y attacher qu'une médiocre importance. Ce qu'il y a d'essentiel, et ce qui appartient tout entier à M. Corne, c'est le principe de mélanger au plâtre des substances bitumineuses. J'avais songé moi-même à l'emploi du goudron, dont l'odeur peut être plus agréable à quelques organes olfactifs que celle du bitume, mais mes expériences me conduisent, en définitive, à donner mon entière approbation au mélange de M. Corne.

M. VELPEAU rappelle à son tour ses propres expériences, dont les résultats le portent à partager entièrement les opinions de M. Bouley; il insiste sur l'insuffisance soit du plâtre, soit du coal-tar, employés seuls, et il se rallie entièrement à l'avis de M. Gibert, relativement à l'importance que le mélange de ces deux substances pourra avoir un jour dans l'industrie.

Pour m'en tenir seulement à ce qui regarde la chirurgie, poursuit M. Velpeau, je crois que les diverses expériences faites jusqu'à ce jour établissent suffisamment l'importance du plâtre comme substance absorbante, et du coal-tar comme désinfectant, pour qu'il faille y regarder à deux fois avant d'accepter une modification telle que celle dont M. Renault vient de nous entretenir. J'ai eu l'occasion d'expérimenter tout récemment une modification de ce genre; j'ai reçu de la part d'un industriel de Marseille, M. Roissac, des échantillons d'une poudre qu'il disait identique à celle de M. Corne, et pour laquelle il a pris un brevet, comme substance désinfectante, il y a environ deux ans; or ce mélange, composé de coal-tar et de chaux hydraulique, a une couleur noir roussâtre et une consistance spongieuse, tandis que celui de M. Corne est une poudre grisâtre. J'ai appliqué la préparation de M. Roissac sur un cancer ulcéré, et il a fallu, au bout de quelques minutes, en débarrasser le malade, auquel cette application causait des douleurs atroces, tandis qu'il avait parfaitement supporté le mélange de M. Corne. Pour ce qui est du goudron, je viens d'examiner comparativement les mélanges que M. Renault nous a présentés, et j'avoue que, pour mon compte, je donne sans hésiter la préférence à celui qui contient le plâtre au coal-tar. Je me déclare incapable de percevoir l'odeur âcre qui, suivant M. Renault, resterait à ce mélange; mais je ne demande pas mieux, malgré cette expérience préalable, que d'étudier les effets que pourrait produire le plâtre au goudron végétal, appliqué sur des plaies putrides.

Je dois d'ailleurs signaler de suite un cas dans lequel le désinfectant Corne n'a pas répondu à mon attente : je l'ai fait appliquer hier sur une brûlure au deuxième, et en partie au troisième degré, de la jambe; j'espérais obtenir ainsi une diminution de la suppuration, ou au moins l'absorption complète du pus produit. Il n'en a rien été, et, en outre, le malade a beaucoup souffert; aussi ai-je dû supprimer ce pansement aujourd'hui; j'ajouterai, au reste, que la plaie avait très-belle apparence et que le pus n'exhalait pas la moindre odeur.

Je conclus de ce fait, et de plusieurs autres, que très-probablement le plâtre au coal-tar ne pourra nous dispenser d'employer la charpie, comme l'espère M. Corne, à moins qu'on ne trouve à l'employer sous une autre forme que mêlé à l'huile; car c'est peut-être l'huile qui diminue en partie la propriété absorbante du désinfectant.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement dans les salles de chirurgie que le désinfectant Corne pourra rendre des services; je me contenterai de dire qu'il sera employé très-avantageusement dans des amphithéâtres d'autopsies ou de dissection. Prenez, par exemple, le paquet intestinal d'un cadavre, avec l'odeur infecte que vous lui connaissez, roulez-le dans du plâtre au coal-tar, et dans un instant il ne lui restera plus la plus légère odeur.

M. RENAULT fait remarquer qu'il n'a nullement voulu se poser en adversaire du désinfectant Corne; croyant que M. Velpeau avait l'intention d'entretenir l'Académie de cette substance, il voulait seulement à son tour faire connaître ce qui lui semblait être un léger progrès, à savoir la substitution du goudron au coal-tar; mais son intention n'était nullement de donner à cette modification une valeur absolue.

M. ROBINET : Je ne puis accepter tout ce que mes honorables collègues ont dit sur les vertus de ce nouveau désinfectant sans faire quelques réserves; en ce faisant, d'ailleurs, j'imiterai simplement l'exemple que M. Velpeau vient de nous donner lui-même. De grâce, messieurs, n'allons pas trop vite dans cette affaire. Les personnes qui s'occupent des sciences exactes n'admettent généralement que ce qu'elles comprennent clairement; les faits que l'on ne comprend pas, on ne les nie pas, mais on attend, et on ne les croit pas à la légère.

Il y a d'ailleurs dans ce que l'on nous a dit sur le mélange de M. Corne une erreur manifeste. Ce n'est pas un désinfectant, mais un absorbant; il ne détruit pas l'odeur; il dessèche, solidifie les matières exhalées et les empêche de se décomposer. Il y a désinfection pour votre nez, soit, mais pas pour la science. S'il n'y a plus d'odeur, c'est qu'il ne s'en dégage plus.

C'est peut-être une idée heureuse; je ne dirai pas le contraire, mais je fais des réserves sur sa valeur; on se presse certes beaucoup en parlant dès aujourd'hui d'une désinfection future des matières fécales; j'ose dire qu'elle ne sera jamais réalisée. Voulez-vous avec un peu de poudre désinfecter les 7,000 mètres cubes de matières fécales que l'on enlève tous les matins dans les rues de Paris?

On recommande le mélange Corne pour les amphithéâtres, comme si nous n'étions pas en possession de désinfectants qui agissent très-bien. Pour mon compte, si l'on m'en avait fait la demande, j'aurais pu donner une douzaine de recettes qui valent bien celle de M. Corne.

M. GUÉRARD : La distinction admise par M. Robinet entre l'absorption et la désinfection me paraît très-juste en principe; mais je crois que notre collègue se trompe en admettant que le mélange Corne n'agit que par absorption. Nous savons, en effet, que certaines matières pyrogénées, employées à de très-faibles doses, arrêtent instantanément la fermentation putride; la créosote est dans ce cas, et il en est de même sans doute pour le coal-tar.

M. BOULEY s'étonne que M. Robinet ait pu avancer que les faits faciles à expliquer doivent être seuls admis sans réserve. M. Robinet comprend-il comment il se fait que le contact du cuivre et du zinc, dans des conditions

déterminées, produit de l'électricité? C'est pourtant un fait qu'il ne voudra pas contester.

Quant à la distinction d'une désinfection scientifique et d'une désinfection pour le nez, elle ne peut diminuer en rien la valeur pratique des résultats obtenus par le mélange Corne.

M. Velpeau s'exprime dans le même sens. Il ajoute qu'il est évident pour lui qu'il ne s'agit pas d'une simple absorption, attendu que le plâtre seul n'a aucune des propriétés du plâtre au coal-tar; d'ailleurs celui-ci, quand on l'emploie en bouillie, en cataplasmes, n'absorbe pas et n'en désinfecte pas moins. Si M. Robinet a à sa disposition des moyens plus efficaces, on les accueillera avec empressement; mais pourquoi donc M. Robinet ne les a-t-il pas fait connaître?

J'ai évité à dessein, ajoute M. Velpeau, de toucher au côté industriel de la question. Mais puisque M. Robinet semble douter de la possibilité de désinfecter les fosses d'aisances, je puis ajouter qu'une commission d'une société scientifique a constaté que le mélange Corne opère parfaitement la désinfection des matières fécales. Cette substance a d'ailleurs encore sur toutes celles que nous connaissons l'avantage d'être extrêmement bon marché.

M. Londe demande si le plâtre au coal-tar n'agirait pas principalement en masquant les odeurs, comme le vinaigre, par exemple.

M. Robinet, en réponse à M. Bouley, dit qu'il ne repousse pas l'autorité des faits, que l'on est bien obligé quelquefois de les admettre sans les comprendre; mais qu'alors il faut les avoir vus, tâtés, et être bien assuré qu'ils existent, ce qui est toujours prodigieusement difficile. J'ai tenu dans la main, dit-il, des multitudes de faits dont il ne reste plus rien, absolument rien. Que de remèdes qui ont guéri pendant quelques semaines et qui ne guérissent plus! Eh bien! il s'agissait presque toujours là de ces faits bruts qui ne se comprennent pas.

On me demande des substances désinfectantes qui puissent valoir le plâtre au coal-tar. J'avoue que je ne me suis jamais occupé de la désinfection des plaies; mais on a employé un nombre bien suffisant de ces substances pour les vidanges, dans les ateliers d'équarrissage, etc. : je citerai les charbons de toute espèce, les terres séchées et calcinées, la tourbe desséchée ou à moitié brûlée, les silicates, les sels de fer, les cendres, les chlorures auxquels on reproche à tort de répandre une odeur de chlore, ce qui n'arrive que lorsqu'on les emploie mal.

M. Robinet revient ensuite sur la distinction des substances désinfectantes et des substances absorbantes. Il cite comme exemple des premières les chlorures, tandis que le coton appliqué sur les brûlures appartient exclusivement aux absorbants. M. Guérard a tort d'expliquer la désinfection par l'arrêt d'un mouvement de fermentation, car si on ajoute de l'essence de moutarde à une cuve en fermentation, on arrête bien la fermentation, mais l'odeur reste.

M. Bouley dit qu'en mélangeant des matières fécales avec le plâtre au coal-tar, il a pu obtenir une matière pulvérulente, analogue à la poudre de brique et n'exhalant qu'une légère odeur bitumineuse. Il y a donc tout lieu d'espérer que ce procédé permettra dans l'avenir d'abolir le système actuel des vidanges, reste de barbarie qui fait encore de trop nombreuses victimes.

Il lui semble que M. Robinet envisage la question d'une manière trop satirique et qu'il tire trop volontiers à canons rayés sur les inventeurs de remèdes.

M. Londe : Le plâtre peut-il servir d'engrais?

M. Bouley : Très-bien.

M. Velpeau : M. Robinet peut avoir parfaitement raison d'être peu disposé à accueillir favorablement des remèdes secrets, mais il se laisse peut-être entraîner par cette tendance, à faire trop bon marché des découvertes utiles. Je ne vois pas en quoi on peut faire des réserves pour des faits positifs comme ceux que nous avons fait connaître. Que M. Robinet en fasse quand il s'agit de l'efficacité de certains remèdes, rien de plus naturel, car dans ces cas les divers termes du problème sont trop variables pour qu'il soit facile de le résoudre d'une manière satisfaisante. Il n'en est pas de même dans celui qui nous occupe : il ne s'agit, pour chacun, que de savoir se servir de son nez.

Quant aux diverses substances désinfectantes que M. Robinet énumérait tout à l'heure, elles ne diminuent en rien l'importance de la découverte de M. Corne, parce qu'elles ont toutes été trouvées insuffisantes.

M. Michel Lévy demande à M. Velpeau si le plâtre au coal-tar pourrait servir au pansement des moignons d'amputation, à quelle époque on pourrait y recourir, comment on procéderait à ce pansement. Pour que ces applications soient efficaces, il faut les renouveler deux ou trois fois par jour; ce serait beaucoup trop pour une plaie d'amputation. Dans les salles encombrées de blessés à la suite d'une bataille, il existe des conditions de méphitisme particulières, et l'emploi des désinfectants est souvent indiqué bien avant qu'une plaie se trouve dans un état de putridité.

M. Velpeau : Chez les amputés, le plâtre au coal-tar ne sera généralement pas indiqué, parce que les moignons fournissent peu de pus et que la suppuration n'est pas fétide; mais si ces conditions se produisaient, il n'y aurait aucun inconvénient à envelopper le moignon d'un cataplasme de la matière désinfectante, que l'on renouvellerait aussi souvent que cela serait nécessaire. Cette substance conviendrait surtout dans les armées aux plaies de diverse nature, presque toujours accompagnées de contusion, d'escarre, etc. D'ailleurs, plus les pansements des plaies gangréneuses sont fréquents, mieux cela vaut.

M. Michel Levy. Il restera toujours beaucoup de cas dans lesquels les pansements fréquents auront des inconvénients, et où l'emploi des chlorures sera très-utile.

M. Renault, pour compléter sa communication, ajoute qu'il s'est assuré que le plâtre au coal-tar ne détruit pas les larves d'insectes.

M. Devergie croit que ce mélange ne peut agir comme absorbant que pendant cinq ou six minutes; ce temps écoulé, le plâtre s'est hydraté, se solidifie et n'absorbe plus. Il faudra, par conséquent, pour obtenir un résultat satisfaisant, répéter les pansements beaucoup plus souvent qu'on ne l'a dit.

M. Velpeau : J'invite M. Devergie à venir assister à nos pansements; il pourra s'assurer que son opinion est contredite par les faits.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 13 juillet, MM. Verga, Colta, Cuerini, Griffini et Conti, médecins dans l'armée piémontaise, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— On nous écrit de l'armée d'Italie qu'un certain nombre d'officiers de santé militaires ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'honneur. On cite, entre autres, MM. Bécane, médecin-major de première classe, Tribont, Ropert, Douchez, médecins-majors de deuxième classe, Bresse, Mulot (H.-M. J.), médecins aides-majors de première classe, et Dédigneulle, pharmacien-major de deuxième classe.

— M. le docteur Ed. Vandencorput, secrétaire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, vient de recevoir du shah de Perse la décoration de chevalier de l'ordre du Lion et du Soleil.

— Sur l'invitation de M. le ministre, la Faculté de médecine de Montpellier, dans son assemblée du 23 juillet, a présenté, pour remplir les fonctions de président du jury médical : en première ligne, M. le professeur Benoît; en deuxième ligne, M. le professeur Anglada.

— M. le docteur Dietnen, qui dirigeait depuis quinze ans le bureau de statistique de Prusse, et était depuis longtemps professeur des sciences politiques à l'Université de Berlin, est mort le 30 juillet, à huit heures du matin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Joseph-Jean-Pierre Gay, professeur-adjoint à l'École de pharmacie de Montpellier, décédé le 25 juin dernier, à l'âge de 80 ans.

La science lui est redevable de nombreuses publications. Les principales sont : la Pharmacopée de Montpellier et le Formulaire des médicaments agréables.

Il a dirigé pendant quinze ans, avec autant de zèle que de talent, le Journal de pharmacie du midi.

— Un des membres les plus distingués du corps médical de France, M. le docteur Emangard, de l'Aigle (Orne), vient de succomber presque subitement.

— M. Thiry, professeur à l'Université de Bruxelles, et M. le docteur Eugène Janssens, viennent de recevoir le diplôme de membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Bologne.

— L'Académie de Cadix donne pour sujet de prix la question suivante : « Exposer les mesures d'hygiène publique qui doivent être conseillées à l'autorité pour empêcher la propagation du virus syphilitique. » Le prix consistera en une médaille d'or et le titre de membre correspondant. *L'accessit* donnera le même titre sans médaille. Les mémoires doivent être envoyés au secrétaire de l'Académie avant le 31 octobre 1859.

— Un nouveau cas de mort par le chloroforme est publié par le Medical Times (n° 473). Il est relatif à un homme âgé de 45 ans, à qui l'on pratiquait des incisions sur le pénis et le rectum, pour des infiltrations d'urine.

— Un nouveau journal vient de paraître à Madrid; il est consacré spécialement aux maladies de la peau, à celles des yeux et à la syphilis. Son rédacteur en chef est M. le docteur Léon Checa.

Jurisprudence pharmaceutique. — Un arrêt de la Cour de cassation en date du 23 juin dernier, a réformé la jurisprudence de la Cour de Paris sur la question des pharmaciens-gérants. Par une série de considérations très-bien motivées, la Cour établit que le fait de préposer à la gestion de la pharmacie un individu muni du diplôme ne dispense pas le titulaire de se conformer lui-même aux prescriptions de la loi de germinal an XI.

— 350 blessés ou fiévreux de l'armée d'Italie viennent d'arriver à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier. On prépare actuellement mille lits à la caserne pour recevoir de nouveaux malades convalescents qui doivent être prochainement dirigés sur notre ville.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIES DES SCIENCES ET DE MÉDECINE : MÉLANGE DÉSINFECTANT DE MM. CORNE ET DEMEAUX.

Les Académies continuent à s'occuper du nouveau mélange désinfectant : nouveau suivant leurs auteurs, très-peu nouveau si l'on écoute les chimistes.

Il est certain, en effet, que l'objet, ni le choix des éléments du mélange ne sont absolument nouveaux : il y a longtemps que l'on s'est occupé pour la première fois de la désinfection des plaies, et ce n'est pas non plus une idée sans précédents que l'emploi d'une matière bitumineuse pour remplir cette indication. On était même parvenu à des résultats jusqu'à un certain point satisfaisants, et auxquels la persistance d'une certaine odeur non plus infecte, mais provenant des réactifs employés, a seule porté tort. Néanmoins, puisque l'on avait abandonné l'emploi de ces procédés, c'est qu'ils offraient une lacune, un désidératum. La question qui demeure seule à résoudre est celle pendante devant l'expérimentation clinique : le procédé nouveau de MM. Corne et Demeaux répond-il oui ou non aux vues proposées? A-t-il oui ou non justifié les premières espérances qu'il a fait naître? Voilà la seule question aujourd'hui, et l'on ne peut tarder à avoir une réponse catégorique. Il est, en effet, très-possible que l'on ait essayé de tout jusqu'à ce jour, le plâtre seul, le goudron seul ou combiné, et que la combinaison actuelle soit exempte des inconvénients qu'on a pu reconnaître aux combinaisons anciennes. Serait-ce la première fois qu'un simple changement de proportion des mêmes éléments, qu'un tour de main dans l'application ait modifié des résultats industriels? Attendons donc.

Ce n'est pas à dire pour cela que nous trouvions à blâmer aux discussions intervenues, au moins de la part des savants qui se sont efforcés de dégager l'inconnue de cette question, comme ont fait MM. Chevreul, Paulet à l'Académie des sciences. Il est fort sage encore à M. Renault et Bouley d'avoir établi à Alfort des expériences contradictoires, ou plutôt collatérales, entre des mélanges composés de plâtre ou d'argile d'une part, et de l'autre de goudron végétal au lieu de goudron de houille ou minéral, si, comme il semble possible de le conclure de la communication de l'honorable directeur de l'École d'Alfort, la substitution du goudron végétal au coal-tar produit un mélange laissant après lui une odeur moins désagréable que l'odeur de naphte des huiles bitumineuses.

Il n'est pas moins important non plus d'appeler l'attention et de légitimes encouragements sur les essais de M. Marchal (de Calvi). On lira avec intérêt la note communiquée à l'Académie des sciences dans la séance du 8 courant, par notre savant confrère, et dans laquelle, rappelant les propriétés antiputrides et antiseptiques de l'iode, il montre tout le parti que l'on peut tirer d'une solution mesurée de ce métalloïde pour arrêter, dans les plaies, le développement de la putridité et même de la septicité. Si les aperçus de notre confrère se voient justifiés par une expérimentation suffisamment étendue, les praticiens constateront avec reconnaissance qu'ils ne sont pas aussi désarmés qu'on le pensait à l'endroit de la fermentation putride et septique du produit des plaies suppurantes.

On pourrait s'étonner du bruit qui s'est fait autour de la préparation nouvelle et des oppositions qui se sont élevées contre elle, si l'on ne faisait une juste part aux droits de sauve-garde que le savant exerce justement sur l'engouement public. Limitée dans son emploi à l'objet auquel elle a été adressée dans les salles de clinique chirurgicale, la composition de MM. Corne et Demeaux sera bientôt jugée, et son mérite exactement déterminé. La patience eût donc été aisée en ce qui concerne son application aux pansements des plaies putrides.

Mais en même temps qu'il s'offre à la pratique chirurgicale, le mélange désinfectant se présente aussi aux mille nécessités désinfectantes que rencontrent sur leur route l'hygiène publique et l'industrie. Or c'est à l'endroit de ces deux intérêts que paraît avoir été soulevée la préoccupation de plus d'un savant. Ayant présents à l'esprit les résultats fort peu absolus obtenus à la suite de près de cinquante essais offrant avec ce dernier plus ou moins d'analogie, plusieurs chimistes dignes de toute confiance se sont élevés pour faire leur réserve, ou, autrement dit, pour conseiller la prudence. Qui saurait leur reprocher leur intervention conservatrice et vigilante? Personne assurément. Plus sera grande sa valeur réelle, plus la composition de MM. Corne et Demeaux doit gagner à se voir discutée, analysée et expliquée dans son mode d'action.

Son influence sur les plaies n'est pas la seule en jeu aujourd'hui ; n'y a-t-il pas les intérêts de la salubrité publique à considérer, et en regard de ceux-ci les demandes de l'agriculture? Une réponse à tous ces intérêts souvent contradictoires saurait-elle donc s'improviser? Loin de là, on peut juger de la difficulté et des embarras du problème par la courte communication de M. Ferrus à l'Académie de médecine. N'avons-nous pas entendu cet honorable académicien, aussi distingué comme savant que comme administrateur, racontant les perplexités de l'administration des prisons au sujet de l'assainissement des fosses d'aisance des maisons centrales, montrer l'inanité successive de tous les essais les mieux entendus en apparence, l'action elle-même quasi torrentielle d'écluses de chasse impuissante à assurer l'enlèvement des matières solides, et concluant finalement à l'enlèvement quotidien des matières au moyen de tonneaux bien fermés.

Concluons donc à une réserve pleine d'espérance ou à une espérance pleine de réserve, et laissons marcher les études expérimentales.

De plus, reproduisons le vœu très-sage de M. Milne Edwards, demandons que l'on veuille bien rendre au coal-tar, produit indigène, son nom français de goudron de houille qui donne à tout Français dont il frappe l'oreille, l'idée complète de la nature et de la provenance du produit, comme le mot composé *coal-tar* le donne à un Anglais. Les choses simples gagnent à être exprimées simplement.

GIRAUD-TEULON.

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

CORRESPONDANCE DE PLINE LE JEUNE.

(Suite. — Voir les nos 30 et 32.)

On trouve souvent, dans cette correspondance d'un si grand intérêt, l'expression de sentiments empreints d'un stoïcisme quelque peu brutal, et qui se rattachent directement au mépris de la vie, au droit de s'en débarrasser dès qu'elle paraît à charge; chacun dit avec Sénèque, dans son ŒDIPE : *Jus vitæ ac necis meæ penes me est; regnum mei retineo*, et Pline semble partager cette manière de penser. Cela le rend un peu dur à l'égard de *Julius Valens* (livre V, n° 9); et il dit, sans sourciller, à son ami Saturnin : Il paraît qu'il va fort mal ; mais à ne consulter que son intérêt, faut-il le plaindre? Qu'y a-t-il de mieux pour lui que d'être promptement débarrassé d'une maladie incurable? *Quanquam ne hoc quidem triste, si illius utilitatibus æstimetur, cujus interest quam maturissime inexplicabili morbo liberari.* Avec ce procédé commode, on se dispense d'une pitié inutile et l'on ne voit pas pourquoi Pline termine sa lettre si paisiblement philosophique par cette phrase banale : *Finem epistolæ faciam, ut facere possim etiam lacrymis, quas epistola expressit* : il faut finir ma lettre si je veux arrêter le cours des larmes qu'elle me fait répandre. Notez que le même homme, dans la même épître, déplore amèrement la mort prématurée de *Julius Avitus*, et que, dans un grand nombre de ses lettres, on trouve les meilleurs sentiments exprimés à l'occasion de ces trépas qui enlèvent jusqu'à l'espoir des vertus qui allaient se développer, *jam quod in flore primo tantæ indolis juvenis extinctus est, summa consecuturus, si virtutes ejus maturuissent.*

Pline est plein de tendresses charmantes pour les enfants que la maladie enlève, et l'on ne peut lire sans émotion la lettre qu'il écrit à Marcellin (livre V, n° 16), à propos de la mort de la plus jeune des filles de son ami *Fundanus* : *Qua puella nihil unquam festivius, amabilius, nec modo longiore vita, sed prope immortalitate, dignius vidi.* A part l'exagération de ce dernier trait, tout est bien dans ce récit, et la pauvre enfant qui, *nondum annos quatuordecim impleverat*, n'avait pas encore 14 ans, possédait toutes les grâces naïves qui donnent tant de charmes à la jeunesse, *suavitas puellaris cum virginali verecundia.* Quelle maladie a brisé le cours de ces destins si prospères? Pline ne le dit pas, mais nous pouvons le présumer. Docile aux médecins, attentive à consoler son père et sa sœur, lors même que toutes ses forces l'eurent abandonnée, elle se soutenait encore par son seul courage. *Medicis obsequebatur; sororem, patrem, adhortabatur, ipsamque se destitutam corporis viribus, vigore animi sustinebat.* Nous voyons là tous les caractères d'une affection tuberculeuse. *Duravit hic illi usque ad extremum, nec aut spatio vale-*

DERMATOLOGIE.

DISCOURS DE M. GIBERT A L'OUVERTURE DE SON COURS DE DERMATOLOGIE A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

On ne sanrait, sans injustice, méconnaître l'impulsion puissante donnée en France, au commencement de ce siécle, à l'étude des maladies de la peau, par l'enseignement spécial créé dans cet hôpital par l'un de nos prédécesseurs, le professeur *Alibert*.

C'est en grande partie à ses leçons faites, le plus souvent, à la manière des philosophes de la Grèce antique, *sub Jove*, que l'hôpital Saint-Louis a dû de conquérir rapidement une réputation européenne.

Quels avantages, en effet, n'offre pas pour l'étude et le traitement (souvent si difficiles) des maladies cutanées, la réunion dans un même établissement de toutes les formes que ces maladies peuvent revêtir!

Ce qui fait qu'encore aujourd'hui un si grand nombre de médecins connaît si peu ce genre d'affections, c'est l'indispensable nécessité de l'observation directe exercée sur un nombre suffisant d'exemples vivants et animés que ne pourront jamais reproduire que d'une manière très-imparfaite les figures tracées par le pinceau le plus habile.

Aussi le but que vous devez vous proposer en suivant les cliniques, aujourd'hui si multipliées de cet hôpital, est surtout d'acquérir une connaissance exacte des diverses espèces qui composent le domaine de la pathologie cutanée spéciale, afin de ne pas éprouver plus tard ces doutes et ces incertitudes qui rendent le praticien si perplexe quand il ne sait quel nom donner à la maladie de la peau qu'il a sous les yeux.

C'est à cela que doivent tendre aussi les classifications et les nomenclatures, beaucoup plus qu'à pénétrer dans la nature et dans l'essence des maladies pour arriver à de prétendus perfectionnements qui ne font le plus souvent qu'embrouiller et embarrasser le sujet.

Ce serait un tort, d'autre part, de se croire autorisé à redire, avec le savant *Lorry*, que, quelle que soit leur forme apparente, les maladies dartreuses ont au fond la même nature et réclament à peu près les mêmes remèdes...; car d'abord cela n'est vrai que d'un certain nombre d'espèces, et, en second lieu, le traitement qui est, sans contredit, la partie importante de notre art, n'en est cependant pas le point unique.

L'homme de l'art, appelé près d'un malade, doit, même avant d'entreprendre aucun traitement, éclairer sur toutes les circonstances de son état le patient qui met en lui sa confiance, et répondre à toutes les questions qu'on lui adresse à ce sujet. Il faut qu'il sache reconnaître le mal, le distinguer des affections diverses qui peuvent à la première vue s'en rapprocher par la forme, juger s'il est ou non susceptible de se transmettre aux personnes en rapport avec le malade, s'il ne constitue qu'une affection locale et passagère, ou s'il est lié à des conditions constitutionnelles qu'il faut d'abord modifier, s'il est de nature à persister, à récidiver, si sa disparition peut entraîner quelques inconvénients...Et comment le médecin pourra-t-il décider toutes ces questions, dont la solution importe tant au malade et donne sur-le-champ la mesure de la science de l'homme de l'art appelé pour le guérir, s'il ne possède le premier et le plus indispensable élément du savoir médical..., c'est-à-dire un *diagnostic* assuré de l'espèce morbide?

Ainsi, par exemple, on a désigné sous le nom de *teignes* diverses éruptions du cuir chevelu, dont les unes bénignes et innocentes, comme l'*impétigo subaigu* des enfants (*gourme* du vulgaire), cèdent aux moyens les plus simples et n'offrent aucun danger ni pour le malade, ni pour ceux qui le soignent; tandis que d'autres, telles que la *teigne faveuse* ou la *teigne furfuracée herpétique*, sont contagieuses et résistent à tous les traitements qui n'ont pas pour résultat immédiat de détruire la cause du mal, c'est-à-dire la production parasite qui le provoque et l'entretient.

Ainsi des éruptions prurigineuses diverses peuvent siéger sur divers points du corps et notamment aux mains et aux membres supérieurs, les unes papuleuses, telles que le *lichen* et le *prurigo*, les autres vésiculeuses, telles que la *gale* et l'*eczéma*, et jeter dans de grandes perplexités le médecin qui ne s'est point créé des éléments de diagnostic fixes et invariables.

Ainsi encore les *syphilides* affectent des formes qui peuvent simuler les éruptions *dartreuses*, et, plus souvent encore dans la pratique, on voit ces dernières méconnues dans leur nature et attribuées à tort à un virus qui n'existe que dans l'imagination alarmée du malade et dans le jugement erroné du médecin.

Il importe donc beaucoup que vous vous exerciez à la connaissance des espèces morbides, et surtout de celles qui, bien que les plus vulgaires et les plus usuelles, sont cependant très-souvent l'occasion dans la pratique des méprises les plus grossières de la part de médecins qui en ignorent même le nom!

Bien connaître les formes d'une maladie, la distinguer sûrement de toutes les espèces qui peuvent la simuler, arriver ainsi à un *diagnostic* précis qui nous éclaire sur toutes les circonstances qu'il importe au malade et au médecin d'élucider..., voilà le but principal de cet enseignement, voilà le genre de connaissances que vous devez surtout venir chercher ici... Le reste s'apprend facilement dans les livres et dans la pratique particulière. Ce n'est pas assurément que nous voulions négliger la partie thérapeutique de notre sujet; mais ici vous êtes obligés de croire un peu vos professeurs sur parole, vous pouvez même être induits en erreur par des observations trop rapides et trop superficielles...; au lieu que le *diagnostic* peut facilement être contrôlé, et surtout ne peut s'acquérir que dans les circonstances spéciales où vous vous trouvez placés en suivant les leçons cliniques de cet hôpital.

En voyant quelle importance j'attache au *diagnostic* (qui seul peut donner la clef de toutes les connaissances dont la réunion constitue la *prognose hippocratique*), vous comprendrez facilement pourquoi, au lieu d'adopter certaines innovations plus ou moins rationnelles, je m'en tiens encore aujourd'hui à la classification et à la synonymie que j'ai adoptées dès l'ouverture de mes cours sur les maladies de la peau (il y a plus de trente ans). Cette classification est, selon moi, préférable à toutes les autres, parce qu'elle est la plus simple, la plus claire, celle à l'aide de laquelle on arrive le plus promptement et le plus sûrement à la dénomination des espèces morbides.

C'est d'ailleurs une erreur (déjà bien des fois signalée par nous) que

---

tudinis, aut metu mortis infractus est, et ce courage a persisté jusqu'à la fin sans qu'il ait été abattu par la longueur de la maladie ou par la crainte de la mort. Ajoutons à cela que cette enfant ayant à peine 14 ans devait épouser un jeune homme distingué; *jam electus nuptiarum dies, jam nos vocati*, le jour des noces était fixé, nous y étions invités; d'où nous sommes en droit de conclure que les mariages étaient précoces à Rome, en ce temps-là, et que les parents de la jeune fille lui fournissaient un brillant trousseau, puisque Fundanus, au désespoir, a donné l'ordre de consacrer à l'achat d'encens, de baumes et de parfums, *in thura et unguenta et odores*, tout l'argent qui devait servir à acheter des vêtements, des diamants et des perles, *quod in vestes, margarita, gemmas fuerat erogaturus*. Pline engage son ami Marcellin à envoyer des consolations au malheureux père de cette aimable enfant; il lui recommande d'y mettre moins de raison et de force que de douceur et de sensibilité; *memento adhibere solatium, non quasi castigatorium et nimis forte, sed molle et humanum*. Et il ajoute cette phrase qui nous touche plus particulièrement : *Ut enim crudum adhuc vulnus medentium manus reformidat, deinde patitur, atque ultro requirit*, de même qu'une blessure encore vive redoute la main qui la panse, ensuite la supporte et enfin la désire, ainsi une affliction récente se révolte d'abord contre les consolations, les repousse et enfin les demande et s'y complaît, losqu'elles sont adroitement offertes, *sic recens animi dolor consolationes rejicit ac refugit; mox desiderat, et clementer admotis acquiescit*. Tout cela est fort bien dit, et l'on voit que Pline le Jeune possède un cœur, sait y lire, et nous traduit en termes excellents les pensées que le chagrin de ses amis y fait naître.

Notre Pline a été marié deux fois, une première fois avec une jeune femme dont le nom ne nous est pas parvenu; on sait seulement qu'elle venait de mourir lorsque Pline dénonça *Certus*, le meurtrier d'*Helvidius*, et lui fit ôter le consulat pour lequel il avait été désigné. La seconde femme s'appelait *Calphurnia*, et l'on trouve dans sa correspondance les preuves les plus évidentes de l'affection qu'il lui portait. Partie pour la Campanie à cause de sa mauvaise santé, *te valetudinis causa in Campaniam prosequi*, il regrette de n'avoir pu l'accompagner, et il désire surtout d'être près d'elle pour voir de ses propres yeux le progrès de la guérison, *ut oculis crederem, quid viribus, quid corpusculo acquireres*, pour être témoin du rétablissement de ce corps délicat. Dans une autre lettre (livre VII, n° 5), il y a un trait de bon goût et de la plus douce galanterie. Sa femme est absente, il se dirige instinctivement vers sa chambre, espérant la voir aux heures accoutumées, et ne la trouvant pas, il s'en revient aussi triste, aussi honteux que si on lui eût refusé la porte, *quod denique æger est mœstus, ac similis excluso, a vacuo limine recedo*.

Fabatus, l'aïeul de *Calphurnia*, et *Hispulla*, sa tante, reçoivent souvent de Pline des lettres dans lesquelles il s'occupe beaucoup de la santé de sa femme. Elle venait de faire une fausse couche, *abortum fecisse, dum se prægnantem puellariter noscit*, ignorante, comme les jeunes femmes, elle ne se croyait pas enceinte, *ac per hoc quædam custodienda prægnantibus omittit, facit omittenda*; aussi a-t-elle négligé les précautions qu'exigeait son état, et fait ce qu'il lui défendait. Il console le vieillard et lui dit que cet accident lui-même est une preuve de fécondité, *quorum nobis spem certiorem hæc*

de croire qu'une classification quelconque puisse jamais avoir pour but de donner des indications précises sur la nature et le traitement des maladies. Quelle que soit la base anatomique, microscopique, physiologique, pathologique sur laquelle on ait cherché à l'édifier, une classification ne peut être qu'un instrument d'étude, toujours plus ou moins artificiel, et dont le but principal est de soulager notre mémoire, de mettre de l'ordre dans nos connaissances et surtout de donner un fondement assuré au *diagnostic* des espèces.

Sous ce rapport, la classification que nous avons adoptée, depuis longues années, d'après *Willan*, *Bateman* et *Biett*, prenant pour base des divisions principales, des *formes cliniques* (et non pas les lésions anatomiques microscopiques), est certainement celle qui réussit le mieux à faciliter l'étude de la pathologie cutanée spéciale et à éclairer le diagnostic.

Or, comme déjà nous l'avons fait pressentir, ce diagnostic une fois bien établi à l'aide de la forme clinique de l'éruption devient, pour le médecin instruit, la clef de l'histoire tout entière de l'espèce morbide qu'il a sous les yeux, et assez fréquemment, par une induction légitime, le premier élément des indications thérapeutiques.

Ainsi lorsque, après avoir constaté la forme vésiculeuse, les sillons acariques, le siége d'élection de l'éruption...; on a diagnostiqué la *gale*, et qu'on l'a distinguée des autres éruptions vésiculeuses, papuleuses ou même pustuleuses qui peuvent la simuler ou la compliquer..., déjà, au moyen de ce diagnostic précis et rigoureux, on possède les connaissances étiologiques et thérapeutiques que l'expérience nous a appris à rattacher à l'idée de *gale*. On sait qu'on a affaire à une éruption accidentelle, contagieuse, de cause externe, et qui ne réclame d'autre médication que l'emploi d'un topique parasiticide.

De même pour beaucoup d'autres maladies de la peau (l'*herpès*, le *lupus*, les *syphilides*, etc.), le diagnostic une fois fixé, toute l'histoire de la maladie est pour nous implicitement contenue dans la dénomination assignée à l'éruption.

Nous ne saurions donc trop le redire, pour nous la classification la meilleure est celle qui nous conduit le plus facilement et le plus sûrement au diagnostic des espèces. Avant d'exposer cette classification, disons un mot seulement de celles qui l'ont précédée ou suivie.

Dans la seconde moitié du siècle dernier, le savant Lorry, dans son Traité latin des maladies de la peau, déplorait la confusion qui s'était établie dans le langage, au sujet du mot *herpès*, qui, destiné d'abord à représenter une espèce morbide, avait fini par être appliqué à presque toutes les éruptions chroniques.

Aussi les auteurs français qui avaient traduit ce mot grec latinisé par le terme vulgaire *dartre*, comprenaient sous ce nom à peu près toutes les maladies spéciales de la peau, cherchant ensuite à les distinguer les unes des autres par une qualification ajoutée au terme générique.

C'est ainsi que *Sauvages*, dans sa Nosologie, admettait neuf espèces de dartres ; que *Lieutaud*, en 1770, réduisait ce nombre à quatre (D. volante, D. farineuse, D. miliaire, D. serpigineuse ou rongeante) ; que *Poupart*, en 1782, changeait ces dénominations contre les suivantes : D. farineuse et écailleuse, D. miliaire érysipélateuse discrète, D. croûteuse et D. vive ou rongeante.

Le terrain était donc tout préparé pour une classification et une nomenclature tirées du langage vulgaire, lorsque la Révolution, qui se plut à renverser toutes les traditions, vint porter le dernier coup aux termes classiques que l'on retrouvait encore dans le traité de *Lorry*.

Aussi *Alibert* n'eut-il pas de peine à créer et à populariser son système de classification fondé sur les dénominations nouvelles et usuelles.

Cette classification comprenait les dartres, la teigne, les éphélides et la lèpre, espèces auxquelles venaient s'ajouter, comme appendice, les *syphilides*.

Employant les noms vulgaires, prenant, pour caractériser les espèces, les produits les plus apparents (ex. : D. écailleuse, D. furfuracée, D. crustacée, etc.), rapprochant les unes des autres des maladies qui paraissent, en effet, dans beaucoup de cas, former des espèces de familles naturelles..... la classification d'Alibert fut promptement répandue en France et bientôt généralement et exclusivement adoptée.

Elle offrait pourtant de nombreux défauts, dont le plus grand était de favoriser et de perpétuer une confusion qui nuisait au diagnostic rigoureux des espèces, et qui, d'ailleurs, avait l'inconvénient de rompre les traditions classiques.

Il serait aujourd'hui superflu d'insister sur les vices d'une classification et d'une nomenclature abandonnées au bout de quelques années par l'auteur lui-même, qui s'efforça, mais en vain, de les remplacer par l'arbre des *dermatoses*.

A cette seconde tentative, qui n'eut pas, à beaucoup près, le succès de la précédente, nous préférons encore le premier essai de classification d'*Alibert*, qui a du moins l'avantage de s'harmoniser facilement dans la pratique avec le langage vulgaire, et qui, de plus, consacre, par des termes génériques (*dartres, teignes, lèpres*), l'espèce d'affinité étiologique, symptomatologique et thérapeutique qu'à toutes les époques on s'est accordé à reconnaître entre le plus grand nombre des éruptions chroniques.

En même temps qu'*Alibert*, arrivé à l'apogée de sa gloire, professait dans cet hôpital une doctrine fondée sur l'adoption des termes et des idées du vulgaire, un de ses élèves devenu son rival et notre premier maître, *Biett*, rapportait de ses voyages d'outre-mer et de ses relations avec l'Angleterre, une classification et une nomenclature toute différentes, où le respect des traditions classiques s'unissait à des éléments de diagnostic beaucoup plus précis et beaucoup plus rigoureux.

Depuis lors, quelques autres dermatologues, tout en conservant les termes classiques employés dans la classification anglaise pour la désignation des espèces, se sont efforcés de substituer aux formes *cliniques* élémentaires adoptées par Willan pour base des divisions capitales, soit les divisions anatomiques, soit les considérations étiologiques ou nosologiques, avec la prétention de former ainsi des divisions plus naturelles et plus scientifiques ; mais dans aucune de ces classifications nouvelles ou renouvelées ne se retrouvent la simplicité, la clarté et la sûreté qui, dans la classification anglaise, fournissent des éléments si précieux au diagnostic.

Sans doute nous admettons, par exemple, avec notre collègue et ami le docteur Bazin, que la recherche de la cause prochaine a une

---

ipsa, quanquam parum prospere explorata, fecunditas facit. La lettre adressée à Hispulla, la tante de sa femme, est beaucoup plus explicite ; à une femme, il pouvait dire bien des choses, et en effet, *fuit alioquin in summo discrimine*, elle a couru le plus grand danger, *fuit nulla sua culpa, ætatis aliqua*, ce n'est pas sa faute, mais bien celle de sa jeunesse, de son inexpérience : *Inde abortus, et ignorati uteri triste experimentum.* Et il ajoute : Consolez-vous, c'est un bien différé et non perdu, puisque la personne dont nous avons le droit d'en attendre existe encore, *memento tamen dilatum magis istud, quam negatum, quum salva sit ex qua sperari potest.* Et puis il invite *Hispulla* à excuser auprès de *Fabatus* un malheur que les femmes savent toujours plus aisément pardonner : *Simul excusa patri tuo casum, cui paratior apud feminas venia est.*

Les deux sœurs d'*Helvidius* étaient mortes en couches, toutes deux jeunes, toutes deux après avoir donné le jour à une fille, et Pline qui a deploré ces morts funestes (livre IV, nº 21), pouvait craindre un pareil sort pour sa chère Calpburnia ; aussi raconte-t-il avec beaucoup de sensibilité le trépas des deux sœurs. *Utraque a partu, utraque filiam enixa decessit. Afficior dolore, nec tamen supra modum doleo ; ita mihi luctuosum videtur, quod puellas honestissimas in flore primo fecunditas abstulit.* Je suis pénétré de douleur et je crois ne pouvoir l'être trop, tant il me paraît cruel de perdre, par une malheureuse fécondité, ces deux aimables personnes dans la fleur de leur âge.

Sans les lettres de Pline le Jeune, on ne saurait presque rien sur la vie privée de *Silius Italicus*, et les biographes ont été trop heureux de trouver dans sa correspondance des renseignements précis, les seuls à peu près que l'on possède sur ce personnage intéressant. Il en est un autre, *Virginius Rufus*, dont parle Tacite dans ses Annales et dans ses Histoires, mais dont la vie privée ne nous est connue que par la lettre première du livre second que Pline a adressée à son ami *Voconius Romanus.* Virginius Rufus refusa deux fois l'empire que lui offraient les légions romaines, la première fois après la mort de Néron, la seconde fois après celle d'Othon, et chaque fois au péril de sa vie. Sa haute vertu, chose étonnante, fut respectée des tyrans sanguinaires qui envoyaient au supplice les hommes les plus recommandables ; et enfin il mourut sous Nerva qui lui décerna l'honneur des funérailles publiques. Voilà tout ce que l'on sait sur cet homme de bien, et l'histoire ne se pique pas d'en dire davantage, laissant dans l'ombre et le silence bien des choses qu'il importe de connaître, parce qu'elles sont souvent la cause des résolutions que prennent ceux qui influent le plus sur les affaires de ce bas monde. Voyons donc ce que Pline va nous dire sur le compte de ce personnage dont nous ne connaissons la vie que dans ce qu'elle a de public.

Annum tertium et octogesimum excessit in altissima tranquillitate, pari veneratione. Il a vécu quatre-vingt-trois ans toujours heureux et toujours admiré. Sa santé fut parfaite, *usus est firma valetudine, nisi quod solebant ei manus tremere*, il n'eut d'autre incommodité qu'un tremblement de mains, mais sans douleurs, *citra dolorem tamen.* Cette longue vie si paisible s'est terminée d'une manière fâcheuse, mais cela n'a fait que rehausser sa gloire. Voici l'événement dont Pline nous a conservé le souvenir. Elevé au consulat par l'empereur, il exerçait sa voix pour se préparer à le remercier publiquement. *Nam quum vocem præpararet, acturus in consulatu principi gratias,*

grande importance, et que discerner si une éruption est parasitaire et accidentelle, ou constitutionnelle et de cause interne, et si, dans ce dernier cas, elle est purement dartreuse, ou entretenue par le vice scrofuleux ou le virus syphilitique.... est d'une grave et indispensable nécessité..... Mais n'y a-t-il pas, avant tout, une première opération de l'esprit qui dérive directement des phénomènes apparents qui frappent nos sens? Et n'est-il pas parfaitement naturel de prendre la forme sensible d'une éruption pour le premier élément du diagnostic et comme base d'une classification qui a pour but principal de fixer les caractères de chaque espèce morbide? N'avons-nous pas vu d'ailleurs que ces caractères et ce diagnostic, une fois posés, nous sommes par là même, pour un grand nombre d'éruptions, mis sur la voie qui doit nous mener à la solution des questions plus obscures et plus reculées d'étiologie et de thérapeutique?

Si cette marche est la plus naturelle et la plus facile pour l'étude, cela nous suffit, peu nous importe que d'autres élèvent plus haut leurs prétentions!

La considération des formes cliniques élémentaires, telle est donc la base et la clef de la classification que nous avons maintenant à vous produire.

Huit ordres dans lesquels sont groupées toutes les espèces morbides qui forment le domaine de la pathologie cutanée *spéciale* (et ce sont les seules dont nous voulions vous entretenir ici), composent tout l'édifice de cette classification.

Ces huit ordres représentent les formes premières et caractéristiques désignées sous les noms de *taches*, *exanthèmes*, *bulles*, *vésicules*, *pustules*, *squammes*, *papules* et *tubercules*.

A chacun de ces ordres se rattache une forme syphilitique correspondante que nous aurons souvent occasion de signaler. La cachexie scrofuleuse provoque souvent des formes tuberculeuse, bulleuse, pustuleuse et autres, qui se confondent plus fréquemment que les précédentes avec les formes *dartreuses* proprement dites.

Quant au vice dartreux lui-même, admis par la plupart des auteurs comme reliant entre elles des éruptions de forme diverse, mais se rattachant à un fond commun, sous les rapports étiologique et thérapeutique.... qu'est-ce autre chose que le nom donné à une diathèse spéciale, c'est-à-dire à une disposition générale inconnue dans son essence, mais manifeste dans ses effets, qui provoque et entretient, chez un certain nombre de sujets (offrant le plus souvent les attributs du tempérament nervoso-lymphatique ou mélancolique), des éruptions dont la récidive fréquente et opiniâtre fait trop souvent le désespoir du malade et du médecin?

C'est surtout à ce dernier genre d'éruptions qu'on a cherché à opposer une médication spécifique dite *antiherpétique*, en tête de laquelle l'expérience de tous les siècles a placé le soufre et ses composés, au premier rang desquels il faut inscrire les eaux thermales sulfureuses.

L'action *parasiticide* de ce remède et la découverte d'un *acarus* dans la gale avaient inspiré à quelques empiriques l'idée d'attribuer d'une manière générale les maladies chroniques de la peau à la présence d'un animalcule parasite. Jusqu'ici on n'a découvert de parasite que dans un petit nombre d'espèces, savoir la *vraie teigne*, l'*herpès circiné*, le *pithyriasis versicolor*, et encore est-ce un parasite végétal, une sorte d'*oïdium* ou de *myoderme* assez analogue aux champignons de la vigne et de la pomme de terre, aussi bien que la mousse parasite qui se développe sur l'écorce des arbres et sur les substances soit végétales, soit animales en décomposition, comme nous aurons le soin de le faire remarquer à l'occasion de la description de chaque espèce en particulier.

Reste toujours la constatation clinique de formes morbides dites *dartreuses*, que l'on a de tout temps groupées sous une étiologie de même nature et réclamant à peu près le même traitement, comme on a également reconnu, depuis le quinzième siècle, une classe d'éruptions désignées aujourd'hui sous le nom de *syphilides;* comme on a rattaché, enfin, depuis longues années, à la diathèse *scrofuleuse* un certain nombre de maladies cutanées très-voisines des formes dartreuses proprement dites.

S'il faut en croire un de nos collègues, M. Bazin, on devrait encore ajouter à toutes ces grandes divisions étiologiques, une série d'éruptions variées qu'il faudrait regarder comme liées au vice *arthritique*.

Sans nier que ce vice ne puisse provoquer certaines formes papuleuses et furfuracées.... cependant, pour ma part, je crois ce fait pathologique trop restreint et trop exceptionnel pour être mis à côté des autres divisions sanctionnées par l'expérience commune.

Quoi qu'il en soit, je le répète, ces considérations étiologiques me paraissent d'un ordre trop relevé et trop abstrait pour être prises comme éléments de classification: tenons-nous en donc aux formes cliniques élémentaires qui ne préjugent rien sur la nature du mal, et qui restent fixes et faciles à reconnaître sans aucun travail de l'esprit et sans être influencées par les changements auxquels sont nécessairement sujettes les théories pathologiques.

Les huit ordres que nous avons énumérés plus haut ne comprennent chacun qu'un très-petit nombre d'espèces dont il nous sera facile de mettre sous vos yeux beaucoup d'exemples. Mais, pour quelques-unes de ces espèces, l'*eczema*, par exemple, l'*impetigo* et l'*herpès*, la physionomie du mal varie tellement dans ses diverses périodes, qu'on pourrait en méconnaître la forme élémentaire, à tel point que certains dermatologues eux-mêmes ont pu décrire sous des noms différents, et comme des espèces diverses, la même éruption envisagée à diverses phases de son existence.

C'est ce qui rend nécessaire l'étude attentive, sur le même sujet et sur des individus différents, de la marche et du développement progressif d'une même éruption. C'est aussi ce qui explique comment *Alibert*, par exemple, dans sa première classification, avait pu méconnaître certaines formes élémentaires, et comment d'autres ont été jusqu'à nier la constance, si ce n'est la réalité de ces formes. Il y a une réponse décisive et facile à ces méprises et à ces dénégations, c'est que, d'une part, on peut toujours reconnaître la forme élémentaire quand on assiste au début de l'éruption, et qu'ensuite on la voit constamment se reproduire dans les poussées successives que présente l'éruption en se propageant à d'autres régions que celle primitivement affectée.

Pour la commodité de nos études, nous décrirons ces huit classes dans l'ordre suivant:

1° Vésicules. — Nous trouverons dans cet ordre l'éruption la plus

---

liber, quem forte acceperat grandiorem, et seni et stanti ipso pondere elapsus est. Un gros volume que tenait le vieillard, échappe à ses faibles mains. *Hunc dum consequitur colligitque, per leve et lubricum pavimentum, fallente vestigio, cecidit, coxamque fregit;* il veut le retenir et s'empresse de le ramasser, le plancher était glissant, le pied lui manque, il tombe et se brise la cuisse. On voit d'ici cette chute, cette fracture si commune chez les vieillards, et l'on ne s'étonnera pas de ses suites. Pline dit: *parum apte collocata, reluctante ætate, male coiit.* Elle fut mal remise, et la vieillesse s'opposant aux efforts de la nature, les os ne purent se souder.

Examinons un peu cette affaire. De quoi s'agit-il? *Coxam fregit* ne veut pas dire tout simplement la cuisse, c'est-à-dire le fémur, mais bien l'os coxal, la hanche, et ici encore, il faut s'entendre. Distinguait-on, à cette époque, les fractures de la partie supérieure du fémur, celles du col d'avec celles de la hanche proprement dite? Le vieillard tombé de sa hauteur sur le grand trochanter, s'est-il fracturé le col du fémur, la fracture était-elle infracapsulaire, comme on en voit de si nombreux exemples, et dans tous les cas, pouvait-elle guérir, surtout chez un homme plus qu'octogénaire? Quel moyen de réduction possédait la science sous Nerva, et en quoi les chirurgiens avaient-ils agi *parum apte?* Il est très-probable que dans un écrasement de la partie supérieure de l'os de la cuisse, ou dans une lésion grave de la cavité cotyloïde, l'issue funeste d'un accident semblable était facile à prévoir, et d'ailleurs Pline lui-même, tout en signalant l'insuffisance de l'art, met en ligne de compte le grand âge du malade, *reluctante ætate.* Quoi qu'il en soit, *Virginius Rufus* succomba aux suites de cette fracture, mais nous n'avons aucun détail sur les accidents qui se manifestèrent, et, par conséquent, aucun moyen d'établir un diagnostic exact.

Et cependant Pline affecte quelquefois une singulière précision quand il décrit des objets analogues. Par exemple, dans la lettre à Sévère (livre III, n° 6), à propos d'une statue de bronze qu'il a achetée, il dit: Je ne m'y connais guère, mais on peut juger facilement du mérite de cette figure, car elle est nue et ne cache pas plus ses défauts qu'elle n'étale ses beautés. *Effingit senem stantem,* elle représente un vieillard debout; *ossa, musculi, nervi, venæ, rugæ etiam ut spirantis apparent,* et l'on voit, comme chez le vivant, les muscles, les nerfs, les veines et les moindres rides. *Rari et cedentes capilli, lata frons, contracta facies, exile collum, pendent lacerti, papillæ jacent, recessit venter.* Les cheveux rares et plats, le front large, le visage étroit, le cou maigre, les bras abattus, les mamelles pendantes, le ventre enfoncé. On voit que Pline sait peindre la vieillesse et qu'il ne néglige aucun des caractères physiques les plus propres à faire reconnaître l'homme arrivé à un grand âge, et il ajoute ce dernier trait: même par derrière, on voit bien qu'il s'agit d'un vieillard, *a tergo quoque eadem ætas, ut a tergo.*

Nous avons déjà dit un mot de *Regulus*, le fameux avocat, à propos des longs discours que l'on prononçait devant les tribunaux. Il figure encore dans une autre lettre adressée à *Calvisius* (livre II, n° 20), et l'on peut dire que c'était un coquin, bien que Pline donne une tournure plaisante à des actes dignes de mépris. *Verania Pisonis graviter jacebat,* Véranie, veuve de Pison, était à toute extrémité. *Ad hanc Regulus venit. Primum impudentia hominis, qui venerit ad ægram, cujus marito inimicissimus, ipsi invicissimus fuerat.* Il vint la voir, et

vulgaire, la plus nécessaire à bien connaître, et qui est encore aujourd'hui la source de bien des méprises, la *gale*; en second lieu, l'éruption à laquelle s'appliquent le mieux toutes les notions générales rattachées au mot *dartre*, c'est-à-dire l'*eczéma* ou dartre squammeuse humide d'Alibert; en troisième lieu une éruption spéciale à laquelle *Willan* a cru devoir appliquer le nom d'*herpès*, qui cesse ainsi complétement d'être synonyme du terme *herpès* employé par *Lorry*, par *Sauvages*, par *Alibert*, ainsi que de notre mot vulgaire *dartre*. Dans cette espèce, il nous faudra distinguer deux formes bien tranchées, l'une *parasitaire* (*herpès circiné, H. mentagre, H. teigne*); l'autre, non-parasitaire, et se rapprochant plus des éruptions aiguës que des dartres (*H. labialis, H. præputialis, H. roster, H. phlyctænodes*).

2° PUSTULES. — Une première éruption contenue dans cet ordre se rapporte, ainsi que l'*eczéma*, au genre *dartre*, et forme avec l'*eczéma* (dont elle se rapproche tellement quelquefois, que certains dermatologues ont cru devoir les confondre toutes les deux en une seule espèce) le groupe qui constitue comme le fond de ce que les auteurs classiques, suivis en cela par beaucoup de médecins et par les gens du monde, ont désigné sous le terme générique d'éruptions dartreuses : je veux parler de l'*impétigo*, lequel pourtant, comme son nom l'indique, offre souvent à son début une violence, une impétuosité qui le rapproche des maladies inflammatoires. L'*ecthyma* forme une seconde espèce qui reconnaît assez souvent pour cause la diathèse scrofuleuse. Vient ensuite le genre *acné* dont l'une des variétés l'*A. sycosis* ou mentagre n'est le plus souvent que la période la plus avancée de l'*herpès-mentagre*. Enfin le genre *teigne*, qui pourrait constituer une puissante objection contre notre système de classification, car, des trois variétés qui le composent, aucune n'est *pustuleuse*. Nous continuons cependant à le laisser dans cet ordre parce que les *pseudo-teignes*, avec lesquelles on est surtout exposé à le confondre, sont toutes vésiculeuses ou pustuleuses. L'*impétigo* du cuir chevelu, en particulier, a été décrit par *Alibert* sous les noms de *teigne muqueuse* et de *teigne granulée*, en sorte qu'il y a vraiment avantage pour l'étude à rapprocher la teigne vraie des fausses teignes.

3° BULLES. — Cet ordre ne contient que deux espèces : le *pemphigus* et le *rupia*.

4° EXANTHÈMES. — Caractérisé par des rougeurs dont la coloration disparaît à la pression, cet ordre comprend quatre genres : l'*érythème*, la *pellagre*, la *roséole* et l'*urticaire*.

5° TACHES. — Ici, la coloration est permanente et ne disparaît point à la pression. On y trouve l'*éphélide*, le *nævus* et le *purpura*. Par opposition aux *taches*, nous placerons comme appendice les *décolorations*, qui ne comprennent que deux espèces, le *vitiligo* et l'*albinisme*.

6° PAPULES. — Cet ordre est l'un des mieux caractérisé. La forme élémentaire qui la représente est constituée par de petites élevures sèches et sans houton vésiculeux ni purulent. On n'y trouve que trois espèces, le *prurigo*, le *lichen* et le *strophulus*.

7° SQUAMMES. — Ici deux sous-divisions, la simple desquammation, offrant deux espèces, le *pityriasis* et l'*ichthyose*, et la squamme accompagnée d'une légère saillie colorée, constituant une plaque squammeuse. Cette sous-division ne comprend qu'une espèce, le *psoriasis*, auquel est réuni le genre *lepra* des auteurs.

Dans cet ordre se trouve encore une affection parasitaire, le *pityriasis versicolor*, qui diffère aussi étiologiquement des autres variétés du même genre.

8° TUBERCULES. — Dans ce groupe se trouvent réunies les maladies de la peau les plus graves, dont quelques-unes même jusqu'ici peuvent être déclarées incurables. La dartre rongeante ou le *lupus* et la *kéloïde* sont les deux seules affections, à proprement parler, indigènes, qu'on y rencontre. Mais plusieurs maladies exotiques qui peuvent toutefois se reproduire sporadiquement et exceptionnellement dans nos climats tempérés, y sont rangées, savoir : le *pian* des colonies, le *molluscum* d'Amboine, la *radesyge* de Norwége, le *bouton* d'Alep, l'*éléphantiasis* grec et arabe.

Du reste, nous bornant pour ces dernières à un rapide exposé des phénomènes qui les caractérisent essentiellement, nous insisterons surtout dans ces leçons sur les notions usuelles que nous fourniront les maladies cutanées vulgaires que nous pourrons vous montrer ici sous tous leurs aspects.

Dans le même but d'utilité pratique, nous résumerons, à la fin du cours, les principaux points de l'histoire des *syphilides*, étudiées d'abord seulement comme objet de comparaison avec les autres maladies, et nous nous efforcerons de préciser ce qu'il y a de vrai dans les réformes que l'on a voulu faire subir de nos jours à l'histoire de la syphilis.

Généralement dans ce cours notre but sera beaucoup plutôt expérimental que *doctrinal*, et nous pourrons, de la sorte, en un espace de temps très-limité vous faire acquérir des connaissances dont vous apprécierez plus d'une fois l'utilité dans le cours de votre pratique médicale.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DU CANCER BUCCAL CHEZ LES FUMEURS; par M. F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, associé national de l'Académie impériale de médecine.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Établissons d'abord que l'affection cancéreuse des lèvres peut se présenter sous les deux formes généralement admises aujourd'hui, savoir : le cancroïde et le cancer proprement dit. La première forme de la maladie, nommée aussi épithélioma, est beaucoup plus fréquente que la seconde; c'est elle qui constitue principalement le *cancer des fumeurs*. L'observation micrographique démontre qu'elle a pour élément étiologique la cellule épidermique, et l'on peut suivre, par l'observation, les progrès de la maladie chez les fumeurs, depuis le simple épaississement de la couche épithéliale naturelle jusqu'à l'infiltration épidermique des tissus auxquels cet élément est primitivement étranger. Le cancer proprement dit relève plus exclusivement d'une cause

---

quelle impudence à un homme qui avait été l'ennemi de son mari et qu'elle détestait elle-même. Il s'asseoit près de son lit, lui demande le jour et l'heure de sa naissance. *Ubi audivit, componit vultum, intendit oculos, movet labra, agitat digitos, computat*, aussitôt il compose son visage, et l'œil fixe, il remue les lèvres, compte sur ses doigts; *nihil, nisi ut diu miseram expectatione suspendat*, et tout cela pour tenir en suspens l'esprit de la pauvre malade. Enfin cet habile comédien s'écrie : *Habes climactericum tempus, sed evades. Quod ut tibi magis liqueat, aruspicem consulam, quem sum frequenter expertus*. Vous êtes dans votre année climatérique, mais vous guérirez. Pour plus de certitude, je vais consulter un aruspice dont la science m'est bien connue. Il part, revient, jure que les entrailles des victimes sont d'accord avec le témoignage des astres; et la malheureuse, crédule comme on l'est dans le péril, *illa, ut. in periculo credula, legatum Regulo scribit*, assure un legs à ce fripon, et meurt bientôt après en maudissant sa faiblesse.

Tous les satiriques anciens, et surtout Juvénal, ont parlé de ces coureurs de testaments, si habiles à se faire léguer quelque chose, et si l'on trouve chez eux la critique de l'espèce, Pline nous montre un individu habile en ce genre de commerce. Regulus savait que Velleius Blesus voulait faire quelques codicilles; il était parvenu à s'insinuer dans l'esprit de ce vieillard consulaire, et le voilà qui supplie les médecins de prolonger, à quelque prix que ce soit, la vie de son ami, *medicos hortari, rogare, quoquo modo spiritum homini prorogarent*. Dès que ce testament est signé, il change de langage : *Quousque miserum cruciatis? Quid invidetis bonam mortem, cui dare vitam non potestis?* Jusques à quand torturerez-vous ce malheureux? Pourquoi ne pas laisser mourir tranquillement celui dont vous ne pouvez prolonger la vie? Blesus meurt, et comme s'il eût tout entendu, il ne laisse rien à Regulus.

Enfin, ce hardi personnage, assistant à la signature du testament d'Aurélie, femme d'un grand mérite, comme celle-ci, dans cette occasion solennelle, s'était parée de ses plus riches habits, Regulus la prie de les lui léguer. Aurélie croit qu'il plaisante, *ludere hominem putat, ille serio instabat*, il insiste très-sérieusement, lui fait rouvrir son testament, *coegit mulierem aperire tabulas*, et il ne se contenta pas de la voir écrire, il voulut lire ce qu'elle avait écrit, *observavit scribentem, inspexit an scripsisset*. On n'est pas plus effronté. Cela lui réussit et il disait un jour à Pline : *Quum consuleret, quam cito sestertium sexcenties impleturus esset, invenisse sese exta duplicia, quibus portendi, millies et ducenties habiturum*, qu'il avait sacrifié aux dieux pour savoir s'il posséderait jamais soixante millions de sesterces. Doubles entrailles trouvées dans la victime m'en promirent cent vingt millions. Et il les aura, ajoute Pline, car l'on réussit toujours dans une ville où le crime et l'audace disputent et ravissent leurs récompenses à l'honneur et à la vertu. Notez que cette fortune dépasse quinze millions de francs de notre monnaie.

Dans une lettre adressée à *Minucianus* (livre IV, n° 21), Pline nous donne quelques détails très-intimes sur *Valerius Licinius* qui, après avoir été sénateur, fut banni et devint professeur de rhétorique en Sicile. Qu'avait-il donc fait pour qu'on lui infligeât une peine si grande? *Carent enim togæ jure, quibus aqua et igni interdictum est*, ceux à qui l'on interdit le feu et l'eau

générale ; à ce titre, il n'affecte aucune prédilection dominante pour les lèvres, et lorsqu'on l'y retrouve, il s'y montre sans relation nécessaire avec l'action locale de la pipe ou du contact direct du tabac, il atteint presque indifféremment tous les points du contour ou de la cavité de la bouche. Il se développe avec une égale fréquence chez ceux qui ne fument pas et chez les fumeurs, quoiqu'on puisse être fondé à affirmer que ceux-ci y sont un peu plus exposés. On le retrouve à peu près indifféremment chez la femme et chez l'homme. Nous l'avons observé à l'état d'encéphaloïde ou de fongus hématodes, c'est-à-dire de tumeur érectile dégénérée, chez de très-jeunes sujets, tandis que le cancer épithélial ou cancroïde se manifeste dans des conditions plus spéciales, que nous allons successivement examiner.

Le cancroïde ou épithélioma provoqué par l'usage du tabac attaque principalement la lèvre inférieure. Cette prédominance est établie par des faits nombreux qui sont du domaine de l'observation journalière. C'est tantôt à la partie moyenne du bord libre de la lèvre, tantôt, et plus souvent, dans un point plus voisin de la commissure, que se montrent les premières traces de l'altération qui doit aboutir au cancer. Si l'on interroge le malade atteint de cette affection, on apprend de lui qu'il fait reposer habituellement le tuyau de la pipe ou l'extrémité du cigare sur le point altéré; et comme contre-épreuve de cette révélation, si l'on examine l'état des arcades dentaires inférieures ou supérieures, on constate chez les vieux fumeurs une dépression, une usure véritable sur le bord des dents qui correspondent à l'épithélioma. Cette usure est produite par le contact prolongé de la pipe, qui est reçue dans une échancrure où elle est retenue plus facilement, ce qui engage le fumeur à lui donner invariablement cette place. Il en résulte que le tuyau de l'instrument est toujours en contact avec les mêmes points de la lèvre, et que celle-ci subit nécessairement une excitation lente et continue. La lèvre supérieure, affranchie d'un contact aussi réitéré, est beaucoup moins souvent le siége de la maladie; la commissure labiale est elle-même habituellement épargnée, et lorsqu'on observe l'épithélioma dans ces derniers points, c'est ordinairement par la propagation de la maladie dont la lèvre inférieure a été le siége primitif.

Le cancroïde de cette dernière région étant dû généralement à la cause que nous signalons, on s'explique pourquoi cette maladie est rare chez les enfants et les femmes, et pourquoi, lorsque l'affection cancéreuse se développe chez eux, elle revêt aussi bien les formes graves du squirrhe ou de l'encéphaloïde, que la forme de l'épithélioma. L'immunité de l'âge et du sexe ne serait cependant pas absolue, eu égard à la maladie dont nous donnons l'étiologie, si nous nous en rapportions à quelques renseignements accusateurs d'après lesquels l'invasion de l'habitude du tabac menacerait les enfants et les femmes. On peut craindre que le cancroïde labial cesse d'être aussi rare chez les enfants, si l'usage du tabac à fumer s'établit graduellement à un âge où il était naguère universellement proscrit. Le nombre des adolescents et, qu'on nous passe le mot, des gamins qui croient se donner un air de virilité en se permettant la pipe ou le cigare, va croissant. Nous apprenons que la France, déjà assez avancée dans cette voie, est surpassée par l'Angleterre, où, d'après un rapport du docteur Seymour, des enfants de 10 ans consomment jusqu'à quarante et cinquante cigares par jour, et où l'on tolère que des collégiens fument depuis cinq heures de l'après-midi jusqu'à trois ou quatre heures du matin. A l'hébétude prématurée que promet un pareil progrès, nous ajouterons, dût-on nous accuser de faire au tabac un procès de tendance, la probabilité du développement du cancer labial dans le jeune âge. En dehors de conditions moins influentes que celles qu'on nous signale pour l'Angleterre, nous avons déjà observé sur des adolescents des cas d'épithélioma labial qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. Quant à l'existence de la même maladie chez les femmes, nous devons reconnaître qu'elle est rare. Mais si la mode de fumer, qui naguère semblait acquérir le droit d'adoption chez l'autre moitié de l'espèce humaine, n'avait pas résisté au patronage des élégantes connues sous le nom de lionnes, le cancer labial aurait assurément trouvé un ordre nouveau de victimes. Un de nos confrères, appelé auprès d'une demoiselle affligée d'un cancroïde de la lèvre inférieure, s'étonnait de l'existence d'un mal qu'il n'avait encore observé que sur des hommes, lorsqu'il se hasarda à adresser timidement une question relative aux habitudes de la malade. Celle-ci déclara qu'elle fumait en cachette, mais qu'elle consacrait à ce plaisir tout le temps où il lui était permis d'être seule.

Espérons que les ravages de ce mal resteront le lot de l'espèce masculine, à qui il faut à tout prix les distractions que le tabac procure. Toujours est-il qu'on observe d'autant plus le cancroïde labial chez l'homme, que l'habitude du tabac est plus invétérée ; aussi est-ce surtout à une certaine période de la vie que la maladie se manifeste. Le plus grand nombre des sujets que nous avons vus atteints de ce mal avaient dépassé 40 ans. Chez les individus des classes inférieures qui fument la pipe à tube court et du tabac de mauvaise qualité, la maladie se développe plus tôt. Chez les riches et les raffinés, qui fument les cigares délicats, les longues pipes, et qui neutralisent du reste, par des soins hygiéniques, les effets locaux de la combustion du tabac, le cancer est éludé ou se développe d'une manière plus tardive. C'est sur des personnes de cette condition que nous avons vu le cancer ne se manifester qu'après l'âge de 70 ans ou même de 80 ans. On peut se demander si les fumeurs atteints de cancer doivent cette maladie exclusivement à l'action du tabac et de la nicotine qu'il contient, ou si les circonstances accessoires de l'emploi de cette substance favorisent le développement de la maladie. L'expérience apporte un élément à la solution de cette question. Les individus qui fument la pipe à tube court, que l'énergie du langage populaire a qualifiée du nom de *brûle-gueule*, sont plus souvent affectés d'épithélioma labial que ceux qui fument les longues pipes en terre ou les pipes pourvues d'un conduit allongé et composé de substances non cooductrices du calorique. Il y a donc lieu de présumer que la chaleur transmise au tuyau dans sa partie la plus rapprochée de la pipe, ou celle que présente le cigare que l'on consomme jusqu'au bout, agissent pour produire l'irritation locale dont la réitération ou la continuité excitent le tissu de la lèvre, accroissent et plus tard pervertissent la sécrétion épithéliale. Les Orientaux, qui fument le narghilé, semblent avoir pressenti les inconvénients de la chaleur locale ; la fumée partant du fourneau où brûle leur tabac s'élimine par un long tuyau traversant de l'eau parfumée, où elle se refroidit, et peut-être doivent-ils à cette précaution d'être moins sujets au cancer buccal, malgré tout le temps qu'ils pas-

---

n'ont plus le droit de porter la toge, et ce malheureux était réduit à se couvrir d'un manteau grec. *Dices, tristia et miseranda*, vous allez vous écrier : quel triste et déplorable sort ! *Dignum tamen illum qui hac ipsa studia incesti scelere maculaverit* ; et ce sort convient à celui qui a déshonoré tant de talents par un inceste. Il serait curieux de rechercher à quelle époque de la société romaine on a commencé à sévir contre ce genre de crime, quand le mot *incestus*, remplaçant les deux mots *non castus*, figure dans la législation pénale d'un peuple si habitué à ces sortes d'outrages, et pourquoi *Valerius Licinius* avait encouru les rigueurs de la loi quand tant d'autres personnages étalaient publiquement le scandale de liaisons que la nature et la morale auraient dû rendre impossibles.

P. MÉNIÈRE.

(*La fin prochainement.*)

— Une correspondance d'Italie signale comme ayant été blessés à la bataille de Solferino :

M. Besnard, médecin-major au 76e de ligne, blessé à la jambe; dans le temps même où il était frappé du projectile, le mulet de sa cantine d'ambulance était tué à ses côtés par un biscaïen ;

M. Ouradon, médecin-major au 6e bataillon de chasseurs à pied, qui a reçu une forte contusion à la cuisse gauche, par un éclat d'obus, pendant qu'il pansait les blessés entre les lignes ;

Enfin, M. Verdier a également été blessé. (GAZ DES HÔP.)

— Les commissaires des fonds-Fiske (analogues à nos fonds-Montyon) ont institué pour sujets de deux prix de 100 dollars chacun, à délivrer en 1860, les questions suivantes :

« 1° La diphthérie : sa nature et son traitement, avec un exposé relatif » à son histoire et à sa prédominance dans différentes actions;

» 2° Effet morbide de la rétention des éléments du sang dans la sécrétion » urinaire. »

Les travaux doivent être envoyés avant le 1er mai 1860 à M. Auguste Avaold, secrétaire du comité, à la Providence (Etats-Unis).

— Le docteur Bucknill, médecin de l'asile des Aliénés du comté de Devon, vient de publier à Londres un curieux livre sur la PSYCHOLOGIE DE SHAKESPEARE, où l'auteur montre, par de nombreux exemples, que la folie vraie et la folie simulée n'ont jamais été mieux rendues dans les descriptions des médecins que dans les drames où figurent Lear, Hamlet, Macbeth, Constance, Ophélie, Timore, Jacques et Malvolio.

sent à se narcotiser. La pipe de nos fumeurs vulgaires agissant dans de tout autres conditions, expose évidemment les tissus qu'elle touche à une élévation locale de température propre à épaissir la couche épithéliale des lèvres, de même que le contact des corps échauffés accroît la sécrétion épidermique des mains chez les sujets qui exercent certaines professions. L'imprégnation de la matière empyreumatique qui brunit le culot et le tuyau de ces pipes, si recherchées des émérites de l'art du fumeur, ajoute peut-être une nouvelle cause d'irritation et n'est pas étrangère à la provocation de l'épithélioma. La nature défend, pour ainsi dire, le tissu labial par une sécrétion plus active de la matière épidermique, qui forme d'abord un revêtement épais; mais plus tard, cette couche épidermique surajoutée dégénère, infiltre les tissus voisins et forme des tumeurs qui suivent une marche fâcheuse.

Si l'irritation provoquée par la chaleur locale sur la substance des lèvres peut être rationnellement admise comme cause de la lésion qui s'y développe, il n'en est pas moins certain que le tabac lui-même ne saurait être exonéré d'une influence irritante, et qu'il suffit seul à produire le cancer buccal. Celui-ci n'affecte pas, en effet, d'une manière exclusive la lèvre inférieure; il peut se développer, quoique moins fréquemment, dans d'autres points du contour de l'ouverture buccale, et il ne respecte ni la cavité de ce nom, ni les organes qu'elle contient. La langue, les joues, les gencives, le voile du palais, les amygdales, sont des organes sujets au cancer épithélial chez les fumeurs, et la fréquence de cette affection, surtout en tant qu'elle envahit la langue et les joues, est beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement.

L'influence irritante de la fumée de tabac sur la muqueuse buccale et pharyngienne est un fait avéré pour tout chirurgien qui se donne la peine d'examiner attentivement ces organes. Beaucoup d'angines érythémateuses ou granuleuses dont on recherche laborieusement le mode producteur, ne reconnaissent pas d'autre cause, et il suffit de conseiller aux malades de faire trêve à leur habitude pour voir s'amender ou disparaître des irritations que les émollients et les révulsifs, les cautérisations, les gargarismes de toute espèce, sans compter les traitements spécifiques, n'avaient pu atténuer. L'exercice qui consiste à faire franchir l'isthme du gosier par la fumée du tabac et à la ramener dans les fosses nasales, étend jusqu'à cette région la sphère de son action irritante. Nous avons opéré, il y a quelques années, un de nos confrères de Barcelone atteint de végétations épithéliales des narines, réputées polypeuses, et que le malade, très-capable d'apprécier cette influence étiologique, n'hésitait pas à attribuer lui-même à cette frivole habitude, si répandue chez les Espagnols, d'éliminer par les narines la fumée des cigarettes.

Le contact de la fumée de tabac sur les surfaces muqueuses, en excitant toutes les sécrétions et en augmentant la production épithéliale, peut donc être considéré chez les sujets prédisposés comme une des causes provocatrices les plus actives du cancer buccal. Mais la même substance peut sous d'autres formes produire les mêmes effets. Le tabac à mâcher et le tabac à priser sont loin d'être sans reproche. Déjà Percy avait fait la remarque que la chique, encore en faveur chez les marins, les prisonniers et chez quelques hommes des classes laborieuses, occasionnait des ulcères de la bouche au lieu de les guérir. Il pensait même que les sucs irritants étendaient plus loin leur influence nuisible, et il attribuait le squirrhe de l'estomac à l'ingestion des sucs salivaires chargés des principes du tabac et allant porter l'action de cette substance jusque dans les organes digestifs. Quant au tabac à priser, la manière de le prendre ne l'exposant qu'à un contact passager avec l'entrée des fosses nasales, d'où il est bientôt chassé par l'éternuement ou par l'action de se moucher, il en résulte moins de chances pour que son action irritante provoque l'épithélioma nasal. J'ai pourtant observé, comme d'autres chirurgiens, le cancer du nez chez les priseurs, les irritations chroniques et les végétations épithéliales de l'entrée des narines ou de la lèvre supérieure; enfin l'ozène que les priseurs croient détruire par le tabac, tandis que celui-ci provoque ou entretient l'ulcère fétide qui constitue cette maladie. Certains cancers du pharynx ou de la face postérieure du voile du palais ne reconnaissent pas d'autre cause que le contact du mucus nasal, devenu le véhicule habituel du suc de tabac, et distillant dans l'arrière-bouche, par l'effet du décubitus dorsal ou par l'entraînement de la colonne d'air pendant l'inspiration. Nous avons recueilli deux exemples de cancer pharyngien où cette cause locale avait évidemment joué le principal rôle; et dernièrement, l'un de nos confrères de Lyon nous communiquait un exemple de cancer staphylin où la lésion était imputée au contact habituel du tabac, reniflé avec assez de force pour être attiré dans l'arrière-bouche.

Cette série de maladies chirurgicales, imputable à l'abus du tabac sous diverses formes, ne doit rien à l'exagération ni à des vues théoriques, non plus qu'à des souvenirs vagues ou infidèles concernant les effets de cette substance.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUER PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE;

par R. Virchow.

Les six cahiers composant le tome XIII[e] de ce journal contiennent les mémoires et articles originaux suivants : 1° *La physiologie pathologique et les instituts pathologiques*; par Rod. Virchow. (Réflexions sur les tendances physiologico-pathologiques actuelles; critique de la physiologie pathologique de Spiess, qui rattache la vie aux phénomènes du système nerveux. L'auteur insiste particulièrement sur l'utilité des établissements anatomo-pathologiques *accessibles à tous les élèves*, et sur la nécessité de réunir, dans ces établissements, tous les modes d'exploration désirables : anatomie, histologie, chimie, pathologie expérimentale, etc.) 2° *Mémoire pour servir à la connaissance des inflammations chroniques des articulations*; par le docteur Reinold Hein. (L'auteur n'a pas retiré de grands avantages de la cautérisation actuelle ni des cautères, mais il se loue du repos et de l'extension des membres à l'aide d'appareils appropriés.) 3° *Recherches sur le passage de substances du sang dans la bile*; par le docteur Mosler. 4° *Cholestéatôme du cuir chevelu*; par le docteur Richard Volkmann. (Description anatomique d'une pièce conservée dans l'esprit-de-vin.) 5° *Fragments d'anatomie pathologique et d'histologie*; par le professeur Foerster; faits relatifs à la pathologie du cerveau : *a.* Absence des deux globes oculaires chez un nouveau-né; *b.* Cas de hernie du ventricule moyen. (Par suite d'hydropisie chronique des ventricules cérébraux, le fond du ventricule moyen faisait saillie à la base du cerveau, sous forme d'une vésicule remplie de sérosité.) 6° *Sur la déchirure des tuniques internes des artères du cou chez les pendus*; par le professeur Kussmaul. 7° *Sur les modifications que subissent les cartilages dans les maladies des articulations*; par le professeur Weber. 8° *Petites communications* : a. *Un cas de diabète traumatique*; par le docteur Plagge. (Diabète survenu à la suite d'un coup sur l'occiput.) b. *Cas de dégénérescence amyloïde*; par le docteur Otto Beckmann. c. *Deux enchondromes lobulaires*; par le docteur Oscar Heyfelder. d. *Présence des acides de la bile dans l'urine, dans un cas d'ictère*; par le docteur Félix Hoppe. e. *Influence des humeurs de l'œil sur la lumière polarisée*; par lo même. f. *Action du gaz oxyde de carbone sur le sang*; par le même. g. *Ossification rameuse dans le parenchyme du poumon*; par le professeur Foerster. h. *Petits enchondromes ossifiés du poumon*; par le même. 9° *Rapport sur la clinique médicale de l'hôpital de Zürich, pendant les années* 1855 *et* 1856; par le professeur Lebert. (Les maladies dont il est rendu compte dans les trois articles qui composent ce travail sont le typhus, le choléra, le rhumatisme, la syphilis, les névroses, les affections du système circulatoire (thrombose et anévrisme), celles de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des centres nerveux, les maladies des organes génitaux et urinaires, les maladies de la peau et celles des organes du mouvement. De nombreuses observations avec les réflexions qui les accompagnent donnent un véritable intérêt pratique à ce compte rendu.) 10° *Trois nouveaux cas d'hygromes enkystés congénitaux de la région sacrée*; par le docteur Glaeser. 11° *Sur la paralysie des nerfs cérébraux produite par des affections de la base du cerveau*; par le docteur Ziemssen. (Diverses observations de paralysie des nerfs de la face et des yeux, produite par des maladies de la région basilaire du cerveau; histoire d'une paralysie qui avait été provoquée par un épanchement traumatique, et qui fut suivie de guérison, etc.) 12° *Sur la nutrition et la décomposition des fibres musculaires*; par le docteur Arthur Boettcher. 13° *Le vrai névrome*; par R. Virchow. (Fait constatant un cas de reproduction véritable de substance nerveuse.) 14° *Petites communications* : a. *Métamorphose graisseuse aiguë de la substance charnue du cœur dans la péricardite*; par R. Virchow. b. *Sur la portion membraneuse de la cloison ventriculaire du cœur*; par le même. c. *Fibroïde de la couche musculeuse de l'iléon*; par le professeur Foerster. d. *Can-*

cer médullaire avec nombreuses métastases; par le même. e. *Absence du rein gauche*; par le même. (Le rein gauche manquait et l'uretère droit se portait à gauche et s'insérait au côté gauche de la vessie.) f. *Détermination de la quantité de sucre que contient le lait, à l'aide de l'appareil polarisateur de Soleil-Ventzke*; par le docteur Félix Hoppe. g. *De la métastase calcaire*; par le docteur Fr. Grohe. (Dépôts calcaires dans la muqueuse du gros intestin.) h. *Sur les parasites des animaux inférieurs*; par le professeur Leydig. (Animalcules microscopiques semblables à des psorospermes ou à des pseudonavicelles, trouvés dans le sang et dans les muscles de cochenilles, d'araignées et de plusieurs crustacés inférieurs.) i. *Hydropisie du septum lucidum*; par le docteur H. Wallmann. k. *Sténose de l'orifice auriculo-ventriculaire, insuffisance des valvules bicuspide et tricuspide, hypertrophie du cœur*; par le même. l. *Plaie par arme à feu du crâne et de la vessie*; par le même. m. *Favus sur la souris*; par le professeur Friedreich. (Le favus n'occupait que la tête; les filaments confervoïdes étaient beaucoup plus petits que chez l'homme; l'auteur ne connaît qu'une seule observation de favus sur les animaux publiée par Bennett; il se trouvait aussi sur une souris.) n. *Dégénérescence graisseuse des glandes sudoripares*; par R. Virchow. (Examen de ces glandes chez les phthisiques; élargissement du conduit de la glande; métamorphose graisseuse, puis atrophie progressive de l'organe.) 15° *Sur la mort des membres par suite d'injections de chloroforme dans les artères*; par le professeur Kussmaul. (Relation des phénomènes qui suivent l'injection du chloroforme sur le vivant et sur les animaux morts, et particulièrement sur la roideur musculaire que l'auteur appelle roideur chloroformique. La cause de cette roideur ne provient pas de la coagulation du sang, mais d'une induration de la substance contractile elle-même; c'est un phénomène qui n'a rien de commun avec le tétanos, mais qui se rapproche de la roideur cadavérique.) 16° *Accroissement des os et formes du crâne, considérés particulièrement sous le point de vue du crétinisme*; par R. Virchow. 17° *Hygrome cystique périnéal congénital, avec inclusion de fœtus (fœtus in fœtu)*; par le professeur Luschka. (Histoire d'une énorme tumeur périnéale, avec détails anatomiques sur sa composition, et accompagnée de figures.) 18° *Sur des contractions musculaires particulières déterminées par l'injection d'eau distillée*; par le professeur de Vittich. (L'auteur arrive à cette importante conclusion que c'est l'action directe de l'eau distillée sur les éléments musculaires qui détermine leur contraction, *sans aucune intervention des nerfs.*) 19° *Sur l'action tétanisante d'un courant constant et sur la loi générale de l'irritation*; par le docteur Édouard Pflüger. 20° *Sur la force endosmotique de la peptone*; par O. Funke. (La peptone a une force d'endosmose considérable, et le but de la transformation des albuminates en peptone est sans doute d'en faciliter l'absorption. 21° *De l'influence de certaines boissons sur l'excrétion du sel, de l'urée et du sucre par l'urine, dans le diabète sucré*; par le docteur Siegmund Rosenstein. 22° *Une réponse à M. Spiess*; par R. Virchow. (Article de polémique.) 23° *Petites communications*: a. *Sur la présence d'infusoires dans le canal intestinal de la mouche à viande*; par le professeur Schenk. (Description de nouvelles espèces d'entozoaires microscopiques.) b. *Développement pathologique de tissu connectif dans le cerveau*; par R. Leubuscher. (Tumeurs cérébrales composées des éléments du tissu connectif.) c. *Kystes ovariens composés, en partie dermoïdes, avec épithélium vibratile et tissu nerveux de nouvelle formation; syphilis constitutionnelle; dégénérescence amyloïde étendue*; par le professeur Friedreich. d. *Embolie de l'artère mésentérique supérieure*; par Otto Beckmann. e. *Cas d'enchondrome intracéphalique*; par le docteur Hennig. 24° *Recherches sur l'organe auditif*; par le docteur de Troeltsch. (Conseils sur la meilleure méthode à suivre dans l'examen anatomo-pathologique de l'oreille.) 25° *Quelques observations de plantes parasites chez les animaux*; par Joseph Eberth. (Sarcine trouvée dans les cœcums d'un coq et d'un dindon et dans l'intestin d'un singe; muguet dans une poule.) 26° *Sur la sarcine de l'estomac*; par le docteur Itzigsohn. (Mémoire intéressant sous le rapport de l'histoire naturelle de la sarcine; l'auteur étudie son développement, et quoiqu'il ne l'ait pas vue dériver directement d'une oscillaire, il croit cependant à cette généalogie et il pense que la sarcine provient de l'eau que l'on boit. De nombreuses figures accompagnent ce travail.) 27° *Matériaux pour servir à l'histoire de l'embolie*; par le docteur Henri Wallmann.

RECHERCHES SUR LE PASSAGE DE SUBSTANCES DU SANG DANS LA BILE; par le docteur FRÉDÉRIC MOSLER (à Giessen).

Les travaux qui ont été faits jusqu'à présent sur les glandes se rapportent plus à leur anatomie qu'à leur physiologie. Les recherches entreprises par l'auteur sont intéressantes en ce qu'elles tendent à établir quelles sont les substances qui pénètrent dans la bile après avoir été introduites dans le sang.

M. Mosler a pratiqué des fistules biliaires sur les chiens, puis il a examiné la bile avec tout le soin nécessaire, après avoir introduit diverses substances soit directement dans le sang, soit par les voies digestives.

Dans les essais tentés avec le sucre de raisin, l'auteur s'est assuré préalablement que la bile normale ne contenait aucune trace de cette substance, et il a vu qu'il fallait porter dans le sang une très-forte dose de sucre de raisin pour qu'on pût constater sa présence dans l'urine, et une quantité beaucoup plus grande encore pour qu'on en trouvât dans la bile. Le sucre de canne, au contraire, passe plus facilement, circonstance intéressante, parce que M. Cl. Bernard avait déjà fait voir que le sucre de canne passe dans l'urine plus facilement que le sucre de raisin.

L'iodure potassique est rapidement éliminé par la bile; il suffit d'une très-petite quantité introduite dans l'estomac pour qu'on puisse constater sa présence dans la bile; mais l'iodure ne persiste pas longtemps dans ce liquide.

Le nitre passe dans l'urine, mais non dans la bile.

La quinine donne aussi un résultat négatif, ainsi que l'acide benzoïque. L'essence de térébenthine donne à la bile une odeur résineuse particulière qui n'a aucune ressemblance avec l'odeur de violette qu'exhale l'urine.

Le sulfate de cuivre paraît passer en plus grande quantité dans la bile que dans l'urine.

Le calomel passe difficilement dans la bile, et l'auteur a remarqué que cette substance n'augmente pas, comme on le croit généralement, la sécrétion biliaire.

SUR LES MODIFICATIONS QUE SUBISSENT LES CARTILAGES DANS LES MALADIES DES ARTICULATIONS; par le professeur C. O. WEBER (à Bonn).

Les recherches de l'auteur portent principalement sur l'origine intracellulaire du pus et sur la production de vaisseaux de nouvelle formation, dont la présence dans les cartilages enflammés, pas plus que dans l'inflammation de la cornée, ne saurait être révoquée en doute. Il fait voir que le travail inflammatoire peut se développer dans des tissus dépourvus de vaisseaux sanguins, et que l'apparition de ces derniers est un effet de ce travail.

L'auteur décrit en détail et avec un soin tout particulier les diverses phases de l'altération des cartilages dans les phlegmasies aiguës et chroniques des articulations. Ses descriptions sont accompagnées de figures qui montrent l'origine et la marche de la dégénérescence jusqu'à la destruction complète du cartilage, par des coupes pratiquées suivant l'axe de l'os. On voit, entre autres, le développement des cellules du cartilage transformées en cavités considérables qui s'ouvrent plus tard les unes dans les autres et qui sont remplies de globules de pus. Ces figures montrent aussi l'origine et le développement des vaisseaux sanguins.

SUR LA NUTRITION ET LA DECOMPOSITION DES FIBRES MUSCULAIRES, par le docteur ARTHUR BOETTCHER.

Ce travail comprend un examen de la composition normale et de la composition pathologique des muscles, avec de nouvelles recherches sur leur nature chimique.

L'auteur a découvert dans la structure du cylindre musculaire primitif une disposition très-remarquable. Suivant lui, les noyaux du sarcolemme sont des cellules du tissu connectif et ces cellules communiquent les unes avec les autres par un système de canaux très-fins, système qui se continue jusque dans les tendons. Quand les muscles sont irrités, les noyaux se multiplient par division dans les cellules, et les cellules nouvelles qui résultent de ce travail se détachent des cylindres. Lorsque les noyaux nouvellement formés subissent la métamorphose graisseuse, on distingue des globules de graisse dans les canaux du sarcolemme.

L'auteur attribue à ce travail cellulaire la décomposition des fibres primitives, parce que ces dernières cessent d'être nourries.

Ainsi, pour l'auteur, le point de départ de la nutrition du cylindre musculaire est le système de cellules qui entourent les filaments contractiles, et ce système est en même temps le point de départ de la dégénérescence du muscle.

Dans la partie chimique de son travail, l'auteur s'attache surtout à la présence de la graisse à l'état normal et à l'état pathologique.

FRAGMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'EMBOLIE; par le docteur WALLMANN (de Vienne).

L'auteur de cet article rapporte plusieurs exemples d'obstruction de vaisseaux par des caillots adhérents aux parois de ceux-ci. Ces cas, dit-il, ne sont pas aussi rares qu'on se l'imagine; mais le plus souvent les autopsies se font d'une manière incomplète, on se borne à ouvrir les gros vaisseaux tandis que l'embolie a souvent son siége dans les vaisseaux de très-petits calibres et même dans les capillaires.

Dans un cas de mort par pneumonie, l'auteur a trouvé un coagulum de 2 1/2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur et d'épaisseur, un peu avant la bifurcation de l'aorte abdominale. Il existait des végétations aux valvules semi-lunaire de l'aorte. L'auteur cite plusieurs autres cas d'embolie de l'aorte; dans l'un de ces cas, il y avait suppuration de caillots fibrineux.

Dans un cas de métrite puerpérale avec phlegmasie blanche, on trouve les veines crurale et saphène gauche en grande partie obstruées et des caillots adhérents dans l'artère crurale. Dans plusieurs observations il y avait obstruction complète de différents vaisseaux.

L'auteur dit en terminant que sur environ 400 autopsies il a rencontré une vingtaine de thromboses.

II. VIERTELJAHRSCHRIFT FUR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE; par les docteurs HALLA et KRAFT.

Les deux premiers volumes de l'année 1858 (t. 57 et 58) renferment les articles originaux suivants : 1° *Nouvelles recherches sur l'anatomie pathologique du typhus abdominal*; par le professeur Lebert. 2° *Examen anatomique d'un pied quatre années après l'extirpation du calcanéum, avec des réflexions sur cette opération*; par le professeur Linhart (avec 2 planches). 3° *Sur le diagnostic et le traitement des étranglements internes*; par le professeur Streubel (monographie). 4° *Sur l'extirpation du globe de l'œil*; par le docteur Bader (analyse des cas observés.) 5° *Sur la séparation des épiphyses, maladie de la croissance*; par le docteur Klose (histoire détaillée de cette maladie). 6° *Quelques mots sur le travail du docteur Lamb, intitulé : Protubérances crâniennes exencéphaliques*, par le professeur Willigk (réclamation de priorité). 7° *Rapport sur la clinique de Prague et sur la division des maladies des yeux, du 1er janvier 1855 au 31 décembre 1856*; par le docteur E. Richter. 8° *Sur l'ankylose de l'étrier comme cause de surdité*; par le docteur Ehrard. 9° *Rapport sur la clinique chirurgicale de Prague pour les années 1854 à 1857*; par le docteur Güntner. 10° *Sur les fluctuations non-périodiques de la fréquence de la pneumonie et particulièrement sur la marche de cette maladie dans les deux derniers décennaires 1836 à 1856*; par le docteur Ziemssen (long travail de géographie médicale et de statistique sur la fréquence de la pneumonie et sur sa marche). 11° *Philippique contre la manie de la circoncision*; par le professeur Streubel (Mémoire rédigé contre la méthode employée dans le traitement du phimosis par un grand nombre de chirurgiens français). 12° *De l'état actuel de l'otiatrie*; par le docteur Erhard. 13° *Rapport sur les recherches médico-légales faites depuis le 1er mai jusqu'à la fin d'août 1857*; par le docteur Maschka. 14° *Matériaux pour servir à la pathologie et à la thérapeutique de la scoliose, surtout relativement à certaines théories proposées dans ces derniers temps*; par le docteur Eulenberger. 15° *Observation de myopathie traumatique*; par le docteur Friedberg (Inflammation des parties molles de l'épaule droite par suite de contusion. Atrophie progressive et paralysie de plusieurs muscles; contracture consécutive; luxation de la tête de l'humérus; mort par suite de pleuropéricardite). 16° *Sur les protubérances exencéphaliques; réponse au professeur Willigk*; par le docteur Lambl.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TYPHUS ABDOMINAL; par le professeur LEBERT.

Le public médical français connaît les travaux que M. Lebert a publiés dans notre langue, et l'excellent esprit qui dirige ce savant laborieux. Les recherches qu'il fait connaître dans le travail étendu que nous avons sous les yeux sont une nouvelle preuve de cet esprit d'investigation qui s'éclaire du flambeau de la science, au lieu de marcher en avengle, attendant que les faits se présentent en quelque sorte au hasard. M. Lebert a raison de dire que les autopsies doivent être faites par le médecin qui a suivi la maladie, et non par un prosecteur étranger qui ne voit que la mort dans le sujet dont il examine les organes. Tout médecin clinicien doit être anatomo-pathologiste, et il doit appeler à son aide l'histologie et la chimie, pour s'aider des connaissances qu'elles nous apportent chaque jour. Ce n'est qu'en suivant cette voie qu'on peut arriver à des résultats de quelque valeur, et par suite à une véritable physiologie pathologique, la seule qui puisse nous faire connaître la vraie nature des maladies.

Les recherches de M. Lebert sur le typhus abdominal portent sur 100 autopsies. Il commence par les altérations survenues dans le tube digestif, et fait connaître l'histoire de 7 cas, dans lesquels on n'a rencontré aucune altération des glandes de Peyer, ou seulement des altérations insignifiantes. Dans plusieurs autres cas, au contraire, la mort été d'une promptitude extrême, ce qui est aussi assez rare. Les histoires des maladies sont relatées avec concision, mais toutefois avec des détails suffisants. L'auteur appelle l'attention sur la fréquence de la péritonite et sur les causes de la perforation intestinale; il a vu que celle-ci est précédée de la métamorphose graisseuse des cellules musculaires organiques et des autres tissus. L'étude des altérations du foie offre aussi beaucoup d'intérêt: ces altérations sont plus fréquentes et plus profondes qu'on ne le croit généralement; l'auteur signale, entre autres, la présence d'une bile liquide et jaunâtre, ainsi que la dégénérescence graisseuse. M. Lebert examine avec le même soin l'état du cœur, des poumons, de la peau, des muscles, en un mot de tous les organes. En résumé, le travail du savant professeur de Zurich est un modèle de description anatomo-pathologique.

SUR L'ANKYLOSE DE L'ÉTRIER COMME CAUSE DE SURDITÉ; par le docteur ERHARD.

Les maladies de l'oreille sont loin d'être aussi bien connues que celles des autres appareils organiques, ce qui tient à la difficulté des recherches anatomo-pathologiques et par suite au peu de certitude du diagnostic. Le travail du docteur Erhard mérite donc de fixer l'attention, car il renferme des données importantes sur le diagnostic et sur le traitement d'une affection qui est une cause assez commune de surdité.

L'auteur partage l'opinion d'un célèbre médecin anglais, le docteur Toynbee, qui regarde l'ankylose de l'étrier comme la cause la plus fréquente de surdité, et il range sous cette rubrique toutes les altérations pathologiques de la caisse qui sont de nature à gêner les mouvements normaux de cet osselet. Dans la partie anatomique de son travail, l'auteur analyse les recherches de Toynbee sur les rapports de l'étrier avec la fenêtre ovale, et il montre que l'étrier forme, avec cette fenêtre, une véritable articulation. L'étrier se meut comme un piston dans un cylindre, de dehors en dedans, pour refouler la membrane de la fenêtre ovale, et il a dans son muscle particulier un modérateur qui l'empêche de heurter avec trop de violence cette membrane, en le tirant dans le sens opposé. C'est cette circonstance qui fait regarder l'étrier comme la pièce la plus importante de la caisse.

La cause pathologique qui empêche les mouvements de l'étrier consiste dans une altération de la muqueuse ou réside dans le tissu même de l'os (ankylose fausse ou vraie).

Parmi les symptômes, l'auteur fait ressortir la faculté d'entendre distinctement le tictac d'une montre appliquée sur le front ou contre l'apophyse mastoïde, ce qui prouve, d'après ses observations, que le labyrinthe est intact; en second lieu, la difficulté d'entendre les sons de la voix, puis cette circonstance que les sons aigus sont plus facilement perçus que les sons graves.

La méthode d'investigation consiste à examiner le tympan avec un spéculum et à injecter de l'air dans la caisse pour s'assurer que la trompe d'Eustache est libre.

Le traitement est difficile; la surdité se manifestant d'une manière insensible et les phénomènes pathologiques n'étant pas accompagnés de douleur, on ne recourt ordinairement au médecin que lorsque les désordres sont déjà avancés.

Quoi qu'il en soit, le traitement que l'auteur emploie est énergique. Il fait garder la chambre ou le lit, applique des sangsues aux apophyses mastoïdes, donne des boissons diaphorétiques et de légers cathartiques. Si la maladie est déjà ancienne, il n'y a plus lieu d'employer le traitement antiphlogistique, ni les injections. L'auteur donne alors 1/10 à 1/8 de grain de sublimé trois fois par jour; le soir, il fait prendre un bain salé composé de 3 à 5 livres de sel sur 1/2 à 1 livre de potasse, puis des boissons diaphorétiques.

Quant à l'engorgement chronique de la muqueuse, la guérison est encore plus difficile. Après de nombreuses tentatives infructueuses, l'auteur s'est arrêté aux douches de vapeur humide, qu'il administre par la trompe d'Eustache, à l'aide d'un appareil particulier.

(Le travail du docteur Erhard, que nous venons d'analyser, ainsi que l'ouvrage de Toynbee, ont été l'objet d'une critique détaillée par M. Kramer, médecin allemand bien connu par son expérience dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'oreille. Dans un article inséré dans le DEUTSCHE KLINIK, du 13 mars 1858, M. Kramer dit, p. 109, « qu'il n'est nullement prouvé que l'ankylose de l'étrier soit une des causes les plus fréquentes de surdité.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SEANCE DU 1er AOUT 1859.—PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

EMPLOI, DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES ET ULCÈRES, DE DIVERSES SUBSTANCES AYANT POUR EFFET D'ATTÉNUER, DE DÉTRUIRE OU DE MASQUER LA PUANTEUR; communication de M. RENAULT.

Outre l'intérêt qu'elle peut présenter au point de vue de l'industrie, la communication qu'a faite M. Velpeau, dans la séance du 18 juillet a fait une certaine sensation dans le monde médical, et ce n'est pas sans quelque raison.

L'altération putride des caillots sanguins ou des matières purulentes qui séjournent à la surface des plaies ou dans certains abcès profonds, est souvent, en effet, le point de départ, la cause déterminante d'accidents locaux et généraux trop graves pour les malades qui en sont affectés, d'infection trop dangereuse dans les localités qu'ils habitent, pour qu'on n'accueille pas avec reconnaissance la découverte ou la divulgation de moyens capables de les prévenir. Or tel est le but et tels sont en réalité les effets du mélange de plâtre et de coal-tar dont M. Velpeau a entretenu l'Académie dans ses deux dernières séances, et pour l'examen scientifique duquel une commission spéciale a été nommée.

Pour ma part, j'ai été d'autant plus frappé de l'importance de cette communication, que, il y a longtemps déjà, je m'étais particulièrement occupé du danger du séjour, sur les plaies ou dans leur profondeur, de sang ou de pus putréfiés, en tant que causes fréquentes de gangrène septique; et que, après avoir démontré, par l'observation clinique et par l'expérimentation, la vérité de cette étiologie, j'en avais inféré la nécessité de prévenir ces accidents, presque toujours mortels, par l'emploi de moyens propres à arrêter et surtout à empêcher la décomposition putride du sang et du pus amassés sur les plaies. Ç'a été l'objet d'un mémoire que j'ai publié en 1840.

A cette époque, comme depuis, celui des moyens désinfectants qui m'a paru avoir le plus d'efficacité est l'hypochlorite de chaux en poudre ou en solution. Toutefois, il résulte de son application en certaine quantité sur des plaies de quelque étendue, un dégagement d'odeur de chlore qui, s'il n'est pas un bien grave inconvénient dans nos infirmeries vétérinaires, peut fatiguer la poitrine, irriter les voies respiratoires des malades dans les hôpitaux affectés aux hommes, ou, tout au moins, y être plus ou moins désagréable à respirer.

Ce n'est donc, au point de vue thérapeutique ou de la prophylaxie, ni une indication nouvelle, ni le premier moyen de la réaliser, qu'ont proposé MM. Corne et Demeaux, puisque les chirurgiens et les vétérinaires connaissaient le danger de la présence sur les plaies du sang ou du pus putréfiés, puisque la pratique possédait un moyen efficace d'en opérer la désinfection. Mais, comme l'a fait remarquer avec une grande raison le savant chirurgien de la Charité, la préparation de ces messieurs, en opérant cette désinfection sans laisser après elle une odeur aussi désagréable que celle du chlore, peut constituer un véritable progrès et présente dès lors un grand intérêt pratique.

C'est parce que telle est mon opinion sur ce procédé, que j'ai cru devoir chercher, de mon côté, à en expérimenter l'efficacité absolue et à en déterminer la valeur comparative.

A cet effet, je me suis livré à un grand nombre d'expériences qui ont consisté à faire agir sur diverses matières animales, les unes prises sur des cadavres en pleine putréfaction, les autres recueillies sur des plaies ou des abcès, siége d'affections gangréneuses :

D'abord le mélange de plâtre et de coal-tar proposé par MM. Corne et Demeaux, mélange dans lequel le coal-tar est entré pour 3, 4, 6 et 8 pour 100 de plâtre;

Ensuite, et successivement, le plâtre seul, le coal-tar seul, l'huile de schiste, le charbon végétal, le charbon animal, l'essence de térébenthine seule, puis incorporée à du plâtre en diverses proportions, puis enfin le goudron végétal seul, et ce même goudron mélangé à du plâtre dans des proportions égales à celles dans lesquelles entre le coal-tar dans la préparation de MM. Corne et Demeaux. Or voici sommairement résumés les résultats de ces diverses expériences :

1° Le mélange de plâtre et de coal-tar dans les proportions de 3 à 6 pour 100, projeté sur des matières animales liquides ou en bouillie, en quantité suffisante pour former une pâte de consistance ordinaire, agité avec ces matières et bien mêlé avec elles, leur enlève en très-peu d'instants leur odeur putride ou gangréneuse, si infecte qu'elle soit; et la pâte qui en résulte n'a plus que l'odeur bitumineuse particulière, assez forte et un peu âcre, mais très-supportable, qui est propre au coal-tar.

2° Le mélange, avec ces mêmes matières putrides, du plâtre seul en même quantité que la poudre Corne et Demeaux, donne une pâte dont l'odeur, bien qu'elle soit atténuée peut-être, est toujours celle de ces matières.

3° Une petite quantité de coal-tar seul versée sur ces matières et agitée avec elles, leur donne la teinte noire qui lui est propre, et la bouillie qui en résulte n'a plus qu'une odeur forte et très-prononcée de coal-tar.

D'où il suit que le coal-tar est l'élément véritablement désinfectant dans la poudre de MM. Corne et Demeaux, et que le plâtre n'y aurait d'autre action que celle de diviser le produit bitumeux, d'en faciliter l'application, et d'absorber les liquides putrides ou gangréneux.

4° L'huile de schiste, également versée sur ces matières en très-petite quantité, leur enlève leur odeur aussi instantanément que le coal-tar; mais à cette odeur elle substitue la sienne propre, qui est forte, âcre, pénétrante et très-désagréable à respirer.

5° L'essence de térébenthine, soit seule, soit associée au plâtre, affaiblit sensiblement, mais n'enlève pas complétement leur odeur infecte aux matières dont il vient d'être question; et puis, ce qui n'arrive pas pour le coal-tar ou l'huile de schiste, l'odeur putride se reproduit assez fortement lorsque l'essence, s'étant volatilisée, cesse de se faire sentir dans le mélange.

6° Les charbons (animal ou végétal) pulvérisés donnent les mêmes résultats que le plâtre seul; il n'ont aucune action désinfectante.

7° Enfin le goudron végétal, dont les propriétés pour arrêter ou prévenir la putréfaction ont été déjà indiquées à d'autres époques, m'a paru avoir et a en effet, soit seul, soit mélangé au plâtre dans les mêmes proportions que le coal-tar, une action aussi prompte et aussi complétement désinfectante que le mélange de MM. Corne et Demeaux. Il m'a semblé pourtant, comme à ceux de mes collègues et aux nombreux élèves d'Alfort qui ont assisté à mes expériences, que l'odeur du goudron végétal qui se substituait dans la pâte traitée par cette substance à l'odeur putride ou gangréneuse, était sensiblement plus douce et moins désagréable que celle du coal-tar. Je crois donc, tout en reconnaissant et proclamant hautement le mérite du mélange de MM. Corne et Demeaux, que si l'impression que j'ai éprouvée dans mes expériences est partagée par ceux qui pourront les répéter, la substitution du goudron végétal, qui est aussi très-répandu et fort peu coûteux, serait une amélioration, un perfectionnement, si léger soit-il, du moyen désinfectant proposé par ces messieurs, en tant du moins que s'appliquant au traitement des maladies chirurgicales de l'homme.

M. MILNE EDWARDS remarque, à l'occasion de ce nom *coal-tar* qui a été si souvent prononcé devant l'Académie depuis la communication de *MM. Corne et Demeaux*, qu'il y aurait en général de l'avantage à ne pas employer des dénominations empruntées à une autre langue quand la nôtre en fournit de tout aussi bonnes et qui n'exigent pas une définition pour être comprises. La traduction littérale du nom anglais (*goudron de houille*) donnerait à un Français, dès qu'il entendrait cette expression, l'idée de la nature et de la provenance du produit, comme *coal-tar* la donne à un Anglais.

NOTE SUR L'USAGE DU GOUDRON EN THÉRAPEUTIQUE ET SUR LA MANIÈRE D'AGIR DES DÉSINFECTANTS; par M. CHEVREUL.

Après la communication de M. Renault, M. Chevreul s'excuse d'avoir dépassé dans le COMPTE RENDU de la dernière séance les huit pages accordées par le règlement à chaque académicien. S'il a enfreint le règlement, c'est que sa note a été imprimée successivement comme elle a été composée, et qu'il n'a pu en voir l'étendue que quand il a donné le bon à tirer.

M. Chevreul n'a rien à ajouter à la note qu'il vient de rappeler; seulement il profite de la communication de M. Renault pour indiquer quelques faits relatifs à l'histoire de l'emploi du goudron en thérapeutique.

C'est surtout le docteur George Berkeley, évêque de Cloyne, qui appela l'attention sur l'*eau de goudron*, dans un livre publié en 1744. Il fut conduit à s'occuper de cette préparation par l'usage qu'on en faisait dans des colonies anglaises pour combattre la petite vérole; l'auteur avait conçu une idée si favorable de son usage en thérapeutique que, si la pratique l'eût confirmée, l'eau de goudron eût été une véritable panacée. Il la prescrivait particulièrement contre les virus, les ulcères et le scorbut, il la considérait comme antiputride. Presque au moment de la publication du livre de Berkeley, l'usage de l'eau de goudron donna lieu à une controverse.

Quoi qu'il en soit, on en négligea l'usage, et l'auteur de l'article *Goudron* de la première ENCYCLOPÉDIE en parle pour dire qu'on a peut-être eu tort de l'abandonner sitôt.

Dans les ouvrages de thérapeutique publiés depuis cette époque, on se tait sur le goudron, on en parle à peine; c'est ce qui explique pourquoi il

n'en est question, dans le DICTIONNAIRE UNIVERSEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE de Mérat et de Lens, que dans le supplément.

Je crois utile de résumer ici l'action que des corps peuvent exercer lorsque, mêlés à une matière odorante, ils en font disparaître l'odeur.

1° Les corps étant eux-mêmes odorants, ils rendent insensible l'odeur de la matière odorante, ainsi qu'une très-vive lumière empêche une faible lumière d'être vue.

2° Les corps étant eux-mêmes odorants, ils agissent à l'instar d'un acide neutralisant une base.

3° Les corps sont solides, ils agissent par l'affinité capillaire, ainsi que le fait un corps poreux, le charbon, par exemple, sur un gaz odorant qu'il absorbe.

4° Les corps altèrent la composition de la matière odorante, en produisant des composés inodores ou très-faiblement odorants. C'est le cas du chlore humide, de l'eau oxygénée, etc., agissant sur plusieurs composés odorants.

5° Enfin ils peuvent agir de deux manières à la fois, comme le chlore sur l'ammoniaque : il en décompose une portion et neutralise l'autre sans la décomposer.

— M. FLOURENS présente, de la part de M. Moride, une boîte contenant du sang désinfecté par le coke boghead (selon la méthode Moride). Ce produit, qui est à l'état pulvérulent et parfaitement sec, n'a aucune odeur sensible. (Renvoi à l'examen de la commission nommée pour la communication de MM. Corne et Demeaux, commission qui se compose de MM. Chevreul, Velpeau et J. Cloquet.)

SUR LE MÉLANGE DÉSINFECTANT COMPOSÉ DE PLATRE ET DE GOUDRON DE HOUILLE; remarques de M. M. PAULET.

(Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Plâtre. — Les plaies, comme les matières organiques qui commencent à entrer en décomposition, laissent échapper parfois du carbonate d'ammoniaque. L'hydrogène sulfuré ou le sulfhydrate d'ammoniaque ne se développe que dans une période plus avancée de décomposition. Sans action sur l'hydrogène sulfuré, le plâtre intervient donc utilement ici en fixant le carbonate d'ammoniaque par l'effet d'une double décomposition.

Goudron. — L'action du goudron, préconisée il y a quinze ans déjà par M. Sirey et par M. le docteur Henry Bayard, semble avoir surtout pour effet de masquer l'odeur animale qui persiste après la désinfection. S'il y a une action spéciale due à l'un des nombreux produits que recèle ce corps complexe, on ne l'a pas encore nettement définie.

L'emploi de ces deux composants est peut-être nouveau dans le domaine de la thérapeutique; mais dans le domaine des applications industrielles, il est depuis très-longtemps connu. M. le docteur Herpin (de Metz) proposait, il y a plus de douze ans, un mélange désinfectant composé de *plâtre* et de *charbon*; ce dernier corps ne serait-il pas préférable au goudron pour le pansement des plaies? L'*huile* à laquelle on a recours maintenant vient paralyser à la fois deux actions importantes : elle retarde la dissolution, si lente déjà, du sulfate de chaux qui doit fixer le composé ammoniacal; elle rend presque illusoire l'absorption des liquides morbides par le sulfate de chaux. En s'interposant comme un écran, l'huile empêche la dissolution du sulfate de chaux dont on trouve des traces à peine sensibles au chlorure de barium dans l'eau qui devait en opérer la dissolution. D'un autre côté, la solidification du plâtre, et par conséquent la preuve de l'absorption qu'il opère du liquide morbide, devient nulle sous l'influence de la même cause.

On a aussi l'espoir d'appliquer la même méthode à la désinfection et à l'assainissement permanent des fosses d'aisances et de toutes matières en décomposition. Depuis vingt-cinq ans, il y a plus de cinquante auteurs de procédés de désinfection qui ont cru annoncer *pour la première fois* l'emploi du plâtre comme moyen de désinfection. Mais cet agent est incomplet, puisqu'il ne fixe que l'ammoniaque et ne détruit point l'hydrogène sulfuré; bien au contraire; ce qui a fait renoncer à son emploi, c'est qu'il développe en abondance ce gaz vénéneux.

Les belles découvertes de la chimie organique ont prouvé que, pour se putréfier, la matière organique quaternaire emprunte l'oxygène même au plâtre, qui se trouve véritablement réduit à ses deux éléments simples, le *sulfure de calcium*. Chacun sait que ce corps étant produit, il suffit de la présence de l'acide carbonique de l'atmosphère pour provoquer le dégagement de l'hydrogène sulfuré, ce *plomb* des ouvriers vidangeurs.

Telle est la cause qui a empêché l'emploi du plâtre dans la désinfection des latrines. Tous les chimistes qui se sont occupés de cette étude savent très-bien que les vidangeurs redoutent les fosses récemment plâtrées ou réparées, parce que le plâtre, en se décomposant, a provoqué la formation d'une abondante quantité de *plomb* toxique.

Je sais bien que si le plâtre est mis en quantité surabondante et qu'il dessèche aussitôt la matière organique, celle-ci perd de la sorte l'un des éléments nécessaires à toute fermentation, l'*humidité*, et que dès lors elle ne peut plus réagir sur le plâtre, qui conserve toutes ses propriétés. Mais ces quantités sont trop considérables pour que l'application ait jamais pu devenir générale.

— M. MALAPERT, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur une modification du procédé de M. Mitscherlich pour la recherche du *phosphore* dans le cas d'empoisonnement, adresse aujourd'hui un travail qui lui est commun avec M. Morineau, et qui a pour objet la recherche de ce poison dans les organes où il ne pénètre que par voie d'absorption.

(Renvoi à l'examen des commissaires nommés dans la séance du 9 mai : MM. Chevreul, Dumas, Pelouze, Balard.)

RECHERCHES SUR LE SUCRE FORMÉ PAR LA MATIÈRE GLYCOGÈNE HÉPATIQUE; par MM. BERTHELOT et DE LUCA.

On sait par les expériences de M. Cl. Bernard que la matière glycogène hépatique peut être transformée en un glucose particulier. Mais la nature même de ce glucose et ses caractères spécifiques n'ont pas encore été déterminés avec précision.

On ignore, par exemple, si ce glucose est identique avec quelqu'une des diverses espèces de glucose aujourd'hui connues, telles que le glucose de raisin, le glucose de malt, le glucose lévogyre, le glucose lactique, etc., ou bien si le glucose hépatique constitue une espèce nouvelle douée de caractères propres.

Ayant réussi à obtenir sous forme cristallisée la combinaison du glucose hépatique (1) avec le chlorure de sodium, nous avons soumis à une étude systématique cette combinaison définie.

Elle se présente sous la forme de cristaux volumineux, limpides, incolores, aptes à réduire le tartrate cupropotassique et à fermenter sous l'influence de la levûre de bière.

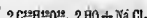
Nous avons l'honneur de mettre ces cristaux sous les yeux de l'Académie.

Ce sont des rhomboèdres apparents de 78 degrés.

Leur pouvoir rotatoire, déterminé à l'aide d'une solution aqueuse, est dirigé vers la droite; il a été trouvé égal à + 47 degrés.

Ce pouvoir est notablement plus considérable dans les premiers moments qui suivent la dissolution des cristaux.

Enfin ces cristaux renferment 8,3 de chlore, ce qui correspond avec la formule



$$2\,C^{12}H^{12}O^{12},\ 2\,HO + Na\,Cl.$$

Toutes ces propriétés s'accordent exactement avec celles de la combinaison entre le glucose de raisin et le chlorure de sodium, telles qu'elles sont connues par les travaux de M. Peligot et de M. Pasteur.

Ainsi se trouve démontrée l'identité du glucose formé au moyen de la matière glycogène hépatique et du glucose ordinaire, c'est-à-dire du glucose de raisins et de diabètes.

MÉTHODE GÉNÉRALE DE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE SIMPLE ET DES FLEXIONS UTÉRINES PAR L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE; par M. A. TRIPIER.

L'électrisation localisée n'a été appliquée jusqu'ici que d'une façon tout à fait empirique au traitement des affections du système musculaire à fibres lisses de la vie organique. Aussi n'a-t-on pas songé à utiliser ce moyen curatif contre certaines affections dans lesquelles il est appelé à rendre des services d'autant plus importants, qu'on n'a à leur opposer aujourd'hui que des moyens reconnus à peu près complétement inefficaces par tous les chirurgiens.

La médication électrique nous paraît notamment devoir constituer le moyen de traitement principal des altérations atrophiques du système musculaire à fibres lisses avec hyperplasie conjonctivo-adipeuse. L'excitation électrique atteint ici le double but de rendre à l'élément musculaire le libre exercice de ses propriétés en même temps qu'elle arrête la production anormale du tissu conjonctif.

Les hypertrophies simples de la prostate étant caractérisées anatomiquement par l'altération de texture indiquée plus haut, altération qui se rencontre également, quoique dans des conditions un peu différentes, dans les flexions utérines, nous avons songé à leur opposer la faradisation locale.

Les recherches de M. Koelliker, postérieures aux travaux publiés en France sur les maladies de la prostate, ont établi que le tiers au moins du parenchyme de cet organe est constitué par du tissu musculaire : de là ressort très-nettement l'indication de combattre son hypertrophie simple par la gymnastique électrique. (Suit l'indication du procédé opératoire.)

Dans les flexions utérines, l'électrisation est destinée non-seulement à rendre aux tissus leur texture normale, mais encore à tirer parti de leur contractilité pour en opérer le déplacement et faire cesser des rapports anormaux. (Suit l'indication du procédé opératoire.

— M. BALLY, qui dans de précédentes nominations de correspondants pour la section de médecine et de chirurgie, avait été compris dans le nombre des candidats, annonce que pour la place aujourd'hui vacante il retire sa candidature en présence de celle de M. Lordat : cette candidature ne lui était pas encore connue lorsqu'il a de nouveau exprimé le désir de voir son nom inscrit sur la liste que doit présenter la section.

(1) Formé par la réaction de l'acide chlorhydrique dilué sur la matière glycogène hépatique du lapin.

— M. N. Bourée adresse une note sur les moyens de remédier à l'infection de la Tamise.

L'auteur annonce qu'il a écrit cette note dans l'intention de l'adresser au lord-maire de Londres, mais qu'il a cru devoir en transmettre une copie à l'Académie des sciences, attendu que ce nouveau travail se lie à celui qu'il a précédemment présenté sous le titre de Conditions géologiques du choléra.

Il fait intervenir, en effet, comme une des causes principales de l'infection de la Tamise, la nature du terrain qui forme le fond de la rivière dans la traversée de Londres, et c'est de cette considération qu'il part pour proposer un remède. (Renvoi à l'examen de M. Chevreul.)

— M. Lagout, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie une note sur l'emploi de matelas d'algues marines pour obtenir la salubrité des habitations, demande et obtient l'autorisation de reprendre cette note, qu'il se propose de présenter avec des modifications nécessitées par les perfectionnements qu'il a annoncé avoir apportés à sa première invention.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le Secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique contenant l'ampliation d'un décret en date du 28 juillet par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Tardieu.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Tardieu prend place sur les bancs de l'Académie.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Palanchon, médecin à Cuisery (Saône-et-Loire) sur les épidémies qui ont régné dans ce canton dans le premier semestre de l'année 1859;

2° Un rapport de M. le docteur Yvaren sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Avignon en 1858;

3° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Vaucluse en 1858 (Commission des épidémies);

4° Les rapports de MM. les docteurs Charmasson-Puylaval, Genieys, Chapelain et Nivet sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), de Luxeuil (Haute-Saône), et de Royat (Puy-de-Dôme), pendant l'année 1857 (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Guersant, qui offre à l'Académie, conformément aux dernières volontés de feu madame veuve Guersant, le buste de L.-B. Guersant, membre de l'Académie.

Des remerciments seront adressés à M. Guersant;

2° Une note sur l'emploi du tannin comme désinfectant dans le traitement de l'angine couenneuse et du croup, par M. Loiseau (de Montmartre) (M. Trousseau, rapporteur);

3° Une note de M. Mathieu, qui soumet à l'examen de l'Académie une modification faite d'après les idées de M. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon, à la petite seringue de M. Pravaz (de Lyon). Cet instrument est employé aujourd'hui pour les injections sous-cutanées. Cette modification consiste en deux petites tringles A et A qui relient les deux extrémités de la petite pompe en cristal, de manière à empêcher la fracture et à rendre infiniment plus solide l'ajustage de l'instrument. M. Mathieu a, d'après les idées de M. Béhier, rendu très-capillaires les deux trocarts qui servent à la ponction, et la petite canule interne D qui conduit le liquide en passant par la canule du trocart, et ainsi conditionné il répond aux indications de l'auteur.

— M. Gavarret présente, au nom de l'inventeur, M. Rumkoff, un nouvel appareil à induction dans lequel les acides, dont l'emploi est toujours peu commode et donne lieu à des vapeurs désagréables, sont remplacés par le sulfate de mercure. Un mécanisme très-simple permet de graduer l'intensité du courant et de faire varier à volonté le nombre des interruptions. Cet appareil a encore l'avantage d'être portatif et d'être peu coûteux (40 fr.)

SUBSTANCES DÉSINFECTANTES.

M. Renault prend la parole pour communiquer à l'Académie de nouvelles expériences qu'il a faites sur les matières désinfectantes. Il a trouvé que l'argile mêlée de goudron végétal est aussi efficace que le plâtre au goudron ; elle désinfecte et solidifie les matières fécales avec plus d'avantage, parce que pour produire le même résultat il en faut moitié moins que de plâtre. Le plâtre manque d'ailleurs dans beaucoup de pays, tandis que l'argile se trouve partout, et surtout là où il n'y a pas de plâtre. Cette nouvelle modification a d'ailleurs encore l'avantage d'être plus économique que l'emploi du plâtre.

M. Renault soumet à l'Académie des échantillons de sang putréfié et de matières fécales désinfectées soit à l'aide de l'argile au goudron soit avec le mélange *Corne*.

M. Chevallier insiste sur les immenses avantages du plâtre sur l'argile au point de vue de la végétation ; il craint que les matières fécales désinfectées à l'aide de l'argile n'exigent des préparations complexes et coûteuses pour pouvoir servir d'engrais. Il faudrait, dans tous les cas, des expériences nombreuses pour juger les questions que soulève la communication de M. Renault.

M. Renault : Mon intention n'est pas, en ce moment, de les juger, mais de fournir les éléments d'une solution future.

M. Desportes croit que l'argile peut avoir sur le plâtre de grands avantages, et notamment celui de ne pas s'attacher aux plaies, ce qui facilitera singulièrement les pansements.

M. Chatin dit que le plâtre n'absorbe que l'eau, tandis que l'argile a sur lui l'avantage d'absorber également des dissolutions de sels ou de matières organiques, et même certains principes organiques non dissous, diverses substances odorantes.

M. Ferrus s'est beaucoup occupé de la désinfection et a pu l'étudier dans un grand nombre de prisons et d'établissements d'aliénés. Il a vu employer, à l'établissement de Stephansfeld, près Strasbourg, pour la désinfection des fosses d'aisances, le sulfate de fer. M. Richard, directeur de cet établissement, m'avait dit que la désinfection obtenue à l'aide de cette substance était complète, et que l'on obtenait en outre un engrais très-avantageux. J'ai pu constater, en effet, que le sulfate de fer désinfecte instantanément avec une grande énergie ; mais cet effet n'est que passager, et bientôt l'odeur reparaît plus forte qu'auparavant. A Grenelle, M. Fleurus a vu employer l'argile dans une manufacture d'engrais. On avait pu croire d'abord à un succès complet, mais on ne tarda pas à s'apercevoir que les produits obtenus par ce procédé étaient trop durs et n'étaient pas d'un emploi avantageux en agriculture; aussi la manufacture ne tarda pas à tomber.

On sait qu'à Londres, on a voulu enlever les matières fécales à l'aide de l'eau ; ce moyen n'a pas réussi, et il n'a pas été plus heureux dans la maison centrale de Lyon, qui avait construit à cet effet de très-beaux aqueducs; non-seulement ces matières répandaient une infection horrible lorsque la quantité d'eau versée était insuffisante, mais M. Fleurus a encore pu constater que ces aqueducs contenaient à leur fond une couche de matières fécales solidifiées, épaisse de près d'un mètre, et que le courant ne pouvait enlever.

De préférence à tous ces moyens, M. Ferrus emploie un appareil très-portatif dont il donne la description : c'est une espèce de tonneau conique que l'on glisse facilement sous une chaise percée; un grillage qui se trouve à peu près vers le milieu de sa hauteur sépare en partie les matières solides des liquides, et ceux-ci peuvent être retirés en grande partie à l'aide d'un robinet placé au fond du vase. Cet appareil très-simple lui a parfaitement réussi, et des expériences faites à Marseille, à Auxerre, etc., ont également donné les résultats les plus avantageux.

M. Ferrus, en raison de la grande importance de la question des fosses d'aisances croit qu'il serait avantageux que la section d'hygiène en fût saisie.

Cette proposition n'a pas de suite.

TRACHÉOTOMIE.

M. Malgaigne communique à l'Académie un nouveau procédé pour l'opération de la trachéotomie, procédé à l'aide duquel il espère qu'on pourra fixer la trachée sans inconvénients et parer aux hémorrhagies. On sait, dit-il, que la trachée est entourée d'une gaîne fibreuse dans laquelle elle joue comme une artère dans la sienne; cette gaîne se trouve placée entre la trachée et les deux plans de veines que l'on intéresse dans la trachéotomie. Le procédé que je propose consistera à couper les tissus jusque sur cette gaîne, de l'ouvrir et de placer deux crochets mousses entre elle et le tuyau aérifère. On exerce ainsi sur les veines divisées une compression efficace; c'est du moins ce que M. Malgaigne a pu constater dans une trachéotomie qu'il a faite dernièrement, dans un cas de croup, chez une enfant de 10 ans.

ÉLECTION.

L'Académie procède à la nomination d'un associé national.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Denis;

En deuxième ligne, M. Landonzy;
En troisième ligne, M. Gendron.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 64 :

M. Denis obtient. . . . 37 suffrages.
M. Landonzy. . . . . . 26 —
M. Gendron. . . . . . . 1 —

En conséquence, M. Denis est nommé associé national.

RAPPORT. — NOUVEAU STÉTHOSCOPE.

M. DE KERGARADEC, en son nom et au nom de M. Depaul, donne lecture d'un rapport sur des modifications apportées au stéthoscope ordinaire par le docteur Pitta.

Nous sommes resté convaincu personnellement, dit M. le rapporteur de la réalité des qualités que M. Pitta attribue à son stéthoscope; il nous a paru transmettre les sons et les bruits pectoraux avec autant de facilité que les anciens stéthoscopes. La forme elliptique et les faibles dimensions de son extrémité thoracique permettent de l'adapter exactement aux parties les plus inégales des parois de la poitrine, principalement dans les fosses sus et sous-claviculaires et sus-épineuse où se manifeste d'abord l'éruption tuberculeuse. D'un autre côté, à raison même de l'exiguïté de son pavillon, l'instrument promené successivement sur divers points de la surface correspondante à la région malade fera souvent connaître à l'observateur le siége principal et la nature de l'affection, ses limites, ses progrès ou sa décadence.

La commission propose :

1° De déposer le stéthoscope modifié dans les collections de l'Académie;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur;

3° De renvoyer son mémoire à la commission chargée de présenter des candidats aux places de correspondants étrangers.

M. BOUILLAUD a constaté que les avantages que M. Kergaradec reconnaît au stéthoscope de M. Pitta sont réels, qu'il s'applique très-bien aux inégalités du thorax, et permet de localiser très-exactement certains cas. Cet instrument pourra donc rendre des services dans certaines circonstances exceptionnelles; mais, dans la grande majorité des cas, l'auscultation immédiate lui est bien préférable.

Les conclusions du rapport de M. Kergaradec, mises aux voix, sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Gibert, relatif aux doctrines médicales.

La parole est à M. Bouilland.

DISCUSSION SUR LES DOCTRINES MÉDICALES.

M. BOUILLAUD : Si j'ai demandé la parole à l'occasion du rapport de M. Gibert, c'est, d'une part, à cause de l'importance de ce rapport et du travail de M. Renouard, et d'autre part, parce que ce travail et ce rapport se trouvent en contradiction d'une manière très-tranchée avec d'autres rapports auxquels l'Académie et M. Gibert lui-même ont donné récemment leur approbation, et en particulier avec les principes que j'ai formulés dernièrement dans un rapport sur le traitement du rhumatisme articulaire proposé par M. Le Calvé. Approuver en quelque sorte successivement des doctrines aussi opposées, c'eût été accepter au moins l'apparence d'une indifférence qui ne peut être dans l'esprit de l'Académie.

Les principes que j'exposais dans ce rapport, qui, depuis Hippocrate, sont généralement admis sans contestation, et contre lesquels M. Gibert ne soulevait pas d'objection alors, peuvent être résumés en ces termes : il y a toujours un rapport nécessaire entre la connaissance d'une maladie et le traitement qui lui convient; la nature de la maladie étant reconnue, la médication est donnée par le principe *contraria contrariis sanantur*; cependant, quand on a ainsi fait choix d'un médicament, il faut toujours le soumettre à l'épreuve de l'expérience : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

M. GIBERT : Je demande pardon à M. Bonilland de l'interrompre; qu'il me permette seulement de lui faire observer que j'ai cité deux fois cette règle : *Naturam morborum ostendunt curationes*; c'est la loi que je reconnais et qui est diamétralement opposée au principe qu'il vient de formuler en premier lieu.

M. BOUILLAUD : Il fallait, pour être dans le vrai, citer les deux principes qui se commandent, loin d'être en opposition.

Le travail de M. Renouard, et, avec lui, le rapport de M. Gibert établissent, en opposition avec les lois que je viens de rappeler, qu'il n'y a pas de rapport logique entre la nature d'une maladie et son traitement, et que le *contraria contrariis* est aussi faux qu'il est suranné; enfin, M. Renouard croit avoir trouvé un principe tellement important qu'autour de lui pourront se rallier les écoles les plus opposées et qu'il mettra un terme définitif à leurs dissentiments.

Je crois, comme M. Renouard, qu'il faut une foi médicale; mais je pense que dans un travail comme celui qu'il a présenté à l'Académie, il aurait fallu donner sa profession de foi et c'est ce que M. Renouard n'a pas fait; j'ai cherché en vain dans son travail, que j'ai étudié avec beaucoup de soin, l'exposé de principes nouveaux qui eussent pu lui servir de point de départ. M. Renouard s'en est tenu à une partie seulement du travail qu'il lui aurait fallu faire; je veux parler de l'examen des systèmes qui avaient vu le jour jusque-là et qu'il réunit en deux groupes dont l'un est désigné par le nom de néo-hippocratisme et dont l'autre comprend l'organicisme.

Relativement au premier, M. Renouard croit que, anti-progressif de sa nature, il mène à la négation de l'art par l'admission de la nature médicatrice ou qu'il ne signifie rien du tout s'il se débarrasse de cette force curative; qu'ainsi il réduit la médecine à une pure méditation sur l'homme et que son principe ne peut fournir une base inébranlable à la thérapeutique. Je m'étonne que M. Gibert n'ait pas relevé ce passage et qu'il ait proposé le renvoi au comité de publication, — sans doute *ad majorem gloriam* d'Hippocrate et de ses disciples.

M. Renouard ne traite pas mieux les organiciens; mais, d'une part, il comprend mal le principe sur lequel les organiciens basent la thérapeutique; d'autre part, M. Renouard a tort de faire peser sur moi toute sa critique. Puisqu'il s'agit de moi, cependant, je dirai que je n'accepte pas le titre d'organicien; je prends dans chaque système ce qu'il y a de bon et je maintiens que lorsqu'on connaît la nature d'une maladie on peut toujours en déduire son traitement. M. Renouard prétend que ce principe n'a jamais été appliqué et que, sans le savoir, toutes les écoles n'ont fait que de l'empirisme en thérapeutique. Oublie-t-il donc que, comme l'a dit Bichat, mon chef de file, toutes les découvertes pathologiques ont reflué sur la thérapeutique?

Les arguments à l'aide desquels M. Renouard attaque le *contraria contrariis* ne sont pas plus sérieux.

Après avoir établi que l'hippocratisme aussi bien que l'organicisme n'a jamais pu fournir une base à la thérapeutique, et qu'il en sera de même, à l'avenir, de toutes les doctrines dans lesquels le traitement ne sera qu'une déduction des connaissances pathologiques, M. Renouard nous apporte une charte, un principe tout nouveau, le premier qui permette aux médecins d'agir sûrement et en sachant ce qu'ils font. Et ainsi, depuis 3000 ans, des médecins auraient fait de la prose sans le savoir! Hélas! ce principe ne suffira pour créer ni un art ni une science; il ne pourra jamais fournir que des instruments à l'aide desquels certaines opérations de l'esprit créeront et la science et l'art. Ceux qui disent : « L'expérience m'a appris telle chose, » se trompent; l'expérience ne peut que consacrer une médication qu'il faudra trouver d'abord; l'expérience ne peut intervenir que lorsque se trouve déjà résolu le problème de Pitcairn : Une maladie étant donnée, trouver le remède. C'est là une vérité que tout le monde connaît; est-ce donc l'un ou l'autre de vos sens qui vous fera trouver le remède? Non, il faut pour cela une opération toute spéciale de l'esprit, qui n'est autre que l'invention; ou bien, plus puissante, le génie; c'est cette opération qui cherche le remède à l'aide du *contrariis contrariis*; l'expérience ne sert que de contrôle. Ce n'est pas l'empirisme qui a fait trouver le traitement des fièvres intermittentes; le quinquina a pu faire disparaître pendant longtemps ces fièvres, avant qu'un homme ait dit : Il y a entre ces deux faits un rapport; et c'est lui seulement qui a *conçu* ce rapport, qui a découvert le traitement des fièvres paludéennes. Il en est de même de la vaccine qui avait préservé bien des vachers avant que le génie de Jenner eût saisi le rapport entre le cow-pox et la préservation; c'est cette intervention de l'esprit qui a trouvé le traitement préservatif de la variole et qui est indispensable pour trouver un traitement quel qu'il soit. L'empirisme seul ne saurait donc y réussir, pas même dans le cas où une médication rationnelle, basée sur la nature de la maladie, est impossible. M. Renouard se trompait donc, quand il croyait que son principe mettrait tout le monde d'accord; ce principe est tout à fait insuffisant.

M. Bouillaud termine par quelques considérations sur les doctrines de Bacon et de Descartes qui, pour lui, appartiennent tous deux à la même école et font une part égale à l'empirisme et au rationalisme, tandis qu'on les dit à tort, l'un empirique, l'autre rationaliste : L'empirique, comme l'a dit Bacon, c'est la fourmi qui prend tout en dehors d'elle pour l'entasser; le dogmatique, c'est l'araignée qui tire d'elle-même tout ce qu'elle fait; le véritable philosophe, c'est l'abeille qui butine tout autour d'elle, mais qui digère et produit le miel. L'abeille, c'est Descartes, c'est Bacon, réunissant tous deux le dogmatisme et l'empirisme dans une sainte alliance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPIE MÉDICALE; par le docteur L. GINTRAC, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux. — Tomes IV et V. — Paris, Germer-Baillère. — 1859.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà rempli vis-à-vis de ses lecteurs le devoir de leur faire connaître les trois premiers volumes de cette importante publication. Si l'on veut bien se reporter à notre année 1855, on verra que cette première partie était principalement consacrée à la pathologie générale et à l'exposition des principes qui devaient diriger l'auteur dans l'exécution de cet ouvrage considé-

rable, comme ils l'avaient dirigé pendant le cours d'une longue carrière médicale et dans son utile et fécond enseignement.

Les quatrième et cinquième volumes dont nous avons aujourd'hui à entretenir nos lecteurs, entrent enfin dans la pathologie spéciale, quoique, si nous nous en rapportons au jugement de notre savant confrère, M. Tholozan, nous soyons fondé à penser que plus d'un important chapitre, placé sous le chef de la pathologie générale, puisse être considéré comme de la pathologie spéciale généralisée. Notre ancien collaborateur a même émis, à propos de ce point de critique, des vues pleines d'intérêt sur la valeur de la méthode analytique dans l'exposition des doctrines médicales; nous nous permettons de les rappeler ici comme un juste hommage rendu à notre judicieux prédécesseur.

C'est par la pathologie cutanée que M. Gintrac entre en matière, et c'est à son étude que sont consacrés dans leur entier ces deux nouveaux volumes.

L'auteur débute par des considérations pleines de justesse sur la valeur que doit prendre ou conserver, en pathologie, l'altération locale, la forme anatomique de l'état morbide présenté par la peau. Il croit que la réforme de l'étude de ces maladies spéciales, contemporaine du règne de l'école solidiste, a fait attacher une importance beaucoup trop grande à l'élément anatomo-pathologique de la maladie. En se laissant dominer dans l'appréciation du caractère de l'affection par la forme extérieure, l'école de Willan faisant sans doute beaucoup pour le diagnostic apparent, pour la facilité de la distinction dichotomique et conventionnelle, a complétement négligé le substratum auquel, en définitive, le médecin a affaire. Principe, étiologie, thérapeutique, n'ont rien à voir dans cette classification qui rappelle celle de Linné. Le malade ne figure pas dans cette analyse, non plus que les circonstances supérieures qui ont présidé à l'explosion lente ou rapide de l'affection. A sa place, le chef de clinique vous présente un petit morceau de peau sur lequel un œil perçant doit suffire à établir tout l'édifice pathologique nécessaire au médecin traitant. Il n'est besoin que d'exposer un semblable procédé d'étude pour en faire justice. Y avait-il à espérer des progrès dans la thérapeutique cutanée tant que le médecin pourrait croire avoir tout fait quand il aurait *classé* son sujet?

C'est en se fondant sur des considérations de cet ordre que M. Gintrac justifie, et pleinement à notre avis, son retour vers une méthode plus ancienne et plus féconde : l'analyse de l'état général du sujet, de sa diathèse, de son tempérament, et, à ce point de vue, de la forme aiguë ou chronique de l'affection.

M. Gintrac divise donc en deux grands chapitres l'étude des maladies de la peau : les maladies aiguës, les maladies chroniques. Ces deux grandes formes ne répondent pas à une vue arbitraire, à une sorte de caprice intellectuel : elles ont leur raison d'être et reflètent même le point de départ étiologique, circonstances qui doivent leur donner une plus grande importance aux yeux du médecin. Quelle que soit la cause de la maladie, le principe de l'affection, n'est-il pas évident, en effet, qu'à une plus grande intolérance, à une plus récente introduction du principe morbide, la nature va faire correspondre une forme de réaction de l'économie et plus accentuée et plus bruyante, tandis qu'un principe anciennement ancré chez elle, et qui a acquis par les années une sorte de droit de domicile, réveillant des antipathies moins féroces, n'accusera qu'une lutte plus discrète en son allure, et sera plus tenace en ses habitudes. Nous n'avons pas besoin de dire combien ces doctrines-là nous sont sympathiques, combien elles doivent l'être à tout observateur attentif des rapports constamment établis entre les causes de maladies et les formes qu'elles affectent.

Ajoutons toutefois, avec M. Gintrac, que, quelle que soit la valeur de ces sages aperçus, il y aurait peu de prudence pourtant à écarter absolument de la question les données fournies par l'anatomie pathologique et que ces maladies offrent dès l'abord aux yeux de l'observateur. Non que nous attachions, comme le savant auteur, un grand prix à l'indice qu'elles fournissent au point de vue du diagnostic, le point de vue actuel de ce diagnostic nous paraissant tout conventionnel; mais parce qu'il est supposable que les différens éléments de l'organe cutané ont des rapports plus ou moins constants de sympathie avec les systèmes généraux de l'économie qui peuvent être troublés par la maladie, et par suite avec le principe morbide lui-même, qui peut attaquer avec plus ou moins de partialité tel ou tel de ces systèmes généraux, et dès lors se révéler par là dans sa nature et dans sa cause.

Le soin que M. Gintrac donne au chapitre des causes nous a frappé à la lecture de son ouvrage, et nous a frappé agréablement, et comme un sujet qui flatterait nos tendances. Tendances qu'il serait superflu de justifier; car si certaines écoles ont paru par trop négliger cet élément essentiel de la connaissance des maladies, il est clair, et par leur aveu même, que c'est plutôt à la difficulté de leur étude, à l'obscurité trop habituelle dont est enveloppée l'étiologie qu'est due cette apparente insouciance à leur endroit. L'illustre auteur du célèbre traité DE SEDIBUS ET CAUSIS cherchait certainement à découvrir la cause quand il s'attachait si opiniâtrément à déterminer le siége, et nous sommes assuré qu'il n'est pas un anatomo-pathologiste, si décidé qu'il soit, qui s'occupât dorénavant de l'altération du tissu, s'il avait la conscience d'arriver indépendamment d'elle à la cause. Que sont devenues les valeurs relatives de la vésicule ou de la pustule psoriques, par exemple, depuis la connaissance assurée que l'on a conquise des mœurs de l'acarus scabiei? Quelle est l'importance clinique de la forme de telle ou telle syphilide, pour le médecin certain de la nature syphilitique de la maladie qu'il a sous les yeux? Pour difficile et cachée que soit l'étude de la cause, convenons donc qu'elle doit toujours être le but même des méditations et des recherches du médecin, puisque, derrière sa connaissance seule, se tient abritée la thérapie rationnelle.

GIRAUD-TEULON.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— Par décret du 25 juin 1859, ont été nommés :

Au grade de commandeur de la Légion d'honneur : M. Larrey (Félix-Hippolyte), médecin en chef de l'armée d'Italie.

Au grade d'officier : MM. Coblence (Adolphe), médecin-major aux ambulances du 3e corps;

Menceau (Félix-Charles), médecin-major aux ambulances du 1er corps;

Lacronique (Julien-Beruard), médecin-major aux ambulances du 3e corps;

Gaullet (Vorle), médecin-major au 2e voltigeurs de la garde;

Brun (Jean-Louis-Marie), médecin-major de 1re classe.

— Les médecins de Turin ont offert au corps sanitaire de l'armée française un banquet de 140 couverts à l'hôtel de la Dogana-Vecchia.

— M. T. Deville, de Londres et de l'Ecole pratique de Paris, vient d'être nommé professeur d'anatomie à Lind University Chicago (Illinois) (États-Unis).

— La Société de médecine de Marseille a décidé qu'elle décernerait une médaille d'or de la valeur de 300 francs au meilleur travail inédit qui lui serait adressé sur la question suivante :

« Etudier l'action des anesthésiques comme agents produisant la mort; déterminer, lors de l'emploi de ces agents, les conditions qui peuvent favoriser ou empêcher les accidents mortels; rechercher les moyens thérapeutiques à l'aide desquels on peut les combattre. »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être rendus avant le 31 juillet 1860.

Les concurrents ne devront point se faire connaître, et enverront leur mémoire dans les conditions académiques admises pour les concours; ils les adresseront à M. Roux fils, secrétaire général, allée des Capucines, 13, à Marseille.

— Une association se forme à Camberwell pour expérimenter la possibilité d'améliorer la condition sociale des aveugles, en rétribuant leur travail manuel, leurs études intellectuelles, ou les soins qu'ils seraient en état de donner à leur ménage.

— M. le docteur Chaumet est en proie aux plus graves accidents d'une piqûre anatomique.

— Les administrateurs de l'hôpital de Saint-Guy ont, cette année, donné aux servants de cet établissement un encourageant témoignage de satisfaction pour leurs services. Les infirmières de jour ont été conduites à Hampton-Court, où elles ont joui de tous les amusements ordinaires de la localité et terminé la journée par un repas. Le tour des *veilleuses* viendra prochainement; et les *sœurs* de l'hôpital auront aussi leur jour de réjouissance au Palais-de-Cristal.

Notre personnel hospitalier est-il moins méritant que celui de Londres? notre administration moins libérale? La population serait-elle moins heureuse de voir publiquement fêter ceux et celles à qui elle doit tant de reconnaissance?... (GAZ. MÉD. DE LYON.)

— Les sommes réunies pour l'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez à Montpellier, se montent déjà à 12,507 fr., y compris les 6,000 fr. votés par le conseil municipal.

— Un portrait du docteur François Hawkins, dû à une souscription des élèves de l'hôpital de Middlesex, vient d'être placé dans l'une des salles de cet établissement, dont il fut médecin pendant trente-cinq ans.

— Un nouveau journal vient de paraître sous le titre de JOURNAL DU PROGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES ET DE L'HYDROTHÉRAPIE RATIONNELLE. Il a pour rédacteur M. Louis Fleury, et annonce qu'il est publié avec le concours de plusieurs professeurs de la Faculté.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'EMPIRISME ET LE DOGMATISME. — MM. GIBERT ET BOUILLAUD.

L'Académie était saisie, dans ses deux dernières séances, d'une de ces questions qui embrassent la médecine tout entière : la question de l'empirisme et du dogmatisme. Soulevée par un mémoire de M. le docteur Renouard et portée devant le docte aréopage par M. Gibert, chargé de rendre compte de ce travail, cette question qui, à une autre époque ou dans d'autres circonstances, eût passionné tous les esprits, est passée presque inaperçue. M. Bouillaud seul, dont le sentiment philosophique est toujours en éveil, a protesté au nom de la médecine rationnelle contre les prétentions de la médecine empirique, se présentant sous une nouvelle forme, ou du moins avec la nouvelle qualification d'*empirisme rationnel*. Nouvelle n'est pas le mot, disons plutôt renouvelée, car tous ceux qui jusqu'ici ont eu la prétention de maintenir la médecine dans le cercle de l'expérience n'ont pas renoncé à soumettre cette dernière au raisonnement. Mais avant de nous engager dans la discussion, cherchons à préciser, d'une part, le sens de l'empirisme rationnel tel que le proclament MM. Renouard et Gibert, et d'autre part le sens de la médecine rationnelle comme l'entend M. Bouillaud.

Pour MM. Renouard et Gibert, il n'y a de bonne thérapeutique que celle qui résulte de l'expérience. Toutes les indications fournies par la théorie n'ont conduit qu'à des méprises et des déceptions. Il faut s'en tenir aux seuls résultats de l'empirisme, parce que lui ne trompe jamais. Toutefois, il est indispensable que le raisonnement analyse, compare et juge les indications et décide ainsi de l'opportunité et de toutes les précautions à prendre pour assurer l'efficacité du remède suggéré par l'expérience : tel est l'empirisme rationnel. On remarquera qu'ainsi formulé l'empirisme suppose toujours une certaine notion de la nature et de la différence des cas ; car si l'expérience devait agir aveuglément sur tous les cas et toujours de la même façon, il n'en pourrait que résulter de l'arbitraire et de la confusion. Dans la doctrine de l'empirisme rationnel, on suppose donc une certaine classification ou catégorisation des maladies : sans ce départ préalable, on agirait au hasard et en aveugle. Or quelle est cette classification ou catégorisation ? C'est ce que ne disent ni M. Renouard ni M. Gibert.

M. Bouillaud, que M. Gibert prétendait avoir amené à partager ses principes, c'est-à-dire à ne faire, sous le titre de médecine rationnelle, autre chose que de l'empirisme raisonné, a protesté de toutes ses forces contre cette prétention arbitraire. Il a parfaitement démontré qu'il y a entre ces deux conceptions doctrinales tout un abîme. Dans la médecine rationnelle, la thérapeutique est une conséquence, une conclusion. C'est la science qui établit les prémisses de l'art, et l'art conclut. Au contraire, l'empirisme rationnel ne procède que de lui-même ; et à moins de se laisser guider à son insu par le dogmatisme, il n'agit que d'après des renseignements vagues de nomenclature et de classification. Du reste, c'est une illusion de croire que l'empirisme ait jamais découvert par lui-même quoi que ce soit ; il ne fait que confirmer les idées fournies par l'esprit d'invention.

Telle est la formule générale des deux thèses. Ainsi présentées, on ne saurait hésiter un seul instant entre elles ; et nous devons ajouter, pour rendre hommage à la vérité, que M. Bouillaud a tiré un excellent parti de sa position. Cependant si l'on pénètre au fond des choses et si l'on examine de près l'argumentation du professeur de la Charité, on ne tarde pas à voir avec M. Gibert qu'elle ne repose pas sur un terrain solide, sur des convictions et sur des faits suffisamment établis.

Qu'est-ce donc, au point de vue de M. Bouillaud, que la médecine rationnelle ? C'est celle qui reçoit ses indications, ses principes de la théorie scientifique. L'honorable membre a cité les antiphlogistiques et la diète comme ayant été de tout temps le corollaire pratique du caractère inflammatoire des maladies. L'exemple, il faut en convenir, n'était pas heureusement choisi : aussi M. Gibert, avec sa verve et son bon sens habituels, a vite rétorqué l'argument en citant Broussais et sa doctrine, en citant tous les systèmes qui ont dogmatisé, mais dogmatisé à faux, soit en partant d'une idée erronée, soit en exagérant une idée vraie, mais en la portant, par une généralisation arbitraire, au delà de ses limites d'applications légitimes. La difficulté entre M. Bouilland et M. Gibert ne pouvait donc se résoudre de la sorte ; c'est ce qui a fait que tous les deux sont restés dans leurs convictions sans se comprendre, et n'ayant ni l'un ni l'autre absolument tort ou raison. Que fallait-il pour les mettre d'accord ? Il fallait, suivant nous, se rendre un compte un peu plus exact de ce qu'il faut entendre, dans l'espèce, par dogmatisme rationnel, par observation et expérience ; car il n'est contestable pour personne, que, dans certains cas, c'est l'opinion de M. Bouillaud qui est la vraie, et, dans d'autres, c'est celle de MM. Gibert et Renouard. Tâchons donc d'approfondir le sujet en litige et de faire disparaître tout motif de dissidence.

En principe, il est incontestable que si la science médicale était faite, si la nature des maladies était parfaitement connue, si celles-ci étaient rigoureusement classées, la thérapeutique ne serait qu'un corollaire de la pathologie. C'est ce qui existe déjà pour un grand nombre de maladies. M. Bouillaud a cité certaines lésions mécaniques, certains vices de conformation, et les empoisonnements. L'honorable professeur aurait pu citer encore et surtout la plupart des difformités du squelette. Dans cet ordre de faits, en effet, on induit le remède de la nature et du mode d'action de la cause. Certes on sait aujourd'hui parfaitement ce qu'il y a à faire pour un strabisme, un torticolis ou un pied-bot : la nature de la lésion, son caractère anatomique décident immédiatement s'il y a ou non à faire la section de tel ou tel muscle, de tel ou tel tendon. Dans cet ordre de faits donc, la pathologie est le flambeau certain de la thérapeutique. Pour juger de la différence qu'il y a entre le dogmatisme et l'empirisme, il n'y a qu'à se rappeler la période de l'art dans laquelle on divisait le tendon d'Achille, et le seul tendon d'Achille, pour tous les pieds-bots indistinctement, et celle où, par suite de la notion rationnelle et scientifique de la difformité, on est arrivé à connaître que le pied-bot est une difformité complexe et susceptible d'un nombre infini de variétés, lesquelles sont le produit de la rétraction de tels ou tels muscles, dont l'action simple ou collective est parfaitement représentée dans la forme de difformité qu'elle détermine ; d'où l'art est conduit à diviser, non pas le tendon d'Achille empiriquement, mais

---

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ BOTANIQUE DE FRANCE.

(Session extraordinaire tenue à Bordeaux, le 8 août 1859.)

Messieurs,

La Société botanique de France, poursuivant le cours de ses travaux, vient inaugurer aujourd'hui sa cinquième session extraordinaire au sein d'une ville où tout lui promet un bon accueil. Dans cette antique et noble cité où le culte des lettres, des sciences et des arts fut toujours en honneur, nous sommes assurés de trouver des hôtes bienveillants. Vos portes s'ouvriront volontiers devant nous, pèlerins de la science, venant de si loin pour fraterniser avec ceux qui, comme nous, lui donnent chaque jour des preuves de leur dévouement.

Poussés par un ardent désir de voir et de connaître, les membres de la Société botanique demandent à leurs collègues des départements une part de la gloire qu'ils recueillent dans des localités où la nature n'a pas de secrets pour eux. Avant même que nous eussions sollicité un asile, vous nous avez offert vos demeures hospitalières. Nous trouvons au bord de votre fleuve harmonieux des hommes chez qui les plus nobles instincts sont au service des plus belles intelligences, et qui cultivent avec un zèle et des succès égaux toutes les branches des connaissances humaines.

Bordeaux est la digne capitale d'une terre privilégiée, que le soleil caresse de ses rayons les plus propices, où naît sur un sol fécond un arbuste dont les fruits excellents sont à la fois la richesse et l'honneur de la Gironde, et qui répandent dans le monde entier son nom et sa renommée. Quelle table peut se passer de votre vin sans rival ? Quel hôte, respectant ses convives et jaloux de leur bonheur, oublierait vos flacons élégants dont la liqueur attiédie s'adresse à tous les sens, réjouit l'œil par sa teinte pourprée, chatouille l'odorat par son bouquet si fin, si pur, si délicat, et produit enfin sur les papilles d'une langue exercée la plus délicieuse stimulation que l'on puisse éprouver dans un festin élégant et poli ?

Bordeaux possède un trésor incomparable, et c'est un trésor botanique ; c'est une plante qui lui rend en flots d'or les soins intelligents qu'on lui prodigue ; c'est un humble végétal qui couvre ses campagnes florissantes, qui occupe des milliers de bras, qui fournit des produits capables de charger ses flottes nombreuses, et qui donne la vie à ce fleuve aux eaux profondes, magnifique grande route qui s'embranche avec l'Océan, et touche, grâce à lui, à tous les rivages des deux mondes !

rationnellement tous les tendons qui interviennent, par leur raccourcissement, dans la forme spéciale de pied-bot à traiter. A cet exemple si clair et si concluant, M. Gibert fait deux objections : la première, qu'il s'agit là de faits mécaniques qui font rentrer la médecine dans la physique; la seconde, que la théorie des faits médicaux proprement dits est tout autre, qu'elle ne repose que sur des conceptions purement hypothétiques dont l'expérience ne confirme jamais les indications. M. Gibert a été très-près de la raison, mais, suivant nous, sans y atteindre. En effet, si, au lieu d'accueillir par une fin de non-recevoir l'exemple des lésions mécaniques en général, et de la difformité en particulier, il s'était mieux pénétré de la différence des deux ordres de faits en présence, il aurait vu que d'une part, en effet, la détermination rationnelle de la difformité est le produit de la connaissance de la cause réelle, expérimentale, la rétraction musculaire; tandis que, de l'autre part, pour les maladies en général, il ne s'agit presque toujours que d'une cause imaginaire, purement abstraite, que l'esprit conçoit et systématise sans la moindre preuve expérimentale : telle est encore la théorie de la plupart des maladies, théorie qui ne vaut guère mieux que la théorie de l'irritation en général, ou de la gastrite en particulier. Le dogmatisme de la seconde catégorie ne vaut pas, en effet, l'empirisme rationnel, et celui-ci est parfaitement fondé quand on ne lui oppose, par exemple, que le dogmatisme de l'école physiologique ou de ses continuateurs.

Or il faut bien le dire à M. Bouillaud, qui n'aime guère qu'on le lui rappelle, malgré le mérite de sa conversion, malgré son grand sens philosophique, il n'y a pas longtemps qu'il protestait en faveur de Broussais; et, à son insu sans doute, les inspirations du maître percent encore dans les déterminations de l'élève, ou plutôt de son éminent continuateur. Ce que M. Bouillaud a dit de l'immense valeur des antiphlogistiques, ce qu'il professe de l'efficacité des saignées coup sur coup, ce qu'il a dit encore dans la dernière séance de l'élément phlogistique des fièvres phlegmasiques, témoigne de l'impression profonde qu'il a reçue et de celle qui pénètre encore dans ses paroles comme dans ses œuvres. Avec de telles données, M. Bouillaud ne doit pas être surpris si son dogmatisme est regardé comme suspect, et si l'empirisme de MM. Gibert et Renouard peut, dans la limite rigoureuse des faits, être considéré à bon droit comme préférable au dogmatisme de M. Bouillaud. Telle est donc, si nous ne nous trompons, la part qui revient à chacun. Mais on peut, ce nous semble, aller plus loin encore.

Ce qui a empêché MM. Bouillaud et Gibert de se comprendre, c'est que ni l'un ni l'autre ne se sont parfaitement rendu compte de la vraie signification des mots et des choses.

Pour M. Bouillaud, le dogmatisme c'est indistinctement la doctrine du fait, c'est-à-dire de la cause expérimentale, ou la doctrine du faux système. Or, dans les sciences exactes, une théorie est un fait général, faisant fonction de générateur, c'est-à-dire de cause, et de cause réelle des *veræ causæ* de Newton. En médecine, on n'a pas fait jusqu'ici cette distinction, au moins d'une manière suffisamment réfléchie. De là les confusions et les oppositions sans nombre qui se reproduisent à l'occasion des théories, dont on soutient en principe la prééminence sur l'empirisme, et dont pourtant la valeur n'est que nominale et de convention. Pour qu'une théorie soit vraie et mérite de prévaloir sur l'expérience pure, elle doit donc se résumer dans un fait réel, expérimental, pouvant se toucher, se mesurer, se calculer comme tous les faits de l'ordre physique. Telle est la théorie de la plupart des empoisonnements : leur cause est connue, calculable, tangible ; aussi la conclusion pratique se tire d'elle-même : le remède, c'est le contre-poison ! c'est-à-dire le neutralisant de la cause. Le résultat pratique est d'accord avec la donnée théorique. Il n'en est pas de même des déductions systématiques. Celles-ci sont rarement d'accord avec l'expérience, aussi s'en passent-elles, et en font-elles fi. Qu'est-ce que cela, si ce n'est, d'une part la doctrine de la cause réelle, et de l'autre la doctrine de la cause hypothétique, fallacieuse, systématique?

Pour M. Gibert, l'expérience est tout, parce qu'il ne la conçoit qu'en présence des systèmes ou des fausses doctrines. Jusque-là il a parfaitement raison. Mais quand il s'agit du rationalisme vrai, expérimental, mécanique, M. Gibert se récuse; pourquoi? parce que, dit-il, il s'agit de faits qui rentrent dans la physique. Mais est-ce que la médecine a autre chose à faire que de rentrer tout entière dans la physique? Si à toutes les conceptions imaginaires, ridicules ou figurées, qui déshonorent la science, on parvenait à substituer des causes réelles de l'ordre physique, croit-on qu'on n'aurait pas fait faire un pas immense à la médecine? Cela est impossible, dit-on, cela répugne à la nature des faits médicaux. Il y a longtemps que nous sommes parfaitement et absolument convaincu du contraire. Le temps viendra où à la place des inflammations, des phlogoses, des irritations, on mettra des faits donnant la clef physique des phénomènes rangés sous ces dénominations fantasmagoriques; alors la thérapeutique continuera à être le corollaire de la donnée pathologique, parce que celle-ci sera une donnée mécanique. Ce ne sera pas, qu'on le remarque bien, de la mécanique vulgaire et grossière, ce serait trop facile, mais une mécanique aussi déliée, aussi subtile que les ressorts de l'organisme, dont elle serait une traduction ou révélation à l'état de santé ou de maladie. Ainsi donc, M. Gibert n'est pas fondé à répudier le dogmatisme médical qui repose sur des faits de l'ordre physique. Ce qu'il peut et doit répudier à bon droit, c'est le dogmatisme idéal, hypothétique, systématique. Dans cette limite, son opposition est parfaitement fondée, comme aussi, dans la limite du dogmatisme de la causalité expérimentale M. Bouillaud est parfaitement fondé à repousser l'empirisme, même rationnel, de MM. Gibert et Renouard.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE ENTOMOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LE SARCOPTE DE LA GALE HUMAINE (lues à la Société de biologie dans sa séance du 24 juillet 1848); par M. le docteur CHARLES ROBIN, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir les nos 30 et 31.)

D. SQUELETTE. — Le squelette des *sarcoptes* se compose, chez la fe-

---

Bordeaux doit peut-être une partie de sa renommée scientifique et littéraire aux conditions matérielles qui la distinguent si heureusement. La merveilleuse sagacité de ses habitants, la vivacité de leurs impressions, la chaleur de leur débit, ce don de bien dire qui semble inné dans la race gasconne, comme le parfum dans le vin de vos cépages, tout cela tient, qui pourrait en douter? au climat si doux de ses coteaux, au soleil qui échauffe et les têtes et le sol, à ces influences méridionales qui exaltent la vie et donnent de la puissance à la pensée. Comment rester froid au milieu de cette nature ardente qui vous entoure? Comment ne pas ressentir un certain enthousiasme à l'aspect d'une terre qui s'entr'ouvre chaque année pour vous prodiguer ses faveurs les plus précieuses? L'homme qui vit au sein de ces merveilles sans cesse renaissantes s'exalte et les célèbre avec une vivacité passionnée; l'idée rayonne, l'expression se colore; on se sent poëte.... il me semble que je vais céder à ces instincts généreux, et que, votre hôte d'un moment, je suis presque devenu l'un de vos compatriotes.

Mais chantons un peu moins haut, et n'oublions pas que la science et la muse n'ont qu'une parenté lointaine. Et cependant, ceux qui, dans un ordre d'idées plus restreint, se consacrent à l'étude de la nature, ne perdent pas le sentiment enthousiaste que fait naître la vue de tant de merveilles. Les naturalistes, qui voient se dérouler devant eux la chaîne immense des corps organisés, consacrent des efforts inouïs à l'étude, non pas assurément de l'ensemble (qui pourrait se flatter aujourd'hui de l'embrasser tout entier?), mais de chacune des parties qui le constituent, et les plus heureux sont ceux qui savent choisir certains sujets plus isolés, mieux circonscrits. Parmi les botanistes, il en est dont l'ambition s'étend jusqu'à la flore complète d'un vaste pays, comme la France, mais le plus grand nombre se borne à bien connaître toutes les plantes d'un département, et ceux-là trouvent qu'il n'est pas déjà si facile d'atteindre le but et qu'il serait à désirer que les collecteurs fussent plus nombreux, plus persévérants.

Le département de Maine-et-Loire, dans lequel je suis né, compte déjà quatre Flores. Des hommes comme Merlet de la Boulaye, Bastard, Desvaux, Guépin, le professeur Boreau et M. Aimé de Soland l'ont exploré depuis plus d'un demi-siècle, et l'explorent encore tous les jours avec un soin extrême; on croyait qu'il ne restait plus rien à découvrir, et il ne se passe pas d'année que la Société linnéenne d'Angers n'enregistre quelque nouvelle conquête. C'est que le goût de la botanique s'est heureusement répandu, non-seulement parmi la jeunesse studieuse et parmi les gens du monde, mais encore parmi les ecclésiastiques de ce département; c'est que messieurs les curés et leurs vicaires parcourent en toute saison des localités peu étendues, suivent le développement des plantes, herborisent toujours et ne laissent rien échapper. D'autres amateurs, parmi lesquels on compte des dames d'un vrai talent, sont occupés d'entomologie; d'autres observent les oiseaux, recueillent leurs œufs et leurs nids; quelques-uns sont à la recherche des productions fossiles, de sorte que toutes les branches de l'histoire naturelle sont cultivées avec un soin égal et fournissent d'amples moissons à la Flore et à la Faune d'un pays où ces richesses sont si bien appréciées.

melle, d'autant d'épimères (1) qu'il y a de pattes, et, en outre, de cinq pièces solides dans chacune des huit pattes. Chez le mâle, il y a quelques pièces de plus qui appartiennent à l'appareil génital. Tous les épimères sont placés à la face profonde du tégument proprement dit et recouverts par lui, comme le sont aussi les pièces du rostre; mais ils ne tombent pas à chaque mue comme la peau proprement dite; seulement celle-ci en emporte l'empreinte. Leur couleur les fait distinguer facilement des autres parties du corps; ils sont d'un jaune rougeâtre ou d'un brun rougeâtre pâle, ou mieux d'une teinte fauve.

Assez difficiles à isoler des téguments ou des parties molles lorsqu'on ne les a soumis à aucune préparation, ils peuvent en être séparés lorsqu'on a placé l'animal dans l'acide sulfurique qui ne fait que les pâlir légèrement, tandis qu'il attaque les autres tissus. L'acide acétique et la glycérine les rendent plus nets et plus faciles à distinguer dans tous leurs détails parce qu'ils rendent plus transparents les tissus auxquels ils adhèrent.

Les épimères présentent tous à leur face profonde chacun une lamelle saillante dans l'épaisseur des tissus du corps, et qui ne se voit bien qu'après l'isolement de l'épimère. Cette lamelle est mince, très-transparente, mais de même teinte que les épimères, bien que plus pâle. Elle est mobile par suite de sa flexibilité et de sa minceur; elle est analogue de tous points aux *épidèmes d'insertion* qu'on trouve (2) chez les insectes et les crustacés. Ces épidèmes donnent aussi insertion à des muscles. Il faut pour les bien connaître les avoir vus successivement étalés et par leur bord tourné vers l'œil de l'observateur, parce qu'ils diffèrent beaucoup d'aspect dans ces deux cas; ils sont de teinte aussi foncée que les épidèmes dans cette position, et transparents pâles dans la première. La première paire des épimères est la seule qui, chez ce sarcopte et chez quelques autres acariens, présente des *apodèmes* (3), et encore sont-ils extrêmement rudimentaires.

La comparaison des épimères (4) entre eux fait reconnaître qu'ils sont identiques d'un côté du corps à l'autre et symétriquement disposés. Elle fait reconnaître aussi que du premier jusqu'au quatrième, libres ou soudés avec celui du côté opposé, tous se composent d'une pièce solide, allongée, grêle, irrégulièrement prismatique à trois côtés, ou aplatie au moins dans une partie de sa longueur. Tous portent sur leur bord inférieur une apophyse courte conique, dirigée en bas et en dehors, limitant avec le reste de l'épimère une légère concavité qui reçoit une saillie articulaire de l'anneau du premier article des pattes. A ce niveau, ils sont plus larges qu'ailleurs, et à partir de ce point leur épaisseur change habituellement et souvent aussi leur direction. Chez tous les sarcoptes aussi le côté opposé ou supérieur du premier épimère offre une courte apophyse qui s'articule à la base du palpe correspondant, et l'extrémité externe du deuxième épimère s'articule avec la base de la première patte, au côté inférieur de laquelle elle se rend.

Chez le *Sarcoptes scabiei* les épimères de la première paire sont soudés dans une partie de leur étendue en une seule pièce médiane verticale en forme de sternum plus longue mais plus étroite chez le mâle que chez la femelle. Vers le milieu de sa longueur cette pièce médiane est un peu renflée ou plus élargie que les portions qui sont au-dessus et au-dessous. Son extrémité postérieure descend aussi bas que celle des épimères de la seconde paire; elle se termine tantôt en forme de lance, tantôt par une sorte de talon coudé à droite ou à gauche ou par un bout mousse irrégulier; chez la nymphe cette extrémité est presque toujours légèrement bifurquée. L'extrémité céphalique est élargie en forme de plastron, divisé en deux moitiés égales par une petite lame ou apodème saillant en avant, continuant la direction de la tige et se terminant en pointe. Cette extrémité en forme de plastron est régulièrement concave, coupée en demi-cercle en avant, un peu au-dessous de la convexité du menton et des mâchoires qui est tournée en sens inverse, et laisse un espace clair transparent semi-lunaire entre ces deux parties. Là, chacun des épimères devenu libre contourne la base du palpe correspondant. Cette portion de l'épimère qui est aplatie dans toute son étendue, s'articule avec l'extrémité la plus inférieure et convexe du premier article du palpe, par une courte apophyse placée un peu au-dessus du point où elle se détache du plastron. De là, elle se porte en avant, contourne la base et le côté du palpe en s'appliquant contre lui, et gagne sa face dorsale sans dépasser l'épistome. Dans l'épaisseur de ce dernier, cette branche se recourbe brusquement sur elle-même en formant une anse courte arrondie, et se dirige en dehors et en arrière parallèlement au bord du corps sous le tégument de la face dorsale du premier anneau céphalothoracique près de son bord, immédiatement au-dessus du premier article de la patte correspondante. Dans toute cette étendue elle est concave en dehors; elle devient de plus en plus mince et se termine par une extrémité mousse et libre sur les côtés du corps au niveau de la base de la première patte (1).

---

(1) *L'épimère* (ἐπὶ sur, μερος cuisse) est cette pièce du thorax (unique de chaque côté ou accompagnée d'autres parties) avec laquelle s'articule la hanche des pattes chez les animaux articulés.

(2) Les *épidèmes* (ἐπὶ, sur, et δεμα, lien) sont des parties du squelette tégumentaire des articulés qui proviennent de la face interne de certaines de ses pièces, et font saillie à l'intérieur du corps; mais ils ne dépendent que d'une seule pièce à la fois et sont simples, par conséquent, ce qui les distingue des *apodèmes*. On les distingue en *épidèmes d'insertion* qui sont de petites lamelles intérieures mobiles servant à des insertions musculaires et en *épidèmes d'articulation* en forme d'osselets ou de tête de champignon, qui sont mobiles, solides et servent à l'articulation de certains organes.

(3) Les *apodèmes* sont chez les articulés des lames intérieures et parfois aussi extérieures, dont la nature est la même que celle du squelette tégumentaire (ἀπὸ de, et δεμα lien), qui se trouvent au niveau des lignes de soudure de deux anneaux ou de deux pièces contiguës d'un même segment dont elles prolongent ainsi les bords; aussi elles sont toujours formées de deux lames adossées et soudées entre elles, dépendant de chacun des anneaux ou de chacune de leurs pièces qui se réunissent deux à deux. Ce caractère les distingue des *épidèmes* qui ne sont formés que d'une seule lame et avec lesquels il ne faut pas les confondre.

(4) L'analogie de ces pièces avec les épimères des autres articulés a été signalée, je crois, pour la première fois par M. Dujardin (OBSERVATEUR AU MICROSCOPE, Paris, 1843, in-32, p. 147).

(1) C'est la pièce appelée *lame* ou *pièce claviculaire* par M. Bourguignon *loc. cit.*, 1851, pl. I, fig. 5, 6 et 7, p. 53-54.

La Gironde n'est pas moins favorisée, et, sous ce rapport comme sous tant d'autres, elle peut servir de modèle. Des renseignements que je dois en partie à l'obligeance de M. le docteur Henri Gintrac (un beau nom et dignement porté) établissent que, dès l'année 1629, Bordeaux eut un jardin botanique où Maurès et Lopès démontraient la science des végétaux, et ces premiers maîtres eurent de savants et zélés continuateurs. En 1718, alors que votre grand Montesquieu présidait l'Académie des sciences de Bordeaux, le docteur Cardoze montrait à ses collègues une Fritillaire désignée sous le nom de *Aquitanica*, et recevait les hautes félicitations de l'immortel auteur de l'ESPRIT DES LOIS. Ce fait, dont la date est authentique, prouve, ainsi que l'a remarqué avec raison M. Laterrade, que longtemps avant la publication du SPECIES PLANTARUM, qui ne parut qu'en 1763, on désignait déjà certaines plantes par deux noms latins.

Deux médecins, Grégoire et Séris, établirent, en 1726, un nouveau jardin botanique qui fut remplacé, en 1730, par celui qu'ouvrit le médecin Pierre Campaigne. Celui-ci mourut en 1743, et ses successeurs dans l'enseignement furent d'autres médecins, Castets et Chardavoine, ainsi que l'abbé Venuti, qui rédigea le catalogue de l'herbier de Campaigne, lequel se composait de huit volumes in-folio. Les professeurs Belhbeder et Caze, en 1750, donnaient des leçons de botanique; le goût de cette science commençait à se répandre, et nous ne devons pas oublier un savant amateur, Aymen (de Castillon, près de Libourne), qui fut l'ami de Linnée, de Jussieu, et qui termina, en 1760, un herbier composé de six mille espèces. Enfin, vers 1780, Latapie fut chargé du cours de botanique et publia le catalogue du jardin situé dans l'ancien enclos de Baratet.

Depuis Latapie jusqu'à M. Laterrade, on compte plusieurs professeurs distingués, Villers, Antoni jeune, Dargelas, et Gachet qui disposa les plantes d'après la méthode naturelle. Mais on peut dire avec juste raison qu'il manquait à tous ces travaux un complément indispensable, et il était réservé à M. Laterrade de publier l'inventaire exact des richesses de la Flore bordelaise. En 1811 parut son livre, qui a eu les bonneurs assez rares de quatre éditions, et qui restera, sans nul doute, comme le meilleur spécimen de ces sortes d'ouvrages. Mettre aux mains du public une Flore méthodique et claire, indiquant tout ce que peuvent désirer les personnes qui font une étude sérieuse de la botanique locale, ainsi que celles qui n'y cherchent qu'une agréable distraction, c'est un but que beaucoup d'auteurs se proposent et que peu savent atteindre. M. Laterrade a montré la route à suivre pour y parvenir, et l'on ne saurait trop l'en remercier et l'en féliciter.

Le nom de M. le docteur de Grateloup se présente ici naturellement. Explorateur habile et passionné, il a étendu ses excursions au delà des limites de votre département, et vous lui devez des découvertes précieuses. Enfin M. Charles Des Moulins, qui a publié tant de travaux éminents sur toutes les parties de l'histoire naturelle, et M. Lespinasse, qui connaît si bien les algues maritimes et d'eau douce de votre littoral, sont des guides excellents pour quiconque veut étudier avec soin la botanique de la Gironde.

Ceux qui suivront les traces de ces honorables maîtres reconnaîtront qu'a-

Les portions libres de la première paire d'épimères, avec le plastron dont elles se détachent, circonscrivent ainsi la hase de tout le rostre en avant et sur les côtés, à la manière d'nne portion de *collier*; de là vient que ce nnm a été parfois donné à la réunion de ces pièces (1).

La simplicité de la disposition des autres épimères fait qu'il me suffira de renvoyer aux planches qui accompagnent ce mémoire, pour éviter les longueurs d'une description (2). Chaque épimère porte une apophyse à extrémité un peu concave qui s'articule avec le premier anneau de la patte correspondante.

E. COMPOSITION DU SQUELETTE DES PATTES. Elles sont constituées par cinq articles.

Ce sont : 1° la *hanche* (ou rotule); 2° l'*exinguinal* ou *trochanter*; 3° le *fémoral* ou *cuisse*; 4° la *jambe*; et 5° le *tarse*. Ces cinq pièces, toutes annulaires, excepté la dernière daos quelques genres, correspondent à autant de segments que l'on observe sur chaque patte entière, et dont elles forment le squelette. Ce sont :

1° La pièce solide de la *hanche*, qni est un anneau de structure assez compliquée, articulé sur l'épimère à l'aide d'une apophyse qui mérite peut-être le nom de *trochanter* (3). Il porte un long poil à son hord antérieur, mince aux deux premières pattes, un très-court à la troisième et point à la quatrième. L'article dans lequel se trouve cette pièce correspond à celui appelé aussi *hanche* dans la patte des insectes et des aranéides. Dugès (ANN. DES SC. NAT., t. I, p. 12) et M. Dujardin lui donnent avec raison ce nom (4) chez les acariens (OBSERVATEUR AU MICROSCOPE. Paris, 1843, in-32, pl. 16 et 17, p. 147). Chez les oribatides, cet article a été appelé *exinguinal* par M. Nicolet (*loc, cit.*, ARCHIVES DU MUSÉUM. Paris, 1835, t. VIII, p. 405).

2° La pièce annulaire de l'*exinguinal* ou *trochanter* articulé avec la hanche par une section oblique (Dujardin), et offrant une structure très-complexe chez tous les sarcoptides. C'est la pièce dont M. Bourguignon a fait deux organes sous les noms de *trochanter* et de *trochantin* (TRAITÉ ENTOMOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DE LA GALE DE L'HOMME. Paris, 1852, in-4°, p. 58, fig. 14 et 15). Chez les orihatides, cet article a été à tort aussi comparé au *fémoral* par M. Nicolet. Du côté postérieur des deux premières pattes, elle porte un long poil flexible qui manque aux deux dernières.

3° La pièce solide du *fémoral* ou *cuisse*, qui est un anneau simple. Chez les orihatides, l'article correspondant a été comparé au *génual* par M. Nicolet. Chez le *Dermanyssus agilis*, la cnisse nu troisième segment des pattes est subdivisée en deux segments : le premier très-court, à peine distinct du second, qui est quatre à cinq fois plus long. Il porte en avant un lnng poil flexible à côté dnquel se trouve un piquant grêle, aigu, excessivement court, et pnrte encore un poil court, mais flexihle, dirigé en arrière. Ces appendices manquent aux deux pattes postérieures.

4° La pièce solide de la *jambe*, qui est un anneau simple comme le précédent, faisant partie du quatrième article. Cet article des pattes est comparé au *tibial* chez les oribates par M. Nicolet. Chez le *Dermanyssus agilis*, au lieu d'un seul segment (la *jambe*), existant à la suite de la cuisse et avant le tarse chez les insectes, tous les sarcoptides, les *cheyletus*, les oribates, etc., on en trouve deux (le *génual* et le *tibial* de Savigny), comme chez les aranéides. Ainsi on voit qne les mots *jambe*, *génual* et *tibial* désignent, selon les groupes d'arachnides et antres articulés, des articles différents, ne sont point synonymes et deviennent nécessaires pour la science, selon que les pattes ont cinq ou sept segments. Près de son bord interne, il porte un piqnant grêle, aigu, très-court, difficile à voir. Près de son bord externe, il porte une spinule courbe, allongée, rigide, terminée en pointe mousse, dirigée en dehors, supportée par un gros tuhercule hasilaire. Ces appendices manquent aux pattes postérieures.

5° La pièce solide dn *tarse* ou pied ; elle est toujonrs conique, courte ou allongée, terminée par deux pointes monsses dans les sarcoptes, les psoroptes, etc., chez lesquels elle est très-courte, à hase large, circulaire.

Le tarse se reconnait aux crochets pectinés ou non, anx caroncules, anx ventouses avec ou sans crochets, an aux longues soies qu'il porte comme appendices terminaux, et qui sont cadnqnes chez quelques espèces, telles que le *Sarcoptes mutans*.

L'appendice principal de cette partie des pattes chez les *Sarcoptes*, les *Psoroptes*, etc., est l'*ambulacre*. Il se compose d'un pédicule et d'une ventonse. Le *pédicule* chez le *S. scabiei* est grêle, incolore, transparent, cylindrique, tuhuleux, comme les gros poils, et à base adhèrente un peu élargie. Sa longueur est d'environ 5 centièmes de millim. Tout près de son extrémité libre se voit, en avant, nne très-petite pointe aiguë transparente. La ventouse se trouve articulée sur cette extrémité par l'intermédiaire d'une très-petite pièce arrondie plus étroite que la tige ; elle est en forme d'entonnoir, fixée par sa partie rétrécie et mohile antnur de son point d'attache. Elle est transparente, à hord régulier, à paroi mince, pâle, renforcée de quatre très-petites côtes un peu saillantes en dehors et sans crochet dans son excavation. Elle s'aplatit facilement ; alors, vue de côté, elle se présente sous forme d'un petit hâtonnet, comme le serait une palette ou raquette vue de champ. La pièce solide du tarse porte encore, au-dessous et en avant de l'inser-

(1) Gervais dans Walckenaer, HISTOIRE NATURELLE DES APTÈRES, Paris, 1844, t. IV, p. 266 et 268.

(2) Voyez Lanquetin, NOTICE SUR LA GALE ET SUR L'ANIMALCULE QUI LA PRODUIT. Paris, 1859, in-8°, 2° édition, pl. I à IV.

(3) Cbez les insectes, l'*épimère* s'articnle avec le premier segment des pattes (appelé *hanche* et autrefois *rotule*) par l'intermédiaire d'une petite pièce solide appelée *trochantin* depuis Andonin. Cette pièce est tantôt cachée à l'intérieur du thorax, tantôt saillante à l'extérieur, selon que la hanche est on n'est pas prolongée en dedans du corps. Elle est décrite par tous les auteurs en même temps que les épimères ; mais elle semble être nne dépendance de la *hanche* et de la *patte*, par conséquent plutôt que de l'épimère, car, cbez certains insectes, elle est soudée à la *hanche* et n'a pas de mouvements propres.

(4) Cbez les *Acariens* qui n'ont pas, comme les *Dermanysses*, etc., six on sept articles à chaque patte, Dugès considère l'*épimère*, plougé sous les téguments dn céphalothorax et nullement mobile, comme le premier article des pattes, et c'est à lui qu'il donne le nom de *hanche* (Dugès, NOTE SUR LE SARCOPTE DE LA GALE HUMAINE ; ANN. DES SC. NAT., 1835, t. III, p. 246-247) ; c'est par snite de cette confusion qu'il dit que la hanche est tantôt *adhérente*, tantôt libre.

près leurs récoltes ahondantes, il reste peu de chose à glaner. Mais cette difficulté même est un stimnlant ponr le zèle des amateurs, et déjà, un nonveau venu à Bordeaux, M. Durien de Maisonneuve, a fait voir ce que l'on pouvait attendre de son ardente collaboration.

On semble croire, on du moins on dit dans le monde que la botanique pratique, celle qui consiste dans la recherche des plantes, dans leur détermination et dans la composition d'un herbier, demande beaucoup de loisir ; on recule devant l'immensité dn travail, et peu de personnes se décident à l'entreprendre, tant on craint de n'en pouvoir venir à bout; c'est nne erreur fâcheuse, que nous devons combattre et que nous serions heureux de détruire. Parmi les botanistes les plus connus, il se rencontre un certain nombre de personnages qui ont dû consacrer la plus grande partie de leur temps à l'accomplissement de devoirs impérieux, qui, dans la direction des affaires publiques, ont noblement payé leur tribut à l'Etat, et cependant, même au milieu de ces soins, ils ont pu tronver quelques loisirs pour les consacrer à la botanique. Les noms de Jaubert, de Passy, de Delessert sont placés à la tête de cette noble phalange, et leur exemple prouve, jusqu'à l'évidence, que le temps ne manque jamais à ceux qui savent l'employer.

Il est des conditions qui paraissent bien plns défavorables, qu'on croirait absolument incompatibles avec l'étude des sciences naturelles. Vons avez tout près de vons, à Saint-Sever, un homme qui, médecin militaire, sons les drapeaux, en pays ennemi, alors que des dangers de tout genre l'entonraient, trouvait moyen d'étudier l'entomologie des contrées que parcourait son régiment, et instituait des recherches d'une telle valeur, que vingt fois l'Académie des sciences les a couronnées, que vingt fois le nom du docteur Léon Dufour a retenti dans ces séances solennelles où de nobles palmes sont décernées aux vainqueurs. Un autre médecin militaire, M. le docteur Montagne, a commencé, pendant les guerres dn premier empire, nn immense travail qu'il poursnit encore en ce moment avec nne ardeur qui ne s'est jamais démentie, et l'Académie des sciences de l'Institut a ouvert ses rangs au premier cryptogamiste de notre époque. Si je ne craignais de blesser la modestie d'un de nos plns honorables collègues, je désignerais à vos applaudissements un brave militaire qui, associant avec une énergie admirable ses devoirs d'officier et son goût pour l'étude des végétaux, a recneilli, dans l'Algérie, non-seulement des lauriers légitimes, mais une ample moisson de plantes précieuses, pacifiques conquêtes dont le nom figure avec honneur dans la Flore de ces régions devenues françaises.

Vons le voyez, messienrs, et il importe qu'on le sache bien, l'étude de la hotanique (ne la considérât-on que comme une distraction charmante), est compatible avec la plnpart des positions sociales ; tout le monde peut, dans un cercle étroit, recueillir les plantes qui croissent au milien des localités les moins riches en apparence ; tout le monde peut en dresser la liste exacte, et ce sera un service rendn à la science, car de ces catalogues, si bornés qu'ils soient, peuvent naître des renseignemenls utiles et dont certains savants tirent un grand parti. MM. de Candolle fils, Le Coq et Puel sauront bien achever, grâces à ces flores locales, la géographie botanique de la France,

tion du pédicule de l'ambulacre, deux poils allongés grêles et flexibles, dont l'antérieur est le plus long; ils sont plus allongés à la deuxième patte qu'à la première.

Sur le tarse de la première patte, on trouve encore deux poils ou spinules très-courts, rigides, un peu courbés, à extrémité mousse, semblables à celui qui existe sur l'anneau de la jambe, mais un peu plus petits. Ils sont insérés du côté du rostre, dirigés en dehors; l'un est inséré près de l'extrémité du tarse, l'autre près de l'articulation de celui-ci avec la jambe, vers sa face dorsale. Ce dernier manque au tarse de la deuxième patte, mais celui qui est au bout s'y retrouve. Tout près de l'articulation du tarse, avec la jambe, on voit en outre, sur les deux premières pattes, un poil ou piquant extrêmement court, fin, rigide et difficile à voir.

Le tarse des deux paires de pattes postérieures porte, au lieu d'ambulacre, un gros et long poil flexible dont la longeur peut atteindre à peu près les dimensions de la largeur du corps. Il est creux dans une certaine longeur, près de sa base. La pièce solide du tarse de la troisième patte porte en outre deux poils grêles et très-courts, difficiles à voir; le tarse de la quatrième patte ne porte qu'un seul de ces poils. Chez le mâle, la quatrième patte diffère de celle de la femelle, en ce qu'il porte, au lieu d'un long poil, un ambulacre semblable à celui des pattes antérieures, mais du quart ou tiers plus petit.

Les appendices du tarse, tels que ambulacres divers, ventouses sessiles, caroncules avec ou sans crochets, pectinés ou non, longs poils, etc., ont été considérés à tort par beaucoup d'auteurs comme étant eux-mêmes un article spécial des pattes. De là une des causes de la diversité des noms donnés aux véritables articles des membres. Chacun de ces articles offre des particularités curieuses d'organisation, distinctes de l'un à l'autre; j'en ai fait la description, mais je ne peux la publier ici parce que des figures sont indispensables pour la faire comprendre.

F. De la peau, de ses plis et de ses appendices. — La peau est transparente, sans couleur propre, cassante, à brisure nette, non filamenteuse. Elle s'étend sur toutes les parties du tronc et des membres, sans discontinuité, et sur les les pièces du squelette, dont après sa chute, à chaque mue, elle conserve exactement l'empreinte, mais non la teinte jaune rougeâtre propre. A chaque articulation des pattes, on voit un espace clair, étroit, circulaire, bordé en haut et en bas par une ligne foncée, qui, lorsqu'il offre une certaine largeur, peut faire croire à l'existence d'un article réel; mais ce n'est autre chose que l'intervalle existant entre le bord supérieur et le bord inférieur des anneaux squelettiques correspondants, que l'absence de coloration propre de la peau fait paraître clairs, tandis que la teinte rougeâtre des anneaux donne moins de transparence au reste du membre.

La peau du corps offre, chez les sarcoptes, des plis plus ou moins profonds d'une région du corps à l'autre chez le même animal, et d'une espèce à l'autre pour les régions correspondantes. Chaque pli offre à observer une saillie tégumentaire mince inclinée en arrière, et un sillon étroit semblable à une taille de burin qui la sépare du pli suivant; d'où résulte l'aspect finement dentelé des bords du corps dans les régions où les plis sont très-prononcés. La pression du corps de l'animal fait disparaître les saillies cutanées qui, par leur extensinn, se prêtent à son aplatissement; mais la trace du sillon persiste, malgré sa disparition partielle, sous forme de ligne claire, étroite, difficile à percevoir par places.

La disposition des plis varie un peu d'une espèce à l'autre, bien qu'ils reproduisent au fond, chez toutes, le même type dans leur distribution, dans leurs inflexions et dans leurs interruptions, pour former des saillies en pointes ou en simples mamelons. Leur disposition offre toujours une grande symétrie d'un côté à l'autre du corps.

Chaque pli représente ordinairement une anse dont le plein est sous le ventre, et qui contourne symétriquement les bords du corps pour se terminer sur le dos par des interruptions de différentes formes, selon les parties du corps dont il s'agit; sur le notogastre, les plis se continuent pour la plupart d'un côté à l'autre, sans interruption sur la ligne médiane, en présentant des inflexions symétriques autour de l'anus.

Une autre remarque anatomique importante aussi pour la détermination des espèces et des genres doit être faite sur les stries ou sillons cutanés, onduleux, concentriques, symétriquement disposés, que l'on observe sur un grand nombre de sarcoptides. Ils sont plus ou moins profonds, plus ou moins larges et plus ou moins écartés selon les espèces. Ils limitent ainsi entre eux des parties saillantes, comparables à celles d'un pli tégumentaire, plus ou moins larges, selon leur écartement; elles sont larges dans toutes les espèces du genre *Sarcopte* (Latreille) en particulier. Chez le *Sarcoptes scabiei* Latreille, ces sillons sont interrompus sur le dos par des saillies coniques, courtes, terminées en pointe mousse ou aiguë, selon la place qu'elles occupent, et à base plus ou moins élargie, continue avec le tégument, qui est formé de chitine. Leur base est assez nettement limitée à tous les âges dans cette espèce, et elles sont assez aiguës pour qu'il soit difficile au premier abord d'en déterminer exactement la nature, comme espèce d'appendices distincts ou non des poils ou des aiguillons; ceux-ci, comme nous venons de le voir, ne sont que des modifications d'une même espèce d'appendices. Mais chez le *Sarcoptes cati* Hering, ils sont bien moins nombreux, ils sont plus larges, surtout à la base, et ils sont rangés en lignes qui suivent plus manifestement encore que dans l'espèce précédente la direction des stries ou sillons symétriques du tégument. Or plus on s'éloigne du centre de l'amas qu'ils forment pour les observer plus près des sillons proprement dits, plus leur base s'élargit, plus leur sommet devient mousse, puis arrondi comme le sommet d'un mamelon. Bientôt sur une même rangée ou sur une rangée plus extérieure, ils ne sont plus représentés que par des parties saillantes le long du bord des plis ordinaires ou par des plis ordinaires interrompus d'espace en espace, mais qui ne diffèrent pas autrement des plis continus. Il y a une transition graduelle très-nette sur un même animal des rangées de saillies cutanées coniques, terminées en pointe, à celles qui sont simplement mamelonnées, à sommet arrondi et de plus en plus larges jusqu'aux plis non discontinus; ou réciproquement, de ces plis jusqu'aux plis interrompus devenant de plus en plus saillants à mesure qu'ils sont plus courts, puis étroits, coniques et aigus. Chez la femelle du *Sarcoptes mutans* Robin, il n'y a que des saillies mamelonnées, à base large, sans tubercules coniques, et chez le mâle il n'y a aucune interruption des sillons qui sont très-fins.

Chez le *Sarcoptes scabiei* mâle, les plis sont plus écartés, bien moins

---

et poursuivre l'accomplissement du magnifique programme que traça de Humboldt au début de ce siècle. Donc, que chacun, dans sa modeste sphère, récolte les plantes qui s'y développent; que chacun les conserve et indique avec soin le lieu où il les a trouvées, l'époque de leur floraison, et à l'aide de ces matériaux précieux, la science fera des progrès rapides, car c'est la vraie base sur laquelle elle s'appuie, l'élément dont elle a surtout besoin.

Ne sommes-nous pas suffisamment autorisés à promettre aux personnes qui suivent cette voie une somme de plaisirs qu'on trouve rarement ailleurs? Demandez à tous ceux qui cherchent et qui trouvent, quand ils ont appris à bien chercher, quelle joie fait naître la découverte d'une espèce rare ou seulement nouvelle pour les lieux que l'on explore? Demandez à M. Durien de Maisonneuve la confidence de ses émotions quand il a vu pour la première fois, dans l'étang de Lacanan, l'*Aldrovanda vesiculosa* que Donald avait signalée dans la Gironde et que l'on n'avait pas revue depuis longtemps? La correspondance échangée entre cet honorable collègue et M. Jacques Gay, peint avec une naïveté charmante le bonheur qu'il a éprouvé, et les lettres de ces deux éminents botanistes sont pleines de renseignements précieux sur les espèces qu'ils découvrent et qu'ils soumettent au contrôle de leur vaste expérience. Ajoutons que ces lettres, où brillent l'esprit et le bon goût, exhalent le doux contentement des vrais amis de la nature.

C'est qu'en effet, messieurs, il est peu de plaisirs plus vifs que ceux qu'on éprouve en pareille circonstance, aussi les botanistes les recherchent-ils avec un empressement extrême. Sans doute il est utile de poursuivre ardemment l'étude de la structure intime des organes de la végétation; sans doute le microscope ouvre au savant des régions inconnues et lui fait voir les premiers rudiments des tissus qui composent la plante; mais on sait que là aussi les erreurs sont faciles, les illusions fréquentes. Un instrument plus puissant, tenu par une main plus habile, détruit les travaux des prédécesseurs; dans le monde des infiniment petits, on est sujet à s'abuser sur la valeur des objets et l'explorateur se laisse aller au charme d'un mirage non moins trompeur que celui qui montre aux yeux du voyageur égaré et mourant de soif, les riantes prairies, les eaux abondantes du désert africain. Mais l'homme qui parcourt des pays lointains, qui aborde un rivage inconnu, qui escalade de hautes montagnes, celui-là rencontre sous ses pas des plantes nouvelles, qui offrent des caractères spécifiques bien certains, qui ont un droit incontestable à prendre place dans l'immense catalogue de nos richesses; et celui qui a eu le bonheur de découvrir une espèce vraiment inédite, un genre destiné à rester intact parmi ceux si nombreux que la science condamne et rejette, celui-là se crée une sorte d'immortalité moins caduque que telle autre bien plus retentissante et partant plus enviée.

Un jour, il y a déjà bien longtemps, je visitais Bologne et sa célèbre université. Le professeur Bartoloni m'avait montré toutes les richesses du jardin botanique, et non moins obligeant, le professeur Ferucchi livrait à ma curiosité les trésors de la bibliothèque dont il était le savant conservateur. La médecine et l'histoire naturelle étaient surtout l'objet de mon examen, et j'éprouvai un certain sentiment de respect et d'admiration en présence de

nombreux et moins profonds que chez la femelle. Ils manquent complètement sur le milieu dorsal des deuxième, troisième et quatrième anneaux céphalothoraciques, sur toute la portion de la face ventrale du céphalothorax où se trouvent les épimères; mais on en voit dans le sillon assez profond qui sépare l'un de l'autre les troisième et quatrième anneaux. Enfin toute la portion de la face inférieure de l'abdomen sur laquelle se prolongent l'organe sexuel mâle et la base des dernières pattes, n'en présente pas. Les séries de tubercules ou de saillies qui interrompent et remplacaient ces plis sur le dos sont également très-rares. On ne trouve de tubercules que sur les côtés du quatrième anneau, sur le commencement et sur les côtés du notogastre (1).

APPENDICES CUTANÉS. — La peau est pourvue d'appendices disposés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. Aux mêmes places, mais d'une espèce à l'autre, ils peuvent se présenter sous forme: 1° de soies ou poils longs et flexibles; 2° de piquants aigus, rigides et courts, et 3° de spinules rigides, à pointe mousse coupée carrément. Quelle que soit leur forme, ces appendices sont de même nature; car ceux des pattes étudiés d'une espèce à l'autre se prétentent aussi aux places correspondantes avec l'un ou l'autre de ces caractères. Leurs dimensions et leur forme aiguë ou tronquée diffèrent seules; mais tous ont une structure canaliculée lorsqu'ils sont gros, que ce soient des poils ou des spinules; ils sont pleins lorsqu'ils sont grêles; tous sont insérés à l'aide d'un tubercule, ou d'une petite plaque tuberculeuse circulaire, saillants à la surface du tégument. Souvent l'appendice se brise au ras de ceux-ci, qui se présentent alors sous forme d'une petite pièce circulaire, avec un point brillant, central, rond, simulant un trou.

Indépendamment des poils du rostre et de ceux des pattes qui sont insérés sur les pièces squelettiques de ces organes et qui flottent en quelque sorte autour du corps, on trouve chez le *Sarcoptes scabiei* les poils et piquants cutanés dont suit l'énumération :

A. *Poils de la circonférence du corps.* Ce sont : 1° une paire de longues soies placées sur le bord du quatrième anneau, près de sa jonction à l'abdomen; 2° deux paires de longues soies au bord postérieur du ventre, près de l'anus, supportées comme les précédentes par une saillie ou tubercule à peu près hémisphérique; la paire la plus extérieure est la moins longue.

B. *Poils dorsaux.* Ce sont : 1° une paire de courts piquants assez épais, un peu recourbés, situés près du bord de l'épistome; 2° une paire de longues soies placées sur le deuxième anneau, au niveau de la deuxième paire de pattes; 3° trois paires de gros piquants coniques, très-courts, foncés, creux au milieu, placés en triangle de chaque côté : une paire vers la jonction du deuxième avec le troisième anneau; la seconde plus en dehors, au milieu de ce dernier; la troisième plus en dedans, au bord antérieur du quatrième anneau; 4° sur le notogastre, on trouve sept paires de grosses spinules tubuleuses, à extrémité mousse, se détachant facilement de leur tubercule basilaire; ces spinules sont sur deux rangées de chaque côté de la ligne médiane : la plus extérieure en présente quatre et l'autre trois. Un peu au devant de la commissure antérieure de l'anus se voit un piquant pointu un peu courbe, plus mince et plus court que les spinules ci-dessus et qui manque quelquefois, surtout chez le mâle.

C. *Poils ventraux.* Ce sont : 1° une paire de poils fins, courts et aigus, près de la ligne médiane, au niveau des épimères de la deuxième paire; 2° une paire de longues soies flexibles, dirigées en dehors et en arrière, en dehors des épimères de la cinquième paire, tout près d'eux; 3° une paire de poils courts, fins et aigus, entre les épimères de la troisième et de la quatrième paire; 4° une paire de poils semblables près de la ligne médiane, entre les épimères de la quatrième paire; 5° chez la femelle seulement, une paire de petits poils semblables aux précédents, près de la ligne médiane, sur la lèvre antérieure de la vulve; à la face profonde de la lèvre inférieure de celle-ci se voit une saillie conique, plus ou moins aiguë, qui manque quelquefois et qui fait saillie en dedans et non en dehors.

(1) En voyant d'une espèce à l'autre les dispositions anatomiques d'où résultent ces saillies tégumentaires, on comprend que tant qu'elles n'étaient pas bien connues, il était difficile de ne pas les considérer comme des *appendices ou productions épidermiques, ou cornées qui ne seraient que des rudiments de poils à bulbes plus ou moins développés* de même espèce que les aiguillons ou spinules (Bourguignon, DE LA GALE DE L'HOMME. Paris, 1852, in-4°, p. 47 et 48); mais, comme on le voit, il n'y a pas d'analogie entre ces saillies tégumentaires et les aiguillons.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DU CANCER BUCCAL CHEZ LES FUMEURS ; par M. F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, associé national de l'Académie impériale de médecine.

(Suite. — Voir les nos 32 et 33.)

Dans le cours de notre pratique civile ou nosocomiale, nous avons recueilli un grand nombre de faits très-précis, que nous avons même eu le soin de séparer de beaucoup d'autres cas qu'une analyse moins sévère eût pu ajouter à la liste de ceux que nous regardons comme démonstratifs. Le lecteur partagera, nous l'espérons, nos convictions à ce sujet en parcourant le tableau suivant, qui contient la relation abrégée des cas qui se sont présentés à notre observation. Il eût été fastidieux de reproduire ici les faits détaillés tels qu'ils sont contenus dans nos registres de clinique. Il nous suffira d'indiquer le nom, la condition, l'âge des malades, l'habitude à laquelle leur lésion est attribuée, le siége, le degré et l'issue de cette lésion.

OBS. I.—Escallier (Antoine), cultivateur, 60 ans, né à Toyet, Ardèche (habitude de fumer), admis à l'hôpital Saint-Éloi en 1845.— Cancer de la lèvre inférieure. Cheiloplastie par le procédé de Chopart et réunion cutanéomuqueuse. Guérison.

OBS. II.—Villart (Louis), ancien cuisinier, 65 ans, né à Pauthan, Hérault (habitude de fumer).— Tumeur cancéreuse du rebord gengival. Ablation. Guérison (1845).

l'immense collection des manuscrits d'Aldrovandi. Deux cents volumes in-folio! que d'efforts! quelle prodigieuse application! On se demande quel a été le résultat utile d'un labeur aussi persévérant? quelle découverte l'on doit à cet homme? quelle idée nouvelle il a introduite dans la science et quelle reconnaissance lui doivent les siècles futurs pour ce travail herculéen?

Un auteur moderne, un peu trop sévère, ce me semble, a dit à propos du célèbre naturaliste bolognais : « Telle est l'espèce d'infériorité de la science » que les derniers venus tnent leurs prédécesseurs et rendent leurs ouvrages » à peu près inutiles. Buffon, sans le style, ne serait guère un jour moins » oublié qu'Aldrovandi. » Cette réflexion décourageante non moins qu'injuste, n'empêchera pas ceux qui ont le goût des sciences physiques de poursuivre une étude si pleine de charme. Les découvertes de chaque siècle n'ont pas toutes un droit égal à braver les efforts du temps, mais il restera toujours aux hommes laborieux la satisfaction d'avoir contribué à élever le grand édifice de la philosophie naturelle. Et si, dans notre superbe dédain pour les travaux de nos devanciers, nous oublions trop ceux qui ne se sont pas illustrés par quelque œuvre capitale, si Aldrovandi ne peut réclamer une grande place dans le panthéon botanique élevé par la reconnaissance du XVIIIe siècle, personne assurément ne trouvera mauvais que Joseph Monti ait donné le nom du célèbre bolognais à une petite Droséracée qui se cache au sein des eaux stagnantes et ne s'est rencontrée jusqu'ici que dans un petit nombre de localités. Aldrovandi, qui est né à Bologne, en 1522, et qui mourut à l'âge de 83 ans, dans un hôpital, avait perdu la vue, dit-on, et dissipé tout son patrimoine en des travaux incessants. Joseph Monti a payé la dette de la science à l'un de ses martyrs, et en inscrivant le nom d'Aldrovandi dans la flore de l'Europe, il l'aura transmis à la postérité plus sûrement que n'auraient pu le faire les nombreux in-folios de cet infatigable compilateur.

Travaillons donc à reculer les limites d'une science qui n'est jamais ingrate envers ceux qui s'y consacrent avec zèle. Ajoutons un nom, si cela est possible, à ceux que révèrent les botanistes, et Bordeaux marche en avant dans cette voie glorieuse. Ce sont là des triomphes que la Société Botanique de France enregistre avec orgueil et qu'elle vient vous demander à partager avec vous. Les sessions extraordinaires n'ont presque pas d'autre but. Nous trouverons à Bordeaux, comme nous avons rencontré à Strasbourg, à Montpellier et à Clermont, des hommes à qui la science doit des progrès sensibles, des savants qui poursuivent avec ardeur une tâche infinie, et dont les noms sont en honneur parmi les botanistes. Pionniers infatigables d'un champ où les plus brillantes découvertes sont souvent réservées aux plus modestes ambitions, ils explorent sans relâche et la plaine et la montagne, les étangs et les dunes, les relais de mer et les marais salants, les roches que le flot inonde et les écueils que l'Océan laisse à sec, et dans leurs courses remplies de fatigues, d'émotions et même de dangers, ils signalent avec soin le lieu où la fortune leur a fait rencontrer une plante qui avait échappé à tous leurs prédécesseurs. Dans la vaste superficie de ce département, combien d'aspects divers du sol, quelle variété de terrains et que d'espèces intéressantes transportées par le fleuve qui, descendant des

Obs. III.— Gastal (Laurent), cultivateur, 57 ans, né à Salles-Curan, Aveyron (habitude de fumer la pipe à tube court).— Cancroïde limité de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1846).

Obs. IV.— Roques (Etienne), maçon, 50 ans, né dans l'Aveyron (habitude de fumer).— Tumeur ulcérée de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison temporaire; récidive (1846).

Obs. V. — Astié (Baptiste), cultivateur, 69 ans, né à Montpezat, Ardèche (habitude invétérée de fumer). — Cancer de la lèvre inférieure. Opération faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon; récidive avec envahissement de la commissure. Nouvelle opération faite à l'hôpital Saint-Eloi en 1846.

Obs. VI.— Caumel, cultivateur, domicilié à Cornus, Aveyron. — Cancer de tout le bord libre de la lèvre inférieure, occasionné par l'abus de la pipe. Excision horizontale de la lèvre; réunion cutanéo-muqueuse. Guérison. (1846).

Obs. VII.—Alberleng (Casimir), cultivateur, 49 ans, né à Rousson, Gard, admis, à l'hôpital Saint-Eloi, en 1846, pour une tumeur de la moitié droite de la lièvre inférieure provoquée par l'abus de la pipe.—Excision en V, et dissection des lambeaux; incision horizontale de la commissure labiale droite. Guérison.

Obs. VIII.—Bonel (Jean), ancien capitaine de navire à Agde, Hérault, 66 ans (habitude invétérée de la pipe). — Cancroïde du bord libre de la lèvre inférieure. Excision de cette partie avec des ciseaux cochléiformes; réunion cutanéo-muqueuse. Guérison (1847).

Obs. IX.—Roux (Jean), 59 ans, cultivateur, né à Saint-Clément, Hautes-Alpes (habitude de fumer).—Cancroïde limité de la partie gauche de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1849).

Obs. X.— Gombalat, cultivateur, 38 ans, né à Rodez, Aveyron (usage de la pipe).—Tumeur cornée de la lèvre inférieure; irritations répétées. Excision. Guérison (1849).

Obs. XI.— Galibert (Joseph), suisse de paroisse à Mèze, Hérault, 64 ans.— Tumeur de la lèvre inférieure, opérée par Delpech en 1827, récidive vingt-deux ans après par l'action irritante de la pipe. Opération nouvelle par excision en V. Guérison (1849).

Obs. XII.— Borie (Baptiste), agriculteur, 41 ans, né à Calviguac, Lot (habitude ancienne de la pipe).—Vaste ulcère cancéreux de la lèvre inférieure. Cheiloplastie au moyen d'un lambeau emprunté à la peau du cou; restauration incomplète (1849).

Obs. XIII.— Coste (Louis), 28 ans, né à Sauvertat, Aveyron.— Cancer de la lèvre inférieure, consécutif à l'abus de l'habitude de fumer; engorgement sous-maxillaire. Traitement médico-chirurgical infructueux (1849).

Obs. XIV. — M. B....., d'Olargues, Hérault, 76 ans (ancien fumeur). — Tumeur cancéreuse épithéliale du bord gauche de la langue. Ablation. Guérison (1849).

Obs. XV.— Arnand (Antoine), cultivateur, 72 ans, né à Roquemaure, Gard (ancien fumeur). — Cancer de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1850).

Obs. XVI.— Roustid, chiffonnier, 60 ans, né dans le département de l'Hérault (ancien militaire, ayant depuis sa jeunesse l'habitude de fumer). — Tumeur cancroïde de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1850).

Obs. XVII.— Marconrel (Antoine), cafetier à Montpellier, 48 ans (fumeur de profession). — Épaississement épidermique de la lèvre inférieure; épithélioma de la lèvre supérieure. Ablation de la tumeur et réparation cheiloplastique; récidive après six mois; destruction lente et très-douloureuse de la moitié de la face (1850).

Obs. XVIII.— Guillaume (Jacques), ex-militaire, 30 ans (ayant fumé avec excès). — Cancer de la joue; envahissement graduel de la cavité buccale d'une moitié de la face des ganglions sous-maxillaires; hémorrhagies répétées qui font succomber le malade (1850).

Obs. XIX.— Pons (Eugène), propriétaire, 56 ans, né à Nîmes, Gard (vaste ulcère cancéreux de la langue, occasionné par l'habitude de fumer). — Cachexie cancéreuse. Mort inopinée, sans opération, par concrétion polypiforme du cœur (1851).

Obs. XX. — Barre, propriétaire à Mireval, Hérault, 42 ans (ancienne habitude de fumer). — Cancroïde de la lèvre inférieure. Opéré en 1849; récidive un an après; nouvelle opération; propagation morbide aux ganglions sous-maxillaires. Mort en 1851.

Obs. XXI.— Arlige (François), laboureur, 66 ans, né à Darbus, Ardèche (ancien fumeur). — Cancer ulcéré de la lèvre inférieure; engorgement des ganglions de la région sous-mentale. Opération complexe ayant pour but l'ablation de la lèvre et celle des ganglions dégénérés; érysipèle consécutif. Mort. A l'autopsie on trouve des végétations verruqueuses sur la face interne de l'estomac (1852).

Obs. XXII.— M. Conlaron, négociant, 50 ans, domicilié à Ganges, Hérault (habitude ancienne de la pipe). — Cancroïde de la lèvre inférieure. Excision, Guérison (1852).

Obs. XXIII.— M. N....., âgé de 65 ans, propriétaire à Saint-Girons, Ariége (habitude de fumer la pipe). — Cancer de la joue gauche étendu jusqu'aux gencives et à l'os maxillaire; engorgement ganglionnaire du côté correspondant. Opération impossible. Mort (1852).

Obs. XXIV.— Nayrac (Guillaume), 45 ans, né à Clermont-l'Hérault, admis à l'hôpital de Montpellier en décembre 1853. — Avait un cancroïde de la lèvre inférieure, produit par le contact réitéré de la pipe. Opération; récidive après sept mois; seconde opération par incision en V et mobilisation des lambeaux. Guérison.

Obs. XXV. — Vincent G....., chef de bataillon au 2e régiment de la légion étrangère, 45 ans, né à Varsovie, Pologne. — Cancer très-étendu de la lèvre inférieure, consécutif à l'habitude de fumer. Trois opérations à divers intervalles; une dernière récidive dans les ganglions sous-maxillaires fit périr le malade (1853).

Obs. XXVI.— Astruc, cultivateur, 56 ans, né à Louplan, Hérault.— Cancer de la lèvre inférieure sous l'influence de la double habitude invétérée de fumer et de chiquer. Examen microscopique; tissu épithélial. Excision en V. Guérison (1853).

Obs. XXVII.— M. N....., voyageur de commerce, 34 ans, né à Privas, Ardèche (fumeur obstiné).— Cancer de l'orifice buccal, des deux commissures et d'une portion de la joue droite; engorgement des ganglions sous-maxillaires; admis dans la division des payants à l'hôpital Saint-Eloi. N'a pu être opéré (1853).

Obs. XXVIII. — Bouat (Pierre), garde-côtes à Villeneuve, Hérault, 51 ans (habitude de la pipe à tube court). — Cancroïde limité de la lèvre inférieure. Vérification microscopique; excision en V. Guérison (1853).

Obs. XXIX. — M. D..., propriétaire à Avignon, 44 ans (fumeur). Ulcère cancéreux de l'amygdale droite et de la portion attenante du voile du palais. Cautérisation par le fer rouge. Guérison temporaire (1853).

Obs. XXX. — Rounet, de Saint-Paul, Lozère, berger, 57 ans (ayant l'ha-

---

Pyrénées, entraîne avec lui une végétation que l'on croirait devoir nous être étrangère!

Nous allons suivre vos pas, vous, nos guides naturels, dans des régions que vous connaissez si bien, et marchant sur vos traces, nous serons bientôt initiés aux secrets de la Flore bordelaise. Pour la plupart d'entre nous, tout sera nouveau dans ces excursions savantes; mais, permettez-moi de vous le dire, quelques-uns de vos collègues retrouveront dans votre pays des souvenirs qui, pour être déjà lointains, ne manquent ni d'intérêt ni de charme. Pourrions-nous oublier qu'à une époque grave, conduit par les hasards de notre existence médicale, nous avons séjourné, pendant quatre mois, dans un des lieux les plus intéressants de la Gironde? Si nous devions revoir les murs du fort de Blaye, s'il nous était permis de parcourir son enceinte, nous retrouverions la place où nous avons recueilli un bon nombre de belles plantes, et composé un herbier sans doute bien restreint, mais qui a du moins le petit mérite de renfermer toutes les espèces qui croissent spontanément dans ce lieu.

Ainsi nous avons payé notre tribut à la Flore de la Gironde, ainsi nous avons contribué à la collection des végétaux de ce pays, et cet herbier, objet de tant de soins, cette *Florula oppidi Blavii*, qui a donné d'heureuses distractions aux ennuis d'une pauvre captive, a suivi dans son exil la princesse pour qui nous l'avions formée, et demeure comme un témoignage des services que peut rendre la botanique dans une situation douloureuse et presque désespérée.

On ne refusera pas d'admettre, avec l'auteur de *Picciola*, que la culture d'une petite plante peut faire naître, dans l'âme d'un prisonnier, des impressions heureuses, capables de rendre supportables les ennuis d'une solitude comme celle du fort de Fenestrelles. Cette fable ingénieuse et délicate, sous la plume d'un écrivain de talent, a montré les ressources que l'esprit et le cœur puisent en cette contemplation passionnée des phénomènes de la végétation. Mais, veuillez m'en croire, la réalité est plus saisissante encore, et je puis attester que la récolte des plantes, le soin de les dessécher, de les placer entre les feuilles d'un papier choisi, de les déterminer, de les étiqueter, constituent une occupation attrayante au plus haut point et font envoler les heures avec une rapidité sans égale. A l'aide de ce moyen puissant, le passé disparaît comme un songe, le présent fuit, l'avenir apparaît léger et souriant, plein de promesses; rêve heureux qui ne se réalise pas toujours, mais dont ceux qui souffrent jouissent avec délices, jusqu'au moment où les illusions s'effacent pour faire place à d'autres illusions, hélas! non moins mensongères!

Ce qui reste de tout ceci, mes chers collègues, c'est un petit herbier qui, j'aime à le croire, conservera longtemps dans une contrée lointaine, le parfum et la grâce de la patrie absente.

Vous pardonnerez, messieurs, ces détails tout personnels, à celui que des circonstances singulières ont placé aujourd'hui à la tête de la Société botanique de France, et qui peut déclarer, sans la moindre modestie, qu'il n'était pas digne de tels honneurs.

bitude de la pipe depuis sa jeunesse). Affecté d'une tumeur épithéliale ulcérée de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1854).

Obs. XXXI. — Pech (Joseph), de Fontiers-Cabardès, Aude, musicien ambulant, 62 ans (fumeur et joueur de clarinette, faisant appuyer alternativement sa pipe et son instrument sur le même point de la lèvre inférieure). Cancroïde. Ablation et guérison par l'excision en V (1854).

Obs. XXXII. — Perrier (Thomas), cultivateur, 53 ans, né à Mazan, Vaucluse ancien fumeur). Cancroïde de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1855).

Obs. XXXIII. — M. Ferrier, négociant à Avignon, 41 ans (poussant jusqu'à l'excès l'habitude de fumer), fut atteint d'un cancer à la partie latérale gauche de la langue. Opération consistant dans l'ablation de la moitié de cet organe; cautérisation avec le fer incandescent; récidive trois mois après; engorgement des ganglions sous-maxillaires, impossibilité d'une seconde opération. Le malade a succombé (1855).

Obs. XXXIV. — Charaix (Joseph), des Vans, Ardèche, cultivateur, 61 ans (ayant l'habitude de chiquer). Tumeur épithéliale ulcérée de la lèvre inférieure. Admis à l'hôpital Saint-Eloi en août 1856, il fut opéré et guéri par l'excision des parties affectées.

Obs. XXXV. — M... (Prosper), employé dans les forges de Bességes, Gard, 44 ans. Induration hypertrophique des amygdales, produite par l'habitude de fumer. Section d'une glande avec le histouri boutonné, et de l'autre avec le sécateur de Fahnestock; l'une des glandes présente l'aspect cancroïde (1856).

Obs. XXXVI. — Curvéillé (Jean), berger, 50 ans, de Saint-Guéry, Aveyron (fumant la pipe à tube court). Cancroïde de la lèvre inférieure. Excision. Guérison (1856).

Obs. XXXVII. — V... (Joseph), sergent dans un régiment de ligne, 31 ans (habitude de fumer et de chiquer), admis à l'hôpital Saint-Eloi pour un cancer de la langue. Cautérisation actuelle. Récidive; marche prompte; hémorrhagie; fièvre hectique. Mort (1856).

Obs. XXXVIII. — M. Antoine, âgé de 60 ans, propriétaire à Alais (usage habituel et invétéré de la pipe). Induration squirrheuse de la base de la langue; engorgement des ganglions sous-maxillaires. Inopérable (1856).

Obs. XXXIX. — Huc, âgé de 60 ans, distillateur à Mauguio, Hérault (habitude ancienne de fumer). Tumeur épithéliale de la langue. Excision. Guérison.

Obs. XL. — M. de M..., ancien général, 81 ans (habitude invétérée du cigare). Tumeur épithéliale ulcérée de la partie moyenne de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1856).

Obs. XLI. — Higounen (J.), 27 ans, cultivateur à Villeveyrac, Hérault. Tumeur cancroïde de la lèvre inférieure irritée par des cautérisations insuffisantes. Récidive immédiate après une excision; seconde opération consistant en une chéiloplastie composée, avec ablation de ganglions à la région sous-mentale; récidive après trois mois; accidents divers qui ont entraîné la mort (1856).

Obs. XLII. — Ressac (Pierre), domicilié près des Vans, Ardèche, 56 ans (batude de la pipe à tube court). Cancroïde de la lèvre inférieure. Opération; récidive; seconde opération à Montpellier (1856). Guérison.

Obs. XLIII. — Nautré (Baptiste), cultivateur, 45 ans, né à la Trinité, Camal, fut admis le 6 mai 1857 à l'hôpital Saint-Eloi, pour un vaste ulcère cancéreux occupant la commissure gauche et la lèvre inférieure, attribué à l'abus de la pipe. Lésion de l'os maxillaire; déviation des dents. Opération chéiloplastique composée. Guérison.

Obs. XLIV. — Bagot (François), tourneur, 41 ans, né à Tours, Indre-et-Loire (habitude invétérée de fumer et de placer la pipe à tube court du côté affecté). Cancer de la commissure des lèvres. Vérification de la nature cancéreuse de l'ulcération par le microscope; engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires. Non opéré (1857).

Obs. XLV. — Faujas (Laurent), voiturier, 53 ans, de Salon, Bouches-du-Rhône. Cancroïde de la lèvre inférieure et de la commissure gauche, par suite de l'abus de la pipe à tube court. Opéré à Aix en 1858; entré à l'hôpital Saint-Eloi en mars 1859; récidive; induration non limitée; engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires. Refus d'opération.

Obs. XLVI. — Jean (Joseph), cultivateur, 48 ans, né à Gallargues, Gard. Tumeur épidermique diffuse du bord libre de la lèvre, déterminée par l'habitude de fumer poussée à l'excès (1857).

Obs. XLVII. — Cabanis, propriétaire, 72 ans, né à Cournonterral, Hérault, ancien militaire (ayant l'habitude de fumer avec excès). Cancer des amygdales. Opération impossible. Mort (1857).

Obs. XLVIII. — Roux, commissionnaire à Marseille, 48 ans (fumant presque constamment). Induration squirrheuse de la face interne de la joue gauche; engorgement diffus des ganglions lymphatiques du même côté. Opération impossible (1857).

Obs. XLIX. — M. N..., ancien militaire, domicilié à Beaucaire, Gard, 48 ans. Cancer de l'amygdale droite et du voile du palais consécutif à l'habitude de fumer avec excès; engorgement ganglionnaire. Opération impossible (1857).

Obs. L. — M. B..., ancien négociant, 58 ans (habitude de fumer). Cancer de la face interne de la joue droite; engorgement des ganglions sous-maxillaires correspondants. Opération impossible (1857).

Obs. LI. — Anbery, voyageur de commerce, 58 ans, né à Orange, Vaucluse (ancienne habitude de fumer). Induration squirrheuse de la lèvre inférieure; participation morbide diffuse des ganglions sous-maxillaires. Non opérable (1858).

Obs. LII. — Docteur V..., 47 ans (fumeur déterminé). Epithélioma diffus et membraniforme du bord libre de la lèvre inférieure. Etat stationnaire (1858).

Obs. LIII. — M. G..., directeur de gymnase à Montpellier, 60 ans, ancien militaire (ayant contracté l'habitude de fumer), Epithélium diffus et membraniforme du bord libre de la lèvre inférieure. Etat stationnaire.

Obs. LIV. — B..., coiffeur à Cette, Hérault, 42 ans (fumant presque continuellement). Tumeur épithéliale ulcérée de la langue. Délais dans l'opération, à cause du peu d'énergie morale du malade; excision et cautérisation actuelle. Non guérison; progrès incessants. Mort (1858).

Obs. LV. — Billera, de Pia, Pyrénées-Orientales, 42 ans (habitude de fumer excessivement). Ulcère cancéreux à bords indurés, atteignant à la fois la base de la langue, les piliers et le voile du palais, ainsi que l'amygdale droite. Opération impossible (1858).

Obs. LVI. — Jérôme, ancien militaire, 62 ans, domicilié à Arles. Cancroïde de l'intérieur de la joue provoqué par l'action de fumer presque continuellement; tumeur verruqueuse de la lèvre inférieure; engorgement des ganglions sous-maxillaires (1858).

Obs. LVII. — Radier, cultivateur à Mauguio, Hérault, 66 ans (habitude in-

---

Il a fallu que des empêchements graves se rencontrassent pour que votre humble dût être représenté par le plus humble, le moins autorisé de vos vice-présidents. J'avais mille raisons pour décliner cette tâche dangereuse, mais MM. Duchartre, Moutagne, Decaisne et Brice en avaient tout autant, et de plus sérieuses encore pour rester à Paris, et il a paru convenable au conseil d'administration de la Société que je vinsse inaugurer cette session. Le savant auditoire qui me fait l'honneur de m'écouter avait droit d'attendre autre chose que ce que je pouvais lui donner; il comptait sur le haut enseignement des maîtres de la science, et non sur la parole d'un simple amateur. Mais, rassurez-vous; le président que vous allez choisir parmi vous, saura bien vous dédommager du temps que vous m'aurez accordé, sans utilité pour vous, mais non sans péril pour moi.

Commencez donc vos travaux sous le bienveillant patronage de l'autorité administrative de ce beau département, sous la protection éclairée d'un corps municipal qui a donné de si magnifiques preuves de son dévouement à la science en créant un jardin botanique qui, nous pouvons l'avouer sans peine, sera bientôt sans rival en France. Cette serre monumentale, ces eaux abondantes, tout promet une riche collection d'espèces rares, et sous la main de son habile directeur, le jardin botanique de Bordeaux ne tardera pas à devenir un établissement modèle. Suivons donc, chers collègues, ces guides excellents, et grâce à des maîtres habiles dont vous connaissez le mérite et le zèle, vous ne pouvez manquer de donner à cette session extraordinaire un éclat et une utilité dont la Société botanique de France ne se montrera pas moins reconnaissante que fière.

P. Ménière.

— Les nominations et mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux de Paris :

Deux places de médecins étaient vacantes par suite de la création d'une nouvelle place à l'hôpital Saint-Louis et de la mort de M. le docteur Baron.

M. le docteur Hillairet, médecin de l'hospice des Incurables (hommes), est nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. le docteur Ch. Bernard, médecin de la Direction des nourrices, est nommé médecin de l'hospice des Enfants assistés.

M. le docteur Richard (Xavier), médecin du Bureau central des hôpitaux, est nommé médecin de la Direction des nourrices.

M. le docteur Gallard, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hospice des Incurables (hommes).

vétérée de la pipe). Cancer de la langue. Refus d'opération. Mort (1858).

Obs. LVIII. — Germain, cultivateur, 76 ans, né à Eygalières, Bouches-du-Rhône (habitude de fumer la pipe). Cancer de la lèvre inférieure. Opération; récidive après huit mois (1859).

Obs LIX. — Jouve, de Châteauneuf-de-Gadagne, Vaucluse, 52 ans (fumeur depuis sa jeunesse). Cancroïde de la lèvre inférieure. Opération; récidive; seconde opération. Guérison (1859).

Obs. LX. — Brun, cultivateur à Manguio, 56 ans (habitude de fumer depuis sa jeunesse). Epithélium diffus du bord libre de la lèvre; excroissances verruqueuses et tumeur cornée près de la commissure gauche; excision cunéiforme de la lèvre. Guérison (1859).

Obs. LXI. — Lazuttes (Antoine), cantonnier, 46 ans, né à Saint-André, Hérault (fumeur déterminé). Admis à l'hôpital Saint-Eloi pour un cancroïde de la lèvre inférieure. Excision en V; suture entortillée. Guérison (1859).

Obs. LXII. — Gaston (Jean), ex-militaire, 30 ans, né à Octon, Hérault (fumant constamment la pipe). Cancer de la lèvre inférieure. Opéré chez lui; admis six mois après à l'hôpital Saint-Eloi pour une énorme tumeur cancéreuse des ganglions sous-maxillaires du côté gauche. Non opérable (1859).

Obs. LXIII. — Roussy (Jean-Baptiste), 46 ans, homme de peine, né à Ajaccio, Corse (ancienne habitude de la pipe). Epithélioma commençant sur la moitié droite du bord libre de la lèvre inférieure; usure des dents par le tuyau de la pipe dans le point correspondant de l'épithélioma (1859).

Obs. LXIV. — Morel (Gaspard), 47 ans, propriétaire à Médéah, Afrique (habitude invétérée de la pipe). Petite tumeur épithéliale du bord libre de la lèvre. Excision cunéiforme sur l'épaisseur de la lèvre; réunion cutanéo-muqueuse d'avant en arrière. Guérison (1859).

Obs. LXV. — Courtasse (Jacques), 57 ans, de Mérindol, Vaucluse (habitude de fumer). Cancer de la face interne de la joue gauche étendu au rebord gengival du maxillaire inférieur. Opération consistant en une excision des parties saillantes et accessibles à l'action des ciseaux courbes; cautérisation avec le fer rouge (1859).

Obs. LXVI. — Vidal (Jean), cultivateur, 36 ans, né à Mayres, Ardèche (abus de la pipe à tube court); usure des dents sur lesquelles appuyait le tuyau. Cancroïde de la lèvre inférieure. Excision en V. Guérison (1859).

Obs. LXVII. — Vidal (Claude), 19 ans, né à Lavérune, Hérault (habitude prématurée de fumer la cigarette). Cancroïde du côté gauche de la lèvre supérieure. Deux opérations successives suivies de récidive; propagation du mal à l'os maxillaire et aux fosses nasales; troisième opération avec excision de la cloison; rugination et cautérisation de l'os maxillaire. Apparence de guérison (1859).

Obs. LXVIII. — Flagniol, ferblantier, 45 ans, né à Montpellier (habitude du cigare et de la pipe depuis l'âge de 15 ans). Epithélioma de la lèvre inférieure, près de la commissure gauche. Usure complète des dents qui pressaient le tuyau de la pipe. Excision en V. Guérison (1859).

Cette énumération des principaux cas que nous avons recueillis dans une période assez courte nous paraît l'argument le plus démonstratif, eu égard à la puissance étiologique du tabac, pour la production du cancer de la bouche. La plupart des faits groupés dans le précédent tableau n'expriment pas une simple coïncidence de la maladie et de la cause provocatrice; mais ils établissent entre elles une corrélation véritable, dans ce sens que, chez les sujets atteints de cancer buccal, l'habitude de fumer était, ou poussée à l'excès, ou invétérée, ou entourée de circonstances significatives, telles que l'usage de la pipe à tube court, l'usure des dents, leur noircissement, témoignage d'une action locale incessante et du peu de souci que prenaient les malades de l'hygiène buccale. Nous n'insisterons pas sur ces particularités, déjà suffisamment développées dans les considérations qui précèdent et que nous avons étayées de preuves cliniques; mais nous extrairons de cette statistique quelques aperçus qui, réunis à des observations analogues, permettront d'établir la vérité sur la double base de l'expérience ordinaire et des chiffres, dont on ne saurait, au moins en matière d'étiologie, contester la valeur.

Sur les 68 observations qui composent notre tableau statistique, nous trouvons 1 malade seulement dont l'âge était au-dessous de 20 ans; 2 étaient âgés de 20 à 30; 6 de 30 à 40; 21 de 40 à 50; 18 de 50 à 60; 15 de 60 à 70; 4 de 70 à 80; 1 avait dépassé 80 ans. Ainsi, le minimum de l'effet produit correspond à l'âge auquel la cause n'a pas eu le temps d'agir, c'est-à-dire à l'adolescence et à la jeunesse. Le nombre des cancers s'accroît à la période de la virilité, et c'est surtout après l'âge de 40 ans qu'on voit la maladie se manifester le plus fréquemment. Celle-ci est encore très-commune entre 50 et 60 ans; mais elle diminue tout d'un coup et très-sensiblement après cette période de la vie, soit parce que, dans une population donnée, le nombre des individus qui ont atteint cet âge est moindre, soit parce que la longue résistance que les parties ont montrée à l'action irritante et provocatrice du tabac peut être considérée comme un témoignage de l'absence d'une disposition générale pour le cancer. Nos chiffres concordent avec ceux qu'a rassemblés M. Lebert pour le cancroïde de la lèvre. Les périodes extrêmes de la vie en sont exemptes sur les 17 cas recueillis par cet observateur, et le plus grand nombre se sont montrés entre 45 et 50 ans.

Le cancer des fumeurs ne se développe pas indifféremment sur toutes les parties de la bouche; nous en avons déjà apprécié les motifs; mais il peut être intéressant de confirmer, au moyen de la statistique, les données fournies par l'observation commune. Ainsi nous constatons que, sur nos 68 cas, 43 se sont manifestés primitivement à la lèvre inférieure, 2 seulement à la lèvre supérieure, 4 à l'une des commissures, 1 aux gencives, 6 à la face interne de la joue et plus souvent à la joue gauche, 7 à la langue et 5 aux amygdales ou au voile du palais. Cette prédominance pour la lèvre inférieure se rapporte à toutes les influences locales que nous avons analysées; le chiffre qui l'exprime est presque double de celui qui représente tous les autres cas réunis. Le cancer de la langue et celui de la joue viennent ensuite dans l'ordre de fréquence, et nous devons noter que ce sont les parties les plus directement en contact avec la pipe ou les produits de la combustion du tabac, c'est-à-dire celles qui supportent de la manière la plus constante le courant de la fumée irritante, l'action de la chaleur locale ou le contact direct de la pipe ou du cigare. La plupart des malades qui présentaient des cancers de la langue ou des joues avaient coutume d'enfoncer la pipe très-avant dans la bouche, de manière à ce que la langue heurtât cette extrémité dans ses mouvements, ou que le tuyau, maintenu obliquement entre les dents serrées, allât toucher habituellement le même point de la face interne de la joue, qui recevait ainsi le premier jet de fumée sur la partie déjà irritée. Les gencives et la muqueuse de la voûte palatine sont les parties de la bouche qui paraissent le moins atteintes du cancer buccal chez les fumeurs, et lorsque les tumeurs qu'on rapporte au groupe des affections cancéreuses atteignent ces parties, elles revêtent plutôt l'organisation dite fibro-plastique que celle qui appartient à l'épithélioma ou au cancer hétéromorphe.

Notre statistique établit de la façon la plus évidente que le cancer des fumeurs est surtout représenté par l'épithélioma, désigné aussi sous les noms de cancroïde ou de cancer épidermique. Sur nos 68 observations, nous le retrouvons 50 fois avec des caractères qui ne permettent pas l'équivoque. Tantôt cette forme a été établie sur des apparences extérieures suffisantes pour exclure le doute, tantôt la vérification microscopique a apporté sur ce point son critérium. Sur les 18 cas où le cancer a présenté des formes plus graves, nous avons observé les variétés du squirrhe et de l'encéphaloïde, et plus souvent cette dernière, dont les progrès sont plus rapides et les suites plus menaçantes.

L'épithélioma peut donc être considéré comme la forme ordinaire du cancer des fumeurs, et, toute réserve faite pour l'existence d'une diathèse sans laquelle la cause provocatrice eût été insuffisante, nous sommes fondé à reconnaître, avec l'appui des faits, qu'une influence externe et locale remplit le rôle principal dans la production de cette espèce de cancer. Dans l'analyse étiologique du cancer, on fait généralement une part si secondaire aux causes externes et locales, qu'il est utile d'inscrire les faits qui prouvent que cette influence est bien réelle. Ce détail d'observation a du moins l'avantage de réagir sur le pronostic et la thérapeutique, car la variété de cancer qui en résulte implique moins de gravité dans sa marche naturelle, et elle est plus heureusement accessible aux ressources du traitement chirurgical. Au reste, le cancer des fumeurs n'est pas la seule variété d'épithélioma où la cause externe remplisse un rôle producteur important. Le contact répété de certains corps irritants donne lieu à un résultat analogue. C'est ainsi que, chez les ramoneurs, en Angleterre, la suie provenant de la combustion de la houille exerce sur la peau du scrotum la même action que le produit de la combustion du tabac sur la muqueuse buccale, et qu'on peut rapprocher le *cancer des ramoneurs*, décrit par Pott, du *cancers des fumeurs*, qui fait l'objet actuel de notre étude. La suie, accumulée dans les plis du scrotum, y détermine à la longue une irritation qui accroît et dénature la sécrétion épidermique, de même que le contact de la fumée du tabac, secondé par la chaleur du tuyau de la pipe, excite le tissu de la lèvre et provoque l'apparition de l'épithélioma. Il serait facile de multiplier les exemples qui prouvent que des irritations répétées sur un même point de la peau y suscitent l'apparition du cancroïde. Déjà Marjolin avait remarqué que cette espèce de cancer s'empare quelquefois des cautères anciens,

où la présence d'un corps étranger entretient une excitation sécrétoire. Nous donnons des soins en ce moment à un malade qui est atteint d'une lésion de ce genre développée sur un cautère qu'il porte à la jambe depuis plus de vingt ans. Un effet semblable se produit dans d'autres circonstances. Nous l'avons spécialement noté pour le cancer du dos de la main et pour celui du dos du pied. Ces lésions, l'une des variétés les mieux établies du cancer cutané, succèdent fréquemment à des frottements répétés et irritants, à l'action de se gratter ou à toute autre stimulation réitérée, surtout lorsque des eczémas chroniques ont altéré préalablement la sensibilité et la sécrétion épidermique locales.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

III. JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN;

Publié par les docteurs BEHREND et HILDEBRAND.

Les trois premiers doubles cahiers de l'année 1858 renferment les mémoires originaux suivants: 1° *Traitement du croup par les fomentations froides et par le sulfate de cuivre;* par M. Pudon. 2° *Sur le croup et sur la trachéotomie;* par le docteur E. (Travail monographique.) 3° *Quelques mots sur la pathologie et le traitement des difformités du pied;* par le docteur Eulenburg. (Revue des divers modes de difformités que présente le pied et indication du mécanisme de leur production. Premier article.) 4° *Inversion de l'intestin grêle à travers un déverticule resté ouvert à l'ombilic;* par le docteur Gesenius. 5° *Sur l'emploi de la viande crue dans la diarrhée des enfants qui survient après le sevrage;* par le docteur Weisse. 6° *Des changements qui surviennent dans la physionomie et dans les gestes des enfants malades;* par le docteur Herrmann. 7° *Laryngite chronique chez un enfant d'un an, guérie par l'eau sulfureuse de Weilbach;* par le docteur Gabriel. 8° *Quatre cas de suppuration et de perforation de l'appendice vermiculaire;* par le docteur A. Mortens. (Deux de ces cas ont été observés par l'auteur sur de jeunes enfants; dans l'un d'eux la perforation avait été déterminée par un noyau de cerise.) 9° *Communications extraites des actes de la Société des médecins de Suède pendant les années* 1853, 1854 *et* 1855; par le docteur von dem Buch: *a. Pneumothorax et pleurite chez un jeune enfant. b. Aiguilles introduites dans le corps chez deux enfants.* (Deux observations relatives à de grosses aiguilles à châle avalées par des enfants; dans un cas, l'aiguille sortit sous la peau de la poitrine; dans l'autre, elle fut rendue par les selles.) *c. Convulsions chez un enfant traitées par des inhalations de chloroforme.* (L'enfant guérit après plusieurs inhalations successives faites au début de l'accès.) *d. Récidive de rougeole. e. Colite avec altération des follicules du gros intestin. f. Suites funestes de la morsure d'un chien sur une petite fille.* (Cas de rage survenue quarante-cinq jours après la morsure; mort.) 10° *Affinités entre la scarlatine et la rougeole;* par le docteur Küttner. 11° *Quelques remarques sur la dystrophie des enfants;* par le même. (Considérations sur l'atrophie que l'auteur appelle dystrophie, c'est-à-dire sur la nutrition incomplète chez les enfants.) 12° *Communications tirées de l'hôpital des Enfants de Vienne;* par le docteur Luzsinsky. (Communication de la syphilis de la nourrice à l'enfant; croups graves guéris par la méthode suivie dans l'établissement.) 13° *Communications pædiatriques;* par le docteur Pnasch. (Diverses observations parmi lesquelles celle de l'expulsion d'un ténia chez un enfant de 21 mois.) 14° *Quelques remarques sur le traitement du docteur Luzinsky contre le croup;* par le docteur Hauner. 15° *Des épanchements séreux dans leurs rapports avec la scarlatine;* par le docteur Graily Hewitt. (Relation d'un cas de maladie terminé par la mort que l'auteur attribue à un épanchement séreux survenu subitement dans la cavité de la plèvre et du péricarde. Il n'y avait pas eu d'éruption scarlatineuse; mais l'auteur, qui n'a vu l'enfant qu'au moment de sa mort, n'hésite pas à considérer la maladie comme une scarlatine.) 16° *Sur la tuberculose et la scrofulose des enfants;* par le docteur H. Engert. (Tableau et description des cas de scrofules et d'affections tuberculeuses observés pendant un an à l'hôpital des Enfants à Münich, sur 2,916 malades.) 17° *Pour servir à la pathologie du céphalhématome des nouveau-nés;* par le docteur Brünnicke.

DU TRAITEMENT DU CROUP PAR LES FOMENTATIONS FROIDES ET PAR LE SULFATE DE CUIVRE; par le docteur PUDON.

On est un peu revenu, aujourd'hui, des idées qui dirigeaient autrefois le médecin dans le traitement du croup. On convient assez généralement du danger des émissions sanguines, à cause de la dépression des forces qui accompagne ordinairement cette maladie. L'auteur aussi partage cette manière de voir et recommande d'une manière toute particulière les fomentations froides et le sulfate de cuivre. Il fait appliquer sur le cou des compresses imbibées d'eau froide, et qu'il renouvelle toutes les six heures. Il donne le sulfate de cuivre à la dose de 2 grammes dans 120 grammes de véhicule, une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure chez les enfants de 6 ans. Pour les enfants d'un an, il prescrit 10 centigr. toutes les demi-heures. Dans un cas suivi de guérison, on a consommé, dans l'espace de vingt-quatre heures, 64 grains, c'est-à-dire plus de 3 grammes de sel de cuivre.

SUR L'EMPLOI DE LA VIANDE CRUE DANS LA DIARRHÉE DES ENFANTS QUI SURVIENT APRÈS LE SEVRAGE; par le docteur WEISSE (de Saint-Pétersbourg).

La plupart des médecins connaissent maintenant l'influence favorable qu'exerce la chair crue sur la nutrition des enfants débiles. Cette médication, recommandée par le docteur Weisse il y a près de vingt ans, est aujourd'hui regardée par l'auteur comme un véritable spécifique contre la diarrhée des enfants. Il donne la viande crue râpée, à l'exclusion de tout autre médicament, et il a remarqué que cette substance arrête la diarrhée et calme la soif qui tourmente les petits malades. L'auteur fait observer que ce n'est pas le suc de la viande, mais la chair elle-même qui produit ce résultat. Le médicament administré à des enfants plus âgés reste sans effet.

On a remarqué que l'usage de la viande crue favorise le développement du ténia, ce qui n'a plus aujourd'hui rien d'étrange quand on se rappelle le mode de production et les pérégrinations de cet hôte incommode.

QUELQUES REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DU DOCTEUR LUZSINSKY CONTRE LE CROUP; par le docteur HAUNER (de Münich).

Nous avons rendu compte (GAZ. MÉD., 1859, n° 1, p. 11) de la méthode conseillée par M. Luzsinsky dans le traitement du croup; c'est contre cette méthode appliquée d'une manière absolue que s'élève le médecin bavarois. Ce dernier voit surtout dans le vrai croup une affection locale particulière à l'enfance et dont il faut avant tout rechercher la cause dans l'organisation du larynx de l'enfant; il croit que l'anatomie et la physiologie de cet organe jetteraient du jour sur la nature de la maladie. (Nous doutons que cette opinion soit admise par tous les praticiens.) Il insiste pour qu'on distingue le croup laryngé (vrai croup) du croup diphthérique; c'est ce dernier qui est souvent déterminé par une dyscrasie du sang. Quant au traitement, il doit varier, d'après M. Hauner, suivant les cas individuels, et le mercure, les émissions sanguines, comme les vomitifs ou le froid, peuvent rendre des services. La trachéotomie est indiquée dans le croup laryngé ou trachéal, elle l'est rarement dans le croup diphthérique. Cette dernière forme réclame la cautérisation, les vomitifs, les alcalins et les toniques; jamais le calomel, ni les émissions sanguines, ni les vésicatoires, ni les purgatifs.

IV. DEUTSCHE KLINIK;

Publiée par le docteur ALEXANDRE GOESCHEN.

Les principaux articles contenus dans les numéros du premier semestre de 1858 portent les titres suivants (1): 1° *Pourquoi la malaria est surtout nuisible après le coucher du soleil et pendant la nuit;* par le docteur Th. Plagge. (L'auteur rappelle le rôle que joue la lumière sur les corps organisés et sur les actions chimiques de ces corps, puis la différence entre les émanations miasmatiques qui, pendant le jour, se dissolvent dans l'atmosphère, tandis que, le soir, elles se condensent dans les vapeurs qui s'élèvent du sol.) 2° *Sur le traitement élec-*

(1) Nous retranchons de cette énumération les titres des rapports cliniques.

trique de l'impuissance; par le docteur Jules Althaus. 3° *Cas de surdi-mutité guérie par M. Bamberger*; par le docteur W. Kramer. (L'auteur montre que cette prétendue guérison est fictive.) 4° *Sur la valeur antiparalytique des courants induits*; par R. Remak. 5° *Remarques physiques et physiologiques sur l'électrothérapie*; par I. Rosenthal. 6° *Action de l'asparagine sur le pouls*; par W. Jacobi. (Résultats à peu près négatifs, c'est-à-dire n'amenant pas sensiblement un ralentissement du pouls.) 7° *Proposition d'un traitement abortif du typhus*; par le docteur Kortüm. 8° *Études sur le croup, le pseudocroup et l'asthme de Millar*; par le docteur Kerli. (Parallèle entre ces trois affections; rien de particulier sur le traitement.) 9° *Œdème de la glotte*; par le docteur Kremling. (Histoire d'un œdème de la glotte terminé subitement par la mort avant qu'on ait eu le temps de pratiquer la laryngotomie.) 10° *Épidémie de dyssenterie dans le cercle de Münster, pendant les mois d'août à novembre* 1857; par le docteur Biederlack. 11° *Terminaison rare du diabète sucré*; par le docteur Steinthal. (Mort avec symptômes cérébraux; abcès occupant la moitié postérieure de la couche optique gauche.) 12° *Histoire d'un pessaire qui a pénétré dans le rectum par la paroi recto-vaginale*; par le docteur Lüders. (Pessaire introduit avec violence; au bout de quelque temps, pénétration dans le rectum et séjour de plus d'une année dans cet intestin, à l'insu des médecins traitants; ulcération de la paroi recto-vagioale, suivie de perforation; sortie du pessaire par l'intestin.) 13° *Études et observations sur les pertes séminales*; par le docteur Dicenta. (Considérations purement nosologiques; pour le traitement, l'auteur renvoie à un ouvrage spécial qu'il a publié sur la matière.) 14° *Anesthésie universelle périphérique*; par le docteur Binz. (L'anesthésie était si complète qu'on pouvait piquer la malade avec une forte aiguille sans qu'elle ressentît aucune douleur. La guérison eut lieu au bout de six jours par des sudorifiques et des frictions.) 15° *Influence du climat, de la saison et du sol sur la production des maladies*; par le docteur Helfft. (Travail de statistique.) 16° *Mort par le chloroforme*; par le docteur Binz. 17° *Deux cas d'hypertrophie du foie avec ascite, observés à Carlsbad pendant la saison de* 1857; par le docteur Fleckles. 18° *Accidents toxiques produits par des œufs de barbeau*; par le docteur de Franque. 19° *Bandes élastiques pour le pansement des fractures*; par le docteur Ed. Zeis. 20° *De la taille sus-pubienne et de la suture de la vessie*; par le docteur Lotzbeck. (Opérations préconisées par l'auteur.) 21° *Expériences sur les injections dans les bronches*; par le docteur Gerhardt. (Ces expériences, entreprises à la clinique du professeur Griesinger, ont eu pour résultat de pouvoir introduire une sonde dans le larynx après avoir préalablement émoussé cet organe à l'aide d'une éponge trempée dans une solution d'acide nitrique.) 22° *Empyème avec déplacement considérable du cœur*; par le docteur Becker. 23° *Maladies des régions tropicales appartenant au système des Cordillères, y compris le Chili*; par le docteur Meyer-Ahrens. 24° *Remarques sur quelques actions des bains chauds en général et de ceux de Pyrmont en particulier*; par le docteur Valentiner. 25° *Résultats de mes observations sur les injections intra-utérines dans le but da produire l'accouchement prématuré artificiel*; par le docteur Birnbaum. (Résultats très-favorables.) 26° *Forme particulière de gangrène observée en* 1857 *sur un grand nombre de malades, à l'hôpital de Dresde*; par le docteur Zeis. 27° *Des matières solides excrétées par les poumons*; par E. Wiederhold, étudiant. (Dissertation montrant que le poumon excrète des chlorures sodique et ammoniaque, de l'acide urique, de l'urate de soude et de l'urate d'ammoniaque.) 28° *Conditions et marche de l'inflammation*; par le professeur Neumann. 29° *Remarques pratiques sur le traitement du croup*; par le docteur Kortüm. 30° *Formation d'une poche dans les hernies inguinales étranglées*; par le docteur Hartung. (Poche qui se forme entre le fascia et le muscle transverse, et dans laquelle s'engage une anse de l'intestin; la section de l'anneau dégage cette anse intestinale.) 31° *Influence des saisons sur la conception*; par le docteur Helfft. (Statistique sans résultat; en Suède, le plus grand nombre de conceptions a eu lieu au mois de décembre, et le plus petit en septembre et en octobre; à Montpellier, le plus grand nombre correspond au mois de février, le plus petit aux mois d'août et de septembre.) 32° *Sur l'essence de la fièvre*; par le docteur Proelss. 33° *L'inflammation aiguë du tympan*; par le docteur W. Kramer. (Monographie de cette affection; l'auteur donne tous les détails du traitement, qui est émollient, quelquefois antiphlogistique et dérivatif.) 34° *Sur la resection de l'articulation du coude*; par le docteur Biefel. 35° *Considérations physiologiques et pathologiques sur l'électrothérapie*; par le docteur Paul Niemeyer. 36° *Matériaux pour servir à la statistique des maladies chirurgicales*; par le docteur Oscar Heyfelder.

TRAITEMENT DE L'IMPUISSANCE PAR L'ÉLECTRICITÉ;
par le docteur Jules Althaus.

Obs. — L'auteur fut consulté par un homme de 45 ans, fortement constitué et père d'enfants bien portants, qui se plaignait, depuis près d'un an, d'absence complète d'érection.

Après un examen attentif des parties sexuelles et de nombreuses questions sur les antécédents, l'auteur s'arrêta à l'idée d'une paralysie des muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux, et résolut d'employer l'électricité.

Le malade fut placé comme pour l'opération de la taille latérale; le pénis et le scrotum étant ramenés en haut vers le bas-ventre, l'auteur humecta le périnée et fit passer, à travers les deux muscles précités, le courant de premier ordre d'un appareil à induction, à l'aide d'excitateurs métalliques entourés de peau de gants mouillée. Il commença par un courant faible avec des intermissions lentes, mais bientôt le malade, n'éprouvant aucune douleur, il augmenta la force du courant et la vitesse des interruptions.

L'effet justifia l'attente du médecin; deux jours après la première séance, le malade eut une érection. Au bout de la seconde séance, qui dura dix minutes, comme la première, le malade put exercer le coït.

Une récidive étant survenue, cet homme fut encore soumis à l'action de l'électricité pendant quatre séances et guérit complétement.

PROPOSITION D'UN TRAITEMENT ABORTIF DU TYPHUS;
par le docteur A. Kortüm.

Le moyen que propose l'auteur consiste dans des lotions avec une solution de chlorure de chaux, dans la proportion de 4 grammes sur 500 grammes d'eau. Ces lotions sont faites trois fois par jour, et le malade porte en outre, sur l'abdomen, un drap mouillé qu'on renouvelle deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Les observations que donne l'auteur à l'appui de sa proposition montrent qu'il a eu affaire à des typhus parfaitement caractérisés et dont la marche a été enrayée, la guérison étant arrivée beaucoup plus tôt que si la maladie avait eu son cours habituel.

L'auteur regarde la peau comme le siége principal de la matière toxique qui donne au typhus son caractère, et il croit que c'est dans les capillaires de la peau que le sang se charge de ce virus pour le disséminer dans l'organisme; le chlorure de chaux, suivant cette manière de voir, neutralise le virus.

L'auteur termine en priant ses confrères les médecins d'employer ce mode de traitement, et d'en faire connaître les résultats.

MORT PAR LE CHLOROFORME; par le docteur Binz, à Bonn.

Obs. — L'auteur fut appelé par un jeune étudiant pour opérer une cicatrice difforme qu'il portait sur le front. Ce jeune homme, doué d'une forte constitution, jouissait d'une excellente santé, mais buvait habituellement beaucoup de bière.

Le chloroforme ayant été proposé et accepté sans difficulté, le jeune homme s'étendit sur un canapé, la tête et la poitrine appuyées contre le côté de ce meuble. On ouvrit les fenêtres, on desserra les vêtements et l'on fit respirer une première dose de chloroforme versée sur un mouchoir plié à plat.

Cette première dose n'ayant été suivie d'aucun effet, on administra une seconde dose qui produisit quelques délires gais.

Après la troisième dose, et au moment où l'on s'apprêtait à en donner une quatrième, H... se redressa tout à coup, roidit et fléchit les bras, sa face se colora vivement, il prononça quelques mots, puis tomba aussitôt dans un profond collapsus; les traits pâlirent et se contractèrent, le malade poussa trois inspirations stertoreuses et inclina la tête en arrière; il était mort.

Tous ces phénomènes avaient duré dix à douze secondes.

A l'autopsie, on trouva les vaisseaux du cerveau gorgés d'un sang noir; le cœur était flasque, pâle et vide, tandis que les deux veines caves renfermaient des caillots abondants.

Dans les réflexions qui accompagnent la relation de ce fait, l'auteur déclare que toutes les précautions avaient été observées avec soin, et qu'on avait consommé au plus 6 gros (soit 23 grammes) de chloroforme. Cependant nous ferons remarquer qu'il n'est pas fait mention, dans cette relation, de la distance à laquelle on tint le mouchoir devant la figure du patient; il est dit simplement que le mouchoir fut tenu suivant la méthode ordinaire. Or il est possible que le mouchoir ait été mis trop près du nez, et que le chloroforme ait été respiré pur ou presque pur, c'est-à-dire sans mélange d'air atmosphérique. Ensuite n'a-t-on pas fait succéder trop rapidement les doses les unes aux autres? Sans nier d'une manière absolue qu'il soit possible que certaines idiosyncrasies se refusent à supporter l'action du chloroforme,

nous pensons que, le plus souvent, la mort doit être attribuée à une trop grande quantité de chloroforme respirée à la fois sans mélange d'une quantité suffisante d'air atmosphérique.

SYMPTÔMES D'EMPOISONNEMENT PRODUITS PAR DES OEUFS DE BARBEAU; par le docteur FRANQUE.

On a souvent dit que les œufs de certains poissons avaient quelquefois des propriétés toxiques. Le barbeau étant un poisson commun, il n'est pas inutile de reproduire le fait suivant.

OBS. — On avait servi des barbeaux frits avec leurs œufs. Quatre personnes qui avaient mangé de ces œufs tombèrent malades; les autres, qui n'avaient mangé que du poisson, n'éprouvèrent aucun accident. Deux filles (8 et 13 ans) ressentirent peu après des maux de tête; il y eut vomissement et diarrhée, puis tout rentra dans l'ordre.

La mère et une fille de 18 ans ne tombèrent malades que quatre heures après le repas : vomissements abondants et diarrhée comme dans une attaque de choléra, coliques, crampes, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, etc.

La réaction n'eut lieu que le lendemain dans l'après-midi, la fièvre dura encore quelque temps, puis il ne resta qu'un léger gastricisme.

REMARQUES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DU CROUP; par le docteur KONRÜM.

L'auteur recommande les vomitifs et par-dessus tout le tartre stibié, qu'il n'est pas éloigné de regarder comme un spécifique dans le traitement du vrai croup. Seulement il dit que le succès dépend du mode d'administration du médicament. Il est essentiel, suivant lui, de ne donner que de faibles doses à la fois et de laisser entre ces doses un intervalle de deux heures, pour que l'émétique ait le temps d'agir.

Les doses sont, pour les petits enfants, de 1/16 à 1/8 de grain; pour les enfants de 2 à 8 ans, la dose peut être, en moyenne, de 1/4 de grain et ne doit pas dépasser 1/2 grain.

L'auteur ne tient pas à produire promptement l'effet vomitif; il se tient pour satisfait quand l'émétique commence à agir par le bas.

(Nous craignons fort que l'auteur ne s'abuse sur la valeur thérapeutique de sa médication, et que cette dernière ne soit réellement efficace que dans des croups bénins ou même dans des pseudo-croups. Ce serait ici le cas de donner l'histoire de quelques croups traités de cette façon, on saurait du moins à quoi s'en tenir.)

V. ZEITSCHRIFT FUR DIE STAATS ARZNEIKUNDE.

Publié par le docteur FR.-J. BEHREND.

Les quatre cahiers composant l'année 1858 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Sur les taxes du personnel médical dans le duché de Hesse*, par le docteur Schreiber. 2° *L'idiotisme en Silésie, esquisse médico-légale*, par le docteur C. W. Klose. (Etudes sur les rapports entre l'idiotisme et la nature du sol. On compte en Silésie 1 idiot sur 3402 habitants, les hommes sont plus nombreux que les femmes; la maladie règne surtout dans la plaine.) 3° *Remarques sur l'étude de la priorité de la mort*, par le docteur Krügelstein. (L'auteur examine et discute les différents moyens d'apprécier l'antériorité de la mort quand la mère et l'enfant sont morts ensemble pendant l'accouchement ou quand plusieurs personnes ont péri ensemble dans une catastrophe.) 4° *Rapports de médecine légale*, par le docteur Maschka. (Huit rapports sur divers cas de médecine légale.) 5° *De la mélancolie stupide* (*melancholia attonita*), par le docteur Fr. Mauer. (Mémoire couronné; monographie dans laquelle l'auteur distingue cette forme de mélancolie de la stupidité proprement dite.) 6° *Des accouchements prématurés au point de vue médico-légal*, par le docteur Elsaner. (Relation des accouchements prématurés qui ont eu lieu à la Maternité de Stuttgart pendant seize ans; ces observations concernent des servantes non mariées de l'âge de 20 à 30 ans. Sur 4653 enfants nouveau-nés, il y a eu 340 naissances hâtives, dont 36 jumeaux, 125 morts-nés dont 85 en putréfaction, 415 nés vivants sur lesquels 239 moururent.) 7° *Nouveau projet de règlement concernant les maladies contagieuses*, par le docteur A.-W.-F. Schultz. 8° *Cas d'hydrophobie spontanée*, par le docteur Henrich. 9° *Liste de population, de naissance, de mariage et de décès dans la Frise orientale*, par le docteur Zitting. (Travail de statistique.) 10° *Sur la valeur de la vaccination*, par le docteur Riecke. (Réflexions sur l'efficacité de la vaccine et sur la nécessité des revaccinations.) 11° *Vaccination et revaccination*, par le docteur Cansé. (L'auteur estime à dix ou douze ans la durée de l'action préservatrice du vaccin; il ne veut pas qu'on vaccine des enfants âgés de moins de 6 mois, à moins qu'il ne règne une épidémie de variole; il demande que la revaccination soit obligatoire.) 12° *De la surveillance que la police doit exercer sur la qualité de la farine et du pain*, par le docteur Krügelstein. (Moyens de reconnaître les sophistications.) 13° *De la surveillance relative à la pureté et à la bonté de la bière*, par le même. 14° *Mouvement de la population dans la Franconie moyenne pendant les années* 1851 à 1856, par le docteur Charles Majer. 15° *Sur les honoraires des médecins légistes en Bavière*, par le docteur Miller. 16° *Quelle blessure est immédiatement mortelle et quelle blessure est mortelle par une cause consécutive?* par le docteur Hoffmann. 17° *Discussion de quelques questions relatives à la police médicale*, par le docteur Loehr. 18° *Défense des médecins légistes contre les attaques des jurisconsultes*, par le docteur Albert. 19° *Affection cérébrale mortelle produite par des coups portés avec la main sur la région temporale droite*, par le docteur Roth. (Inflammation du périoste, carie des os du crâne, abcès cérébral, etc., que l'auteur attribue à un coup sur la tête donné à une petite fille de 11 ans, par sa maîtresse.) 20° *Suites mortelles d'un soufflet*, par le même. (Cas analogue; petite fille de 11 ans frappée par son maître d'école; depuis ce moment violents maux de tête, mort 2 mois après, désordres cérébraux. 21° *L'accusé F. a-t-il agi par méchanceté ou est-il atteint d'affection mentale?* par le docteur Wittcke. (Rapport juridique.) 22° *Cas de matricide*, par le docteur Albert. (Rapport juridique.) 23° *Quelles sont les blessures immédiatement ou consécutivement mortelles?* par le professeur E. Buchner. 24° *Lésion mortelle d'un enfant dans l'utérus par rupture vasculaire et extravasation*, par le docteur Behr. (Fille accusée d'infanticide; il fut prouvé que la mort de l'enfant provenait d'une chute faite par la mère quelques jours avant ses couches.) 25° *Matériaux pour servir à apprécier l'état des facultés des incendiaires*, par le professeur Hofmann. (Sept rapports juridiques sur des cas d'incendie.) 26° *Etablissement d'une maison mortuaire à Volkach*, par le docteur Brunner. 27° *Sur le suicide, l'homicide, l'infanticide, la mort par ivresse ou par divers accidents en Suède*, par le professeur Berg. (Travail de stastistique.) 28° *Sur des états douteux de l'âme*, par les docteurs Brunner et Vezin. (Deux rapports judiciaires sur des personnes soupçonnées de dérangement intellectuel.)

SUR LES TAXES DU PERSONNEL MÉDICAL DANS LE DUCHÉ DE HESSE; par le docteur CHARLES SCHREIBER.

Long mémoire dans lequel l'auteur expose la législation qui régit le duché de Hesse et divers États de l'Allemagne, au sujet des honoraires dus aux médecins. Nous voyons dans ce travail que les médecins employés par l'État ont, outre leurs appointements fixes, le droit d'imposer une taxe pour leurs visites. Mais cette taxe est extrêmement restreinte. Ainsi une consultation à domicile est payée, la première 30 centimes environ, les suivantes 15 centimes; une visite sur un point quelconque du district se paye 50 centimes la première, et les suivantes 30 centimes; une consultation écrite 30 centimes, un certificat 20 centimes, etc. Parmi les précautions minutieuses qui sont prises, sans doute pour prévenir les abus, se trouve le règlement du nombre de visites qu'un médecin peut faire par jour. Dans les cas les plus graves, la loi ne tolère que deux visites par jour; toutes celles qui seraient faites en plus ne doivent pas figurer sur le compte.

L'auteur propose des réformes, et il donne à la suite de son travail une longue série de tableaux, dans lesquels il indique des honoraires non-seulement pour les médecins, mais aussi pour les accoucheurs et les chirurgiens. Il donne aussi dans ces tableaux la taxe actuellement en vigueur en Prusse, dans le Hanovre, le Wurtemberg, la Bavière et le duché de Bade. Il demande que les prix varient suivant les fortunes. — Nous n'avons rien à envier à un pareil état de choses; le médecin en Allemagne est, à ce qu'il paraît, un honnête marchand qui vend son temps, ses courses, ses soucis et son intelligence d'après une taxe bien plus uniforme que celle des boulangers ou des bouchers.

CAS D'HYDROPHOBIE SPONTANÉE; par le docteur HENRICH (à Mayence).

OBS. — Le 30 mai 1851, l'auteur fut appelé à dix heures du matin auprès d'un ouvrier âgé de 30 ans, qui, quoique marié, vivait en concubinage avec une veuve et avait encore une autre maîtresse. Il se plaignait de douleurs déchirantes dans la tête, partant du front pour se diriger vers l'occiput; il se sentait en même temps très-fatigué et avait comme un commencement de coryza; enfin il disait éprouver de temps à autre des frissons par tout le

corps, quoique la température de la peau et le pouls fussent à l'état normal. La nuit a été agitée. L'auteur se borna à prescrire une potion diaphorétique, le séjour au lit, la diète et, si les maux de tête continuaient, six sangsues derrière les oreilles.

A sept heures, le médecin est appelé en toute hâte; il trouve le malade assis sur son lit, les traits pâles exprimant une forte angoisse, la face couverte de sueur, les yeux brillants, humectés de larmes, la conjonctive injectée; la voix est rauque, la parole courte, précipitée, anxieuse. Douleur au con, avec sentiment de constriction à la gorge, sur la poitrine et à l'épigastre; soif intense sans pouvoir avaler; le malade se plaint d'avoir la bouche sèche et cependant il salive abondamment. La respiration est très-inégale, tantôt courte et précipitée, tantôt profonde; dès que le spasme a cessé, il respire facilement, mais ces intermittences de l'état spasmodique sont très-courtes.

Les questions adressées par le médecin sur les antécédents de cet homme n'amenèrent aucun éclaircissement; il apprit qu'il avait été mordu par un chien, mais la morsure n'avait pas même percé la botte, et d'ailleurs le chien n'était nullement malade. L'auteur ayant examiné sa gorge ne trouva qu'une très-faible rougeur et d'abondantes mucosités sur la langue et dans le pharynx. Ayant essayé de faire boire le malade, celui-ci y consentit avec peine; au milieu des plus violentes angoisses, il approcha le verre de ses lèvres; mais à peine eut-il pris quelques gouttes d'eau qu'il lança au loin le verre et fut saisi de convulsions.

Le soir, à huit heures, le malade fut transporté dans un hôpital et placé dans une chambre particulière. On mit un vésicatoire sur la partie inférieure du cou et la partie supérieure de la poitrine, et on prescrivit de donner toutes les heures une poudre composée d'un grain de camphre, d'un demi-grain d'ipéca et d'opium et de 10 grains de sucre. La nuit fut très-orageuse, le spasme du pharynx persista au même degré.

Le lendemain aucun changement; on pratique, sur la demande du malade, une saignée qui reste sans effet; teinture d'opium mêlée à du sucre et placée sur la langue; frictions mercurielles le long du dos. On appliqua plus tard de la morphine (10 centigr. par dose) sur le vésicatoire; puis on eut recours au chloroforme qu'il ne put supporter. Enfin, à six heures du soir, il fut pris d'opisthotonos et mourut au milieu de l'accès.

Les lésions constatées par l'autopsie étaient insignifiantes, un du moins ne se trouvaient nullement en rapport avec la violence de la maladie. On ne vit rien de particulier ni dans le système nerveux, ni dans l'estomac, les poumons ou la gorge.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CHEVREUL.

NOTE SUR LA DURE-MÈRE OU PÉRIOSTE INTERNE DES OS DU CRANE ; par M. FLOURENS.

Dès 1829, dit M. Flourens, étudiant la régénération des os du crâne à l'occasion de mes expériences sur le cerveau, je m'exprimais ainsi :

« Si on enlève le périoste d'un os du crâne, la lame externe de cet os seule se nécrose et tombe; mais, au bout d'un certain temps, il se forme un nouveau périoste et une nouvelle lame externe.

Si on enlève le périoste, l'os et la dure-mère, il se forme d'abord un nouveau périoste et une nouvelle dure-mère..., et puis un nouvel os entre ces deux membranes (1).

Je disais de plus : « Toute la portion de dure-mère enlevée est reproduite; » le périoste est complétement reproduit aussi; et dans le point où le nouvel » os manque encore, ces deux membranes, le périoste et la dure-mère, adhè- » rent l'une à l'autre et semblent se continuer l'une avec l'autre (2). »

Dix ans plus tard, et dès mes premières expériences sur la formation des os, je constatais l'identité de nature et d'action des deux périostes: *l'interne* et *l'externe*.

Deux forces, disais-je alors, concourent à la formation de l'os, la force du périoste *externe* et la force du périoste *interne* (3).

Enfin je terminais l'explication de l'une des planches de mon livre par cette phrase: la figure 13 de la planche XI est une portion de crâne... mon- » trant la continuité du périoste externe avec la dure-mère... Ce fait est pré- » cieux : il montre nettement la continuité des périostes : externe et in- » terne (4). »

(1) ANALYSE DES TRAVAUX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1829, p. 78.
(2) RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, p. 167 (2e édition).
(3) RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS ET DES DENTS, p. 80 (1842).
(4) Ibid., p. 147.

Je prie l'Académie de me permettre de faire passer sous ses yeux quelques pièces (1) qui justifient ces assertions.

J'ai fait, de ces pièces, trois séries.

La première montre, sur des frontaux et des pariétaux de chien et de cochon d'Inde, la manière dont s'opère l'occlusion des ouvertures faites au crâne au moyen d'une couronne de trépan.

Ce qui se passe après une telle opération, c'est d'abord la reproduction du périoste et de la dure-mère, s'ils ont été retranchés; c'est ensuite la réunion, l'adhésion réciproque de ces deux membranes; c'est enfin l'ossification de ces deux membranes ainsi réunies, la formation de l'os.

On voit, sur les pièces de cette série, tous les progrès du travail que j'indique ici : la part évidente qu'y prend le périoste, et la part non moins évidente qu'y prend la dure-mère.

Cependant j'ai voulu isoler, d'une manière plus complète encore, le rôle de la dure-mère.

J'ai placé, dans l'ouverture faite du crâne, une lame métallique. Cette lame, ainsi placée se trouvait interposée entre le périoste et la dure-mère.

Sur la pièce n° 1 de la seconde série, se voit la lame de métal, restée à sa place; et, sous la lame de métal, toute la lame d'os restituée par la dure-mère.

A cette lame d'os restituée par la dure-mère, et séparée du périoste par la lame métallique, le périoste n'a contribué pour rien.

Il n'a contribué pour rien, non plus, dans toutes les autres pièces de la même série où il a été tenu séparé, éloigné de la dure-mère par un anneau métallique interposé entre ces deux membranes, et où la lame interne de l'os, la lame reproduite par la dure-mère, s'est formée sous l'anneau.

La pièce n° 2 de cette série mérite surtout l'attention. On y voit, admirablement séparée, la part de chacun des deux périostes; car l'anneau interposé entre ces deux membranes est complétement recouvert du côté de la cavité du crâne par une lame osseuse donnée par la dure-mère, et du côté extérieur du crâne par une lame osseuse donnée par le périoste.

Chacun des deux périostes donne donc la lame, la table des os du crâne qui lui répond : le périoste externe, la table externe, et le périoste interne, la table interne.

Enfin, sur la troisième série des pièces que je présente, se voient des portions d'os enlevées par des couronnes de trépan, et transportées d'un animal sur un autre.

On a enlevé, par exemple, sur deux cochons d'Inde, au moyen d'une couronne de trépan, une portion d'os, et puis on a transporté l'os de l'un sur le crâne de l'autre, et réciproquement.

On voit, sur les pièces de cette troisième série, les os artificiellement rapprochés, les os étrangers, se joindre entre eux, d'abord par leurs périostes interne et externe, et puis par eux-mêmes.

APPLICATION AU TRAITEMENT DES PLAIES, DU MÉLANGE DÉSINFECTANT DE MM. CORNE ET DEMEAUX : EXPÉRIENCES FAITES A L'HOPITAL DE MILAN. (Lettre de M. le maréchal VAILLANT à M. le Président de l'Académie.)

Milan, le 3 août 1859.

En apprenant la magnifique découverte de M. Corne, je me suis empressé de communiquer le journal qui me donnait cette nouvelle à M. le baron Larrey, médecin en chef de notre armée d'Italie, et de le prier de faire, avec toute la prudence possible, quelques expériences en vue de soulager nos blessés. Je n'ai pas besoin de vous dire combien M. le docteur Larrey s'est montré heureux de s'associer à mon désir et d'avoir une nouvelle occasion de se rendre utile. Par ses ordres, un millier de kilogrammes du remède Corne ont été préparés avec le plus grand soin. Restait à faire les expériences.

M. Larrey ayant été appelé à Gênes par son service, ces expériences ont été confiées à M. Cuvellier, médecin en chef de nos hôpitaux militaires de Milan. J'ai l'honneur de vous envoyer copie du rapport que cet habile et zélé docteur vient de me remettre à l'instant : ce rapport, vous le verrez, autorise à concevoir des espérances sur l'efficacité du remède. J'ajoute que le docteur m'a paru, en me parlant, porter ces espérances bien plus haut qu'il ne l'a fait dans son rapport écrit, et qu'il m'a dit aussi que dans le monde entier on ne trouverait pas vingt autres plaies aussi hideuses, aussi infectes que celles sur lesquelles les expériences viennent d'être entreprises.

Rapport médical sur le topique désinfectant Corne et Demeaux.

Milan, le 3 août 1859.

« Parmi les blessés autrichiens traités à l'hôpital San Francisco, de Milan, vingt d'entre eux présentaient des plaies dégénérées et répandant une odeur très-fétide. D'après les intentions de M. le baron Larrey, c'est à ces vingt blessés, divisés en quatre groupes, que quatre chirurgiens français appliquent, depuis trois jours, le topique Corne. Le résultat obtenu depuis trois jours, comme désinfectant, est incontestable. A chaque pansement, la putridité est modifiée, et l'état des plaies paraît amélioré. Les observations seront recueillies en détail par les quatre médecins chargés personnellement de

(1) Elles datent de 1842 et 1843.

panser lesdits blessés. Je les visite moi-même chaque jour. L'état plus satisfaisant des plaies des autres blessés, dans les divers hôpitaux français, n'a pas encore nécessité l'emploi du désinfectant Corne.

» Je vous promets, Monsieur le Président, de vous tenir au courant de la suite qu'auront des expériences si heureusement commencées. »

— M. Marchal de Calvi lit une note sur l'emploi de l'iode comme désinfectant et comme antiseptique. (Commissaires désignés pour de précédentes communications sur les mélanges désinfectants : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

De l'application du coke de boghead en poudre a la conservation et a la désinfection des matières animales et végétales; par M. Moride.

Le boghead est, on le sait, une substance particulière, de la nature des produits charbonneux qui ont subi une faible pression et une température moindre que les charbons de terre et les anthracites. Ce produit tire son nom d'une petite localité d'Écosse où il est exploité sur une grande échelle; il tient le milieu entre les lignites et les schistes, sans être ni l'un ni l'autre. On retire du boghead, par la distillation, 40 à 60 pour 100 de produits volatils, parmi lesquels on doit noter la parafine, avec laquelle on fabrique des bougies aussi belles que celles de cire et de stéarine, du gaz d'éclairage d'un effet remarquable, de la benzine, des goudrons, enfin un résidu noir, poreux, d'une grande légèreté, qui jouit, au plus haut point, de propriétés absorbantes et désinfectantes. Ce coke est composé de charbon et d'un silicate d'alumine; légèrement ferrugineux, son action désinfectante est due, non-seulement au charbon qu'il contient, mais encore au fer et à l'alumine.

M. le docteur Barry, qui longtemps a exploité les schistes d'Autun, fut un des premiers à tirer un parti avantageux du boghead que le hasard lui avait fait connaître. Plus tard, MM. Knab et Darcet l'imitèrent, mais en variant le procédé de travail, c'est-à-dire en distillant le boghead au bain de plomb; enfin M. Hugon l'emploie encore à la fabrication du gaz portatif.

Par suite de l'installation de ces usines importantes à Paris, d'immenses amas de coke de boghead furent entassés çà et là ou utilisés comme remblais. Un premier essai fait en 1857, pour l'utiliser en l'associant aux nodules de phosphates calciques, demeura sans succès. Les choses en étaient là, quand nous découvrîmes dans cette espèce de coke les propriétés désinfectantes et conservatrices des matières végétales et animales. De concert avec M. J. B. Couy, nous nous sommes fait breveter en France, en Belgique et en Angleterre. Depuis lors, nous avons exploité nos procédés sur une grande échelle.

Au moyen de notre poudre de coke de boghead, nous absorbons, désinfectons et réduisons à l'état pulvérulent, des urines, des matières fécales, des détritus provenant du travail des abattoirs et des tripiers, qu'on peut ensuite transporter au milieu des villes dans des tombereaux découverts, et cela sans aucun inconvénient. Depuis plusieurs mois, à notre usine de Charlebourg, près Courbevoie, nous opérons en grand la solidification et la désinfection de plusieurs milliers d'hectolitres de sang provenant des abattoirs de Paris. Ils nous sont ensuite expédiés en Bretagne, pour fabriquer des engrais azotés et phosphatés, très-prisés du commerce et des agriculteurs. Le dosage du boghead et la manière de l'employer ne sont point indifférents à la réussite de l'opération. Ainsi 100 kilogrammes de poudre de boghead absorbent et désinfectent parfaitement 90 à 100 kilogrammes de sang en caillots, de matières fécales épaisses; mais seulement 75 à 80 kilogrammes de sérum, de sang liquide, d'urine, bouillons de tripiers, etc. En agissant sur du sang frais et en introduisant dans le boghead la quantité strictement nécessaire pour en obtenir une masse légèrement humide qu'on fait sécher tout de suite à l'air et au soleil, on a pour résultat une poudre sans odeur (et l'Académie peut en juger par l'échantillon adressé) qui jouit de la propriété singulière de conserver toutes les propriétés du sang et l'albumine à l'état frais, c'est-à-dire qu'en délayant cette poudre avec de l'eau froide, on peut se servir avec avantage, dans les raffineries, de ce liquide pour clarifier les sirops, en le substituant au sang corrompu, infect, dont on fait usage ordinairement.

En s'en servant, on n'observe rien de particulier dans le *montage*, la clarification et la filtration, qui alors s'effectuent aussi bien que par les moyens ordinaires. Les résidus qui proviennent de ce travail sont, comme les noirs de raffinerie, d'excellents engrais, surtout si on a le soin d'y ajouter du phosphate de chaux.

Je suis parvenu, en broyant le boghead avec des foies et des entrailles de poissons, de squales, par exemple, à fabriquer des huiles d'un jaune doré, d'un goût et d'une odeur qui en rendent l'usage facile en médecine. J'ai voulu utiliser ma poudre désinfectante à l'assainissement des amphithéâtres; mais je l'avoue, je n'ai pas eu l'heureuse idée de l'appliquer à la désinfection du pus et des plaies d'hôpital. Depuis la séance de l'Académie du 18 juillet, j'ai dû entrer dans la série d'expérimentations, ouverte par MM. Corne et Demeaux; leur poudre, composée de platre et de coal-tar, serait, d'après mes expériences, de 40 pour 100 moins absorbante que la poudre de coke de boghead. Je désire donc que dans les mêmes circonstances où on a employé la poudre de M. Corne, on expérimente le coke de boghead pulvérisé et additionné de coal-tar, espérant que cette poudre charbonneuse rendra, elle aussi, des services à la salubrité, peut-être même à la médecine.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen des commissaires déjà nommés pour les communications concernant les mélanges désinfectants : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet, auxquels sont adjoints MM. Payen et Bussy.

Autoplastie par transformation inodulaire; nouvelle méthode opératoire pour achever la guérison des anus contre nature, après l'entérotomie; par M. Laugier.

(Commissaires, MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Un but ordinaire de l'autoplastie et sans aucun doute le plus difficile à atteindre, est de boucher l'ouverture accidentelle et permanente d'un réservoir ou d'un conduit excréteur.

Le procédé le plus habituel de l'art est de rafraîchir les bords de la solution de continuité et de les réunir, soit entre eux sans intermédiaire, soit aux bords ou au contour d'un lambeau emprunté à une région le plus souvent voisine, et amenée de diverses manières à leur niveau.

La méthode nouvelle que je propose au jugement de l'Académie est la transformation d'un organe ou d'une portion d'organe déjà engagé, par le fait de la maladie, à travers l'orifice de la fistule et qui se continue avec la lèvre interne des bords de cet orifice; ainsi transformé, cet organe devient un obturateur permanent.

Chez une malade de 61 ans, que je traite encore à l'Hôtel-Dieu, il s'agissait de fermer un anus contre nature, suite de hernie ombilicale gangrénée, sans infundibulum. L'entérotomie avait fait communiquer les deux bouts de l'intestin, et toutes les matières passaient par l'anus naturel, pourvu qu'une compression exacte fût faite sur l'anus anormal. Mais, sans cette compression, la totalité des fèces passait pa la fistule. Celle-ci avait 4 centimètres en moins de longueur, sur 3 centimètres de largeur. Depuis l'application de l'entérotome, ce large orifice était commun aux deux bouts, c'est-à-dire au cloaque dans lequel ils s'abouchent. Il était rempli par un bourrelet muqueux très-saillant, mais réductible par l'introduction du doigt; il reparaissait quand cette pression avait cessé.

On aurait pu tenter de le décoller circulairement sur tout le contour de l'anus anormal, pour appliquer ensuite la suture des surfaces saignantes. De l'aveu de celui qui a fait le premier cette opération hardie, le succès n'a été dû qu'à un hasard heureux de la dissection. Il faudrait en effet, pour la répéter avec quelque sécurité, connaître à l'avance l'étendue des adhérences péritonéales, qui unissent l'intestin à la paroi abdominale. Or on ne les connaît point. J'ai proposé, cette année même, de suppléer à cette ignorance, en accroissant l'étendue de ces adhérences par une opération préalable analogue aux procédés de l'entérotomie, et cette opération préalable, je l'ai faite avec succès sur ma malade (1). Elle est un préliminaire indispensable de la suture par introversion. J'avais formé d'abord le projet de recourir à cette suture. Mais la vue de ce bourrelet, qui remplissait l'anus anormal, me donna l'idée de le convertir en un véritable bouchon inodulaire, et je choisis, pour opérer cette transformation, le cautère actuel.

Il ne s'agissait point, en effet, ici d'attirer vers un centre des bords cutanés ou muqueux mobiles, comme dans les fissures ou perforations du voile du palais, ou de la voûte palatine, mais de combler un espace large à contour aponévrotique et peu mobile. Il fallait d'ailleurs détruire un des principaux obstacles à la guérison, la membrane muqueuse elle-même. Le cautère actuel en olive fut porté hardiment sur toute la surface du bourrelet muqueux. Je revins plusieurs fois à cette opération, la variant quant à la profondeur et la durée. Le cautère fut engagé à diverses reprises dans l'intestin lui-même, pour atteindre la membrane muqueuse du cloaque au voisinage de l'anus anormal. Cette brûlure profonde du bourrelet muqueux fut, après la chute des escarres, suivie d'adhérences intimes entre ses deux moitiés. Elles constituent aujourd'hui une sorte de plancher solide, qui dispensera peut-être la malade de porter un bandage ombilical. Aucun accident n'a suivi l'application du cautère actuel : la malade n'a pas cessé un seul jour de prendre des aliments, et en même quantité.

Aujourd'hui existe encore à l'angle supérieur de l'ancienne solution de continuité une ouverture étroite en entonnoir, à peine capable de recevoir une très-petite sonde de femme. Elle ne laisse plus échapper qu'une sérosité verdâtre et mousseuse, parfois encore abondante. Il est déjà arrivé que pendant vingt-quatre et quarante-huit heures tout écoulement a été suspendu. Je regarde la guérison comme prochaine; l'état actuel n'est plus qu'une légère incommodité.

Le succès obtenu jusqu'ici suffit d'ailleurs pour caractériser la méthode et pour autoriser à formuler les propositions suivantes :

1° Un organe saillant à travers une large fistule, adhérent à sa lèvre interne dans tout son contour, a été transformé en bouchon inodulaire fermé et épais, et est devenu ainsi l'agent de la guérison, tandis que sa nature muqueuse, avant l'opération, en faisait une complication de la fistule. Il est donc désormais indispensable de compter au nombre des méthodes autoplastiques la transformation inodulaire d'un organe placé dans les mêmes conditions.

2° Ce mode de guérison devient une ressource précieuse dans le traitement des anus contre nature les plus larges, privés d'infundibulum, et même ombilicaux.

On entrevoit, sans que j'y insiste en ce moment, les applications et la portée de ces transformations, qui diffèrent du simple avivement des bords d'un

(1) Paquet cacheté déposé en 1859 à l'Académie des sciences.

orifice fistuleux; j'ajouterai que j'ai tenté à l'Hôtel-Dieu, depuis une quinzaine de jours, une nouvelle cure d'anus anormal inguinal, et je puis certifier, ce qu'il est d'ailleurs facile de vérifier, que deux applications profondes du cautère actuel ont suffi pour réduire au quart l'écoulement des matières, et la nature de l'écoulement.

Je dois dire aussi que dans ce dernier cas, déterminé d'avance à employer le cautère actuel pour former le bouchon inodulaire, je me suis dispensé des procédés opératoires, qui ont pour but, comme je l'ai indiqué plus haut, d'étendre préalablement les adhérences péritonéales, accroissement préliminaire qui conserve sa valeur s'il s'agissait d'opérer la suture de Gély dans la méthode par introversion intestinale.

— M. Mène adresse la première partie d'un mémoire ayant pour titre : Recherches sur l'existence de l'iode dans les plantes, les animaux terrestres, l'air atmosphérique, etc.

C'est à la recherche de l'iode dans l'air qu'est presque exclusivement consacrée cette première partie du travail, dans laquelle l'auteur fait connaître les résultats d'une série d'analyses commencées au Creuzot et poursuivies à Lyon. Des vingt analyses dont les résultats sont indiqués, il n'en est pas une qui ne constate d'une part l'absence de l'iode, de l'autre la présence de corps étrangers qu'on ne songera pas pour cela à donner comme composants essentiels de l'air; ce sont, outre du charbon, des traces de fer, de silice, de chaux, matières sans doute entraînées par le vent et tenues en suspension par l'agitation de l'atmosphère. L'iode pourrait être trouvée de même, mais ce sera toujours un cas accidentel. A la vérité quelques chimistes, qui considèrent son existence dans l'air comme le cas normal ou du moins général, l'expliquent en faisant intervenir des causes constantes, comme l'action des vents sur les eaux de la mer. Si cette action est telle qu'ils la conçoivent, ce ne serait pas seulement un peu d'iode qu'on trouverait dans l'air, mais beaucoup de chlorure, de bromures, de sulfates, etc. (Commissaires : MM. Pelouze, Balard, Fremy.)

— M. Billiard adresse de Corbigny (Nièvre), comme supplément à un précédent mémoire sur l'hématose, deux notes qui sont renvoyées à l'examen des commissaires nommés pour cette première communication, MM. Bernard et Pelouze.

— M. Pilarski, qui avait précédemment présenté une note sur le traitement du choléra-morbus et donné la formule d'une potion qu'il administre en pareil cas, envoie une rectification à cette formule qu'il avait inexactement transcrite dans sa première communication. (Renvoi à la commission du legs Bréant, déjà saisie de la première note.)

NOTE SUR LA CURE RADICALE DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALES PAR L'OCCLUSION DES CONDUITS LACRYMAUX; par M. Tavignot.

.....Notre nouveau procédé est plus simple que l'excision palpébrale que nous avons longtemps employée avec succès, mais qu'il fallut dans quelques cas répéter jusqu'à deux et trois fois. Il consiste à introduire dans chaque conduit lacrymal un stylet de platine pénétrant jusqu'au sac lacrymal, et à chauffer à blanc, avec une pile de Bunsen, les deux petits corps métalliques qui agissent dès lors comme cautères actuels et en détruisant dans une grande étendue la trame organique qui forme les conduits. L'escarre qui obstrue les conduits s'oppose immédiatement au passage des larmes, et lorsque celle-ci est éliminée, la cicatrice qui s'est formée a oblitéré déjà ces mêmes conduits lacrymaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après une réclamation de M. Chevallier.

CORRESPONDANCE.

M. le président annonce que l'Académie a été représentée par son bureau au *Te Deum* célébré à Notre-Dame, le 15 de ce mois.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Bouches-du-Rhône pendant l'année 1858 (Comm. des ép.).

2° Un rapport de M. le docteur Jaubert, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1859 (Comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Huzard, membre titulaire, qui fait hommage à l'Académie du buste de M. Huzard;

2° Une lettre de remercîments de M. Denis (de Commercy) récemment élu membre associé;

3° Une note de M. le docteur Robert Uvedal West, contenant des relevés statistiques relatifs à l'action sur le fœtus du seigle ergoté administré pendant l'accouchement (Commis. MM. P. Dubois, Depaul, Danyau);

4° Une lettre de M. le docteur Benoit qui réclame en son nom et au nom de M. Marié-Davy, professeur de physique au collége Bonaparte, la priorité de l'invention de l'appareil à faradisation présenté par M. Gavarret, au nom de M. Bumkoff, dans la dernière séance (Renvoyé à M. Gavarret).

M. Patissier, au nom de MM. Pétrequin et Loquet, présente un Traité des eaux minérales de France et de l'étranger.

M. le Président annonce que M. le docteur Barilleau, membre correspondant et directeur de l'école de médecine de Poitiers, assiste à la séance.

RAPPORT. — REMÈDES NOUVEAUX.

M. Bobinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture de deux rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Gibert.

La parole est à M. Gibert.

DISCUSSION. — DOCTRINES MÉDICALES.

M. Gibert trouve que M. Bouillaud n'a compris ni le rapport ni le mémoire qu'il a combattus, et la preuve, c'est qu'après avoir longuement développé sa thèse, il a terminé par une conclusion qui est absolument conforme à celles du rapport et du mémoire, savoir que tout l'art de la médecine consiste essentiellement dans un empirisme raisonné.

Je ne sais en vérité, dit M. Gibert, pourquoi l'orateur a soutenu avec tant d'animation, et comme nous étant opposé, un principe qu'assurément personne ne conteste, à savoir que le raisonnement doit intervenir pour apprécier, juger, coordonner les faits révélés par l'application des sens. Nous savons tous, et Aristote l'a proclamé il y a deux mille ans, que c'est cette faculté de se souvenir, d'apprécier, de comparer, de juger, de raisonner, en un mot, qui distingue l'intelligence humaine de l'instinct des animaux et qui fait que ceux-ci ne peuvent acquérir une expérience comparable à l'expérience de l'homme.

Mais là n'était pas la question. Laissant de côté les discussions dogmatiques et l'historique développés dans le mémoire, discussions dans lesquelles je m'étais borné à signaler les points de dissidence entre l'auteur et le rapporteur, je m'étais attaché à faire ressortir la proposition capitale de l'œuvre, celle qui avait pour but de soustraire enfin la thérapeutique à la domination des théories pathologiques.

Or, l'argumentation principale du mémoire comme du rapport était celle-ci :

1° La pathologie est la science de la description, de la distinction et du classement des espèces morbides.

2° La thérapeutique est l'étude d'effets produits dans l'état de maladie par les divers agents appliqués au corps de l'homme.

3° Les études anatomiques, physiologiques et pathologiques n'ont jamais conduit et ne pourront jamais conduire directement à l'indication du remède. L'observation et l'expérience seules peuvent le faire découvrir.

Et à l'appui de ces données théoriques, nous disions avec Hippocrate : est-ce que l'étude anatomique du cerveau pouvait donner une idée des troubles par l'action du vin et des spiritueux produits dans l'intelligence? Est-ce que l'idée qu'on peut se faire d'une fièvre intermittente aurait jamais révélé la cause miasmatique qui l'engendre et le remède spécifique qui la guérit?

Nous avons encore ajouté : Est-ce que les méthodes prétendues rationnelles des savants du XVe siècle, restées impuissantes contre la syphilis, n'ont pas dû céder à l'empirisme qu'a fait connaître l'action spécifique du mercure?

A tout cela M. Bouillaud avait une réponse bien simple à faire : puisqu'il prétend, contre nous, que ce sont des théories anatomiques, physiologiques et pathologiques qui fournissent nécessairement les indications thérapeutiques, il lui suffisait d'opposer à nos exemples tirés de l'empirisme les exemples puisés à la source savante du rationalisme, et de nous démontrer par les faits la supériorité des méthodes thérapeutiques, dites rationnelles, sur les méthodes empiriques. Il ne l'a pas fait, je dois supposer que c'est qu'il n'a pas pu le faire... Dès lors, que devient toute son argumentation?

Je sais bien qu'il nous a dit que nous n'étions encore qu'au début de la vraie carrière scientifique, et que dans un millier d'années, peut-être, nous jouirions enfin d'une science véritablement rationnelle.

Je lui en demande pardon, mais réellement et malgré moi, cette promesse me rappelle les programmes accoutumés de certains citoyens républicains, qui commencent par imposer un joug sévère, mais qui promettent invariablement la liberté, la félicité et la fraternité... pour le lendemain.

D'ailleurs, que M. Bouillaud se rassure, la proposition que nous avons soumise à l'Académie n'implique nullement une approbation donnée aux doctrines du mémoire, non plus que celles énoncées dans le rapport. Si nous avons demandé que le travail de M. Renouard fût distingué de ceux qui nous sont journellement adressés, et renvoyé au comité de publication, nous n'avons pas eu pour cela la prétention d'imposer à personne la règle de thérapeutique formulée par l'auteur; nos motifs ont été clairement exposés dans le résumé suivant et n'engagent nullement l'autorité scientifique de l'Académie.

Quoi qu'il en soit (avons-nous dit, c'est-à-dire évidemment qu'on adopte

ou non les principes de l'auteur), *quoi qu'il en soit*, par les questions qu'il soulève, par le jour qu'il jette à l'aide d'une discussion historique et critique approfondie sur les dogmes fondamentaux de la médecine, par l'esprit philosophique qui a présidé à sa rédaction, par la simplicité même du principe philosophique qu'il énonce... le Mémoire de M. Renouard se distingue de nos travaux ordinaires et mérite une place honorable dans nos publications.

Nous vous proposons en conséquence :

1° D'adresser une lettre de remerciments à l'auteur; 2° de renvoyer son travail au comité de publication.

Nous croyons encore aujourd'hui devoir persister dans nos conclusions, qui n'ont d'ailleurs pas été explicitement attaquées par M. Bouillaud, je me plais à le reconnaître et à en offrir à notre honorable contradicteur nos sincères remerciments, tant en notre nom qu'en celui de l'auteur du mémoire.

M. Bouillaud : Tout en remerciant M. Gibert d'avoir voulu me trouver en conformité de doctrines avec lui et avec M. Renouard, je suis étonné que M. Gibert ait pu faire ce rapprochement, et qu'il n'ait pas compris qu'entre nos doctrines il y a autant d'opposition qu'il y en a entre la nuit et le jour.

Nous nous entendons sur l'expérience et l'observation; elles sont infaillibles en elles-mêmes, et c'est seulement parce qu'elles sont appliquées par des hommes, qui peuvent se tromper, que l'on a pu dire *experientia fallax*.

Mais voici sur quoi nous ne sommes pas d'accord : j'ai dit, et je crois qu'en cela j'exprimais l'opinion du *genre* médical tout entier, j'ai dit que l'expérience thérapeutique ne peut jamais s'exercer que lorsque le remède est déjà découvert par une opération de l'entendement; M. Gibert croit précisément le contraire.

M. Gibert, interrompant l'orateur, demande en quoi le raisonnement a pu faire découvrir les propriétés thérapeutiques du quinquina, du mercure, ou encore de la vaccine. Jenner aurait-il jamais pu découvrir, en méditant dans son cabinet, ce que l'expérience a appris à des paysans, des vachers, des sauvages, qui à coup sûr raisonnaient fort peu?

M. Bouillaud : Ce que le paysan, le vacher a découvert, ce n'est pas l'expérience qui le lui a révélé, mais c'est son génie qui le lui a fait trouver. Cela est évident, car pour trouver, il faut le génie. Ce paysan, qui pouvait avoir plus de génie qu'un grand philosophe, a *trouvé*, parce qu'il a saisi entre la maladie et l'agent un rapport spécial, un rapport thérapeutique, et c'est seulement alors que l'expérience a pu venir prouver que ce rapport existe réellement.

Il y a donc un rapport logique entre la notion des maladies et le remède, et c'est ce rapport qu'exprime le *contraria contrariis*. C'est ce principe qui est à la base de toutes les médications que l'expérience a conservées; les pyrexies ou les phlegmasies ont toujours été traitées, quelle que fût l'idée que l'on s'en fît, par les agents qui se trouvaient en contradiction avec leur élément essentiel; la diète, l'eau, les émissions sanguines avaient pour but de diminuer la chaleur ou la combustion qui se fait aux dépens des éléments du sang; et dans les cas opposés, lorsque la vie est en défaut ou détruite, le raisonnement a cherché et trouvé des agents opposés aux antiphlogistiques; dans les maladies putrides, on a cherché, et puis expérimenté les agents antiseptiques; dans les empoisonnements, des agents neutralisants; enfin, le *contraria contrariis* est d'une application évidente, et toute spontanée dans le traitement des solutions de continuité, des changements de lieux, des dilatations, des rétrécissements, des corps étrangers. Ce sont là les cas les plus simples; prenons un exemple où les éléments sont plus multipliés, les fistules vésico-vaginales. N'est-ce pas en analysant ces éléments et en opposant à chacun son contraire, qu'on est parvenu à les guérir? Est-ce l'expérience qui vous a dit qu'il faut faire des incisions pour remédier à la tension des parties? Enfin, dans les maladies mêmes dont la nature ne nous est pas connue, que nous ne savons pas traiter rationnellement, où la science d'un traitement est la science brute, il a toujours fallu trouver, par une opération de l'esprit, le rapport entre l'agent et la guérison.

Le raisonnement et l'observation ne sont donc pas contraires l'un à l'autre; et je le répète, M. Gibert est loin d'avoir réfuté les principes qui sont, pour moi, la base de toute thérapeutique. Je ne demande pas mieux que de me trouver d'accord avec lui, mais ce ne sera qu'à la condition qu'il change complétement sa manière de voir.

Je ne m'oppose d'ailleurs pas à la publication du mémoire de M. Renouard; je l'ai discuté... et me voilà désarmé.

M. Gibert : Je ne répondrai que quelques mots à M. Bouillaud. La plus grande partie de son argumentation passe en effet au-dessus de nos têtes. Je fais d'abord abstraction des lésions mécaniques; il ne s'agit pas ici d'une science expérimentale, mais d'une science mathématique à laquelle l'expérience n'a rien à voir.

Je m'en tiens aux maladies médicales; or nous avons dit, après Bichat et après M. Bouillaud lui-même, que tous les jours les doctrines anatomiques, etc., appliquées au traitement des maladies, engendrent les hérésies les plus extraordinaires, qu'elles vicient la thérapeutique; et je ne citerai à ce propos que le système de Broussais, qui avait fini par devenir une véritable calamité publique; nous avons dit que toutes les idées théoriques ne sont rien si elles ne sont pas confirmées par l'expérience; que celle-ci les domine, et qu'elle est tout, à elle seule, dans certaines maladies. M. Bouillaud en convient; c'est tout ce que je demande.

Les conclusions du rapport de M. Gibert, mises aux voix, sont adoptées.

La discussion est déclarée close.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1859; par M. Le Gendre, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EXCITABILITÉ DES MUSCLES ET DES NERFS; par M. W. Kühne.

Nous rappelons en commençant une proposition établie par MM. Valentin et Pflüger, savoir que le passage du courant constant dans un nerf détermine l'affaiblissement et la disparition des propriétés du nerf dans la partie qui est située au delà du pôle positif. Dans nos expériences nous plaçons le pôle positif du côté du muscle, afin de détruire ou de diminuer suffisamment dans le bout périphérique l'excitabilité du nerf. Si nous plaçons sur le nerf, entre le muscle et l'électrode positif, une substance chimique, par exemple de la glycérine, suffisante pour déterminer une contraction musculaire, nous n'obtenons plus de contraction, tant que dans le courant continu, sur le muscle lui-même, nous appliquons des substances chimiques, par exemple l'acide chlorhydrique dilué à 1/1000, l'ammoniaque, le sulfate de cuivre, etc. Et nous voyons que le courant constant appliqué sur le nerf ne modifie l'influence de ces substances placées sur les muscles.

D'où nous concluons que ces substances n'agissent pas sur le nerf intramusculaire, mais réellement sur la fibre musculaire elle-même.

En outre, nous pouvons ajouter que le courant constant dans le nerf agit très-bien aussi sur les nerfs intramusculaires. Ainsi ce muscle plongé jusqu'à certain point dans la glycérine est tétanisé; et ce tétanos disparaît dès que le courant constant est établi; ce qui montre bien que la glycérine agit, non pas sur la fibre musculaire, mais sur le nerf intramusculaire.

D'après des recherches microscopiques, nous avons été conduit à penser que le nerf ne se distribuait pas dans toute l'étendue du muscle couturier. Nous pouvons, par des expériences, prouver la vérité de cette opinion.

Nous avons vu que la glycérine agissait sur les nerfs sans agir sur le muscle. Si donc, on plonge l'extrémité du muscle couturier dans la glycérine, on constate que la contraction musculaire ne se produit pas, mais si on enfonce davantage le muscle dans la glycérine, les contractions se manifestent et accusent avec le microscope la présence des nerfs intra-musculaires à ce niveau, et leur absence dans une étendue de quelques millimètres à la partie la plus extrême du muscle.

L'expérience peut être variée comme il suit : On coupe des tronçons égaux du couturier, et on les plonge dans la glycérine : on constate que tous ceux qui appartenaient aux extrémités du muscle n'offrent pas de contractions, tandis que les autres en présentent. Ajoutons que les tronçons des extrémités sont susceptibles de se contracter quand on les excite avec le courant électrique ou certains agents chimiques, comme l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique dilués, etc., qui m'ont servi à établir l'irritabilité musculaire proprement dite.

II. — Anatomie pathologique.

1° HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE, SITUATION DU TESTICULE EN AVANT DE LA TUMEUR; par MM. Le Gendre et Bastien, prosecteurs des hôpitaux.

Sur un homme âgé de 70 ans environ, nous avons rencontré une tumeur remplissant tout le scrotum gauche, de forme régulière, arrondie, un peu en forme de poire à grosse extrémité tournée en bas, et du volume du poing. La peau de cette région est lisse, assez tendue, et en avant on n'aperçoit aucune trace du raphé médian; si on relève fortement les bourses on aperçoit en arrière le raphé médian s'avançant du périnée vers le scrotum, mais s'effaçant bientôt après, 2 centimètres de trajet environ sur la ligne médiane du scrotum.

Cette tumeur est manifestement fluctuante, elle est assez légère, et renferme un liquide dont il est facile d'apprécier la transparence. En comprimant la masse de la tumeur de bas en haut, on refoule le liquide vers l'anneau inguinal externe; en relevant fortement la verge, on tend la peau de la tumeur et on lui fait prendre une forme légèrement bilobée, ou plutôt on voit apparaître à sa partie supérieure une saillie régulièrement accusée qui a tout à fait la forme du testicule.

La recherche de cette glande dans la tumeur fait reconnaître les particularités suivantes : le testicule est situé vers la partie moyenne de la hauteur de

la tumeur, tout à fait en avant et sur un plan superficiel presque sous la peau. Il est très-facile de l'isoler avec les doigts et de trouver le prolongement du cordon qui se dirige en haut en suivant la face antérieure de la tumeur. Les éléments qui composent ce cordon semblent dissociés sur la tumeur testiculaire et un peu au-dessus : au milieu on reconnaît facilement le cordon déférent, sur les côtés à une certaine distance les vaisseaux, puis ils se réunissent en un paquet un peu au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal. Le testicule a son volume normal, il est petit et mou comme chez un sujet de cet âge ; l'épididyme, sa tête et son corps sont très-lâchement unis au testicule par le repli de la séreuse vaginale.

Le testicule du côté droit n'était pas complétement descendu, de là la forme particulière qu'affectait le scrotum : la glande séminale s'était arrêtée immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal externe. Après la dissection des parties on pouvait faire descendre le testicule dans le scrotum. De ce côté l'organe avait le même volume que celui du côté gauche, il ne présentait rien d'anormal ; l'épididyme était très-petit.

2° HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU TESTICULE ; par MM. LE GENDRE et BASTIEN, prosecteurs des hôpitaux.

Sur le cadavre d'un homme âgé de 50 ans environ, nous avons trouvé plusieurs lésions. Il existait deux hernies inguinales, toutes deux obliques : celle du côté droit, très-volumineuse, descendait jusqu'au fond du scrotum ; celle du côté gauche, après avoir franchi l'anneau inguinal externe, s'arrêtait au sommet de la région scrotale. Les bourses étaient très-flasques et pendantes, et en examinant attentivement celle du côté gauche, on sentait facilement le testicule, et en l'isolant on constatait qu'il était surmonté par une tumeur régulière, arrondie, globuleuse, aussi volumineuse que la glande elle-même, tenant tout à fait à l'épididyme dont on peut suivre la saillie et paraissant faire corps avec lui.

Ayant ouvert la tunique vaginale, on la trouva parfaitement saine, tout à fait libre autour du testicule qui affectait une position normale ; elle ne renfermait aucune trace de liquide. Le cordon présentait autour de ses éléments du tissu cellulaire graisseux assez abondant. Immédiatement au-dessus de la tête de l'épididyme, se prolongeant un peu sur le corps, on trouvait un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, à parois minces, transparentes, situé tout à fait en dehors de la tunique vaginale, dans laquelle il proémine. Il renfermait une sérosité un peu trouble, qui n'a pas été examinée au microscope ; mais elle renfermait beaucoup d'albumine, car elle donne un précipité blanc abondant par l'addition d'un peu d'acide azotique. La face interne de ce kyste était lisse, tout à fait analogue à une membrane séreuse, et la poche se prolongeait jusqu'au niveau de la partie moyenne de l'épididyme ; il n'existait aucune trace de communication entre cette poche accidentelle et la cavité vaginale du testicule.

C'est là évidemment un cas de kyste de la tête de l'épidydime : il est à regretter que l'examen microscopique du liquide n'ait pas été fait ; il aurait probablement montré l'existence d'animalcules spermatiques qui se rencontrent fréquemment, mais non toujours, dans cette variété d'hydrocèle enkystée. Les connexions intimes de la poche avec l'épididyme, sa forme, ses rapports, doivent faire éloigner l'idée d'une poche kystique résultant d'un ancien sac herniaire oblitéré, quoi qu'il existât une hernie inguinale double chez ce sujet ; de plus et du côté du kyste, la hernie inguinale n'était pas encore descendue dans la région scrotale.

3° DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES MUSCLES CHEZ UN ENFANT ATTEINT DE RACHITISME ; par M. LE GENDRE.

Un enfant mâle, qui avait vécu 6 à 8 mois, présentait à l'extérieur toutes les déformations du rachitisme déjà avancé, courbure prononcée des membres, déformation du thorax. Ces caractères étaient encore plus évidents en examinant les os privés des parties molles. Ceux-ci se tordaient avec la plus grande facilité ; le périoste des fémurs et des humérus était rouge, épaissi ; on pouvait l'arracher presque en entier de ces os ; enfin une coupe perpendiculaire de l'épiphyse montrait l'absence de l'ossification entre le cartilage et l'os et la présence du tissu spongoïde dans une assez grande étendue. L'examen au microscope de cette région a permis de constater toutes les altérations de la substance chondroïde intermédiaire à l'os et au cartilage épiphysaire, qui a été si bien décrite par M. Broca, dans son MÉMOIRE SUR L'ALTÉRATION DES OS RACHITIQUES.

Mais, de plus, on trouvait dans les muscles une autre lésion déjà assez avancée. Le fémur et l'humérus, comme nous l'avons dit, présentaient une incurvation très-prononcée ; dans ce point, du côté de la convexité de l'os, les fibres musculaires des muscles triceps avaient pris une teinte jaunâtre très-caractéristique, et l'examen au microscope de leur tissu montrait qu'ils avaient subi une dégénérescence graisseuse complète ; dans certains points, on ne retrouvait plus traces de fibres musculaires ; elles étaient remplacées par de grandes cellules de graisse juxtaposées. La partie superficielle de ces muscles n'était pas altérée. Les filets nerveux qui se rendaient à ces muscles étaient atteints de la même dégénérescence ; les tubes nerveux étaient infiltrés de granulations graisseuses et entourés de vésicules graisseuses ; mais leur altération n'était pas assez avancée pour empêcher de reconnaître encore la structure de la fibre nerveuse.

III. — PATHOLOGIE.

ICTÈRE ; DÉGÉNÉRESCENCE DE LA TÊTE DU PANCRÉAS ; CANCER ÉPITHÉLIAL DU DUODÉNUM AU NIVEAU DE L'EMBOUCHURE, DANS CE DERNIER, DES CANAUX CHOLÉDOQUE ET PANCRÉATIQUE ; par M. LABORDE, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un homme de 80 ans, le nommé Ronnousset, couché au n° 8 de la salle Sainte-Foy (infirmerie générale de l'hospice de Bicêtre, service de M. Léger). Entré le 16 mai 1857, mort le 28.

Vieillard de petite taille, un peu amaigri, mais à l'œil encore très-vif. Il ne comprend pas pourquoi on l'a transporté à l'infirmerie. Il se dit exempt de tout mal et de toute souffrance ; il ignore même qu'il est *jaune* de la tête aux pieds. En conséquence, il est impossible d'obtenir de sa bouche le moindre renseignement sur le début de sa maladie et sur ses antécédents. Les personnes qui ont pu l'observer dans sa division ne nous en apprennent pas davantage, si ce n'est que sa jaunisse n'existe que depuis environ huit jours. Ce renseignement, pour le dire à l'avance, est même très-sujet à caution, ainsi que la suite des faits va le démontrer. Force est donc de demander à l'examen direct toutes les lumières du diagnostic ; cet examen permet de constater ce qui suit :

Coloration d'un *jaune orangé* remarquable de toute la surface cutanée externe et de la conjonctive oculaire. Langue recouverte d'un léger enduit également jaunâtre. Pouls d'une lenteur caractéristique (40 à 50), un peu faible. Point de douleur spontanée nulle part ; mais le palper et surtout la pression déterminent une douleur assez vive vers l'hypocondre gauche, dans un point très-limité, un peu au-dessous et à gauche du rebord des dernières fausses côtes.

Cependant ni le palper ni la percussion ne révèlent en ce point la présence d'aucune tumeur appréciable. Le foie lui-même ne déborde nullement le rebord costal ; il est dans ses limites normales, et il paraît offrir plutôt une diminution qu'une augmentation de son volume. Rien dans l'état présent, ni dans un passé peu éloigné, ne démontre l'existence de calculs biliaires et surtout d'un calcul obstruant les canaux cystique ou cholédoque. Pas la moindre manifestation de colique hépatique. L'appétit ne fait pas complétement défaut, et le malade conserve encore, malgré son grand âge, une certaine vivacité, qui se manifeste tant par les mouvements que par l'expression de son regard. Constipation et décoloration des matières fécales ; urines éminemment bilieuses ; réaction caractéristique par l'acide azotique. Ajoutons enfin que le cœur présente des battements normaux, à la lenteur et à la faiblesse près, et que les poumons ne sont le siége que de l'altération si commune à cet âge, un catarrhe chronique, sans manifestations aiguës actuelles.

En présence de ces signes, *pour la plupart négatifs*, le diagnostic de la cause de l'ictère ou de la lésion a dû rester tout d'abord en suspens. Mais il s'est trouvé bientôt éclairé, du moins en partie, par la marche subséquente de l'affection. En effet, la persistance et même l'augmentation de la coloration ictérique, malgré une médication révulsive appropriée ; l'état d'abattement progressif constituant une véritable adynamie, quelques ecchymoses affectant la forme de taches de purpura survenues aux membres inférieurs, etc., ont bientôt fait songer à l'existence probable d'une *affection chronique organique*, exerçant une influence directe ou indirecte sur l'excrétion biliaire. Mais quel était le siége de cette affection, quelle en était la nature? De grandes difficultés s'offraient à une pareille détermination. L'examen précité de la glande hépatique semblait exclure toute participation directe de celle-ci. Parmi les autres organes, l'estomac se montrait, à l'investigation la plus minutieuse, dans un état d'intégrité parfaite ; l'absence de toute tumeur saillante et plus ou moins mobile excluait aussi la participation de l'épiploon. Restait le *pancréas*, sur lequel s'arrêtait, en dernier lieu, la pensée, comme capable de dégénérescence et de compression permanente sur le principal conduit de la bile. Cette présomption empruntait de plus quelque raison d'être à l'existence d'une douleur vive signalée plus haut au niveau de la glande pancréatique et déterminée par la pression. Quoi qu'il en soit, le malade ayant succombé le douzième jour, voici ce que l'autopsie, pratiquée vingt-quatre après la mort, permit de constater :

Le thorax et l'abdomen étant ouverts, toute la surface interne de ces cavités et celle des organes contenus se présentent avec une belle coloration jaune semblable à celle déjà signalée sur la muqueuse externe. Elle se montre par plaques à la surface même des poumons, et aussi dans la cavité encéphalique, sur toute la surface du cerveau ; on la retrouve enfin à la coupe des muscles et des cartilages.

L'attention se trouvant particulièrement attirée vers l'état des voies biliaires, il suffit de relever le bord tranchant du foie pour se convaincre, sans dissection, que celles-ci sont le siége d'une dilatation inaccoutumée. En effet, les canaux hépatique et cholédoque surtout présentent un volume considérable et peu différent de celui de la vésicule elle-même dans un état de distension exagérée. Sans offrir le même degré de dilatation, le canal cystique a bien plus que son volume normal. Les uns et les autres, incisés, laissent s'échapper en abondance une bile presque noire, de consistance moins fluide que normalement, poisseuse et comme gélatiniforme. Cependant tous les canaux sont parfaitement perméables dans toute leur étendue, et la pénétration du canal cholédoque lui-même dans le duodénum se fait par une embouchure bien ouverte et plus large que d'habitude. Mais cette embouchure traverse une tumeur très-dure et très-adhérente aux parois duodénales,

tumeur du volume d'un gros œuf de poule et appartenant à la tête du pancréas, qu'elle paraît ne point dépasser, ainsi qu'en fait foi, d'ailleurs, l'examen microscopique. Celui-ci, en effet, démontre dans cette tumeur l'existence, en très-grand nombre, de noyaux volumineux avec nucléole appartenant à une des variétés de la dégénérescence cancéreuse; de granulations et de cellules adipeuses aussi en très-grande quantité, tandis qu'on n'aperçoit que quelques rares éléments glandulaires. De plus, à l'intérieur du duodénum, et juste au niveau de l'embouchure du cholédoque, apparaît une large plaque formant tumeur, à bords renversés et de forme champignonnée. Sa surface est comme ulcérée, bien qu'il n'y ait point de liquide sanieux. Toute la muqueuse duodénale est mollasse et déchiquetée par places. La coupe de la tumeur est mollasse; il s'en écoule un suc grisâtre qui présente, sous le microscope, une multiplication remarquable de la cellule épithéliale normale de l'intestin, et des modifications successives de celle-ci, aboutissant à la cellule allongée, fusiforme, fibro-plastique, au noyau nucléolé et granulations moléculaires abondantes. La même préparation offre un grand nombre de noyaux séparés, semblables à ceux signalés plus haut dans la tumeur pancréatique. Il est à remarquer que dans ce point du canal intestinal (siége de la tumeur), on ne trouve pas trace d'élément glandulaire, lequel se retrouve dans les autres points de la muqueuse avec la plupart de ses attributs normaux (glandes de Brunner). Le foie est sain et ne présente d'autres modifications que celles dues au long séjour forcé de la bile dans son tissu.

En résumé, dégénérescence cancéreuse de la tête du pancréas, et aussi du duodénum (celle de ce dernier affectant plus particulièrement la forme épithéliale et fibro-plastique); ictère consécutif par compression du canal cholédoque à son embouchure duodénale. Bien que l'influence compressive soit ici indéniable, malgré la perméabilité persistante des canaux biliaires, on se demande si, dans un cas semblable, il n'existe pas une influence morbide plus profonde et en quelque sorte plus intime, exercée par la nature même de l'affection sur la fonction biliaire, surtout dans ses relations avec la fonction digestive. C'est un point intéressant de physiologie pathologique à élucider.

IV. — Chimie pathologique.

Note sur un des caractères qui peuvent servir a distinguer l'hématosine de l'hématoïdine; par M. le docteur Charles Robin.

On sait que dans un très-grand nombre de circonstances des tissus malades peuvent être colorés par des grains d'hématosine. La teinte qu'ils en reçoivent peut varier notablement d'un tissu à l'autre selon la quantité de cette substance, selon son mode d'accumulation et de distribution entre les éléments anatomiques, ou dans leur épaisseur même; selon que les granules qu'elle forme sont écartés les uns des autres ou accumulés et contigus.

L'hématosine forme ainsi, comme on le sait, des taches ou des amas de grandeur variable isolés ou en grand nombre, se touchant presque ou éloignés dans un même organe. Leur couleur varie du rouge pâle au rouge brique, ou couleur de rouille; parfois ces taches sont d'un brun rouge plus ou moins foncé; il n'est pas rare de les voir d'un brun noir ou même tout à fait noires. Beaucoup d'espèces de tumeurs présentent des taches de cette apparence qui sont constituées de la sorte. On sait aussi depuis longtemps que les taches ou petites masses noires qu'on trouve dans l'ovaire, à la place autrefois occupée par les ovariules, dont l'atrophie est déjà avancée, sont aussi formées par des grains d'hématosine mélangés d'un nombre plus ou moins considérable de cristaux d'hématoïdine. J'ai déjà décrit quelques-unes des diverses conditions dans lesquelles on trouve les grains d'hématosine soit dans l'épaisseur des éléments anatomiques, soit dans leurs interstices (Remarques sur l'hématoïdine amorphe. Compte rendus et mémoires de la Société de biologie. Paris, 1855, in-8, p. 140 à 145).

Les taches noires qu'on trouve parfois sous le péritoine dans un assez grand nombre de circonstances morbides ou purement accidentelles sont constituées de la même manière. C'est ce dont j'ai pu m'assurer encore récemment avec M. le docteur Hillairet sur une pièce présentée par lui à la Société de biologie. Tout le péritoine était parsemé de taches noires, presque entièrement opaques, éparses, dont les plus grandes étaient larges de 2 millimètres. Les unes étaient linéaires, étroites, les autres irrégulièrement arrondies; quelques-unes enfin avaient une forme presque étoilée et étaient tout à fait semblables à des taches de pigment.

Elles étaient formées par des granules adhérents à la face profonde du péritoine, saillantes au-dessous de lui et formant des traînées que l'on pouvait suivre dans les sillons interposés aux cellules adipeuses sous-péritonéales les plus superficielles. Les grains qui composaient ces taches étaient arrondis ou irrégulièrement polyédriques à angles mousses. Ils avaient une largeur de 2 à 10 millièmes de millimètre environ, mais il y en a qui offraient jusqu'à 20 millièmes. Ceux qui avaient des dimensions égales dans tous les sens étaient opaques, noirs, mais beaucoup étaient aplatis, laissaient traverser la lumière et lui donnaient une teinte d'un rouge brun foncé. Je reviendrai ci-après sur les réactions que présentaient ces granules.

On sait qu'on peut trouver dans la grande cavité de l'arachnoïde des couches lamelleuses de fibrine coagulée, plus ou moins colorée en jaune par des leucocytes du pus qu'elle a englobés, et des membranes de nouvelle génération, ayant une trame analogue à celle des séreuses ou des fibreuses. Ces productions accidentelles, bien que souvent encore confondues sous le nom de *pseudo-membranes*, diffèrent par leurs caractères et les conditions morbides nécessaires à leur formation : le nom de *pseudo membranes* doit être réservé pour les couches fibrineuses qu'on rencontre quelquefois dans les méningites aiguës, qui siégent de préférence sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde et qui ne s'organisent jamais; tandis que l'on doit appeler, *néomembranes*, des membranes de nouvelle génération, réellement organisées, qui sont formées de fibres lamineuses et de rares fibres élastiques de la variété dartoïque, et qui sont ou peuvent devenir vasculaires. Elles sont beaucoup plus fréquentes que les pseudo-membranes.

On doit distinguer non-seulement les néomembranes des pseudo-membranes, mais encore ces deux espèces de productions accidentelles, des épanchements sanguins. Les néomembranes adhèrent presque constamment au feuillet pariétal de l'arachnoïde et sont produites par l'exsudation de blastème dans lequel naissent rapidement des noyaux embryoplastiques, des fibres lamineuses, puis des fibres élastiques et des vaisseaux sanguins. Ce blastème peut être exsudé seul, mais le plus souvent il est mêlé à un peu de sang extravasé. L'hématosine se sépare des globules, au bout de quelque temps, sous forme de granules irréguliers, qui donnent à la néomembrane une coloration rouillée; elle met, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, beaucoup de temps à se résorber. Dans le plus grand nombre des cas, l'extravasation du sang a lieu au moment de l'exsudation du blastème; mais l'une peut précéder l'autre, car ils proviennent des vaisseaux de la méninge à laquelle adhère la néomembrane. (Voyez Brunet, Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde. Paris, 1859, in-4, p. 8, 77 et 89. Thèse).

Ces néomembranes arachnoïdiennes peuvent être parsemées de taches rougeâtres ou de teinte couleur de rouille; celles-ci varient de grandeur depuis celle d'un point presque invisible à l'œil nu jusqu'à celui de plusieurs millimètres. Elles sont formées, comme nous allons le voir, uniquement de granulés d'hématosine. Mais on peut aussi trouver dans ces membranes de petits caillots ou de petites collections sanguines larges de 1 centimètre environ : puis entre ces petites collections sanguines et les épanchements kystiques pouvant contenir plusieurs centaines de grammes de sang on trouve tous les degrés intermédiaires.

Dans les taches de couleur de rouille, etc., les granules d'hématosine ont une largeur de 1 à 10 millièmes de millimètre environ. Ces granules sont épars, ou irrégulièrement groupés. Il n'est pas rare d'en trouver qui sont au contraire réunis sous forme de *globules granuleux* ou encore immédiatement contigus, accumulés, serrés les uns contre les autres, composant des amas qui simulent des cellules allongées. J'ai cité déjà des exemples de ce genre qui ne sont pas très-rares (*loc. cit.* Mém. de la Soc. de biologie, 1855, p. 143). Dans ce même travail j'ai montré que ces *grains d'hématosine* qui accompagnent souvent les cristaux d'*hématoïdine* et ont reçu le nom d'*hématoïdine amorphe*, sont différents de l'*hématoïdine cristallisée* exempte de fer; que ces grains étaient de l'hématosine probablement encore pourvue de son équivalent de fer, mais séparée de la globuline des hématies et réunie en globules, qui plus tard aurait peut-être passé à l'état d'hématoïdine et aurait cristallisé (p. 141).

Dans les taches couleur de rouille des néomembranes arachnoïdiennes, ainsi que dans les autres cas d'accumulation des grains d'hématosine auxquelles j'ai fait allusion, il n'est pas rare de trouver des cristaux d'hématoïdine isolés ou groupés au milieu de ces granules. Mais très-souvent ces cristaux sont peu nombreux par rapport aux amas d'hématosine. Ils sont alors complétement masqués par ces derniers et ne peuvent être aperçus si l'on n'emploie des dissolvants qui fassent disparaître les uns en laissant les autres intacts. Il m'est arrivé souvent de considérer d'abord des taches rougeâtres ou noirâtres de divers produits morbides comme constituées uniquement de granules d'hématosine et de reconnaître ensuite que, contrairement à ce que je pensais d'abord, il s'y trouvait aussi des cristaux d'hématoïdine.

L'emploi de l'acide sulfurique ordinaire est un très-bon moyen pour arriver à déterminer si dans une préparation il existe seulement des granules d'hématosine, ou s'il s'y trouve en même temps des cristaux d'hématoïdine. En effet cet acide pâlit d'abord, rend plus clairs et plus transparents les granules d'hématosine; il les jaunit légèrement lorsqu'ils offrent une teinte d'un brun rougeâtre foncé et les rend plus transparents. Après quelques moments du contact de l'acide chaque granule et par suite les amas qu'ils forment se trouvent entourés d'une auréole jaunâtre qu'on peut faire disparaître en chassant le liquide de la préparation par des mouvements des lamelles de verre; elle est due sans aucun doute à une solution de l'hématosine dans l'acide. Les grains deviennent peu à peu si pâles qu'ils semblent presque incolores, et au bout de quelques heures ils ne colorent plus la lumière et ne la réfractent pas plus fortement que des corpuscules de même volume formés par des substances azotées ou albuminoïdes des solides; lorsque les grains d'hématosine sont groupés en forme de *globules granuleux*, au bout de quelques heures il reste une masse pâle de même forme ressemblant à une cellule grenue, pâle, sans noyau. Tous les granules d'hématosine ne sont pas attaqués d'une manière égale par l'acide sulfurique, et dans les conditions ci-dessus il en reste quelques uns qui sont encore un peu rougeâtres ou jaunâtres. Mais, du soir au lendemain, en douze à dix-huit heures au plus, tous disparaissent. Le tissu dans lequel ils étaient plongés devient tout à fait incolore et homogène.

Dans les cas où existe de l'hématoïdine avec les granules d'hématosine, on constate alors la présence de quelques cristaux de la première dans les endroits où la seconde formait les amas les plus volumineux. C'est ainsi que l'acide sulfurique devient un moyen de distinguer facilement les deux com-

posés précédents lorsqu'ils sont mélangés, et de découvrir l'hématoïdine lorsqu'elle est masquée par l'hématosine. On ne peut dire que l'acide a déterminé le passage à l'état cristallin des granules arrondis, etc., d'hématosine, car dans la plupart des cas le nombre des cristaux dans le champ du microscope n'atteint pas la dixième partie de celui des grains d'hématosine, et il faut les chercher souvent en divers points de la préparation avant de les rencontrer. Ce fait montre en outre qu'il n'y a pas *d'hématoïdine amorphe*, que tous les corpuscules microscopiques colorés en rouge qui ne sont pas cristallisés sont de l'hématosine séparée des hématies et réunie en granules sous forme cristalline. Au contraire, les cristaux qu'on met à découvert par le procédé ci-dessus ont les caractères de l'hématoïdine, et, selon toute probabilité, à mesure que l'hématosine passe à l'état d'hématoïdine elle prend l'état cristallin propre à ce dernier composé chimique.

Les différences entre ces deux corps se trouvent mises en évidence durant cette réaction par l'état de cristallisation de l'hématoïdine et son insolubilité dans l'acide sulfurique, tandis que l'hématosine n'est pas cristallisée et se dissout assez rapidement. L'acide sulfurique ne se volatilisant pas, il est facile de suivre toutes les phases de son action du jour au lendemain, lorsque la quantité d'hématosine étant considérable, une heure ou deux ne suffisent pas à son entière dissolution.

Certaines tumeurs sanguines ou hématiques (hématomes), enkystées ou non, qu'on rencontre dans le bassin, la thyréoïde, dans les ganglions lymphatiques, la rate, les capsules surrénales, à la jambe le long des varices, dans la tunique vaginale, comme suite d'hématocèles anciennes, etc., renferment des corpuscules qu'on pourrait confondre avec des éléments anatomiques. La substance de ces tumeurs est d'un brun grisâtre ou rougeâtre, quelquefois noirâtre au point de simuler du pigment mélanique. Elle est généralement friable, demi-sèche, pulvérulente, quelquefois comme pulpeuse; elle est composée en partie de fibrine avec ou sans hématies encore reconnaissables ou presque en totalité des corpuscules dont il s'agit ici. Ces corpuscules varient en diamètre depuis 5 jusqu'à 35 et même 45 millièmes de millimètre. Les plus nombreux ont de 12 à 20 millièmes. On trouve toujours dans ces masses morbides de nombreuses granulations moléculaires de même nature sans doute que les corps dont il s'agit ici. Ils sont polyédriques, souvent aplatis, presque toujours à angles et bords arrondis. Ces formes, pas plus que les dimensions, n'ont rien de fixe, elles varient à l'infini, mais pourtant la manière dont leurs angles et leurs arêtes sont émoussés et arrondis, jointe aux particularités suivantes de couleur, donne à ces corps un aspect tout particulier. Sous le microscope, ils sont en effet d'un brun rouge ou d'un rougeâtre tout particulier; cette teinte est surtout manifeste dans les plus volumineux.

En outre une particularité importante à noter est que plusieurs de ces corpuscules, les plus gros surtout, offrent dans leur épaisseur, particulièrement vers leur milieu, des granulations à centre brillant, jaunâtre ou rougeâtre, à contour foncé. Cette particularité leur donne une apparence de structure spéciale. Mais on peut voir, en examinant différents points de la tumeur, que la masse de celle-ci offre par places de la fibrine encore reconnaissable à son état fibrillaire, et ailleurs déjà parvenue à l'état amorphe.

Les portions arrivées à l'état amorphe, et plus ou moins granuleuses, se réduisent en fragments qui sont d'autant plus nets et mieux isolés et séparés des portions de fibrine encore à l'état amorphe, que l'on approche davantage des portions les plus centrales ou les plus friables de la tumeur. Il est facile ainsi de reconnaître qu'ils proviennent de fibrine altérée graduellement, et ayant retenu les globules sanguins dont la globuline et la matière colorante se sont modifiées en même temps. Cette dernière, en particulier, est plus ou moins abondante, selon les cas, et colore plus ou moins ces corpuscules, selon la quantité de cette matière fixée molécule à molécule à la fibrine altérée et amorphe. On trouve assez souvent des grains d'hématosine mélangés à ces corpuscules, mais il est rare que l'acide sulfurique y mette à découvert des cristaux d'hématoïdine.

Quant aux corpuscules précédents, leur volume et leur forme extrêmement différents de l'un à l'autre, leurs contours arrondis, leur coloration brunâtre, ou d'un brun roussâtre, sont autant de particularités qu'on ne rencontre dans aucune espèce d'élément anatomique. Malgré leurs granulations, il est facile de voir qu'ils n'ont pas de structure propre, pas de noyaux ni autres particularités qui puissent les faire prendre pour des cellules.

L'étude de ces corpuscules sur des tumeurs de plus en plus anciennes, fait reconnaître aisément qu'il s'agit là de concrétions formées principalement de fibrine mélangée de matière colorante des globules, offrant une espèce particulière de modification consécutive à son passage à l'état amorphe, et nullement de substance organisée, susceptible de se nourrir, de se développer et de reproduire des parties semblables à elle.

Bien que beaucoup de ces corpuscules aient le volume que présentent les grains d'hématosine, on ne saurait les confondre les uns avec les autres. Ils sont, en effet, plus irréguliers que les granules d'hématosine, et leur couleur d'un gris ou d'un brun rougeâtre est d'une teinte sale et non brillante, comme celle de l'hématosine. En outre l'acide sulfurique les pâlit beaucoup, les réduit en une substance homogène transparente, comme gélatineuse, finement grenue, sans les liquéfier ni les dissoudre tout à fait.

2° SUR LES PRÉTENDUS CORPUSCULES AMYLACÉS; par C. SCHMIDT (de Dorpat). ANALYSE DE CE TRAVAIL; par M. BERTHELOT.

On sait que Virchow a publié des recherches très-intéressantes sur les relations de forme et d'origine des corps amyloïdes; mais leur étude chimique a été fort négligée jusqu'à présent. La coloration rouge violacée que cette substance prend sous l'influence de l'iode et de l'acide sulfurique, est fort différente de celle de la cellulose et même de l'amidon soumis aux mêmes traitements. Si ce caractère suffit en tous cas pour distinguer ces corpuscules de toute formation morphologique semblable, il ne suffit point pour établir définitivement leur constitution en tant que substances exemptes d'azote et appartenant au groupe de l'amidon et de la cellulose; car les rapprochements avec ce groupe de composés ne peuvent être fondés que sur l'analyse élémentaire jointe à la propriété caractéristique en vertu de laquelle les hydrates de carbone se changent en glucose à l'aide d'un traitement convenable par les acides.

Mais la petitesse de ces éléments morphologiques ne permet de les séparer que fort incomplétement de la substance intercellulaire qui les enveloppe, et d'autres matières albuminoïdes définies par leur forme histologique; quant aux traitements chimiques, tels que les lavages à l'eau, à l'alcool et à l'éther, ils éliminent seulement les albuminates solubles (sérum du sang, etc.), les graisses, les savons, la leucine, la tyrosine, l'inosite, etc. Aussi l'analyse élémentaire ne peut-elle donner lieu qu'à des conclusions partielles. Les albuminoïdes (albumine, fibrine, caséine, osséine, chondrine, substance épithéliale et cornée) renferment :

Carbone, de 50 à 54 p. 100; Hydrogène, de 6,7 à 7,3; Azote, de 15 à 18 p. 100.

La gomme, l'amidon et la cellulose = $C^{12}H^{10}O^{10}$, renferment :

Carbone, 44,4 p. 100; Hydrogène, 6,1.

Si donc les corpuscules précédents isolés incomplétement des matières albuminoïdes par les traitements précédents fournissent moins de 50 p. 100 de carbone, moins de 6,7 d'hydrogène, moins de 15 p. 100 d'azote, et traités par l'acide sulfurique, produisent du glucose; ils appartiendront au groupe des hydrates de carbone, sinon à celui des albuminoïdes. Si, par exemple, un tel mélange fournit 8 p. 100 d'azote et 50 p. 100 de sucre, il contiendra moitié de son poids de cellulose amyloïde. Mais s'il renferme 10 à 18 p. 100 d'azote et s'il ne fournit point de sucre, le prétendu « *amyloïde animal* » devra être rangé parmi les albuminoïdes, et le mot « *amyloïde* » devra être supprimé comme chimiquement inexact et donnant lieu sans aucun fondement à une confusion fâcheuse avec la physiologie végétale.

Les essais suivants ont été faits avec des corpuscules amyloïdes du plexus choroïde du cerveau, et avec ceux d'une rate dégénérée qui se colorait en rouge violacé par l'iode et l'acide sulfurique.

I. Du plexus choroïde d'un cerveau humain riche en corpuscules amyloïdes.

a. On épuise la masse par l'eau, l'alcool, l'éther.

b. On fait bouillir une demi-heure avec l'acide sulfurique étendu, on neutralise par le carbonate de baryte. On filtre, on concentre; le liquide ne réduit point le tartrate cupropotassique et ne fermente pas avec la levûre de bière.

c. On fait digérer avec l'acide sulfurique concentré à froid; au bout d'une demi-heure on étend d'eau, on fait bouillir une demi-heure, on neutralise comme précédemment. Pas de trace de glucose.

d. 0,0136 de substance séchée à 120° fondus avec un excès de potassium, puis traités par l'eau, un sel de fer au partie peroxydé et l'acide chlorhydrique, ont fourni la même quantité apparente de bleu de Prusse que la même quantité de substance intermusculaire traitée parallèlement.

II. Rate humaine dégénérée, riche en corpuscules amyloïdes.

a. 30 grammes ont été délayés dans l'eau bouillie avec l'acide sulfurique étendu pendant une demi-heure, saturés par la craie, filtrés, évaporés en sirop, repris par l'alcool fort pour précipiter le sulfate de chaux et évaporés. Le résidu ne réduit point le tartrate cupropotassique et ne fermente point avec la levûre.

b. Traitement par l'acide sulfurique concentré comme ci-dessus. Pas de glucose.

c. 100 grammes de bouillie de rate fraîche épuisée par l'alcool et l'éther, puis séchés à 120°, laissent 15gr.,58 de résidu.

0,734 de ce résidu incinérés laissent 0,0151 de phosphates, c'est-à-dire 2,06 p. 100.

0,2933 représentant 0,2873 de substance réelle (privée de cendre) ont fourni par la chaux sodée 15,6 p. 100 d'azote.

D'où il résulte que le prétendu *amyloïde animal* dans les cas examinés, ne renferme point un hydrate de carbone exempt d'azote et analogue à la cellulose. Il est donc opportun de changer leur nom contre un autre qui ne donne lieu à aucune confusion.

V. — TÉRATOLOGIE.

ABSENCE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS, DES TROMPES, DU VAGIN ET DU REIN DROIT; par MM. BASTIEN et LE GENDRE, prosecteur des hôpitaux.

Sur une petite fille qui avait vécu 7 à 8 mois environ, bien développée, outre une absence du rein droit qui sera décrite ultérieurement, nous n'avons pas trouvé de traces de l'utérus. Voici la description de ces anomalies diverses qui existaient du côté des organes génitaux :

La vulve était bien conformée, les grandes lèvres très-développées, saillantes, comme cela se voit chez les jeunes enfants, les petites lèvres et le

clitoris avec son sac préputial bien conformés. En écartant ces petites lèvres on aperçoit en haut l'ouverture de l'urètre qui permet de pénétrer dans la vessie, comme on s'en assure en faisant une injection dans ce réservoir. Au-dessous de cette ouverture et dans le même plan, est une petite membrane que l'on peut soulever avec un stylet, en forme de cul-de-sac et qui ressemble à l'hymen; mais un examen plus attentif fait reconnaître au fond de ce cul-de-sac une fente longitudinale donnant entrée dans un petit enfoncement de 5 ou 6 millimètres de profondeur seulement, comme on s'en assure avec une soie de sanglier. Les côtés de cette fente sont formés par une petite membrane flottante; c'est bien là l'hymen, la première membrane ou l'ouverture antérieure du vagin, dont le conduit est tout à fait fermé. De chaque côté de ce cul-de-sac vaginal sont deux petits pertuis imperméables avec un repli de la muqueuse en avant formant comme un nid de pigeon et ressemblant aux orifices oblitérés des glandes de Bartholin. De chaque côté de l'urètre sont aussi de petits pertuis analogues, ressemblant à des follicules. La paroi du vagin qui s'étend de ce cul-de-sac qui représente son ouverture jusqu'à la fourchette offre des rides assez nombreuses.

La dissection minutieuse des parties génitales externes a montré leur conformation régulière. Les muscles ischio-caverneux, constricteur du vagin existaient bien développés; le nerf honteux interne occupait ses rapports normaux et pouvait être suivi jusqu'à la base du clitoris.

Le périnée est tout à fait normal, l'anus est perforé et constitué convenablement.

Après avoir ouvert la cavité abdominale on constate l'absence de l'utérus entre la vessie et le rectum. Ces deux organes sont tout à fait accolés; des parties latérales de la vessie se détachent deux replis du péritoine analogues aux replis de Douglas. Sur les côtés les deux cordons ombilicaux soulèvent le péritoine et ont la forme ordinaire.

Dans la partie inférieure des fosses iliaques, là où la paroi abdominale antérieure se réfléchit, on trouve de chaque côté un corps glanduleux, de forme allongée, ovale, dont la grosse extrémité est tournée en arrière, la petite extrémité vers l'orifice interne des canaux inguinaux. De ces deux glandes la gauche plus volumineuse que la droite, moins aplatie, est à moitié entrée dans le canal inguinal; elle est un peu moins effilée que l'autre. La droite plus petite, comme aplatie contre la paroi abdominale, est encore à près d'un centimètre du canal inguinal. Elles offrent un aspect blanchâtre avec de petits points translucides qui ressemblent à des vésicules.

L'examen microscopique de ces corps fait par notre savant collègue M. Charles Robin a montré l'existence d'un certain nombre de petites vésicules transparentes remplies d'un liquide contenant une grande quantité de cellules d'épithélium nucléaire tout à fait analogue à celui que l'on rencontre dans les vésicules ovariennes à l'état normal. Ces différents caractères permettent de reconnaître ces corps comme de véritables ovaires.

Du sommet de la glande du côté droit part un cordon qui se divise en deux bandelettes, une qui pénètre dans le canal inguinal plus épaisse, plus arrondie, dans ce canal on ne peut le suivre dans l'étendue d'un centimètre jusqu'à son ouverture externe.

L'autre bandelette, plus large, se dirige vers le bassin, coupe perpendiculairement l'artère iliaque externe, et l'artère ombilicale oblitérée, à mesure qu'elle s'enfonce devient plus mince et se perd sur la face postérieure de la vessie en se confondant avec le péritoine sous forme de stries, de filaments. De la grosse extrémité et de la partie supérieure et interne se détache un repli péritonéal à travers lequel se voient par transparence une artère ovarique et plusieurs veines de chaque côté. Ces vaisseaux gagnent le bord interne de la glande qui est libre à son côté externe, tandis que vers sa concavité le péritoine lui forme un véritable mésovaire.

L'anneau inguinal de ce côté offre ses rapports normaux avec l'artère épigastrique. Un stylet pénètre dans ce canal dans une étendue de 1 centimètre.

Du côté gauche la glande présente les mêmes particularités pour les vaisseaux; le ligament qui se porte en arrière, pour se perdre derrière la vessie après avoir croisé les gros vaisseaux, est moins développé que celui de l'autre côté; il se poursuit un peu moins loin sur la vessie où il se perd dans le péritoine. Quant à la partie de l'ovaire engagée dans le canal inguinal, elle descend dans une cavité assez spacieuse qui se prolonge sur le pubis jusque dans l'épaisseur de la grande lèvre. Le canal inguinal mesure 25 millimètres en longueur. Si l'on retire un peu la glande de la cavité du canal inguinal, on voit partir de son sommet un gros cordon rougeâtre d'aspect musculaire libre par sa face externe, adhérent par sa face interne, qui se confond avec le péritoine: c'est le mésovaire en partie engagé dans le canal inguinal. La dissection de la région inguinale externe montre la saillie que forme cette véritable hernie de l'ovaire dans le canal de Nuck persistant; on voit quelques vaisseaux capillaires qui le traversent et vont se perdre dans les grandes lèvres.

Plusieurs artères flexueuses, comme les artères ovariennes, se rendent à cette glande: un tronc principal artère ovarienne remonte dans la fosse iliaque, arrive sur la face antérieure et externe du rein, puis vient s'anastomoser avec l'artère de la capsule surrénale et se jette dans l'artère rénale supérieure (ce rein reçoit deux artères, comme nous le verrons plus bas).

Du côté droit l'artère ovarienne petite, flexueuse, naît de l'artère de la capsule surrénale de ce côté avec une artère diaphragmatique inférieure (le rein droit manque). Ainsi aucune branche artérielle ne vient directement de l'aorte.

Il est facile de résumer les faits de cette observation: aucune trace de l'utérus; ovaires complétement développés présentant un ligament rond normal engagé dans le canal inguinal et un ligament propre ou ligament ovarien anormalement développé et allant se perdre dans le cul-de-sac recto-vésical du péritoine; absence complète des trompes utérines.

ANOMALIE DES ORGANES URINAIRES. — L'examen le plus minutieux de la cavité abdominale a montré qu'il n'existait qu'un seul rein situé du côté gauche avec sa forme, son volume, sa position normale, et donnant naissance à un seul uretère. Ce rein était surmonté d'une capsule surrénale d'un volume ordinaire. Voici quelle était la disposition des vaisseaux: deux artères nées de l'aorte se rendaient au hile du rein, l'une supérieure, l'autre inférieure. La supérieure fournissait avant son entrée dans le rein une branche à la capsule surrénale et l'artère ovarienne dont nous avons décrit le trajet. L'artère inférieure se perdait en entier dans le rein. Entre ces deux artères était une veine volumineuse qui se rendait à la veine cave inférieure; avant de pénétrer dans le rein, elle se divisait en deux grosses branches.

Du côté droit, le rein manquait complétement; il existait seulement une capsule surrénale assez développée, dont la position, la forme étaient normales. Une artère venant de l'aorte se divisait en trois branches destinées l'une à cette capsule surrénale, l'autre à l'ovaire droit et la troisième à la face inférieure du diaphragme. Une veine assez volumineuse se rendait à la veine cave inférieure.

La veine ne présentait rien d'anormal dans sa configuration.

BIBLIOGRAPHIE.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPIE MÉDICALE; par le docteur L. GINTRAC, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. — Tomes IV et V. — Paris, Germer-Baillère. — 1859.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

M. Gintrac divise donc d'abord l'étude des affections de la peau en aiguës et chroniques. Dans la première classe sont comprises naturellement toutes les affections caractérisées, avant ou avec l'apparition des altérations extérieures, par une réaction fébrile plus ou moins marquée, les fièvres éruptives proprement dites. L'auteur les groupe par familles naturelles, et il entend par là certaines analogies généralement reconnues et qui frappent tout d'abord.

C'est ainsi que nous trouvons dans un premier groupe, la variole, la varioloïde, la varicelle, la vaccine;

Dans un second, la scarlatine, la rougeole, la rubéole, la roséole aiguë;

Dans un troisième, les sudamina, les miliaires, etc.

Tous ces groupes, ou du moins les espèces qu'ils renferment, sont l'objet d'autant de chapitres, qui forment comme autant de monographies distinctes et complètes que réunit et enchaîne une vue d'ensemble et de judicieuse coordination. Dans cette exposition brille une profonde érudition, et nous avons été frappé de la place considérable qu'y tiennent les développements historiques et la bibliographie. Un esprit d'innovation logique a conduit l'auteur à consacrer à chacune de ces espèces un paragraphe spécial qu'il désigne sous les termes de *physiologie pathologique*, et dans lequel il exprime ce qu'est ou doit être la nature de chaque affection. Est-il besoin d'ajouter que la conclusion de ce paragraphe, dans les cas nombreux où la cause échappe, devient le guide le plus important pour la thérapeutique, point de vue parfaitement apprécié et mis à profit par l'auteur dans les pages consacrées au traitement?

Les maladies chroniques qui forment la seconde partie de la publication récente de notre savant confrère, ne sont pas traitées avec moins d'érudition. L'exposé qu'il donne des méthodes diverses sur lesquelles on a essayé de fonder les différents systèmes de classification qui ont eu cours aux diverses époques de la science, montre combien ont été profondes et étendues les études préparatoires de l'auteur.

Concluant conformément aux idées que nous avons rappelées plus haut et qui sont une des bases les plus assurées des doctrines qui règnent dans cette feuille, M. Gintrac prendra pour base dans son travail, d'une part, le siége spécial des lésions, c'est-à-dire la lésion anatomique; secondement, les circonstances qui provoquent ou entretiennent les lésions, c'est-à-dire le point de vue étiologique.

La première division (point de vue anatomique) comprendra les maladies de l'épiderme et des ongles, — du système pileux, — des follicules sébacés, — des organes sudoripares, — du pigment cutané, — du réseau vasculaire cutané, — du système nerveux cutané, — du derme.

—Considérées au point de vue étiologique où les maladies de la peau se diviseront comme il suit : en maladies parasitaires et en maladies diathésiques.

Nous ne nous arrêterons pas sur les affections parasitaires, ordre que l'auteur sous-divise naturellement en maladies zoo et phyto-parasitaires. La grande question, dont la discussion trouvera plus tard sa place dans ces colonnes et qui est d'ailleurs à l'ordre du jour, celle de savoir si le parasite est, dans ces affections, cause ou effet, est tranchée par M. Gintrac au premier point de vue; il est considéré comme cause. La discussion de ce point de science ne prendra point place ici ; nous la réservons, tout en laissant connaître notre tendance personnelle à nous ranger à l'opinion ci-dessus exprimée de notre savant confrère de Bordeaux.

L'étude des maladies diathésiques, dans l'ouvrage que nous analysons ici, montre d'une façon bien remarquable la supériorité de la doctrine qui place dans les causes ou la nature des maladies le véritable fondement des classifications. De même qu'on ne conteste plus l'utilité des distinctions déjà établies dans les maladies cutanées par l'introduction des deux grandes classes des syphilides et des scrofulides; de même on accueillera avec faveur la classe ancienne des affections dartreuses ou herpétiques dégagées des influences syphilitiques ou scrofuleuses, et que par analogie on pourra désigner avec M. Gintrac sous l'appellation d'herpétides.

Dans cet ordre seront comprises toutes les affections dartreuses proprement dites, mais parmi lesquelles une distinction encore devra trouver place. Parmi ces maladies, l'expérience a appris que beaucoup d'entre elles ne sont que des manifestations de la diathèse arthritique ou urique, remarque qui, appelant sur la scène un élément étiologique nouveau, ne peut que contribuer à la valeur de la nouvelle classification. C'est cette famille nouvelle que M. Gintrac désigne sous le nom d'*arthritides*, sans lui donner pourtant, à notre avis, une importance aussi grande que les faits de chaque jour semblent lui devoir faire accorder. Les espèces dartreuses dont triomphent les alcalins, et elles sont nombreuses, ne révèlent-elles pas une semblable origine diathésique? C'est une considération que nous soumettons au jugement éclairé et à l'expérience de notre savant confrère. L'extension que pourra prendre cette nouvelle famille ne peut que contribuer au succès de la classification étiologique, en réduisant de plus en plus l'ordre des dartres proprement dites, dont la dénomination ne répond encore qu'à l'inconnu comme causalité.

Les familles morbides comprises sous les noms de syphilides, scrofulides, arthritides et herpétides, auxquelles on joindra les affections cancéreuses de la peau, sous le nom de cancrides, forment donc un ordre très-complet et très-logique de ces affections à formes variées et multiples qui ont si longtemps embarrassé le pathologiste. En égard à la multiplicité de ces manifestations diverses de causes principales uniques, M. Gintrac leur donne la dénomination commune de polygéniques. Il entend par là que chacune de ces causes peut produire une altération réactionnelle localisée dans un élément différent de la peau, comme on voit cette même cause se manifester sur des appareils différents de l'économie. Cette vue très-justifiée montre, comme nous l'avons dit, la prédominance de la méthode qui va à la recherche des causes, le traitement, grand objet de la science, s'en déduisant alors aussitôt.

Cette distinction, fondée sur les causes, est à nos yeux si importante, que nous serions disposé à donner le nom d'herpétides aux seules affections cutanées chroniques qui n'ont encore pu être classées sous une rubrique étiologique spéciale. La vaste famille des dartres a perdu déjà les affections parasitaires dont elle comprenait un bon nombre; les arthritides et les scrofulides se sont également et heureusement fort enrichies à ses dépens, nous disons « heureusement » au point de vue de l'intérêt du diagnostic. Nous ne doutons pas qu'elle ne perde encore plus d'une espèce que les progrès de la science sauront rattacher quelque jour à l'une des causes connues ou à quelque ordre étiologique nouveau. En parcourant la série des caractères généraux de ces affections, on reconnaît qu'elles ne présentent, comme classe, que des caractères négatifs ou d'une grande généralité d'apparence. Ainsi, elles ne sont pas contagieuses, mais bien diathésiques, et par conséquent souvent héréditaires. Elles présentent les formes les plus diverses, depuis le simple érythème jusqu'aux pustules et aux squammes. Toutes leurs manifestations sont superficielles, n'atteignant pas le derme, le prurit, le changement de couleur de la peau, leur marche progressive et envahissante, mais à pas lents, comme tout ce qui provient de la constitution, leur opiniâtreté à la récidive, tels sont leurs principaux caractères.

On voit à combien de causes diverses encore peuvent correspondre des états aussi vaguement définis, et que bien des spécificités morbides peuvent s'enrégimenter sous un drapeau aussi vaste.

La considération du traitement conduit aux mêmes aperçus généraux. Quelle thérapeutique peu fixe que celle qui s'adresse aux herpétides! Nous voyons bien, à la vérité, qu'un grand nombre d'entre elles va céder à l'usage du soufre, que d'autres seront améliorées par les préparations arsenicales; les carbonates alcalins, le mercure sembleront des panacées pour plus d'une affection dartreuse, tandis que les extraits amers ou dépuratifs d'une part, et de l'autre les topiques les plus divers rendront, dans d'autres cas, de non moindres services.

Mais il est si vrai que, sous une dénomination générale, se cachent encore bien des individualités diverses, c'est que pas un praticien peut-être au monde ne sera un peu généralement certain de pronostiquer sûrement l'effet inattendu de la médication qu'il prescrira dans chaque cas particulier. Il inclinera vers telle ou telle de ces médications par des impressions dépendant du souvenir et de son expérience étendue; mais, dans bien des cas encore, il reconnaîtra avoir conseillé l'usage du soufre quand c'est l'arsenic qui s'est montré avantageux ou réciproquement. Tant nous sommes loin encore de posséder des notions suffisantes à l'endroit de ces maladies. Aussi ne serons-nous que sages en appelant dartres ou herpétides les affections cutanées chroniques ou diathésiques dont la nature et l'origine étiologique se déroberont encore à nous. Ce sera une classe formée par élimination.

En dehors de ces familles morbides, et par opposition avec leur caractère varié de sécrétions et d'altérations locales, M. Gintrac a nommé monogénique une dernière classe des maladies cutanées diathésiques qui se caractérisent par la qualité unique et constante de l'altération de sécrétion. Sous ce nom, on étudiera successivement la pellagre, la plique, l'éléphantiasis des Grecs, etc., autant de monographies intéressantes et complètes, mais tracées ici à un point de vue historique et didactique, et comme complément d'un travail général. Nous ferons exception pourtant pour la pellagre, affection répandue dans les Landes, et que par conséquent M. Gintrac a pu étudier et observer par lui-même. Nous conseillerons de lire la judicieuse critique qu'il fait des opinions qui ont été émises relativement à l'étiologie de cette maladie, et d'où le savant professeur tire la conclusion malheureusement trop commune qu'il serait téméraire encore de se prononcer sur l'origine réelle de cette endémie. Ce chapitre est assurément un des plus soignés et des plus méritants d'un ouvrage digne de toute l'attention du corps médical, et qui ne peut manquer de devenir classique, tant eu égard à la richesse des recherches bibliographiques que sous le rapport du grand sens qui a présidé à sa rédaction.

Giraud-Teulon.

VARIÉTÉS.

— Nous croyons pouvoir donner, sous notre propre responsabilité et sans caractère officiel, les renseignements suivants au sujet de la chaire de pharmacie vacante à la Faculté de médecine.

Le maintien de la chaire est décidé. La matière médicale, l'hydrologie minérale et la pharmacologie comparée des diverses nations entreront dans le programme.

On ajoute que la commission nommée en dehors de la Faculté ne se prononcera, dans son rapport, que sur ce programme, et non sur le principe du maintien. (Gaz. hebd.)

— Par divers décrets de l'empereur et sur le rapport de divers ministres, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur.

Au grade de grand-officier : M. le docteur Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Au grade de commandeur : M. Levicaire, ancien directeur du service de santé de la marine.

Au grade d'officier : MM. Dufour (Léon), correspondant de l'Institut, à Saint-Sever; — Rouchas, premier pharmacien en chef de la marine; — Cuvellier, médecin principal, chef des hôpitaux de Milan; — Paltier, médecin-major; — Legouest, médecin-major; — Vernois, médecin consultant de la maison de l'empereur; — Bonneau, médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine; — Bretel, chirurgien principal de la marine; — Desmarres, médecin-oculiste, à Paris.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Peschier, médecin au corps législatif; — Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux; — Galy, médecin au lycée impérial de Périgueux; — Deguise, chirurgien de la maison impériale de Charenton; — Dupré, chirurgien en chef de l'hôpital de Bourg; — Combal, médecin en chef de l'hôpital général de Montpellier; — Evrat, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert; — Vanderhaeg-

hen, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille; — Sée, médecin de l'hôpital des Enfants; — Frémy, médecin de l'hôpital Beanjon; — Delestre, médecin-dentiste des hôpitaux; — Pirault-Deschaumes, chirurgien major de la garde nationale de la Seine; — Flanbert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Dagron, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Napoléon-Vendée; — Lauga, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de grenadiers de la garde impériale; — Trudeau, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; — Bonnard, médecin-major de 2e classe au 10e régiment d'artillerie montée; — Robert, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran; — François, médecin-major de 1re classe; — Meunier, médecin-major de 2e classe; — Bedemaker, pharmacien-major de 1re classe; — Mazé, chirurgien principal de la division des côtes occidentales d'Afrique; — Lamothe, chirurgien principal de la marine; — Choulet, chirurgien auxiliaire de 2e classe; — Lanvergne, chirurgien de 1re classe de la marine; — Lecomte, médecin-major de 2e classe; — Allaire, médecin-major de 2e classe; — Ropert, médecin aide-major de 1re classe; — Cocud, médecin-major de 2e classe; — Lefèvre, médecin aide-major de 1re classe; — — Bécane, médecin-major de 2e classe; — Le Marchant, médecin aide-major de 1re classe; — Besins, médecin-major de 2e classe; — Chabrely, médecin aide-major de 1re classe; — Morelle, médecin-major de 2e classe; — Baizeau, médecin-major de 2e classe; — Douchez, médecin-major de 2e classe; — Branwer, pharmacien-major de 1re classe; — Desdignenlles, pharmacien-major de 2e classe; — Morand, médecin aide-major de 1re classe; — Marlier, médecin aide-major de 1re classe.

— Par décret du 11 août, M. Négrin (Joseph-Salles), chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Alger, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 16 août, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Dimharre, médecin inspecteur des eaux minérales de Cauterets; — Sales-Girons, médecin inspecteur des eaux de Pierrefonds; — Campbell, ancien médecin interne de la Maternité, et ex-chef de clinique d'accouchement de la Faculté; — Rougier, docteur en médecine dans l'arrondissement de Riom (Puy-de-Dôme); — Piedvache, médecin des épidémie à Dinan (Côtes-du-Nord); — Bourguignon, médecin, auteur de plusieurs ouvrages estimés sur l'agriculture.

— Par arrêté du 22 juillet sont nommés professeurs suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour être spécialement attachés :

1° Aux chaires de chirurgie, M. le docteur Decès fils;
2° Aux chaires de médecine, M. le docteur Doyen;
3° Aux chaires d'anatomie et de physiologie, M. le docteur Luton.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Cordier, médecin-major de première classe à l'armée d'Italie, chevalier de la Légion d'honneur, décoré de la médaille militaire et de celle de Crimée, décédé à Gênes le 9 août dernier.

— Le président de la Société de chirurgie a déposé au ministère de l'instruction publique la somme de 650 francs provenant de la souscription ouverte dans le sein de la Société en faveur des blessés de l'armée d'Italie.

— La section de médecine de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier avait mis au concours, en 1857, la question des *Déviations utérines*. Une commission, dont M. Bouisson était rapporteur, examina les deux mémoires envoyés et proposa de donner un prix au mémoire n° 2. — Ces conclusions furent adoptées à l'unanimité par la section. L'Académie, dans sa séance générale, a voté au scrutin secret, et la proposition de la section a été adoptée à l'unanimité. Le billet ouvert, on a proclamé le nom de M. le docteur Benjamin Dunal, ancien interne des hôpitaux.

— La *Société médico-chirurgicale de Bruges* avait mis au concours pour les années 1857 et 1858 une question sur l'art des accouchements, dont le sujet était abandonné au choix des concurrents. Le prix était une très-belle médaille en vermeille.

Cette récompense vient d'être décernée à M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), pour un beau travail sur *l'éclampsie puerpérale et son traitement*.

— Le lundi 24 octobre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour la nomination de douze élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon, et dans l'hospice du Perron, à Oullins près de Lyon.

Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical; il se composera de trois séances.

Se faire inscrire au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu, au moins quinze jours avant l'ouverture du concours.

— La Faculté de médecine de San-Francisco vient de signaler son existence par l'émission d'un prospectus en langue anglaise, dont voici les passages principaux.

Cette institution nouvelle compte six chaires. Les sciences qui y sont professées sont :

1° La pathologie;
2° La chimie;
3° La physiologie, l'obstétrique, les maladies des femmes et des enfants;
4° L'anatomie et la chirurgie;
5° La matière médicale;
6° La jurisprudence médicale.

(Le prospectus explique assez naïvement la nécessité de ce dernier cours par la fréquence des occasions qui, dans ce pays, appellent le médecin à jouer le rôle d'expert en justice, pour blessures, meurtres, empoisonnements, etc.) (GAZ. DES HÔPIT.)

— La municipalité de Lisbonne vient de faire graver plus de 200 médailles d'argent, du module d'un demi-souverain, pour honorer les actes de dévonement et de charité qui ont eu lieu à l'occasion de la fièvre jaune ayant sévi dans cette capitale en 1857. Elles seront distribuées aux personnes qui ont rendu les plus éminents services pendant cette cruelle épidémie. Sur une des faces est une figure allégorique en pied, symbolisant la ville de Lisbonne, et sur l'autre se trouve : *Au dévouement humanitaire*, entourée d'une couronne de chêne. Un anneau existe aussi sur la circonférence au moyen duquel elles pourront être portées avec un large ruban jaune.

Un diplôme accompagne ces médailles.

— DE LA PROPRIÉTÉ DES PHARMACIES.—Suffit-il qu'une pharmacie soit gérée par un individu reçu pharmacien, et la propriété, séparée de la gérance, peut-elle appartenir à toute personne?

Cela a été jusqu'ici admis en principe par la cour impériale de Paris, et aussi, paraît-il, par l'administration de l'intérieur. Seulement la jurisprudence réservait le cas où le gérant pharmacien n'est qu'un prête-nom. Mais un arrêté de la cour de cassation, du 23 juin dernier, est venu renverser cette distinction.

Il décide que la propriété, aussi bien que la gérance, exige la possession du diplôme de pharmacien, et qu'un médecin ne peut, par exemple, être propriétaire d'une officine, quand même il la ferait gérer par un pharmacien. Cette nouvelle interprétation est de nature à intéresser, à Paris, plus d'un propriétaire d'officine.

— Un de nos confrères des départements, le docteur M... (de Molland), avait été poursuivi d'injures calomnieuses, dans la rue, par un client qui l'accusait de s'être entendu avec la sage-femme du lieu pour retarder un accouchement et se ménager ainsi une consultation, et qui, de plus, niait avoir reçu les conseils de notre confrère dans son cabinet.

Poursuivi en police correctionnelle pour délit d'injures et de calomnies publiques, le client a été condamné à une amende, à des dommages-intérêts et aux dépens.

Devant le juge de paix, il a été condamné à payer les honoraires réclamés; mais ce qui fait l'intérêt de ce dernier jugement, c'est un incident relatif à la prescription.

Le débiteur, voyant la réalité des soins médicaux établie par les livres du médecin, montrés au juge de paix seul, en audience, déclara que, ces soins remontant à plus d'un an, il invoquait l'article 2271 du Code civil; mais il a été débouté sur ce chef par le motif que la contestation d'abord soulevée sur la réalité des soins donnés entraînait l'interruption civile de la prescription.

— Voici un relevé des étés les plus chauds depuis le septième siècle, que nous empruntons au PAYS :

En 658, toutes les sources sont taries.—En 879, près de Worms, les ouvriers tombent morts dans les champs.—En 993, les blés et les fruits sont grillés.—En 1000, les rivières et les sources de France se dessèchent, les poissons se putréfient et causent la peste.—En 1022, les hommes et les bestiaux meurent de l'extrême chaleur.—En 1132, la terre se fend, les rivières et les sources ont disparu, et le Rhin, dans l'Alsace, est à sec.—En 1159, tout est rôti en Italie.—En 1171, grandes chaleurs en Allemagne.—En 1260, à la bataille de Béla, les soldats tombent morts sous les rayons brûlants du soleil.—En 1276 et 1277, pas de fourrages à cause des chaleurs.—En 1293, et 1294, grandes chaleurs encore.—En 1303 et 1304, la Loire, le Rhin, la Seine et le Danube sont à sec.—En 1393 et 1474, la terre est comme brûlée; le Danube est à sec en Hongrie.—En 1538, 1539, 1540 et 1541, chaleurs insupportables.—En 1556, les sources sont taries. — En 1615 et 1616, sécheresse par toute l'Europe. — En 1646, chaleur extrême. — En 1652, sécheresse la plus grande dont on se souvienne en Ecosse.—En 1698, chaleurs remarquables.—Les trois premières années du dix-huitième siècles eurent des étés brûlants.—En 1718, les théâtres furent fermés à Paris par mesure d'hygiène. Pendant cinq mois, il ne tomba pas une goutte de pluie; le thermomètre marqua à Paris 36 degrés; l'herbe et les prés furent presque rôtis, les arbres fruitiers fleurirent plusieurs fois.—En 1723, chaleur et sécheresse.—En 1743, 1744, 1745 et 1746, étés très-chauds.—En 1748, 1754, 1760, 1767, 1778, 1779 et 1788, excessives chaleurs.—En 1751 et 1753, le thermomètre marquait 37 et 38 degrés centigrades.—En 1802, il y ent à Paris la plus grande chaleur qui ait jamais été observée depuis la découverte du thermomètre. — En 1811, été très-chaud. En 1818, chaleurs excessives. On se souvient encore de la chaleur qu'il faisait à Paris les 27, 28 et 29 juillet 1830.—En 1835, été très-chaud.—Enfin, en 1846, on a eu à Paris 36 degrés de chaleur à l'ombre, et près de 50 au soleil et à l'abri du vent, par exemple, dans la cour du Louvre.

— Par arrêté du 16 juillet 1859, M. le docteur Beaugrand, second sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, est nommé premier sous-bibliothécaire, en remplacement de M. Bell, décédé. M. le docteur Axenfeld, agrégé stagiaire à la même Faculté, est nommé second sous-bibliothécaire en remplacement de M. Beaugrand.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA PARALYSIE DIPHTHÉRITIQUE.

A l'occasion de la longue et solennelle discussion sur la trachéotomie dans le croup, soutenue devant l'Académie de médecine à la fin de l'année dernière, discutant à son tour les éléments apportés devant la savante assemblée, la GAZETTE MÉDICALE voyait dans l'histoire de cette maladie la preuve de l'existence chez les individus frappés par elle d'un poison qui les avait pénétrés, et dans la symptomatologie qu'elle offrait, une réaction de l'économie provoquée par une lutte établie du dedans au dehors. Nous nous élevions en même temps contre l'idée d'une généralisation consécutive d'une affection primitivement locale. La considérant comme générale d'emblée dans la maladie confirmée, réserve étant faite de la porte d'entrée du poison que la contagion simple pouvait ouvrir. Dès l'époque à laquelle nous nous reportons, et même, pour beaucoup d'esprits, bien avant elle, ce principe d'une intoxication générale était admis déjà; si des oppositions s'y adressaient encore, elles avaient pour point d'appui la constance presque absolue de la manifestation de la réaction de l'économie, toujours ou presque toujours exclusivement fixée sur le larynx et les dépendances de son ouverture supérieure. Une maladie, caractérisée par une localisation si ferme de ses symptômes, pouvait-elle en effet être une affection si générale qu'on prétendait l'établir!

Ce qui n'était à cette époque qu'une opinion, qu'une forte présomption, une induction rationnelle et légitime de l'observation de la marche et des antécédents immédiats de la maladie, est devenu, par suite d'une étude plus suivie et de la réunion d'observations nouvelles, un fait aujourd'hui scientifiquement démontré. Le principal argument des partisans de la localisation vient de s'évanouir entre leurs mains. La manifestation pseudo-membraneuse n'est pas l'unique mode de réaction de l'économie contre le poison diphthérique. L'affection offre encore d'autres caractères importants; et si le larynx et les plaies sont toujours en possession de fournir son critérium propre, le caractère couenneux, on observe cependant dans cette maladie un nouvel ordre de symptômes et de troubles vitaux dont une étude récente, en saisissant leur physionomie, permet de fixer la haute valeur et l'importance.

Dans un très-remarquable rapport lu à la Société médicale des hôpitaux (1), sur un mémoire de M. le docteur Maingault. M. Henri Roger nous fait connaître, didactiquement exposée, l'histoire d'une nouvelle forme symptomatologique de la diphthérie; nouvelle, non quant à l'observation des faits qui la constituent, mais du moins en ce qui regarde sa description méthodique et le degré d'importance relative à lui assigner. Il s'agit de la paralysie *consécutive* à la diphthérie, phénoménalité assez singulière, pas absolument commune, sans être pourtant rare, bien s'en faut, et qui offre ce singulier caractère de ne se manifester, le plus souvent, qu'un certain temps après la retraite des accidents locaux.

(1) UNION MÉDICALE du 26 juillet.

« C'est toujours à une époque assez éloignée de celle où la fausse membrane a disparu, dit M. le docteur Maingault, deux ou trois semaines après la cessation de tout phénomène morbide du côté de la gorge, qu'on voit survenir les premiers signes de la paralysie. » Ses premières manifestations ont lieu vers le voile du palais et la muqueuse nasale. « La luette, disent quelques auteurs anciens, devient traînante, la voix nasonnée, la vue se trouble et s'affaiblit, même jusqu'à l'amaurose ou au moins l'amblyopie confirmée; mais si on observe de plus près, on reconnaît, ou en même temps ou très-peu de jours plus tard, des symptômes marqués d'affaiblissement complet, et les indices ordinaires d'une paralysie généralisée à marche progressive.

L'intérêt qu'offre un tel sujet nous impose l'obligation de nous arrêter quelque temps avec le judicieux rapporteur, sur l'étude un peu plus circonstanciée de ce tableau séméiotique.

Nous y reconnaissons d'abord que les troubles de la sensibilité y tiennent le premier rang comme ordre d'apparition. Les fourmillements des extrémités sont le plus souvent le premier symptôme à noter, et particulièrement dans les membres inférieurs. En même temps qu'on observe cette anesthésie des extrémités, on peut noter concurremment l'hypéresthésie, au contraire, de la région spinale ou des membres et avec elle souvent aussi des douleurs articulaires.

L'amblyopie qui s'offre comme fréquent épiphénomène (17 fois sur 50 cas) est également un des premiers avertissements qu'on reçoive de l'état nouveau du malade. Elle ne s'accompagne d'ailleurs d'aucune altération appréciable des membranes oculaires, l'iris y demeure étranger et l'ophthalmoscope muet.

Ces troubles de la sensibilité sont bientôt suivis de lésions analogues du mouvement. La paralysie reconnue d'abord dans les muscles du voile du palais, puis de l'œil, gagne les membres, s'emparant successivement des muscles de la vie de relation, et même de ceux de la vie organique, mais de ceux-ci à un moindre degré.

Ajoutons que ces altérations fonctionnelles des systèmes nerveux et musculaire qui s'accompagnent des caractères extérieurs de l'anémie, de la débilité apyrétique, n'offrent pas en général une terminaison fatale. La paralysie, après avoir duré quelques mois, diminue par degrés et finit par guérir. La mort n'a que rarement mis un terme aux progrès de la maladie.

Quelle est la nature de cette maladie, peut-on se demander après la lecture de cette description? est-ce un simple état consécutif, une conséquence de l'affaiblissement produit par l'affection première, et dépendant soit de sa durée, soit de son intensité, soit du traitement employé? Doit-on attribuer cette paralysie à l'albuminurie qui accompagne souvent l'angine couenneuse, à des épanchements ou des sécrétions pathologiques dans les ventricules cérébraux. En recherchera-t-on la cause dans l'anémie, dans la chronicité des accidents diphthéritiques? M. H. Roger examine toutes ces questions, et l'analyse scrupuleuse des faits apporte pour chacune d'elles une solution négative. La paralysie consécutive à la diphthérie n'est, en effet, adéquate ni à la durée ni à la gravité de la manifestation diphthéritique non plus qu'à l'asphyxie; elle ne se rattache pas davantage, et par aucune coïncidence, à l'albuminurie; enfin les autopsies n'ont pas montré plus de fondement dans l'hypothèse de sécrétions anormales cérébrales.

FEUILLETON.

REVUE DES SCIENCES ACCESSOIRES.

Botanique. Importance de l'organogénie. Discussion à l'Académie des sciences. — Cavernes à ossements, exostoses des anciens vertébrés: M. MARCEL DE SERRES. — Non-homogénéité de l'étincelle d'induction: M. PERROT. — Causes de la chaleur tropicale de cet été: M. P. SECCHI.

Sans avoir, et nous ne nous en plaignons pas, le droit d'invoquer nos souvenirs personnels, en rappelant la lutte solennelle soulevée en 1830, entre Cuvier et Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire, sur les fondements véritablement philosophiques à donner à la zoologie, il nous sera cependant permis d'évoquer devant nos lecteurs la mémoire de ce débat puissant, et de rattacher à lui une discussion moins grandiose que lui peut-être, mais pourtant sa très-proche parente, et qui vient d'être dernièrement agitée devant l'Académie des sciences. La philosophie, l'idée s'est trouvée encore une fois aux prises avec la méthode descriptive exacte, la théorie spéculative avec la simple observation, un principe avec une photographie.

Ce principe, celui des connexions, victorieux en zoologie, a étendu la main sur un domaine voisin, et prétend soumettre à ses lois une branche collatérale de l'histoire naturelle, la botanique; et par l'organe de M. Payer, expose ainsi qu'il suit son objet et l'étendue du rôle qu'il entend désormais remplir: « A.-L. de Jussieu, de Candolle et leurs successeurs considèrent la forme comme un caractère essentiel dans la détermination des organes, en sorte que l'analogie de forme entraîne toujours l'analogie de nature. Dans l'opinion que nous défendons, au contraire, dit M. Payer, la forme n'est qu'un caractère tout à fait secondaire, et pour déterminer la nature des organes, c'est à l'ensemble de leurs connexions, reconnues à l'aide de l'organogénie, qu'il faut avoir recours. » Et comme en 1829, la bataille était engagée, et se sont trouvés en présence les mêmes systèmes, les mêmes convictions qui ont tant animé autrefois les séances de l'Académie des sciences. La science aimable, *scientia amabilis*, a un instant oublié ses mœurs douces et faciles; elle a donné un démenti aux propriétés calmantes de sa nourriture ordinaire, le régime végétal, et les dents des carnassiers ont un moment remplacé, dans ses mains, la tige tremblante des cotylédons.

Cependant, contrairement au sens du débat ancien, il n'a pas été fait opposition au principe de l'organogénie; son importance n'a point été contestée. A cet égard, et en s'arrêtant aux doctrines, sans s'occuper des personnes, un esprit indifférent et impartial a dû conclure de cette discussion un peu vive que la loi des connexions avait reçu les hommages de tous. MM. Brongniart et Moquin-Tandon n'ont effectivement attaqué que la nouveauté, suivant eux, non justifiée de son apparition sur le terrain de la physiologie vé-

La seule conclusion en apparence fondée, est donc celle exposée par M. Trousseau, qui reconnait dans la paralysie diphthéritique l'effet même de l'intoxication première, de celle qui s'est révélée par la production des fausses membranes, et qu'en temps d'épidémie un observateur attentif peut reconnaître, même antérieurement à leur apparition, dans les malaises, la pâleur, la dépression présentée par les malades.

Ce point de vue nous semble d'autant plus justifié que, dans des travaux collatéraux que nous apportent les journaux d'Outre-Manche, nous trouvons au milieu de faits du même ordre un cas très-intéressant où la paralysie décrite, et de tous points semblable à la paralysie diphthéritique, observée comme elle en cours de pleine épidémie, n'avait pas succédé, chez le sujet, à la diphthérie proprement dite. Dans cette observation due au docteur Peter Eade (1), médecin de l'hôpital de Norfolk et Norwich, le malade, qui sortait d'un district ravagé par l'épidémie diphthéritique, avait bien eu dans le principe un léger mal de gorge, mais trop faible pour l'arrêter et lui faire suspendre son travail. Une légère médecine en fit justice. Quinze jours après s'observèrent chez lui tous ces symptômes décrits plus haut, lesquels, ainsi que dans les autres cas rapportés par le même auteur, cédèrent à une médication altérante et tonique. M. Peter Eade ne doute pas avoir eu là sous les yeux un exemple de diphthérie sans fausses membranes, comme on a des scarlatines *sinè scarlatinis*, des varioles *sinè variolis*, des rougeoles *sinè morbillis*.

L'observation de notre confrère anglais n'est pas assez radicalement exclusive de toute interprétation dubitative pour qu'on puisse y fonder une opinion assurée et dogmatique. Nous n'aurons donc pas la témérité de voir en elle une démonstration péremptoire. Mais en la rapprochant des cas légers rapportés par M. Maingault, nous ne pouvons nous empêcher de lui reconnaître une valeur réelle, une probabilité honnête. Aussi de cet ensemble de faits nouveaux, sommes-nous plus que jamais disposé et fondé à conclure comme M. Trousseau, comme le fait avec plus d'énergie l'auteur anglais, et comme y a toujours incliné cette feuille : que l'infection diphthéritique est bien une intoxication primitivement générale. Les manifestations sont même de deux espèces, au lieu de présenter un caractère unique et constant, ainsi qu'on l'a cru jusqu'ici : les unes sont bornées au gosier et aux premières voies respiratoires, aux plaies cutanées, et caractérisées par l'exsudation pseudo-membraneuse, les autres à reconnaître dans une certaine action du poison sur les centres nerveux et évidemment accusée par la dépression du système; dépression d'ailleurs beaucoup moins consécutive que ne le laisserait entendre la dénomination imposée par M. Maingault à la paralysie. Car, si à une période secondaire et comme de convalescence, de la maladie, une prostration relativement rapide et profonde vient à se montrer tout à coup, il n'est pas moins certain que, pendant toute la période aiguë, la peau relâchée et souvent humide, la faiblesse du pouls, la nonchalance et l'indifférence du sujet dénotent un état confirmé d'anéantissement que relève seule la réaction fébrile.

Et pour ne pas nous borner à une discussion oiseuse et vaine, comme les recherches sur la nature des maladies doivent avoir pour objet final le traitement, disons encore que ces considérations nouvelles confirment essentiellement les aperçus principaux qui ont surgi de la discussion du mois de novembre dernier, la nécessité d'un traitement tonique dès le début de la maladie. L'indication de relever, de stimuler les forces nerveuses, apparaît d'autant plus positive et flagrante, et doit par conséquent être remplie par les moyens appropriés concurremment avec les méthodes propres à provoquer l'expulsion des fausses membranes, à en arrêter le développement ou à en conjurer les effets. A plus forte raison, il est clair, doit-on plus que jamais se garder des débilitants, si longtemps de mode et d'habitude, dans cette déplorable affection.

GIRAUD-TEULON.

CHIMIE ORGANIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE DE L'OXALATE DE CHAUX, SA DÉCOUVERTE DANS LES CALCULS ET DANS L'URINE, MOYENS DE LE RECONNAITRE A L'AIDE DES RÉACTIFS CHIMIQUES ET DU MICROSCOPE.

§ 1.

Appelé à me livrer fréquemment à l'examen des urines, sous les auspices de M. Rayer, dans son service de l'hôpital de la Charité, je reconnus que les cristaux d'oxalate de chaux s'observaient assez souvent dans les sédiments urinaires.

L'apparition de l'oxalate de chaux dans l'urine indique-t-elle la lésion d'un organe en particulier ou d'une fonction? Peut-elle être considérée comme un symptôme constant se rattachant à telle ou telle classe d'états morbides? Est-elle susceptible, comme la présence du pus, du mucus, de l'albumine ou du sucre, d'éclairer puissamment le médecin dans la voie du diagnostic? La maladie désignée sous le nom d'oxalurie existe-t-elle? L'excrétion de l'oxalate calcaire par les urines réclame-t-elle un traitement particulier? Telles sont les questions générales dont je me suis appliqué à chercher la solution.

Des hommes éminents se sont occupés de ce sujet en France, en Amérique, en Angleterre et en Allemagne. Mais ils ont émis des opinions très-différentes, souvent contradictoires, ce qui m'a porté à tenter de nouvelles recherches. Avant de les exposer, je donnerai un rapide aperçu des propriétés chimiques de l'oxalate de chaux et de son histoire, puis j'indiquerai les caractères qui permettent de le reconnaître à l'aide du microscope.

L'oxalate de chaux est blanc, insoluble dans l'eau et presque insoluble aussi dans l'acide acétique, soluble au contraire dans les acides

(1) THE LANCET, 16 juillet.

gétale et aussi peut-être quelque excès dans l'estimation faite de sa valeur réelle. Nos études habituelles nous tiennent trop éloigné de cet ordre de recherches et des objets sur lesquels a porté la discussion entre les savants académiciens, pour que nous nous permettions une appréciation plus précise que celle qui précède. Disons seulement que, plus convaincu chaque jour de l'importance de l'organogénie dans la biologie zoologique en général, et en particulier dans l'anthropologie et l'anatomie comparée, toutes nos sympathies se précipitent autour de cette doctrine et saluent le drapeau qu'elle vient de planter dans le règne végétal.

L'unité du plan de composition devait-elle, en effet, se limiter aux lois de l'organisation vivante, laissant en dehors d'elle les règnes voisins? et la philosophie des sciences n'a-t-elle pas, au contraire, tout à gagner à obéir au moindre nombre de lois possible? Cela soit dit sans la moindre pensée de critique jetée dans une sphère qui nous est si étrangère.

— *Paulò minora canamus* : Quand le spirituel auteur de JÉRÔME PATUROT A LA RECHERCHE D'UNE POSITION SOCIALE fit sa si jolie critique de quelques exagérations scientifiques, et qu'il nous montra, dans une série piquante de portraits académiques, l'abus ridicule de certaines spécialisations étroites, il ne devina pas la suivante qu'un savant de Montpellier, M. Marcel de Serres, a cru, dans l'étude de la paléontologie, devoir se proposer pour objet de recherches : « Nous nous sommes demandé, dit l'ingénieux savant, si les animaux vertébrés de l'ancien monde, dont la charpente osseuse est tout à fait analogue à celle des espèces actuellement vivantes, ne pouvaient pas avoir eu des maladies semblables à celles qui les affectent aujourd'hui. Et comme ces maladies laissent des traces le plus souvent apparentes après la mort, nous les avons cherchées dans les os des mammifères des temps géologiques les plus récents. Nos prévisions ont été complétement confirmées par l'observation, etc. » — Elles ont en effet appris à M. Marcel de Serres que les os des chevaux des grandes cavernes à ossements portent parfois des traces d'*exostoses*. « Cette maladie, dit judicieusement l'auteur, affecte, comme on sait, les os des chevaux qui ont été soumis à des travaux pénibles, à des courses longues et rapides. Nous n'avons pas été *moins surpris*, ajoute-t-il *logiquement*, d'observer des périostoses *chez* (il eût pu mettre *sur*) plusieurs vertèbres lombaires du grand lion des cavernes ossifères. » Et, en effet, il est bien surprenant que des animaux ayant un système osseux aient eu des maladies des os, et notamment des maladies qu'on pourrait appeler physiologiques! Quand on a trouvé une aussi lumineuse veine de recherches et un objet si heureux pour employer son temps et celui des autres, il serait imprudent de l'abandonner trop tôt. Pour continuer le cours de ses surprises, M. Marcel de Serres va explorer au même point de vue les époques véritablement anciennes. Supposant nos lecteurs suffisamment fixés dès maintenant, nous leur promettons de ne les point entretenir des résultats ultérieurs de ces précieuses investigations, à moins que, dans ce champ fertile, M. Marcel de Serres ne vienne à découvrir du même coup l'homme et la syphilis fossiles : nous nous empresserons alors de communiquer sa découverte à notre ami M. Ricord, pour venir à l'appui de sa doctrine de l'antiquité de la vérole. Jusque-là qu'on ramène M. Marcel à ses carrières.

— Quittons la matière pondérable et l'antiquité animale pour un sujet plus

azotique et chlorhydrique. Chauffé sur une lame de platine, il se transforme en carbonate de chaux, qui fait effervescence avec les acides, et si on chauffe davantage encore, on obtient de la chaux vive.

Il est très-répandu dans le règne organique : certains lichens contiennent souvent la moitié de leur poids d'oxalate de chaux ; et d'après Schmidt (1), on le trouve en dissolution dans la sève de la plupart des plantes, d'où il se dépose sur le tissu vasculaire, vers la fin de la végétation, en cristaux microscopiques, ayant la forme d'octaèdres à base carrée. Le même auteur en a également trouvé dans la levûre de bière. Il en a rencontré de petits cristaux dans le mucus de la vésicule biliaire de l'homme, du bœuf, du chien, du lapin, du brochet, et sur la membrane muqueuse de l'utérus gravide. Enfin, c'est l'oxalate de chaux qui constitue les calculs muraux.

Bergmann, dans sa DISSERTATION SUR L'ACIDE DU SUCRE, parle de calculs constitués par la réunion de cet acide avec une certaine matière, qui reste comme résidu quand on brûle la pierre, et qui n'est pas soluble dans l'acide nitrique. Mais il ne connaissait point le sel résultant de la combinaison de l'acide du sucre avec la chaux, quoiqu'il indique une réaction qui prouve, à n'en pas douter, qu'il avait réellement agi sur un calcul d'oxalate de chaux : « Cum enim calculi urinarii carbonem combussissem, cinerem obtinui album, manifesto calcareum, cum acidis ferventem... »

C'est Wollaston (2), en 1797, qui donna le premier une véritable analyse des calculs muraux, et qui indiqua qu'ils étaient composés d'oxalate de chaux. Il ajouta que ce sel y était uni généralement avec un peu d'acide urique et de phosphate de chaux. Plusieurs années après, Fourcroy et Vauquelin (3) ayant prié les chirurgiens des hôpitaux de Paris de leur fournir une grande quantité de calculs urinaires, ils en recueillirent environ 600, et leur analyse des calculs muraux confirma pleinement celle de Wollaston, dont ils ignoraient les résultats. La voie de l'analyse une fois ouverte, de nombreux chimistes ne tardèrent pas à y entrer, tels que William Brandes (4), les docteurs Pearson, Henry (de Manchester), Vauquelin (5), Gaultier de Claubry (6), Martres et Prévost (7). Après ces chimistes, je citerai encore Lassaigne (8), qui a annoncé que l'oxalate de chaux faisait partie des hippomanes ou matières blanches, molles et visqueuses, qui nagent dans la liqueur de l'allantoïde de la vache, M. Taylor, dont le nom sera rappelé plus loin, enfin M. Laurenzie (de Pavie) (9), qui a constaté la présence de l'oxalate de chaux, dans de petits calculs découverts dans les trompes de Fallope et dans les ligaments ronds.

(1) Schmidt, ANN. DER CHEM UND PHARM., LXI, 304.
(2) Wollaston, TRANSACT. PHILOSOPHIC., 1797.
(3) Fourcroy et Vauquelin, SUR L'ANALYSE DES CALCULS URINAIRES HUMAINS. ANNALES DE CHIM., t. XXXII, 1799.
(4) Brandes, TRANSACT. PHILOSOPH., 1808.
(5) Vauquelin, SUR LA FORMATION DES BÉZOARDS INTESTINAUX. ANNALES DE CHIMIE, 1812, t. LXXXIII, p. 138.
(6) Gaultier de Claubry, ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE, 1815, tome XCIII, p. 67.
(7) Martres et Prévost, ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE, 1817, t. VI, p. 221.
(8) Lassaigne, ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE, 1819, t. X, p. 200.
(9) Laurenzie, GAZ. MÉDIC. LOMB., ou GAZ. DES HÔPIT., 1854, p. 36.

Voyons maintenant comment l'existence de ce sel a été constatée dans l'urine.

MM. Robin et Verdeil rapportent que Brugnatelli en 1787, indiqua la présence d'un acide analogue à l'acide oxalique, et qui, dans les sédiments de l'urine, se trouvait combiné à la chaux ; que Fourcroy (1) a trouvé de l'oxalate de chaux dans le dépôt de l'urine d'un enfant tourmenté par des vers. Cependant, ce n'est guère qu'en 1825, que Prout en Angleterre, consacrant dans son ouvrage (2) un chapitre à l'étude de la diathèse murale ou d'oxalate de chaux, a parlé des sédiments urinaires constitués par ce sel. « L'oxalate de chaux, dit-il, apparaît très-rarement sous la forme d'un sédiment amorphe. Dans quelques cas il se présente mêlé avec les sédiments amorphes d'acide lithique, mais cela n'est pas très-commun. Il se montre encore plus rarement sous la forme de gravelle cristallisée. »

Au mois de décembre 1837, M. Vigla, attaché au service de M. Rayer, publia dans L'EXPÉRIENCE (3), un mémoire intitulé : ÉTUDE MICROSCOPIQUE DE L'URINE, ÉCLAIRÉE PAR L'ANALYSE CHIMIQUE. Dans ce travail, l'auteur ne nomme point l'oxalate de chaux, mais il en donne la figure, et il a écrit une phrase qui semble évidemment s'y rapporter, quand il dit : « Plusieurs fois, nous avons observé, dans l'urine peu évaporée, des octaèdres que nous n'avons pu rapporter au chlorure de soude, à cause de la solubilité de ce sel. »

Au mois de mars 1838, M. Vigla, répondant à quelques objections que lui avait adressées M. Donné, s'exprime dans les termes suivants : « Les octaèdres que j'ai figurés n'étaient point du chlorure de sodium, et c'est une erreur de croire que ce sel puisse se montrer cristallisé dans un liquide qui en contient au plus 5 ou 6 millièmes de son poids. » Puis plus loin, en parlant de la classification des sédiments par Prout, il dit : « Les sédiments jaunes, rouges, œillets des urines acides, examinés au microscope, ne nous ont offert que deux apparences, une poussière amorphe, ou des cristaux d'acide urique plus ou moins pur. J'ajouterai qu'il est assez commun de voir, dans ces dépôts, des *octaèdres* tout à fait semblables à ceux du chlorure de soude cristallisé dans l'urine. » On ne peut donc douter que M. Vigla n'ait parfaitement vu les cristaux d'oxalate de chaux, et qu'il ne les ait distingués des cristaux de chlorure de sodium ; seulement il ne les avait point désignés par leur nom.

Le 2 avril 1838, M. Donné présenta à l'Académie des sciences un travail intitulé : TABLEAU DES DIFFÉRENTS DÉPÔTS DE MATIÈRES SALINES ET DE SUBSTANCES ORGANISÉES QUI SE FONT DANS LES URINES. Dans ce travail l'auteur parle de l'oxalate de chaux comme d'une substance se trouvant très-rarement dans l'urine. Mais au mois de mai 1839 (4), il

(1) Fourcroy, SYSTÈME DES CONNAISSANCES CHIMIQUES. Paris, in-8, F.-X., an IX, p. 177.
(2) Prout, 1825. AN INQUIRY INTO THE NATURE AND TREATMENT OF DIABETES, CALCULUS AND OTHER AFFECTIONS.
(3) Vigla, L'EXPÉRIENCE, 1837, page 177.
(4) Donné, COMPTE RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 20 mai 1839.

---

subtil et plus nouveau, comme étude du moins. Parlons, avec M. A. Perrot, de l'étincelle de l'électricité d'induction. Ce physicien a étudié la forme de cette étincelle, et, comme à la flamme de nos bougies, mais non pour la même cause, il lui a reconnu des parties différentes par la forme et par les qualités.

Cette étincelle se compose de deux parties : l'une, trait lumineux bien défini, occupe le centre et peut, sous certaines influences, être séparée de la partie qui l'enveloppe. Celle-ci, beaucoup moins lumineuse, n'est pas déplacée, comme la partie centrale, par le contact d'un corps solide, mais cède au mouvement d'un courant gazeux, lequel, de son côté, est sans action sur l'élément brillant du centre.

Au moyen de ces propriétés différentes, M. Perrot a séparé, a dichotomisé les deux éléments de la flamme. Il a alors reconnu que la partie éblouissante ne paraît pas élever la température du corps qu'on y plonge ; une feuille de papier est percée par elle, sans qu'il soit possible d'y constater la moindre combustion ; un fil de verre n'y est pas fondu. Elle se termine au pôle négatif par un point lumineux, sans élever sensiblement la température du fil de platine qui sert d'électrode. L'autre portion, au contraire, enflamme tous les corps qu'on en approche sans que son passage paraisse accompagné d'actions mécaniques. En arrivant sur l'électrode négative, elle en élève, en s'y étalant, la température ; un fil de verre suffisamment fin, fond au moment où il y est plongé.

Il est impossible de prévoir dès aujourd'hui quelles peuvent être les conséquences de cette délicate analyse de propriétés jusqu'ici confondues. Mais il est à croire que, pour un objet aussi important qu'est, dans l'état de la science appliquée, l'étincelle électrique, on ne peut qu'attacher un grand intérêt à la décomposition matérielle et effectuée de ses facultés calorifiques et mécaniques.

Voilà pour les qualités physiques proprement dites de l'étincelle du courant d'induction.

L'étude des qualités chimiques n'est pas moins intéressante. On sait qu'en traversant des gaz, l'étincelle électrique y détermine des actions chimiques ; mais est-ce par une action de présence, de début, électrolytique en un mot, ou par une action proportionnelle à sa durée, à sa longueur ou à sa quantité ? A-t-elle des propriétés chimiques d'influence subite ou d'action continue et mesurable. C'est la question que s'est posée M. Perrot ; et elle n'est pas sans conséquences importantes si elle est soluble. Or l'habile physicien a constaté que la quantité de vapeur ou de gaz décomposée par une étincelle électrique croît avec la longueur de l'étincelle, pour certaines combinaisons gazeuses, quoique pour certaines autres, son influence soit exclusivement électrolytique, en apparence au moins. Pour ces derniers (oxygène et hydrogène, par exemple), la question reste à l'étude. Quant à certains autres, oxygène et azote, par exemple, l'influence de la longueur de l'étincelle sur la quantité de la combinaison produite a une haute signification et rattachera nécessairement ces expériences nouvelles à celles entreprises à l'appui du principe de la corrélation des forces physiques.

Ce sujet appellera nécessairement toute l'attention des physiciens.

— La profession, non moins que le public, ne saurait se montrer indiffé-

écrivit à Magendie une lettre dans laquelle il lui exprima des sentiments différents, lettre que j'ai cru devoir reproduire en partie, parce que c'est le premier document détaillé que nous ayons sur les formes microscopiques de l'oxalate de chaux. « Depuis le commencement du printemps, dit M. Donné, je trouve fréquemment, dans les urines que je soumets à l'analyse microscopique, de très-beaux et très-nombreux cristaux, en apparence de forme cubique et ayant beaucoup d'analogie, au premier aspect, avec les cristaux de sel marin. Mais outre que le chlorure de sodium est trop soluble pour se déposer dans l'urine, sans évaporation préalable, d'une autre part, les cristaux dont je parle sont insolubles dans l'eau froide et même chaude. De plus, on s'aperçoit qu'au lieu d'être des cubes, ils sont formés de deux pyramides à quatre faces réunies par leur base. Ces cristaux sont insolubles dans l'acide acétique et solubles dans l'acide nitrique sans effervescence. Calcinés, ils laissent pour résidu une matière blanche qui, placée avec un peu d'eau distillée sur du papier de tournesol rougi, le ramène instantanément au bleu. Cette matière est donc évidemment de la chaux provenant de la décomposition d'un *oxalate de cette base*. Et, en effet, il suffit de manger une certaine quantité d'oseille, pour voir se produire dans l'urine une immense quantité de ces cristaux. »

L'oxalate de chaux est considéré par M. Rayer, dans son Traité des maladies des reins, publié en 1841, comme n'existant normalement, ni dans le sang, ni dans l'urine saine, mais se rencontrant dans ce liquide, dans certains états morbides.

M. Henry Brett a publié, dans le 70e volume de la Gazette médicale de Londres, d'excellentes études sur les dépôts d'oxalate de chaux. Enfin, en 1842, Golding Bird (1) fit connaître le résultat de ses observations, et annonça que l'oxalate de chaux, qui était considéré jusqu'alors comme existant rarement dans l'urine, s'y rencontrait au contraire fréquemment chez les sujets qui avaient éprouvé certaines indispositions caractérisées par une grande irritabilité nerveuse.

Pour moi, les recherches auxquelles je me suis livré sur de nombreux échantillons d'urines humaines me permettent d'avancer que les cristaux d'oxalate de chaux peuvent se montrer passagèrement dans l'urine saine, comme dans l'urine pathologique, dans des conditions que j'essayerai bientôt d'établir. Mais, avant tout, je vais faire connaître les caractères microscopiques auxquels on reconnaîtra l'oxalate de chaux.

§ II.

Golding Bird (2) conseille, quand on veut découvrir de l'oxalate de chaux dans une urine, de recueillir de préférence celle qui a été excrétée un peu après le repas, et de la laisser déposer dans un verre à expérience. Après quelques heures de repos, on décante la sixième ou septième partie de cette urine, et on verse le reste dans un vase de verre, puis on la chauffe sur une lampe, ce qui permet aux cristaux d'oxalate de chaux de se précipiter plus facilement. Du reste, on hâte la formation du dépôt en agitant doucement le vase, de manière à imprimer à son contenu un mouvement de rotation, qui rassemble l'oxalate dans le fond du verre. L'application de la chaleur sert à dissiper le trouble résultant de l'urate d'ammoniaque, qui s'est déposé dans l'urine, et qui se dissout aisément par une douce chaleur. Cela fait, on laisse reposer l'urine une ou deux minutes, on en enlève la plus grande partie avec une pipette, et on la remplace par de l'eau distillée. Alors on voit une poussière blanche et brillante, comme de la poudre de diamant, qui est composée d'oxalate de chaux cristallisé en beaux octaèdres transparents. Bird ajoute que l'oxalate de chaux, dans une urine qui n'a point été chauffée, se montre rarement sous la forme d'un dépôt distinct, et qu'il reste très-longtemps suspendu dans le liquide, à moins qu'il ne s'y trouve un corps étranger, tel qu'un cheveu, par exemple, sur lequel il se dépose. Quant à la substitution de l'eau distillée à l'urine, l'auteur la conseille, pour rendre les cristaux d'oxalate de chaux plus facilement visibles, même à l'œil nu; car il a éprouvé que le pouvoir réfringent de l'urine rendait quelquefois invisible une grande quantité de cristaux.

Je dois mentionner également ici un procédé indiqué par Lehmann, et qui consiste à congeler l'urine dans laquelle on soupçonne l'existence de l'oxalate de chaux. Une grande partie de l'eau se solidifie dans ce cas, comme cela arrive pour le vin et pour le vinaigre, et après la séparation de cette eau, il reste une solution saline très-concentrée, dans laquelle le microscope permet de découvrir les cristaux d'oxalate de chaux.

Je n'ai jamais eu recours ni au procédé de Lehmann, ni à celui de Bird, et je déclare que les précautions indiquées par ces auteurs me paraissent inutiles et superflues. En effet, les cristaux d'oxalate calcaire présentent des caractères tellement nets et tellement tranchés, qu'on les distingue toujours facilement au milieu de l'acide urique, des urates et même du phosphate ammoniaco-magnésien, qui leur ressemble cependant quelquefois. Dans tous les cas, s'il restait quelques doutes dans l'esprit de l'observateur, il les ferait cesser immédiatement, à l'aide de moyens que j'indiquerai tout à l'heure.

Ceci posé, je crois que, pour chercher l'oxalate de chaux dans une urine, il suffit, dans la grande majorité des cas, de la laisser déposer de douze à vingt-quatre heures, dans un petit flacon cylindrique haut et étroit, ou dans un verre à expérience, et de puiser au fond du vase à l'aide d'une pipette. Une goutte du liquide, échappé de la pipette, est placée entre deux lames de verre, en ayant soin qu'elle ne déborde point la plaque supérieure, et c'est la préparation ainsi obtenue qu'on soumet à l'examen microscopique.

Fig. 1.



Oxalate de chaux sous la forme octaédrique.

D'après MM. Robin et Verdeil, les cristaux d'oxalate de chaux sont des octaèdres dérivant du type cubique, et qui résultent de deux pyramides à quatre faces, réunies base à base (fig. 1). Ils s'éteignent complétement dans la lumière polarisée, comme le sel marin, mais ils en diffèrent en ce qu'ils sont insolubles dans l'eau. Leur transparence permettant de voir à la fois les angles supérieurs et les angles inférieurs, il en résulte des figures bizarres (fig. 2) dont on a quelquefois peine à se rendre compte. Mais en les faisant rouler par des

(1) Golding Bird, Recherches sur la nature de certaines affections caractérisées par la présence de l'oxalate de chaux dans l'urine., Gaz. méd. de Londres, 1842, et Gaz. Méd. de Paris, 1842.

(2) G. Bird, Urinary deposits, 1856.

rente aux considérations météorologiques que l'on peut croire jouer un rôle dans l'établissement du caractère dominant des saisons. L'étude des constitutions médicales ou des maladies saisonnières n'est-elle pas l'objet forcé de la préoccupation constante du praticien. Il ne sera donc pas sans intérêt pour lui de lui parler d'un aperçu exposé à l'endroit des chaleurs vraiment tropicales de cette année par un des astronomes les plus considérés du monde savant. Dans un travail adressé à l'Académie des sciences sur une méthode employée sous sa direction, à relever les taches du soleil, le Père Secchi, astronome de Rome, s'exprime comme il suit à propos de la température exceptionnelle dont nous jouissons cette année.

« Je prends cette occasion, dit ce savant, pour ajouter quelqu'autre point de causerie scientifique. La chaleur ici (Rome) a été très-forte et très-soutenue : le maximum a eu lieu le 4 de ce mois (juillet) et a été de 38° c. Nous avons eu ensuite des orages assez forts et actuellement la chaleur augmente encore. Ce qui est bien singulier, c'est que cette température si élevée n'est pas la conséquence du vent du sud; car, au contraire, le vent dominant est le nord, et nous avons l'ouest seulement au lieu du sud-ouest par effet de la côte, ce qui prouve que, même pendant le jour, la composante nord l'emporte beaucoup. Si cette température élevée est générale, il faudra en rechercher la cause ailleurs que dans le vent et l'atmosphère terrestre. Peut-être le *soleil* lui-même est *plus puissant* cette année-ci. »

Il est de fait qu'il a été et qu'il est encore bien chaud, et que s'il n'est pas téméraire à un astronome de mettre semblable cause en avant dans cette circonstance, c'est une raison dont nous pourrions sans trop de vergogne payer désormais les questions souvent hyperboliques de nos clients qui, toujours prêts à préférer à nos conseils sur ce que nous savons le moins mal, les avis de la première commère, nous croyent cependant toujours en devoir de résoudre extemporanément toute difficulté scientifique qui se présente à eux, si étrangers que nous y puissions être quelquefois.

Giraud-Teulon.

— Par décret du 3 août, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour les services qu'il a rendus pendant l'invasion du choléra à l'île de la Réunion, M. Lataud, chirurgien de 2e classe de la marine.

— Par décret impérial en date du 11 août, rendu sur la proposition du ministre de l'Algérie et des colonies, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Pellarin (Constant-Jacques), chirurgien principal de la marine, à la Martinique, et M. Pestre (Ernest), chirurgien de 2e classe, à la Guadeloupe.

— Sur la proposition de M. le comte Walewski, ministre des affaires étrangères, l'empereur a nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur Marc d'Espine (de Genève), auteur de l'Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée.

Jamais distinction n'a été mieux justifiée.

Fig. 2.



Formes diverses sous lesquelles se présente l'oxalate de chaux.

courants de liquides, on comprend facilement comment la lumière réfractée et réfléchie de diverses manière, au niveau des arêtes, donnant des teintes plus foncées à celles-ci, peut leur faire figurer soit une croix, soit un quadrilatère ou un rhombe. Il y a quelquefois de ces cristaux allongés et étroits ou aplatis; d'autres dont les facettes sont tronquées et remplacées par de petites facettes de décroissement.

Bird signale une forme curieuse des cristaux d'oxalate de chaux (fig. 3) dans laquelle chaque cristal semble formé de deux cubes concentriques, ayant leurs angles et leurs côtés opposés. L'intérieur est transparent, l'extérieur est noir, de sorte que chaque cristal ressemble à un cube transparent placé au milieu d'un cadre noir. Quelquefois les cristaux sont tronqués, ce qui n'empêche point de les reconnaître, à leur aspect brillant, à leurs arêtes vives et à la netteté de leurs contours.

Fig. 3.



Forme particulière d'oxalate de chaux, signalée par G. Bird, et figurée dans son ouvrage.

La forme de beaucoup la plus fréquente sous laquelle on observe l'oxalate de chaux, est celle du cristal dit *en enveloppe de lettre* (fig. 4). En effet, un octaèdre à base carrée se présentant par sa face supérieure, l'œil ne voit qu'une surface carrée, dans laquelle seraient inscrites quatre diagonales, qui ne sont autre chose en réalité que les arêtes de la pyramide supérieure. Si ce cristal, au lieu d'être vu debout, est vu couché, on aperçoit, au lieu d'une enveloppe de lettre, un losange muni d'une seule diagonale transversale.

Fig. 4.



Oxalate de chaux sous sa forme la plus habituelle (enveloppe de lettre).

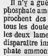
Les cristaux d'oxalate de chaux sont remarquables, comme je l'ai déjà dit, par leur aspect limpide et brillant et par leurs arêtes vives. Quoiqu'on les rencontre souvent dans des urines très-foncées en couleur, ils sont rarement colorés eux-mêmes. Ils sont insolubles dans l'eau froide et chaude, dans l'urine chauffée, dans l'acide acétique, dans l'ammoniaque, dans l'acide nitrique étendu. Ils se dissolvent au contraire sans effervescence dans les acides azotique et chlorhydrique.

Il n'y a guère que le chlorure de sodium et certains cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien neutre qui, par leurs formes, se rapprochent des octaèdres d'oxalate calcaire. Or il sera facile de lever tous les doutes en opérant sous le microscope. On fera tomber, entre les deux lamelles de verre, une goutte d'acide acétique, et on verra disparaître immédiatement les cristaux de sel marin et ceux de phosphate ammoniaco-magnésien, tandis que les octaèdres d'oxalate de chaux resteront parfaitement inaltérables. Si l'on avait à sa disposition assez de cette poudre cristalline, on la chaufferait sur une lame de platine, et en la traitant alors par un acide, on la verrait se dissoudre avec effervescence. C'est l'oxalate de chaux qui se transforme en carbonate, et si l'on élève davantage la température, les petits octaèdres d'oxalate calcaire se transforment en chaux vive, ce dont on s'assure en les humectant avec de l'eau distillée, quand ils sont refroidis, et en plongeant dans cette eau un papier de tournesol rouge, qui est immédiatement ramené au bleu.

Je viens de passer en revue les principaux aspects que présente ordinairement l'oxalate de chaux dans les urines; mais il est encore quelques-unes de ses formes que je dois mentionner, quoiqu'elles soient infiniment moins communes que les premières.

Je parlerai tout d'abord d'une forme qu'un médecin distingué, M. le docteur Davaine (1), a plusieurs fois observée, et sur laquelle il a bien voulu me communiquer les détails suivants : les cristaux d'oxalate de chaux dont il s'agit ne sont point des octaèdres, mais pourtant ils en dérivent (fig. 5). Ce sont des prismes à quatre pans, terminés par deux pyramides opposées, et à quatre faces qui font suite aux côtés du prisme. On peut plus facilement encore se faire une idée de la forme de ces cristaux, en concevant une figure formée par un octaèdre dont les deux pyramides seraient séparées par un cube interposé à leurs bases.

Fig. 5.



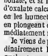


Figure schématique.

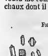
Ces cristaux sont toujours très-petits; ils ont généralement huit millième de millimètre de longueur, et à peu près quatre millièmes de millimètre de largeur. On pourrait les confondre avec des cristaux losangiques ou ovalaires d'acide urique, mais on les en distinguera à l'aide des caractères suivants : ils ont des dimensions constamment très-petites; ils se réunissent fréquemment en petites masses, ou se précipitent sur les filaments qui se trouvent accidentellement dans l'urine, et enfin ils sont mélangés à d'autres cristaux d'oxalate de chaux de forme octaédrique.

Si on les fait rouler sous le microscope, il arrive que quelques-uns d'entre eux, se plaçant sur l'un de leurs sommets, présentent l'autre à l'œil de l'observateur; dans cette position, ils ont exactement l'apparence de cristaux octaédriques, placés dans une position analogue; mais lorsqu'ils retombent et se couchent sur l'une de leurs faces, on les voit perdre l'apparence octaédrique. Du reste, les réactifs ont montré que ces cristaux n'étaient point formés d'acide urique.

M. le docteur Davaine a eu occasion, une fois entre autres, d'observer cette forme cristalline particulière de l'oxalate de chaux, chez un savant médecin, M. G. de M., qui était atteint de gravelle oxalique, et dont l'urine contenait beaucoup de cristaux d'oxalate de chaux, avec la forme qui vient d'être décrite. Depuis que M. Davaine a appelé mon attention sur cette forme cristalline de l'oxalate calcaire, je l'ai moi-même plusieurs fois observée.

J'arrive maintenant aux cristaux que Golding Bird a décrits le premier, sous le nom de cristaux en sablier (*dum-bell*). Ces cristaux (fig. 6), qui ressemblent le plus souvent à deux reins opposés par leur concavité, sont quelquefois si étroitement réunis qu'ils paraissent circulaires. Leur surface est finement striée, et ils sont probablement produits par l'accolement de menues aiguilles, présentant une structure analogue à celle des cristaux sphériques de carbonate de chaux. Bird décrit encore, comme des modifications de ces éléments cristaux, de simples lames ovales, dans lesquelles il n'a pu apercevoir ni stries, ni apparence de structure, jusqu'à ce qu'elles fussent examinées avec la lumière polarisée. Dans quelques-uns de ces cristaux, il a pu découvrir une sorte de noyau. Les cristaux en sablier existent rarement seuls dans une urine; ils sont ordinairement mélangés aux octaèdres ordinaires, qui finissent souvent par les remplacer tout à fait.

Fig. 6.



Cristaux en sablier, décrits et figurés par G. Bird.

Bird doutait que ces cristaux en sablier eussent une composition chimique absolument identique aux octaèdres, parce que, quand ils étaient soumis à la lumière polarisée, ils présentaient une belle série d'anneaux colorés, traversés par une croix noire, tandis que les octaèdres n'exercent aucune action sur le rayon polarisé. Il en fit donc l'analyse, et il déclara qu'ils étaient composés d'oxalurate de chaux, c'est-à-dire qu'ils différaient de l'oxalate ordinaire, en ce qu'ils renfermaient les éléments de l'urée, moins les éléments de l'eau.

Tous les auteurs qui ont écrit depuis Bird sur l'oxalate de chaux avaient adopté les opinions de cet auteur; mais en 1850, M. Charles Frick (1) émit, sur les cristaux en sablier, des idées particulières que je dois reproduire ici. Pour lui, les *dum-bells* sont dus à un simple changement de forme des cristaux d'acide urique. En effet, dit-il, si l'on prend un dépôt formé entièrement d'acide urique, qu'on le lave avec soin et qu'on verse dessus de l'eau distillée, on peut découvrir, dans un certain nombre de cas et au bout de peu de jours, qu'il s'est formé des cristaux en sablier. Ce qui indique, sans aucune espèce de doute, que ces derniers se sont formés aux dépens de l'acide urique, sans addition de chaux. Il a observé, à ce propos, que les cristaux rectangulaires d'acide urique avaient de la tendance à s'arrondir irrégulièrement sur leurs bords; après quoi ils se fendaient obliquement en travers, près de leur centre, et enfin, ces deux portions, encore adhérentes, s'arrondissaient irrégulièrement à leur périphérie. Si les cristaux consistaient d'abord en rhomboïdes arrondis à leurs angles, il a pu souvent observer qu'ils s'unissaient par leurs pointes, de manière que leurs axes longitudinaux fussent dans la même ligne; puis, par la destruction de leurs pointes, qui s'arrondissaient irrégulièrement, ils constituaient la variété de cristaux en sablier, dans lesquels la concavité des côtés est peu marquée. M. Frick ajoute : « Il est rare que » plus d'un ou deux de ces cristaux, en train de se former, se présen» tent en même temps sous le champ du microscope. Cependant, il y » a quelques semaines, j'ai été assez heureux pour découvrir, dans un » échantillon d'acide urique disposé pour l'expérience, non-seulement » des sabliers en voie de métamorphose, mais encore des cristaux

(1) Cette forme cristalline, que M. Davaine croyait avoir observée le premier, a été signalée par G. Bird, dans son édition de 1856 sur les dépôts urinaires.

(1) Frick, MONTHLY JOURNAL, 1850.

» tout formés, et en même temps de l'acide urique, qui n'était presque » pas modifié. » M. Frick pense que les formes cristallines de l'acide urique, qui conviennent le mieux aux métamorphoses qu'il a décrites, sont les rectangles, dont la hauteur est presque égale à la base. On les observe rarement au moment de la miction; car, sur plus de cent échantillons d'urine examinée, il n'en a rencontré que quatre fois, et encore l'urine était rendue depuis vingt-quatre heures. M. Frick conclut donc que les cristaux en sablier sont dus tout simplement à une modification de forme, et à un nouveau mode d'agrégation de l'acide urique.

Les expériences de cet auteur ne pouvaient manquer d'être répétées par d'autres observateurs. Or le rédacteur du MONTHLY JOURNAL, qui voulut les vérifier, déclare qu'il ne fut pas assez heureux pour voir un seul cristal en sablier provenant d'une transformation d'acide urique, même sur des échantillons qui avaient été conservés dans l'eau pendant plusieurs mois. Il fait remarquer en outre que, comme ils ont besoin de plusieurs jours pour se produire, cela indique qu'ils ne sont point identiques avec ceux de Bird, qu'on peut observer quelques heures seulement après l'émission de l'urine, et qu'enfin les cristaux en sablier ne se montrent jamais seuls, mais toujours accompagnés de quelques cristaux octaédriques ordinaires. Pour moi, quoique je n'aie point répété les expériences du docteur Frick, j'avoue également qu'elles ne me paraissent guère admissibles.

Enfin, il est une troisième forme, sous laquelle, d'après M. Bence Jones (1), l'oxalate de chaux pourrait se montrer dans l'urine; c'est celle de disques aplatis, ayant le volume de très-petits globules sanguins, qui se rencontrent avec les cristaux octaédriques ou sans eux. Ils varient beaucoup en volume, et certains d'entre eux sont beaucoup plus petits que les globules du sang. M. Bence Jones a vu de ces disques qui étaient mêlés à des octaèdres et à des sabliers, et, en réalité, les plus petits cristaux en sablier constituent de petits disques aplatis. Quoi qu'il en soit, les disques d'oxalate de chaux ne se rencontrent qu'en très-petites quantités, et, de l'avis même de l'auteur, ils ont encore besoin d'être examinés.

S'il m'est permis maintenant de terminer par quelques réflexions, je dirai que si les cristaux en sablier ne sont point dus à une simple modification de forme de l'acide urique, comme je suis très-porté à le croire, je n'oserais affirmer non plus qu'ils sont constitués par de l'oxalate ou de l'oxalurate de chaux. Je sais seulement qu'ils ne sont pas si communs que certains auteurs l'ont prétendu. J'ai vu plusieurs fois, dans des sédiments urinaires, de petites masses sphériques (fig. 7), auxquelles étaient reliées des octaèdres incomplets d'oxalate de chaux, qui semblaient faire corps avec elles, mais j'ignore si la masse sphérique avait la même composition que les octaèdres.

Fig. 7.

En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances, je crois qu'on n'est pas encore bien sûr de la composition chimique des masses cristallines, désignées communément sous le nom de cristaux en sablier, et qu'il est bon de n'admettre positivement la présence de l'oxalate de chaux dans une urine que quand on a sous les yeux des cristaux octaédriques, avec les caractères que j'ai précédemment indiqués, et les formes que j'ai représentées dans les figures 1, 2, 3, 4 et 5. Quant aux disques de M. Bence Jones, ils sont encore plus rares que les dum-bells, et la terminaison de leur composition chimique me paraît être jusqu'à présent un problème à résoudre.

(La suite au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OPÉRATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES ET SOUS-CAPSULAIRES; par le docteur LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

(Suite. — Voir les nos 5, 8, 20, 22, 30 et 31.)

EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE BILATÉRALE DE LA BRANCHE HORIZONTALE ET DE PORTION DES BRANCHES ASCENDANTES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — Si la maladie ne réclame pas l'extraction et la désarticulation de la mâchoire inférieure, et qu'il suffise de la reséquer à quelque hauteur que ce soit de ses branches ascendantes, le procédé est tout à fait identique, seulement on arrête la dissection et le détachement du périoste à la hauteur nécessaire et voulue des branches ascendantes, et on reséque celles-ci avec les scies, avec les tenailles de Liston, avec la scie à chaîne.

EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE UNILATÉRALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — Cette extraction est moins facile que l'extraction entière de l'os maxillaire inférieur. On incisera la membrane *mucoso-périostée* sur la symphyse; on détachera dans le voisinage le périoste avec la pointe de la lame triangulaire; on resèquera la symphyse de l'os d'après la manière indiquée ci-dessus; la resection achevée, on incisera le périoste derrière la symphyse, s'il n'a pas été incisé par la scie; du reste, on procède comme ci-dessus sur le côté de la mâchoire à extraire. En conservant l'étui périosté de la mâchoire, on en rend possible la reproduction. Pour l'extraction sous-périostée on ne touchera pas les muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens, milo-hyoïdiens, et la langue ne peut pas se renverser. En conservant intacte la capsule, le muscle ptérygoïdien externe ne fut pas blessé, les nerfs qui l'avoisinent ne furent pas blessés non plus; il en fut de même pour l'artère maxillaire interne, pour le masséter, pour le ptérygoïdien interne, pour l'extrémité du temporal, en un mot toutes les difficultés furent évitées. Ayant indiqué les principes généraux de l'extraction sous-périostée de la mâchoire supérieure et inférieure, je décrirai les cas où j'en fis l'extraction.

CARCINOME DE L'ETHMOÏDE, DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR GAUCHE ET D'UNE PARTIE DU DROIT; EXTRACTION D'UNE PARTIE DE L'ETHMOÏDE; EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE LA PLUS GRANDE PARTIE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR GAUCHE ET D'UNE PARTIE DU DROIT.

OBS. — Pollo Pierre (de Basonengo), âgé de 24 ans, campagnard, ancien soldat, fut reçu à l'hôpital sous le numéro d'ordre général 2654 et sous le numéro de lit 75; il entra le 24 octobre, y fut opéré le 22 novembre 1851 et sortit le 5 janvier 1852.

On ne découvre aucun symptôme de cachexie chez notre malade. Une énorme tumeur qui occupe le côté gauche de la face se soulève au-dessous de l'arc inférieur de l'orbite, couvre et cache en grande partie l'œil gauche. En élevant la lèvre supérieure, on aperçoit la tumeur qui fait proéminence sur la partie antérieure des maxillaires, et quand le malade ouvre la bouche, on voit le palais déprimé. Les dents incisives droites, les gauches, la canine, les première, deuxième et troisième molaires gauches, sont un peu descendues et sont mobiles dans leurs siéges. La quatrième et la cinquième molaires gauches, la canine et les molaires droites sont fixes dans leurs alvéoles. Le nez et la cloison des narines divergent à droite, et par la narine gauche, on voit la masse fongueuse dans l'intérieur de la cavité. Le diagnostic du carcinome de l'os maxillaire gauche supérieur et d'une partie du droit était malheureusement trop évident. On pouvait penser que la portion postérieure du maxillaire gauche était exempte de la terrible maladie, parce que les dernières molaires étaient fortement implantées dans leurs alvéoles. Le plancher de l'orbite formé par le maxillaire était aussi affecté de la même maladie; car la tumeur s'élevait au delà de l'axe orbitaire et semblait à la pression s'enfoncer au-dessous de l'œil. Il était donc nécessaire de pratiquer l'extraction de la plus grande partie du maxillaire supérieur, en n'exceptant peut-être que sa portion postérieure; de plus, il fallait encore abattre la partie interne du maxillaire droit. La tumeur augmentait à vue d'œil: elle fit des progrès très-sensibles pendant le mois avant l'opération. Le malade sentant et voyant que la tumeur lui fermait les voies de la respiration, réclamait ardemment l'opération. Poussé par la nécessité, l'opérateur se décida à ce parti.

Je choisis la méthode sous-périostée; l'idée de l'appliquer aux os du palais se présentait naturellement; c'était ensuite le cas de mettre en pratique le principe général de ne pas défigurer le visage par des incisions et des cicatrices en faisant l'extraction de la tumeur et des parties malades par la bouche, voie naturelle pour l'extraction des deux maxillaires. MM. les docteurs François Turina et Louis Allario, chirurgiens de l'hôpital, et les chirurgiens Ferrero et Rossaro étaient présents à l'opération. Le malade ne fut ni éthérisé ni chloroformisé. Pour isoler la tumeur du côté du palais, je fis une incision qui s'étendit de l'alvéole de la canine droite, en arrière, parallèlement à la ligne médiane, jusqu'auprès du bord postérieur du palais. L'incision comprit la muqueuse et le périoste. J'isolai la muqueuse et le périoste du bord alvéolaire postérieur; mais la dissection une fois arrivée sur la tumeur, il fut impossible de les détacher de cette dernière, et il fut nécessaire, dès qu'elle cédait, de séparer la couche externe de la tumeur avec le périoste et la muqueuse. La tumeur fut ainsi peu à peu isolée dans toute la région du palais. Un jet léger de sang qui s'arrêta de lui-même et un cri du malade annoncèrent que l'artère et le nerf ptérygo-palatins gauches avaient été coupés. La dissection prouva que la partie osseuse du palais n'existait plus. Après avoir complétement isolé la tumeur du côté susdit, j'incisai perpendiculairement la muqueuse et le périoste sur la région antérieure du maxillaire droit en correspondance de la canine, j'étendis une incision horizontale près du bord alvéolaire jusqu'à la quatrième molaire gauche; je soulevai le périoste de la surface externe inférieure du maxillaire gauche; je disséquai le périoste sur l'union des deux maxillaires; j'élevai la cloison des narines, puis, soulevant le nez, j'achevai la dissection antérieure de la tumeur. La dissection étant arrivée autour des narines, je divisai la tumeur en

(1) Bence Jones. LA LANCETTE, fév. 1850.

deux, et je commençai à extraire la partie antérieure; puis la partie postérieure. Il restait au fond une portion du vomer et des cornets droits dont je fis l'extraction avec une tenaille incisive. En tâtonnant autour de la cavité, on sentait en haut une portion molle, fongueuse de la tumeur, dont je fis l'extraction avec des pinces, et j'en coupai les restes avec des ciseaux. J'explorai avec l'index et je reconnus que j'avais extrait la partie de la voûte orbitaire formée par le maxillaire. Poussé en haut, l'index sentait le bulbe de l'œil; en parcourant la cavité au dehors, je reconnus que le bord de l'os malaire était irrégulier, et je le régularisai avec une tenaille incisive. En inspectant l'intérieur de l'autre, je vis qu'une tumeur fongueuse, grosse comme une châtaigne, pendait de la partie supérieure du même dans son centre; elle gisait entre les orbites; c'était une tumeur formée par la partie inférieure de l'ethmoïde; je la saisis avec la tenaille incisive, et je l'exportai. Je cautérisai tout autour l'antre horrible avec le fer, non pour arrêter l'hémorrhagie, car il n'y en avait pas, mais pour enlever tout reste possible. Il restait le plan inférieur du palais, sur lequel reposait la couche inférieure de la tumeur; je la raclai avec le bord des ciseaux, et il n'en resta pas un brin. Au-dessous se trouvait le périoste, grossi comme dans les cas connus de périostite. J'en régularisai le bord antérieur avec des ciseaux, ainsi que les bords correspondants de celui qui recouvrait la paroi externe des maxillaires, et je fis trois points de suture entrecoupée, en passant d'abord les aiguilles par le voile palatin, puis par le voile externe des maxillaires, et je les rapprochai. L'impassibilité du malade fut admirable; il ne poussa que deux seuls gémissements: l'un quand fut coupé le nerf ptérygo-palatin, l'autre quand le fut le nerf sous-orbitaire. Après l'opération, il ne resta qu'une légère dépression à la partie gauche du visage.

22 novembre. On applique des linges baignés dans l'eau glacée sur le côté gauche du visage; le malade est calme, tranquille; il n'y eut qu'un léger suintement de sang.

23 novembre. Le malade est complètement apyrétique; la partie gauche du visage est à peine légèrement œdémateuse; l'angle gauche de la bouche est un peu incliné en bas. On prescrit une boisson sucrée et une petite soupe. Dans l'après-midi, même calme, un érysipèle commence au côté droit de la face.

24 et 25 novembre. On continue les bains glacés; l'érysipèle a disparu.

26 novembre. J'enlève les trois fils à trois heures après midi.

27 novembre. Le matin suivant, un peu inquiet, je vais visiter le malade; la muqueuse du palais n'est point adhérente à la muqueuse des joues; leurs bords irréguliers et tuméfiés font croire qu'ils ne pouvaient s'unir par première intention.

28 novembre. Les deux bords non réunis sont bien rapprochés; le malade va à merveille.

2 décembre. J'augmente la nourriture au malade; aucun aliment, ni les liquides ni les solides, ne passent dans la cavité des narines. La voix est à peine un peu rauque.

8 décembre. Aucune union n'a encore en lieu entre la muqueuse du palais et la muqueuse antérieure; cependant cette dernière tombe sur la première, de manière à ne laisser voir la fissure qui les divise qu'en élevant fortement la lèvre; la muqueuse et le périoste palatins ont repris leur couleur naturelle et ont une consistance remarquable.

13 décembre. Au-dessus de la quatrième molaire gauche, il y a un point fongueux de la largeur d'un centimètre, qui n'a cependant pas des caractères de carcinome, et qui, je crois, dépend d'une esquille de l'os maxillaire que l'on sent être superficielle et âpre.

16 décembre. Extraction avec des pinces d'une petite esquille de la longueur de 10 lignes et de la largeur de 2 environ.

26 décembre. Le point légèrement fongueux indiqué plus haut tend à se cicatriser. La muqueuse et le périoste palatins qui ont repris leur blancheur naturelle forment un beau plancher épais qui sépare la bouche des narines, et les bords des muqueuses se cicatrisent peu à peu; ainsi j'ai bien pensé de ne pas exécuter la seconde suture. Un petit espace, situé près de la troisième molaire gauche, resta seul non cicatrisé. Pour unique vestige d'une opération si étendue, il n'y eut qu'une légère dépression à la fosse canine gauche.

J'ignore si d'autres praticiens ont déjà indiqué et pratiqué l'extraction de la plus grande partie du maxillaire supérieur gauche et d'une partie du droit sans endommager le visage par quelque incision. Je ne crois pas que dans l'extraction des maxillaires supérieurs, on ait jamais parlé ni tenté avec succès de conserver la membrane *mucoso-périostée* du palais, en conservant ainsi la division naturelle des deux cavités, bienfait dû à l'extraction sous-périostée. Le palais devint dur et ferme; avec un temps plus long, la partie osseuse extraite se serait reproduite. La paroi externe des maxillaires aurait pu aussi se reproduire au moyen de leur périoste qui avait été conservé. Le malade vint de nouveau se faire visiter au printemps; la tumeur s'était de nouveau développée dans la partie supérieure des narines; le palais était rose, fort, comme si l'on n'en avait pas extrait le plancher osseux. Il revint encore en été, demandant et redemandant la répétition de l'acte opératoire. La réflexion éteignit dans mon cœur l'espérance et non la pitié: je laissai le malade à sa cruelle destinée; il s'en alla et je ne le revis plus.

EXTRACTION ET DÉSARTICULATION SOUS-CAPSULO-PÉRIOSTÉE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — L'Italien *Signoroni*, professeur de clinique chirurgicale à Padoue, a été le premier à exécuter l'extraction du maxillaire inférieur sans pratiquer aucune incision sur le visage (voy. GAZ. MÉD. DE PARIS, 1844). Le chirurgien ne doit plus oublier ce précepte, il doit toujours suivre l'exemple donné par l'illustre chirurgien de Padoue; même dans le cas d'amputation dans la contiguïté, on doit toujours respecter le visage. La méthode sous-capsulo-périostée doit à plus forte raison laisser intact le visage, puisqu'en s'agissant d'obtenir un nouvel os et une nouvelle articulation, ils seront d'autant plus réguliers et d'autant plus semblables aux anciens, si le chirurgien a pratiqué moins d'incisions qu'il soit possible. Une seule incision double sur le bord alvéolaire, continuée simple sur le bord antérieur de la branche ascendante jusqu'à l'apophyse coronoïde, est la route tracée par la nature à l'extraction sous-capsulo-périostée de l'os maxillaire inférieur. Après cela vient le précepte de conserver intacte la capsule articulaire. Obtenir une nouvelle articulation étant le premier but qu'on se propose par l'extraction sous-capsulaire, on ne doit, s'il est possible, pratiquer aucune incision sur la capsule; alors sera plus facile la reproduction d'une nouvelle articulation semblable à l'ancienne. La capsule articulaire étant aussi entourée de nerfs et de gros vaisseaux, il faut la laisser tout à fait intacte pour ne pas s'exposer à des hémorrhagies très-fortes et à des paralysies incurables, etc. J'ai bien exécuté et suivi sur le vivant ce précepte et cette loi, la première fois que j'ai désarticulé l'os maxillaire inférieur. De l'extraction du condyle exécutée sans incision de la capsule, j'ai tiré la déduction générale d'employer la même méthode pour les extractions sous-capsulo-périostées de toutes les articulations. Ainsi j'ai démontré et j'ai décrit les procédés pour pratiquer l'extraction sous-capsulo-périostée de toutes les articulations moyennant une seule incision intermusculaire, conservant dans leur totalité toutes les capsules articulaires, tout le périoste, tous les muscles, tous les gros nerfs et vaisseaux, etc. (Voy. JOURN. DES SC. MÉDICO-CHIRURG. DE L'ACAD. ROYALE DE TURIN, 1855, 1856, 1858). L'angle du maxillaire inférieur auquel s'insèrent les muscles masséter et le ptérygoïdien interne présentent un peu de difficulté à être dépouillés de leur périoste; mais le levier en vient à bout très-facilement. L'insertion du temporal est bien difficile à être délachée de l'apophyse coronoïde; mais le chirurgien, en cas de maladie de l'apophyse susdite, avec le levier évitera très-facilement le tube périosié qui emboîte l'apophyse, et évitera de cette manière toutes les difficultés.

Par le même procédé, avec le levier, l'opérateur isolera facilement le périoste et la capsule du condyle, en introduisant le même de bas en haut, tout autour du condyle; il pénètre très-facilement dans l'articulation sans pratiquer aucune incision à la capsule. En faisant les épreuves sur le cadavre, il est très-difficile, même presque impossible, de détacher le périoste du condyle, auquel s'insère le muscle ptérygoïdien externe; mais sur le vivant, par le surcroît d'épaisseur acquise par le périoste, la chose n'est pas difficile, et je dirai même que le détachement du périoste a déjà été commencé par la nature. La première fois que j'ai fait la désarticulation d'un côté de l'os maxillaire inférieur, j'ai bien suivi les préceptes que j'ai donnés relativement à la capsule; mais j'ai commis la faute de faire des incisions au visage. En s'agissant de procéder à la désarticulation, j'ai cru que les incisions m'auraient ouvert une route plus facile pour l'extraction du condyle; à présent, je suis intimement convaincu que les incisions n'étaient pas nécessaires. Voici l'histoire.

OBS. — Joseph Martinone (de Minusio, canton du Tessin), âgé de 36 ans, forgeron, est reçu à l'hôpital de Verceil sous le numéro d'ordre général 844, et sous le numéro de lit 37, le 17 avril 1852. Il a été opéré le 11 mai et est sorti guéri le 25 juin de la même année.

Il est doué d'une forte constitution; il n'a jamais souffert des maladies syphilitiques. Dix mois avant d'entrer à l'hôpital, il fut obligé de se faire extraire la dernière molaire droite. Le côté droit du visage est augmenté de volume et présente trois ouvertures fistuleuses: la première, supérieure, est située au devant de l'orifice du conduit auditif, inférieurement à l'arcade zygomatique; la deuxième est située en arrière de l'angle du maxillaire inférieur; la troisième est située sur le bord inférieur de l'os, antérieurement au bord antérieur du masséter. L'os maxillaire inférieur peut seulement s'abaisser par l'étendue de 10 millimètres; le bord dentaire de l'os approché du bord dentaire du maxillaire supérieur reste postérieur au même. En explorant avec une sonde par les ouvertures désignées, on sent l'os tout nu. Du côté de la bouche, il n'y avait pas d'ouverture. En tâtonnant en arrière et au devant la partie horizontale de l'os maxillaire, on sentait le périoste endurci, tuméfié; en comprimant ces mêmes tissus, ils donnaient une sensation d'élasticité. Par ces signes était certaine la dénudation du périoste du côté droit de l'os maxillaire inférieur. Par la transposition en arrière de l'arcade dentaire, on pouvait déduire la luxation du condyle. J'ai diagnostiqué une nécrose de toute la partie droite du maxillaire, y compris le condyle

déjà luxé. J'ai cru nécessaire de recourir à l'extraction sous-capsulo-périostée. La nécrose n'arrive pas jusqu'à la symphyse du menton; mais elle paraît s'arrêter au niveau de la première molaire. Les dents caoine, première, deuxième et troisième molaires sont un peu mobiles dans leurs alvéoles. Le côté gauche de l'os est saio. On pouvait bien être sûr que le périoste n'était pas fortement adhérent à l'os; l'expérience m'assurait du surcroît de son épaisseur. La luxation du condyle, l'ouverture près du condyle, laissaient croire qu'on n'aurait rencontré que peu de difficulté ou pas du tout pour l'extraction du condyle. L'état de l'os atteint du rammollissement laisse prévoir que l'apophyse coronoïde serait elle-même affectée du ramollissement et par conséquent facile à être extraite. Mais l'exploration de cette dernière n'étant pas aisée, la chose était seulement probable. Si, au contraire, l'apophyse coronoïde eût été saine, alors on l'aurait laissée intacte.

Toutes ces circonstances étaient favorables à l'opération; une seule pouvait en rendre l'exécution un peu difficile, c'est-à-dire les mouvements limités de l'os maxillaire pouvaient tant soit peu en géner l'extraction. C'était la première fois que j'exécutais l'extraction de l'os maxillaire inférieur; j'ai cru difficile le détachement du périoste à cause des mouvements circonscrits de l'os maxillaire, et pour cela j'ai pratiqué une incision verticale au milieu de la lèvre inférieure, à laquelle je joignis une autre incision horizontale, s'étendant du menton jusqu'un peu au delà de l'angle de l'os maxillaire. L'opération étant achevée, j'ai vu qu'on pouvait éviter les incisions; les difficultés s'agrandissent à l'imagination de l'opérateur, même le plus intrépide, la première fois qu'il entreprend une grande opération, et en conséquence j'ai pris la détermination de faire les incisions ci-dessus pour rendre plus facile et plus courte l'opération. L'opération peut-être a réussi plus facilement, mais je suis intimement convaincu de l'inutilité des incisions pratiquées. On a fait l'incision sur le milieu de la lèvre inférieure, parce qu'une incision centrale apporte moins de difformité. Enfin ayant achevé l'opération, j'appliquai quatre points de suture entrecoupée pour fermer l'étui périosté. On doit bien appliquer des points de suture dans la plus grande partie des cas d'extraction sous-périostée, mais dans le cas d'extraction du maxillaire inférieur, on ne doit employer aucune sorte suture, et cela à cause des mouvements des parties et à cause du peu d'épaisseur du voile muqueux périosté.

11 mai. On procède à l'opération à laquelle se trouvent présents MM. les docteurs Lay, chirurgien du régiment, chevau-légers de station à Verceil, et Allario, chirurgien de l'hôpital.

Opération. — Incision perpendiculaire médiane de la lèvre inférieure et du menton. Je fendis la lèvre inférieure et le menton sur la ligne médiane. Dans la section furent compris tous les tissus, le périoste excepté. Les artères labiales furent aussitôt liées.

Incision horizontale. Je fis une incision parcourant le bord inférieur du maxillaire, s'étendant du menton jusqu'au delà de l'angle inférieur de l'os maxillaire. Dans l'incision furent compris la peau, le muscle peaucier, l'artère maxillaire externe, dont le bout inférieur fut aussitôt lié. Le périoste ne fut pas incisé.

Resection de l'os. On procède à l'extraction de la dent canine droite. Je tire en dehors le lambeau droit de la lèvre incisée, et je resèque l'os en correspondance de l'alvéole de la canine. La resection fut pratiquée avec une scie à dos mobile; en faisant la resection de l'os, le feuillet postérieur du périoste ne fut pas endommagé.

Détachement du périoste de la branche horizontale de l'os. Avec un bistouri, j'incise les tissus des gencives tout près de la couronne des dents; je détache ensuite le périoste avec le levier; les vaisseaux et les nerfs sortants du trou mentonnier furent incisés avec le bistouri. Par le même procédé fut détaché le périoste de la face postérieure de l'os. La dissection étant avancée, j'élève l'os maxillaire reséqué, et je détache le périoste du bord inférieur de l'os; mais croyant la dissection un peu longue à cause de l'endurcissement des tissus, je fis une incision sur le périoste du bord inférieur de l'os, incision qui s'étendit jusqu'à quelques millimètres en deçà de l'angle de l'os maxillaire.

Détachement du périoste de la branche ascendante de l'os. Après cela, j'incise la muqueuse et le périoste sur le bord antérieur jusqu'à l'apophyse coronoïde. Je commence à détacher le périoste de l'un et de l'autre côté avec le levier; ensuite la dissection étant un peu avancée, je détache le périoste avec le levier et avec le doigt index d'une main, en mouvant de l'autre main, dans les sens nécessaires, l'os incisé, et procédant de ladite manière, je suis parvenu à détacher le périoste de la face interne et de la face externe et de l'angle de l'os maxillaire. Les vaisseaux et les nerfs dentaires ne furent pas incisés, probablement ils furent rompus près de l'orifice du canal maxillaire en détachant le périoste de la face interne de la branche ascendante.

Détachement du périoste de l'apophyse coronoïde; détachement du périoste et de la capsule du condyle; extraction du condyle. L'os maxillaire inférieur est à peu près dépouillé de son périoste; l'apophyse coronoïde et le condyle seuls sont encore à être dépouillés de leur périoste. De la main gauche j'élève l'os maxillaire, et de la main droite je porte le levier entre le périoste et le col, et je détache le périoste et la capsule, et je pénètre dans l'articulation; ensuite, abaissant de nouveau l'os maxillaire, je continue la dissection sur les côtés de l'apophyse coronoïde. L'os fut alors complétement *dépériostisé*; j'en fis l'extraction tout doucement, parce qu'il était sur le point de se rompre près de l'angle inférieur. Restèrent encore dans leur capsule le col, le condyle et l'extrémité de l'apophyse coronoïde; en introduisant une longue pince dans l'étui de l'apophyse coronoïde, j'en fis l'extraction; ensuite je fis l'extraction du col, et en introduisant pour la dernière fois la longue pince, je fis l'extraction du condyle. J'explore la cavité, elle est parfaitement libre. On a par ces moyens pratiqué l'extraction du col et du condyle en conservant entièrement le périoste et en conservant l'intégrité de la capsule articulaire qui est la continuation anatomique du périoste. Ne furent pas du tout endommagés, l'extrémité du ptérygoïdien externe, le tendon du temporal, les extrémités du ptérygoïdien interne et du masséter, etc. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. J'appliquai deux points de suture entrecoupée sur le périoste de la branche ascendante et deux points de suture sur le périoste de la branche horizontale. Deux points de suture entrecoupée furent appliqués sur la peau, le long du bord inférieur de l'os maxillaire; à la lèvre inférieure furent appliqués deux points de suture entortillée. L'opération, en comprenant les sutures, a duré vingt minutes. Le malade ne fut ni éthérisé ni chloroformisé.

Traitement consécutif. — 11 mai, après midi. La réaction est très-légère; la fièvre bien petite.

12 mai. La région opérée est tuméfiée; elle a acquis le volume qu'elle avait antérieurement à l'opération.

13 mai. Le malade est complétement apyrétique; j'ôte les fils de la lèvre inférieure et du menton. Il est sorti du sang putréfié dans ces jours par les ouvertures fistuleuses.

14 mai. J'ôte les fils au dedans de la bouche. Le fil situé près de la canine était déjà sorti à cause de la gangrène des gencives. Les autres avaient déjà lacéré le feuillet externe, par conséquent ils furent inutiles. J'ôte dans ce jour les autres fils à la partie inférieure du visage.

15 mai. Les incisions du visage sont complétement cicatrisées.

16 mai. Le visage est bien peu tuméfié; il s'approche de l'état naturel.

17 mai. Le malade est pris d'une fièvre assez forte; le visage est plus tuméfié que dans les jours antérieurs à l'opération. (Saignées le matin et le soir, boisson tartarisée.)

18 mai. Continuation de la fièvre. Troisième et quatrième saignée. L'érysipèle phlegmoneux qui avait commencé est en résolution; mais un œdème précurseur de nouveaux érysipèles se développe sur les paupières gauches.

20 mai. On continue à poser sur le visage un masque enduit de cérat. (Poudres résolvantes.)

23 mai. Le malade est apyrétique; ensuite il alla de mieux en mieux. Les ouvertures fistuleuses se fermèrent, je les ai cependant cautérisées deux fois.

20 juin. Le visage n'est pas déformé. L'angle de l'os maxillaire est déjà bien dessiné et suffisamment sensible. En le comprimant, on sent au-dessous un corps résistant. La même sensation a lieu si l'on comprime la partie latérale du visage. En explorant le dedans de la bouche, dans la partie horizontale de l'ancienne cavité périostée, on touche un cordon membraneux, dur et tendu.

Considérations générales. — La branche horizontale du maxillaire inférieur est en grande partie couverte seulement par la muqueuse et par un voile très-mince du périoste. Par conséquent l'étui périosté, situé dans le voisinage de l'arcade alvéolaire, est facilement susceptible de se gangréner. La chose se passe d'une autre manière dans le bord inférieur de l'os, et dans la partie correspondante à la branche ascendante; là le périoste est couvert et entouré par des muscles très-forts, etc., et l'étui périosté se trouve dans les mêmes conditions de l'étui périosté du fémur, de l'humérus, etc., toutes conditions favorables à la nouvelle ossification. Quelques jours après l'opération, la langue en sortant de la bouche s'inclinait du côté gauche. La langue sortait en ligne droite quand le malade est sorti de l'hôpital. Nous n'avons pas eu de paralysie; le visage a conservé sa forme. L'ossification nouvelle était déjà commencée au sortir du malade de l'hôpital dans la branche ascendante et dans la base de l'os maxillaire; depuis, je n'ai plus revu le malade; mais je suis convaincu d'après l'expérience que la résistance que donnaient en les comprimant l'angle de l'os et la partie gauche du visage était due à la nouvelle ossification qui était déjà commencée dans ces parties.

Dans l'ancienne extraction de l'os et du périoste, on était obligé de fixer la langue pour en empêcher la rétraction et la suffocation possible du malade. Ayant conservé par l'extraction sous-périostée tout le périoste, toutes les extractions des muscles dans leur intégrité, la rétraction en arrière n'est plus un accident possible. J'ai fait l'extraction sous-capsulo-périostée en 1852. Dans les années suivantes, d'illustres chirurgiens étrangers à l'Italie ont pratiqué ensuite l'extraction sous-périostée de l'os maxillaire inférieur; mais, fante peut-être d'instruments adaptés, ils ont été obligés de couper l'insertion du ptérygoïdien interne, du ptérygoïdien externe, du masséter et l'insertion du temporal.

(*La suite prochainement.*)

OBSTÉTRIQUE.

ÉTUDES OBSTÉTRICALES; par le docteur FÉLIX HATIN.

POURQUOI ET DANS QUELS CAS CERTAINES PRÉSENTATIONS DE LA FACE SE CONVERTISSENT SPONTANÉMENT EN PRÉSENTATION DU SOMMET.

PRÉSENTATION DE LA FACE; VARIÉTÉ FRONTALE DE LA POSITION MENTO-ILIAQUE DROITE POSTÉRIEURE; CONVERSION SPONTANÉE EN OCCIPITO PUBIENNE; ENFANT VIVANT; FEMME DE 49 ANS 10 MOIS ET 13 JOURS.

OBS. I. — Madame . ., rue du Haut-Moulin, n° 10, est née le 7 avril 1809. Aujourd'hui (22 février 1859), elle a bien près de la cinquantaine, et elle est en travail d'enfant depuis hier.

Douée d'une bonne constitution et d'une conformation régulière, elle a déjà eu plusieurs enfants, et ses couches n'ont rien présenté de remarquable.

Il y avait onze ans et demi qu'elle était accouchée d'une fille, quand ses menstrues, jusque-là d'une grande régularité, cessèrent tout à coup. Elle mit cette brusque interruption sur le compte d'une violente frayeur qu'elle avait éprouvée, et, d'une autre part, ses 49 ans sonnés lui firent admettre, sans trop de peine, que son temps critique pouvait bien être venu.

Tourmentée cependant de quelques troubles digestifs, elle alla se présenter à l'Hôtel-Dieu, et le médecin qu'elle consulta partagea sa manière de voir.

Cependant son ventre grossissait toujours, et arrivée vers le sixième mois de son indisposition, elle alla consulter le médecin d'une société de secours mutuels, dont son mari faisait partie. Ce confrère la toucha et lui affirma qu'elle n'était pas enceinte. Pour la débarrasser de sa tumeur abdominale, il lui fit prendre même plusieurs drastiques qui la fatiguèrent beaucoup, ditelle, mais ne la débarrassèrent pas.

Un mois plus tard, elle revint au même médecin, et cette fois il lui annonça une grossesse avancée.

Arrivée à terme, elle a perdu, hier soir, ses eaux, sans douleurs préalables. Dans la nuit, quelques douleurs assez rares se sont manifestées; dans la journée suivante, elles se sont rapprochées, mais elles ont gardé jusqu'à ce soir un caractère d'atonie sous l'influence duquel la dilatation du col ne s'est faite qu'avec beaucoup de lenteur.

Dès le matin, cependant, la sage-femme a pu constater une présentation de la face en variété frontale de la position mento-iliaque droite postérieure; et c'est en raison de cette constatation qu'elle a voulu avoir l'assistance d'un médecin, et que j'ai été appelé.

Le toucher m'a fait reconnaître l'exactitude du diagnostic porté par la sage-femme.

En effet, au centre du bassin se trouvait une surface lisse, convexe et résistante (le front), limitée à droite (de la mère) par les arcades sourcilières, le nez au milieu et les globes oculaires de chaque côté. En remontant cette partie droite du bassin, le doigt arrivait à la bouche et pouvait même, en la dépassant, suivre les bords du maxillaire inférieur. De l'autre côté du bassin, le doigt, en remontant la surface convexe qui occupait le centre du détroit supérieur, rencontrait la fontanelle antérieure à peu près dans la direction de la cavité cotyloïde correspondante.

Ce n'était donc pas encore une présentation complète de la face, mais bien la variété frontale qui la précède le plus ordinairement.

Que fallait-il faire?

Baudelocque et son école veulent qu'en pareille occurrence, on intervienne et qu'on aille chercher les pieds, si le sommet de la tête ne peut être ramené au centre du bassin.

Des accoucheurs plus modernes, madame Lachapelle, M. Dubois, M. Nægelé, M. Chailly, ont établi péremptoirement que, dans les présentations de la face, l'accouchement se terminait presque toujours spontanément et sans dommage pour la mère et pour l'enfant; que, dans les cas même où le menton regardait primitivement en arrière, il subissait le plus souvent, et sous les seuls efforts de la nature, un mouvement de rotation qui le ramenait en avant et permettait l'accouchement spontané; et que ce n'était enfin que dans les circonstances, heureusement fort rares, où le menton restait obstinément en arrière et gagnait la courbure du sacrum, que ce cas prenait de la gravité.

Quoique j'aie maintes fois pratiqué la version podalique pour remédier à une présentation de la face et en vue de prévenir des difficultés et des dangers que j'admettais sur la foi des maîtres de l'époque, et qui ne sont pas tout à fait imaginaires; quoique, dans d'autres circonstances, j'aie pu corriger une présentation semblable sans trop de difficultés et sans dommage pour personne, je me ralliai cependant à la doctrine nouvelle et je conseillai d'attendre.

Dirai-je, pour justifier ce conseil, que la dilatation n'était pas complète? Non. Ce serait là, selon moi, une mauvaise excuse. Dans les cas de présentation vicieuse, l'engagement étant généralement défectueux, la dilatation complète en est retardée d'autant. Attendre cette dilatation complète pour agir, c'est souvent attendre que les contractions convulsives de l'utérus, d'une part, et l'enclavement, ou mieux, l'engagement violent et forcé des parties fœtales, de l'autre, soient venus créer des difficultés extrêmes, si ce n'est des obstacles absolus, à toute manœuvre rationnelle.

Tel n'était pas le cas. Si le col n'était pas dilaté, il était dilatable et eût cédé facilement à l'effort même prudemment ménagé de la main qui eût voulu le franchir. J'aurais donc pu, sans grande difficulté, je le crois du moins, porter la main profondément dans l'utérus, fléchir la tête, la maintenir fléchie et la saisir dans cette position, en faisant glisser sur elle les deux branches du forceps, guidées successivement par la même main, selon le procédé qui m'est propre.

J'aurais pu, ce me semble, avec la même facilité, aller chercher les pieds.

Mais à quoi bon toutes ces manœuvres si elles pouvaient être évitées?

En dehors des chances de parturition spontanée, qui appartiennent aux présentations de la face, j'avais encore quelques circonstances qui, sans doute, ont influé pour leur part sur ma détermination. Le bassin était ample et de bonne conformation, et, à en juger par la largeur des sutures, la tête devait être proportionnellement réductible, ou plutôt malléable, si je puis ainsi dire, et susceptible de se mouler avec une certaine facilité sur la filière qu'elle devait traverser.

Il y avait encore une autre circonstance, et je veux appeler sur elle l'attention des praticiens, parce que je ne sache pas qu'elle ait été mentionnée avec ses conséquences dans les traités d'accouchement.

Les battements du cœur de l'enfant avaient leur maximum d'intensité dans la partie droite de l'abdomen maternel et le palper faisait reconnaître que le tronc du fœtus était incliné de ce côté.

Quelles conséquences pouvais-je tirer de là, relativement à la terminaison spontanée de l'accouchement, et en quoi cela devait-il me déterminer à m'abstenir de toute manœuvre? C'est là ce que je vais m'efforcer de faire comprendre.

La présentation constatée par le toucher annonçait, prise isolément, et en supposant le tronc vertical, que la tête n'avait pas subi de flexion.... qu'elle était droite ou tout au plus légèrement renversée.

Mais si le tronc, au lieu d'être vertical, était incliné, la présentation susindiquée n'était-elle pas compatible avec un certain degré de flexion? Que dis-je! dans celle situation respective du tronc et de la tête, le tronc descendant obliquement de droite à gauche sur la tête restée dans le plan vertical, ne résultait-il pas de leur rencontre un angle plus ou moins aigu, et, à l'opposite de cet angle, un sinus formé par le rapprochement du menton et du thorax, c'est-à-dire un degré de flexion de la tête plus ou moins prononcé.

Or si la flexion était commencée, ne devenait-il pas à peu près certain que les efforts ultérieurs de l'utérus devaient tendre à la compléter?

Supposez, en effet, ces efforts s'exerçant dans l'axe utérin et transmettant la pression par l'intermédiaire du rachis au trou occipital, que devrait-il résulter de là, sinon que les efforts agissant plus près de l'occiput que du front, celui-ci (le front) allait s'abaisser moins vite que celui-là (l'occiput) et que cette inégalité dans la progression de ces deux parties allait produire en dernière analyse une flexion complète de la tête sur la poitrine.

C'est ce qui arriva, en effet. Au fur et à mesure que la tête s'engagea une plus large étendue du sommet devint accessible au doigt.

Cependant les douleurs avaient toujours peu d'intensité; les sutures restaient écartées; le doigt explorateur revenait sans traces de sang. Si l'accouchement tardait tant à se faire, c'était donc principalement par raison d'atonie. Ne devais-je pas prescrire du seigle ergoté?

La tête était encore au détroit supérieur et en position anormale; la dilatation du col n'était pas complète. Toutes ces circonstances devaient faire craindre que l'expulsion fœtale ne se fît attendre longtemps encore, et que l'enfant ne périt avant sa naissance, sous les contractions continues déterminées par le seigle ergoté.

D'autre part, je n'étais auprès de la malade que comme médecin consultant, et je ne pouvais rester auprès d'elle pour épier par l'auscultation le moment où l'enfant étant menacé dans son existence, il eût fallu procéder immédiatement à son extraction pour le sauver.

Et enfin, circonstance capitale : il n'y avait de danger immédiat ni pour la mère ni pour l'enfant, et j'avais l'espérance de voir la position vicieuse se convertir spontanément en position favorable.

Je conseillai donc simplement de soutenir les forces de la malade avec du bouillon et un peu de bon vin; et je la laissai aux soins de la sage-femme.

J'appris plus tard de celle-ci que vers onze heures du soir, elle avait essayé d'aider avec la main à la flexion de la tête et à son mouvement de rotation, et que ce résultat obtenu l'accouchement s'était terminé spontanément vers minuit en occipito-pubienne suivie d'une restitution en première du sommet.

L'enfant se portait bien.

P. S. La mère s'est rétablie sans peine.

La terminaison heureuse de cet accouchement est une nouvelle preuve à l'appui de la doctrine émise par P. Portal, acceptée par Deleurye, combattue par Deventer, Rœderer, Baudelocque, reproduite par madame Lachapelle, et aujourd'hui professée par MM. Nægelé, Paul Dubois, et en particulier par M. Chailly-Honoré qui la défend avec toute la chaleur que donne une conviction profonde. On pourrait donc dire aujourd'hui que dans toutes les présentations de la face, l'expectation est la règle générale, et que l'intervention, au contraire, est l'exception et ne peut être justifiée que par des vices de conformation,

des accidents inopinés, des engagements complexes, et enfin par la persistance du menton à rester en arrière.

Ce n'est pourtant pas sur cette règle que je désire insister. Le point saillant de mon observation n'est pas là. Les auteurs nous disent, et M. Chailly en particulier, dans son excellent TRAITÉ PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS (3e édit., p. 758), que dans quelques cas rares la variété frontale de la présentation de la face se réduit spontanément en présentation du sommet, mais aucun d'eux n'indique et ne recherche la cause de ce phénomène.

Elle mérite cependant quelque considération, et si j'ai entrevu la vérité ou si des rapports respectifs de la tête et du tronc dépendent la production ou l'absence de ce phénomène, ces rapports devront être étudiés plus minutieusement et avant de se prononcer sur l'issue probable d'un accouchement par la face et son mode de terminaison, il faudra préalablement résoudre cette première question :

Dans la présentation donnée, la tête est-elle fléchie, droite, ou renversée?

Aujourd'hui qu'on admet qu'une présentation de la face n'est qu'une présentation du sommet dans laquelle la tête s'est défléchie ou ne s'est pas fléchie, la question pourrait paraître oiseuse. La face se présente, donc la tête doit être droite ou renversée. Telle est la conséquence à tirer de la doctrine dominante.

La face se présente, la tête peut cependant être fléchie, tel est le point nouveau sur lequel j'appelle l'attention des accoucheurs, et en particulier celle de M. Hubert (de Louvain) qui a fait un si beau travail sur les phénomènes mécaniques de l'accouchement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DU CANCER DES LÈVRES, DE L'INFLUENCE DU TABAC SUR SON DÉVELOPPEMENT ; par M. FLEURY, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Personne n'est assurément plus disposé que moi à déplorer l'influence pernicieuse qu'a eue sur nos mœurs l'abus toujours croissant du tabac à fumer. Je suis convaincu qu'abstraction faite du danger qu'il peut avoir pour la santé, il doit enlever aux jeunes gens un temps précieux et faire baisser le niveau des études.

Je serais par conséquent bien tenté de me joindre à l'honorable professeur de Montpellier pour entreprendre une croisade contre un agent aussi pernicieux, si nos efforts devaient aboutir à un résultat satisfaisant; mais, il faut le dire, ce serait prêcher dans le désert.

Ne trouvons-nous pas tous les jours, en effet, des individus qui nous disent qu'ils aiment mieux conserver leurs maux que de renoncer à une habitude qui, pour eux, est un besoin des plus impérieux. En présence d'aveux semblables, il n'y a qu'à laisser faire et à livrer les malades au tabac, comme nous les abandonnons aux charlatans, puisque, pour l'un comme pour les autres, nos avertissements sont donnés en pure perte.

J'ai bien souvent entendu répéter à notre ancien maître, le professeur Roux, que, dans la seconde moitié de sa carrière chirurgicale, il avait observé un bien plus grand nombre d'affections cancéreuses des lèvres, que dans la première; il les attribuait à l'irritation provoquée par le suc du tabac. Cette opinion serait corroborée par celle de M. Bouisson ; eh bien! je dois le dire, les faits que j'ai observés depuis un grand nombre d'années sont complétement en désaccord avec ceux de ces honorables praticiens.

Clermont est, comme Montpellier, le point central de quatre à cinq départements qui envoient à notre hôpital les malades qui ont à subir de grandes opérations chirurgicales; j'ai donc enlevé bien souvent des lèvres, et je dois l'avouer, la cause invoquée par M. Bouisson n'a été pour rien dans le développement de la maladie.

Est-il question de l'âge, du sexe? Mes observations sont conformes aux siennes; nous ne différons que pour la cause.

De 1845 à 1855, j'ai opéré 86 malades affectés de cancers aux lèvres. Sur ce nombre, il y a eu 71 hommes et 15 femmes.

Le cancroïde est donc rare chez la femme. Pas un enfant n'en a été atteint.

Je n'ai pas vu un seul malade au-dessous de 43 ans :

8	avaient de	40 à 50 ans.
30	—	50 à 60
28	—	60 à 70
18	—	70 à 80
2	—	80

Sur ce nombre, il n'y avait pas un seul individu exerçant une industrie dans la ville; tous étaient habitants de la campagne, et le plus grand nombre demeurait dans les montagnes du Puy-de-Dôme, de la Creuse et du Cantal. Ce n'est pas dans ces contrées que l'on fait abus de la pipe et du cigare. Avec le temps, cela pourra y arriver; mais jusqu'à présent le tabac y est pour ainsi dire inconnu.

Il y a même une particularité qui nous a toujours étonnés, c'est qu'en général l'habitant de la plaine est à l'abri d'un mal qui frappe principalement le montagnard.

M. Biett, qui était originaire de notre département, croyait que cela pouvait dépendre de l'abus que ce dernier fait du fromage fermenté.

J'ai interrogé avec soin le plus grand nombre des malades, qui m'ont assuré que les fromages de haut goût étaient fabriqués dans leurs montagnes, mais qu'on les vendait et qu'on y consommait surtout le fromage blanc.

Est-ce à l'habitude qu'ils ont de passer six mois d'hiver dans leurs étables, et à la malpropreté au milieu de laquelle ils vivent? Je serais assez tenté de le croire. Toujours est-il que le tabac n'est pour rien dans la cause de cette affection.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

VI. ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

(Publiée par C. A. WUNDERLICH.)

Les cahiers troisième et quatrième de 1858 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Sur les hypostrophes dans les maladies qui ont une marche typique.* (Travail de pathologie générale dans lequel l'auteur réunit sous le nom d'hypostrophes les nombreuses anomalies qui surviennent pendant la convalescence et qu'on désigne ordinairement sous les noms de rechutes, maladies subséquentes, etc. Il fait ressortir les divers degrés d'importance de ces hypostrophes suivant la marche de la maladie elle-même, et les examine sous le rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement.) 2° *Sur la forme des alvéoles du cancer et sur la disposition des cellules dans leur intérieur;* par le docteur E. Wagner. (Travail d'histologie pathologique fondé sur sept observations détaillées et accompagné de dessins qui montrent la forme des alvéoles et des cellules.) 3° *Sur quelques produits artificiels de métamorphoses formés par le foie;* par le docteur Ed. Schottin. 4° *Sur la loi de contraction et sur les modifications de l'irritabilité par des courants fermés;* par le docteur W. Wundt. 5° *Petites communications: a. Sur la détermination optique du sucre de l'urine;* par M. Edmond Neuschler. (Résultats d'expériences faites avec le diabétomètre de Robiquet; ces résultats ont été favorables et l'auteur recommande l'instrument.) *b. Sur l'apparition de l'inosite dans l'urine, dans les maladies des reins, et sur le changement du diabète sucré en diabète inositique;* par le docteur Vohl. *c. Inflammation chronique des deux genoux avec luxation et hydropisie purulente de la cavité articulaire et de la bourse muqueuse ; abcès de la prostate avec perforation et inflammation purulente du tissu cellulaire interstitiel des muscles de l'abdomen et du tissu cellulaire sous-cutané et sous-séreux;* par le docteur E. Wagner. 6° *Sur la respiration après la suppression de l'exhalation cutanée et sur les actions vivifiantes d'une chaleur élevée;* par le professeur G. Valentin. 7° *Recherches sur la matité du cœur et sur le déplacement de ses limites à l'état de santé ;* par le docteur Ch. Gerhardt. (Études sur la percussion du cœur dans les diverses positions du corps.) 7° *Loi de dépendance de la durée moyenne de la circulation du nombre moyen des pulsations chez les animaux;* par M. Ch. Vierordt. (Nouvelles expériences faites sur des mammifères et sur des oiseaux relativement à la fréquence des battements du cœur, à la durée de la circulation, et à d'autres lois énoncées dans l'ouvrage que l'auteur a publié sur le mouvement du sang.)

SUR QUELQUES PRODUITS ARTIFICIELS DE MÉTAMORPHOSES OBTENUS A L'AIDE DES ÉLÉMENTS DU FOIE; par le docteur ÉDOUARD SCHOTTIN.

L'auteur ayant remarqué que, dans diverses maladies, il y avait excrétion des acides de la bile par les reins et par les membranes séreuses, sans qu'il y ait eu aucune altération du foie, et d'un autre côté, ayant vu qu'il se formait de la leucine dans divers états pathologiques

de cet organe, surtout dans l'ictère grave, eut l'idée d'essayer si, en mettant diverses substances en contact avec des cellules biliaires, il obtiendrait un produit analogue à l'un des deux acides de la bile. Le procédé de l'auteur consiste à racler des cellules biliaires, à les laver, puis à les mettre dans un tube avec diverses substances et à placer ce tube dans un appareil à incubation, à une chaleur de 30 à 36 degrés centigr.

Le sucre de canne, mis ainsi en contact avec des cellules biliaires, se change au bout de huit à dix heures en sucre incristallisable, avec dégagement d'acide carbonique et réaction acide du mélange; au bout de vingt-quatre à trente-six heures, tout le sucre avait disparu. L'addition d'une nouvelle quantité de sucre ne faisait pas reparaître la fermentation, excepté quand on avait neutralisé le liquide par du carbonate de soude. L'acide obtenu était de l'acide lactique. L'auteur se demande si, à l'état normal, la transformation du sucre du foie en acide lactique est possible.

Une autre expérience fut faite avec de la fibrine. Un mélange de fibrine, de cellules biliaires, de sucre et d'eau produisit un corps analogue au gluteo, mais différent de celui-ci par la proportion d'azote. Quand on ajoutait au liquide en fermentation quelques gouttes d'huile et qu'on agitait la bouteille, on voyait au bout de quelques heures toute l'huile disparaître. Au bout de quelques jours, la substance ana logue au gluten avait fait place à de la leucine.

Nous citerons encore l'expérience suivante: 100 grammes de cellules biliaires furent mis en contact avec 3 grammes d'huile; au bout de douze à quinze heures, l'huile avait disparu. Il se forma un acide voisin de l'acide oléique. Enfin l'auteur a fait onze expériences dans lesquelles il a obtenu de la leucine. Il mêlait ensemble des cellules biliaires, de l'huile et de l'eau; il faisait cuire la bouillie qui en résultait, filtrait, évaporait jusqu'à la consistance sirupeuse, traitait par l'alcool, puis faisait évaporer et laissait refroidir l'extrait; la leucine se montrait sous forme de feuillets ou de tablettes rhomboïdales.

DE LA RESPIRATION APRÈS LA SUPPRESSION DE L'EXHALATION CUTANÉE; INFLUENCE VIVIFIANTE D'UNE TEMPÉRATURE ÉLEVÉE; par le professeur VALENTIN (de Berne).

On sait que lorsqu'on recouvre d'huile ou de vernis la peau des mammifères, des oiseaux ou des reptiles, ces animaux périssent au bout de peu de temps, et l'on sait aussi que la température propre du corps des lapins tombe très-rapidement. M. Valentin a eu l'idée de reprendre ces expériences et d'étudier particulièrement la respiration des animaux ainsi traités. Il a opéré sur des lapins dont il a enduit le corps avec une dissolution de colle forte étendue sur les poils ou sur la peau même, après avoir fait tondre l'animal. L'auteur a étudié comparativement les phénomènes respiratoires et tout ce qui s'y rattache sur l'animal à l'état naturel, puis sur le même animal recouvert de son enduit; ses recherches ont porté principalement sur la composition de l'air expiré et sur les modifications de la chaleur animale.

Si l'on met un lapin dont la peau a été enduite de solution de colle dans un espace dont la chaleur est de 20° c., on remarque bientôt les effets de la suppression de l'exhalation cutanée. Au bout de trois à six heures, l'animal ne peut plus rester debout; il est couché sur le flanc, et c'est à peine si l'on distingue les mouvements de la respiration; en peu d'heures la température du rectum est tombée de 39 à 19° c.

Tout change quand on transporte le lapin dans un milieu chauffé à 22° et jusqu'à 40° c. Cet animal, qui semblait privé de vie, se ranime, se réveille, se redresse et reprend sa gaîté; sa respiration devient aussi beaucoup plus active, et il prend les aliments qu'on lui donne.

Si, dès le commencement de l'expérience, on met l'animal dans un milieu chauffé, il résiste plus longtemps, mais finit par périr; l'action de la chaleur prolonge un peu son existence.

L'auteur fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire, pour obtenir ces résultats, que la peau tout entière soit enduite de colle; il suffit que cet enduit en recouvre la plus grande partie.

Dans ces expériences, les mouvements respiratoires sont réduits à la moitié, quelquefois au tiers ou au quart de leur nombre ordinaire. La quantité d'acide carbonique produit est au-dessous du septième de sa quantité normale; au bout de treize heures, à la température de 14 à 19° c., elle est le dixième. La quantité d'oxygène consommé diminue aussi, mais elle tombe moins que celle de l'acide carbonique.

Le résultat le plus remarquable des expériences de M. Valentin, c'est l'action révivifiante exercée par la chaleur. Ce fait important pourra trouver son application dans la thérapeutique, et l'auteur ne manque pas d'appeler sur ces résultats l'attention des médecins. Toutes les fois que la respiration, par un état morbide quelconque, sera en souffrance, on trouvera dans une augmentation de chaleur un moyen efficace de ranimer le malade.

VII. VERHANDLUNGEN DER PHYSICALISCH-MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT IN WUERZBURG.

Le premier cahier du tome IX (1858) contient les articles originaux suivants qui se rapportent aux sciences médicales: 1° *Recherches physiologiques et toxicologiques sur l'action de l'extrait du tanghinia venenifera*; par Koelliker et Pelikan. 2° *Recherches concernant l'influence que quelques poisons exercent sur l'action musculaire*; par les mêmes. 3° *Fracture fœtale de la cuisse gauche guérie avec difformité et opérée par l'ostéotomie; mort par pyémie*; par le docteur Mayer. (Cas rare de fracture dans le sein de la mère, probablement par l'effet d'une chute; cal difforme. 4° *Sur la perforation de l'appendice vermiforme*; par le docteur Bamberger. (Relation de 10 cas de perforation de cet appendice, produite le plus souvent par des concrétions intestinales.) 5° *Matériaux pour servir à la pathologie expérimentale*; par Otto Beckmann. 6° *Deux cas d'otorrhée suivie de mort*; par le docteur Trœltsch. (Dans l'un de ces cas, il y avait carie des deux rochers, thrombose du sinus transverse et méningite purulente; dans l'autre cas, à la suite d'une otorrhée qui avait duré sept ans, il se forma un abcès dans le cervelet; il y avait aussi carie du rocher et il existait des polypes dans le conduit auditif externe, au tympan et dans la trompe d'Eustache.)

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET TOXICOLOGIQUES SUR L'ACTION DE L'EXTRAIT ALCOOLIQUE DU TANGHINIA VENENIFERA; par KOELLIKER et PELIKAN.

Le *tanghinia venenifera* est un arbre de Madagascar de la famille des apocynées, assez semblable au laurier-rose et dont le fruit est une drupe; il renferme un suc visqueux et gélatineux; c'est le noyau qui est la partie la plus vénéneuse; il constitue un poison violent qu'on emploie dans le pays comme épreuve dans la recherche des coupables; ceux qui échappent à son action sont déclarés innocents. On regarde ce poison comme narcotique et irritant, et sa violence est telle qu'un seul noyau pesant 2 grammes suffirait pour empoisonner 20 hommes.

Un des auteurs ayant reçu une branche de cette plante, sans fruits, résolut de préparer un extrait alcoolique des feuilles et de la tige, et d'en essayer les effets. Il n'obtint qu'une petite quantité d'extrait qui lui permit cependant de faire 21 expériences sur des grenouilles.

Le poison fut ingéré dans le corps ou introduit sous la peau à la dose d'1 à 5 centigrammes; cette dose fut suffisante pour amener l'intoxication. Le premier effet que produisait le poison était son action sur le cœur; les battements de cet organe, d'abord accélérés, devenaient irréguliers, puis cessaient au bout de cinq à quinze minutes. Il n'y avait ni convulsions ni tétanos. Les mouvements volontaires cessaient après les mouvements du cœur, puis les mouvements réflexes, puis l'irritabilité des nerfs moteurs, et en dernier lieu l'irritabilité musculaire. D'après cela, le tanghinia agit, en ce qui concerne la disparition de l'irritabilité musculaire, comme l'*upas antiar*, et, en ce qui regarde la cessation de l'irritabilité des nerfs moteurs, comme le *curare*, avec cette différence qu'ici les troncs nerveux étaient affectés primitivement, tandis que le curare agit sur les nerfs dans l'intérieur des muscles. Ces phénomènes ne s'expliquent que par l'action immédiate du poison sur les muscles et sur les nerfs moteurs; on a remarqué que l'empoisonnement se manifestait plus tôt dans le membre dont on avait coupé les nerfs, ce qui provient de ce que la vitesse de la circulation est alors augmentée dans ce membre.

Les auteurs ont aussi remarqué une différence dans les résultats, suivant que l'animal était à une température de 15 à 16° R., ou seulement de 5 à 6. Ils ont vu, dans ce dernier cas, non-seulement que l'irritabilité nerveuse et musculaire durait beaucoup plus longtemps (plus de vingt-quatre heures), mais aussi que le cœur, qui avait déjà cessé de battre, recommençait à offrir des pulsations de l'oreillette et même du ventricule.

Voici les résultats physiologiques que les auteurs déduisent de leurs expériences:

1° L'extrait alcoolique de tanghinia ne possède aucune propriété qui puisse le faire ranger dans la classe des poisons tétaniques.

2° Il agit surtout sur le cœur en le paralysant, et il agit aussi promptement sur le cœur d'une grenouille dont on a détruit la moelle épinière que sur celui d'une grenouille intacte, ce qui prouve que son action est directe et qu'elle n'a pas lieu par l'entremise de la moelle.

3° En seconde ligne, il paralyse les nerfs moteurs dans la direction du centre à la périphérie.

4° En troisième ligne, il paralyse les muscles volontaires.

5° C'est donc un poison qui agit spécifiquement sur le cœur et sur les muscles. Il paralyse moins rapidement ces derniers que l'antiar, la vératrine et le sulfocyanure de potasse; mais sous le rapport de la paralysie du cœur, il égale presque l'antiar et surpasse de beaucoup les deux autres poisons.

RECHERCHES CONCERNANT L'INFLUENCE DE QUELQUES POISONS SUR L'ACTION MUSCULAIRE ; par PELIKAN et KOELLIKER.

Il est évident pour tout le monde aujourd'hui que l'étude des poisons n'intéresse pas seulement la toxicologie, mais aussi la physiologie. Nous n'en voulons pour preuve que la vive lumière qu'ont jetée, sur la grande question de l'irritabilité hallérienne, les expériences faites par M. Koelliker à l'aide du *curare*. S'il est prouvé que ce poison tue les nerfs dans les muscles en laissant subsister l'irritabilité de ces derniers, il est essentiel de rechercher si la contractilité musculaire reste la même ou si elle est diminuée. C'est cette considération, jointe à quelques travaux tendant à montrer que les muscles empoisonnés sont moins irritables, qui a donné lieu au travail dont nous rendons compte.

Les auteurs ont fait de nombreuses expériences avec l'urari (curare) surtout, puis avec l'upas antiar, la vératrine et le tanghinia. Sur 15 expériences avec l'urari, 6 ont fait voir que l'irritabilité des muscles sains était plus forte que celle des muscles empoisonnés; dans 6 autres expériences, c'était le contraire, et dans 3, l'irritabilité était la même des deux côtés.

Ces résultats ne fournissent donc aucune preuve contre l'irritabilité musculaire; ils prouvent seulement qu'un muscle qui a encore tous ses nerfs peut être plus facile à irriter que celui qui en est privé.

Dans une autre série composée de 30 expériences, les auteurs ont cherché à apprécier le degré d'action des muscles empoisonnés. Ils ont vu que ces derniers produisent autant d'effet que les muscles normaux, et que la durée de leur action n'est pas moindre. Ils croient pouvoir déduire de leurs observations la conclusion suivante : les muscles empoisonnés par l'urari montrent, quoique leurs nerfs soient morts, la même activité que les muscles normaux quand on les irrite par des courants galvaniques induits.

Les expériences faites avec les autres poisons ont confirmé les précédentes.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR L'EMPLOI DU COAL-TAR EN MÉDECINE; par M. J.-C. CALVERT.

(Présentée par M. CHEVREUL.)

(Commissaires désignés pour les précédentes communications sur les mélanges désinfectants : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Je viens de lire dans le COMPTE RENDU du 25 juillet dernier l'intéressante communication de M. Velpeau et les savantes remarques de mon maître M. Chevreul, au sujet de la pâte désinfectante de MM. Demeaux et Corne. En conséquence des faits qui prouvent que le coal-tar agit comme antiseptique, en empêchant la putréfaction des produits rejetés par la plaie, il est probable que cette pâte sera employée dans divers pays. Je crois n'être pas trop présomptueux en appelant l'attention de l'Académie sur les faits suivants, qui montrent combien on doit attacher d'importance à bien connaître la composition du goudron à employer.

La composition du coal-tar varie énormément. Ainsi, celui obtenu avec des bouilles de Newcastle est composé presque exclusivement de naphtaline, celui du bogbead de paraffine, et celui du Wigan-cannel-coal de benzine et acide carbolique, celui des bouilles du Staffordshire de peu de benzine, d'acide carbolique et de beaucoup d'huile lourde ou de carbures d'hydrogène neutres, ainsi que le prouvent les résultats suivants :

	Produits volatils. Benzine.	Acide carbolique.	Carbore H. neutre.	Paraffine.	Naphtaline.	Pitch.
Bogbead	12	3	30	41	0	14
Cannel	9	14	40	0	15	22
Newcastle	2	5	12	0	58	23
Staffordshire.	5	9	35	0	22	29

D'après de nombreuses expériences que j'ai faites pour connaître quel était, dans le goudron, le produit qui empêche la putréfaction des matières organiques animales lorsqu'on les met en contact avec eux, j'ai trouvé que la paraffine, la benzine, la naphtaline et l'huile lourde de houille n'avaient que peu de pouvoir antiseptique, mais que l'acide carbolique possédait cette propriété au plus haut degré.

Ainsi, en 1851, à l'École de médecine de Manchester, les cadavres injectés avec une dissolution faible de cet acide se sont parfaitement conservés pendant plusieurs semaines ; à la même époque, un morceau de chair de cheval, trempé dans l'acide et exposé aux intempéries des saisons, s'est conservé plus de trois ans sans décomposition.

Un millième d'acide carbolique, ajouté pendant l'été à de l'urine, la conservait fraîche pendant trois à quatre semaines, fait dont j'ai tiré avantage lors de mes recherches sur la présence de l'acide carbazotique dans les urines; et je me permettrai d'appeler spécialement l'attention des médecins sur cette propriété de l'acide carbolique, qui peut être de la plus grande utilité. Enfin, des peaux d'animaux, frottées intérieurement avec cet acide, se sont conservées sans vermine pendant plusieurs années.

J'ai publié, en 1855, dans EDINBURG NEW PHILOSOPHICAL JOURNAL, un petit mémoire sur l'application de l'acide carbolique ajouté en minime quantité, 0,001, pour empêcher la fermentation gallique ou la conversion de l'acide tannique en acide gallique dans les extraits de matières tannantes livrées au commerce, tels que sumac, dividi, etc., ce qui a permis depuis lors aux fabricants d'extraits de matières tannantes de les conserver pendant plusieurs mois.

REMARQUES DE M. CHEVREUL A L'OCCASION DE LA COMMUNICATION DE M. CALVERT.

A l'occasion de la note de M. Calvert, je ferai remarquer les inconvénients résultant de l'absence de toute règle de nomenclature. Mais reconnaissons avant tout l'à-propos de cette note indiquant la diversité de composition d'une matière portant un nom unique, *coal-tar*. Effectivement la composition immédiate du *coal-tar* étant définie, il pourrait arriver, si réellement le bon effet de la pondre de MM. Demeaux et Corne tient à un certain principe immédiat, par exemple à l'acide carbolique, comme le croit M. Calvert, que ce principe manquant dans un tel échantillon de *coal-tar*, la poudre dans laquelle cet échantillon entrerait serait inefficace. Voilà une conséquence possible de l'emploi d'une matière dont la composition est indéfinie, et le nom unique.

Maintenant, qu'est-ce que l'*acide corbolique* préconisé par M. Calvert? C'est un solide cristallisable, obtenu de la dissolution d'un assez grand nombre de matières d'origine organique et en partie de certaines houilles. La connaissance de ce corps, dont la découverte appartient à M. Runge, remonte à l'année 1824; il n'a pas reçu moins de cinq noms, *acide carbolique, phénol, acide phénique, alcool phénique, hydrate de phényle*, tous noms ayant chacun une signification relative à une certaine composition qu'on attribue au corps auquel on donne ce nom.

Ceux qui pensent que les difficultés inhérentes aux sciences naturelles sont assez grandes pour ne pas les augmenter n'hésiteront pas à blâmer les dénominations irréfléchies données à un même corps.

J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie que je poursuis mes expériences sur les saveurs et les odeurs, et que je ne tarderai point à lui communiquer la solution de plusieurs questions qui m'ont occupé depuis la publication de mes CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ANALYSE ORGANIQUE ET SUR SES APPLICATIONS (1824).

D'anciennes expériences sur les saveurs de plusieurs acides organiques ont été répétées, et j'ai pu constater la modification que ces acides reçoivent dans leur manière d'agir sur le goût de leur union avec une matière organique neutre qui neutralise on atténue quelques-unes de leurs propriétés organoleptiques, notamment la saveur, sans pourtant neutraliser leur pouvoir de saturer les bases salifiables.

J'ai constaté que l'*astriction* ou la *stypticité*, conformément à ma manière de penser déjà ancienne, n'est point, à proprement parler, une saveur, parce qu'il est possible, en mettant dans la bouche une matière astringente douée en même temps d'une saveur sucrée ou amère, de ne percevoir que la sensation de l'*astriction* ou de la *stypticité* sans aucune sensation de sucré ou d'amer.

La saveur sucrée, la saveur amère.... existent certainement.

La difficulté réelle de mes recherches actuelles concerne les *goûts* ou *odeurs* dites *métalliques*. Si les expériences que j'ai tentées ne me donnent pas bientôt un résultat satisfaisant, je me déciderai à les ajourner et à publier mes recherches sur les saveurs. Enfin j'espère être bientôt en mesure de donner plus de précision à quelques considérations générales relatives aux sens de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût.

EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES DITES PURULENTES; par M. A. TERREIL.

(Commissaires nommés pour les précédentes communications sur les mélanges désinfectants : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Au moment où l'attention des savants est fixée sur l'action désinfectante que le mélange de plâtre et de goudron de houille de MM. Corne et Demeaux exerce sur les matières organiques animales en putréfaction, j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, par quelques observations relatives au même phénomène, l'action que le perchlorure de fer exerce sur les liquides de l'é-

conomie animale en général, et en particulier sur les liquides albumineux purulents qui s'écoulent des plaies de mauvaise nature.

Le perchlorure de fer, en dissolution bien neutre et très-concentrée, a la propriété non-seulement de coaguler les liquides albumineux, quelle qu'en soit la nature, mais encore d'en arrêter la putréfaction et même d'en opérer la désinfection lorsqu'ils répandent une mauvaise odeur. De l'albumine de l'œuf, du sang et d'autres liquides albumineux ont été conservés pendant plusieurs mois, sans donner trace de décomposition, après avoir été coagulés de cette manière.

Il est facile d'expliquer, dans ce cas, la manière d'agir du perchlorure de fer, puisqu'on sait que ce composé contracte une combinaison avec l'albumine, combinaison imputrescible dans laquelle l'albumine est modifiée par du chlore que lui cède le perchlorure de fer qui passe à l'état de protochlorure, comme l'indiquent les réactifs.

Le coagulum produit par le perchlorure de fer, dans les liquides albumineux, est soluble dans un excès de perchlorure de fer lorsque celui-ci est peu concentré : un excès du liquide albumineux le redissout également ; il est très-soluble dans une eau légèrement ammoniacale ; enfin, soumis à l'action des acides minéraux concentrés, il se divise en grumeaux noirâtres qui n'ont plus d'adhérence et qui dégagent une odeur particulière.

Je dirai en terminant que l'emploi du perchlorure de fer dans les hôpitaux, quoique bien généralisé aujourd'hui comme hémostatique, n'a pas rendu encore tous les services qu'on doit attendre de ce réactif, parce que le perchlorure de fer dont on fait usage aux hôpitaux est toujours mélangé à une grande proportion d'acide libre, qui, tout en détruisant l'efficacité du perchlorure de fer, apporte son action corrosive sur les parties organiques mises en contact avec lui. Je crois donc important d'indiquer ici la composition d'une dissolution de perchlorure de fer, que j'ai déjà eu l'honneur de communiquer à l'Académie de médecine, et qui présente tous les avantages qu'on peut tirer du perchlorure de fer :

Perchlorure de fer anhydre cristallisé. . .	20 grammes ou 1 partie.
Eau distillée.	80 grammes ou 4 parties.

Cette dissolution, composée comme hémostatique, employée dans cet état de concentration, ou étendue de son volume d'eau, opère la coagulation et la désinfection des liquides purulents qui s'écoulent des plaies de mauvaise nature, et peut-être la guérison de celles-ci serait-elle la conséquence de l'emploi longtemps soutenu du perchlorure de fer, comme je le propose.

Expériences concernant l'emploi en chirurgie de l'alcool et des composés alcooliques; par MM. Bataille et Guillet.

(Commissaires: MM. Chevreuil, J. Cloquet.)

M. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour une place vacante de correspondant de la section de médecine et de chirurgie. Il rappelle qu'il a eu déjà l'honneur, dans une précédente élection (26 février 1856), de voir son nom placé sur la liste, et qu'à cette époque il avait adressé une liste complète de ses travaux ; aujourd'hui il se contente de mentionner ceux qui lui semblent les principaux titres à la distinction qu'il sollicite. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un travail de M. Pareuteau, notaire à Cierp, intitulé : Quelques observations sur le choléra épidémique, sur ses causes, sur sa marche, sur les moyens préservatifs et curatifs, observations faites pendant l'invasion de 1855. (Comm. du choléra.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Recordato sur un nouveau succédané des sels de quinine. (Comm. des remèdes nouveaux.)

2° Une note de M. le docteur Hamon (de Fresnay), relative à l'emploi de l'eau aluminée comme désinfectant des plaies. (Comm. : M. Renault.)

3° Une lettre de M. le docteur Marié-Davy, professeur de physique au lycée Bonaparte, qui réclame la priorité de l'invention de l'appareil à induction présenté par M. Gavarret au nom de M. Rumkorff. (Renvoyé à M. Gavarret.)

4° Une note de M. le docteur Burq sur un nouveau dynamomètre médical (de poche) de son invention. (Comm. : M. Gavarret.)

— M. Robin dépose sur le bureau une note de M. le docteur Le Brument et de M. A. Périer, pharmacien, ayant pour titre: De la préparation et des propriétés chimiques et médicales de l'iodure neutre d'antimoine et de l'iodure d'antimoine et de fer. De la préparation et de l'usage des tissus chargés des principes médicamenteux. (Comm. : MM. Bouillaud, Grisolles, Boudet.)

LECTURES. — TUMEUR FIBREUSE.

M. Robin donne lecture d'une note intitulée : Sur une variété particulière de tumeur fibreuse provenant du follicule dentaire.

La tumeur dont il s'agit a été enlevée par M. Letenent (de Nantes) chez un enfant de 12 ans. Elle présentait les caractères suivants :

En rapprochant les unes des autres les diverses parties de la tumeur, on constate qu'elle avait le volume du poing. A première vue, les saillies arrondies et mamelonnées, et séparées par des dépressions interposées à chacune d'elles que l'on remarque à la surface de la tumeur, donnent à penser que cette production pathologique a une structure composée; d'autre part, les points nombreux sur lesquels le toucher constate la dureté et la résistance propre au tissu osseux ne laissent aucun doute sur la complexité des éléments qui la forment.

En effet, recouverts et enveloppés par une membrane fibro-celluleuse, dense, serrée, peu vasculaire et fixée par elle dans une sorte d'agrégation qui les presse et les applique intimement les uns contre les autres, ces éléments peuvent se décomposer en tumeurs multiples, faciles à isoler les unes des autres par simples tractions avec les doigts, dès que la membrane commune ou d'enveloppe a été incisée. Elle envoie des prolongements en forme de cul-de-sac, se terminant par réflexion au point d'intersection des lobes sans pénétrer d'une manière bien manifeste entre eux.

Les lobes sont de forme ovoïde, de volume variable et en rapport avec le degré de développement de chacun d'eux. Ils présentent deux extrémités ; l'une tournée du côté de la bouche est plus grosse, l'autre regarde du côté de la base de la tumeur, ou elle semble se confondre avec un tissu fibrocelluleux très-dense en ce point, très-résistant, et servant de moyen d'insertion et de pédicule commun à toute la masse.

Chaque lobe se compose : 1° d'une enveloppe externe fibro-celluleuse, avec des degrés variables d'épaisseur, de consistance, et adhérant assez faiblement au tissu qu'elle recouvre ; 2° d'un tissu que plusieurs coupes faites au hasard ont démontré partout homogène, sauf quelques différences de consistance et d'aspect. Il est blanc, un peu jaune par place, nacré et brillant sur d'autres; sec et ferme, il résiste en offrant une certaine élasticité sous la pression; plus humide et plus friable, il se laisse déchirer si on le considère dans les plus petites tumeurs.

Ce tissu paraît de nature fibreuse, et les variétés d'aspect qu'il présente semblent dépendre de ce qu'il n'a pas acquis sur tous les points un égal degré de développement.

A la périphérie du tissu fibreux, il existe un assez grand nombre de plaques et lames osseuses formant le plus le plus superficiel de chaque tumeur lobulée. Ce tissu osseux, qui se montre sur une foule de points de cette production pathologique, et toujours en connexion avec la substance fibreuse, affecte des formes variées, ce sont des plaques plus ou moins grandes, des fragments allongés, inégaux, et quelquefois des noyaux et des granulations : ce tissu est spongieux, de couleur jaune, et se laisse couper aisément par lamelles.

Trois dents existent dans cette pièce pathologique; une grosse molaire placée dans une loge distincte et sous une masse fibreuse qui la masque. Cette dent présente à sa surface une sorte de coussinet fibro-vasculaire qui paraît être le périoste alvéolo-dentaire altéré ou anormalement développé.

Les deux autres dents, également incluses dans une cavité distincte, tapissée d'une membrane lisse, polie, légèrement rosée, sont comme enkystées dans la tumeur. L'une d'elles répond par un de ses côtés à une lame de tissu osseux appartenant à une alvéole. Cette dent, tronquée à sa racine, présente une notable ampliation de son canal qui la parcourt.

Indépendamment des trois dents, il existe deux tumeurs osseuses contenues chacune dans une loge distincte. Elles forment comme deux sequestres au milieu de la substance fibreuse qui les enveloppe, mais elles n'ont avec elle aucune relation vasculaire.

Malgré, toutefois, cette apparence, la porosité de ces masses osseuses, l'intégrité de leur tissu, son inaltérabilité évidente, et surtout l'absence autour d'elles de toute trace d'inflammation et de suppuration, contrairement à ce qui a lien sur les confins de tout fragment osseux isolé au sein des parties molles, et devenu ainsi corps étranger à l'économie, ces divers motifs donnent à penser que cette séquestration n'était qu'apparente ; c'est d'ailleurs ce que démontre l'examen de deux pièces, l'une et l'autre sont le siége d'un travail morbide dont l'évolution exige pour s'accomplir un certain degré de vitalité.

L'une de ces pièces porte à son centre une dent incisive, circonscrite à son collet par trois petites tumeurs fibreuses du volume d'un pois, dont les pédicules grêles semblent plonger dans l'épaisseur du tissu osseux. Au centre existe une cavité qui n'est autre que l'alvéole de la dent précipitée, et une autre cavité appartenant à une alvéole voisine.

Ces cavités sont remplies d'un tissu fibreux en voie de formation qui soulève la racine de la dent en partie expulsée de sa cavité de réception. Il se continue sur les côtés entre la dent et l'alvéole osseuse avec une petite tumeur fibreuse. Les parois alvéolaires sont hypertrophiées : ce sont celles qui forment les tumeurs osseuses.

Cette observation offre un exemple rare d'une transformation hypertrophique des divers éléments qui entrent dans la composition des organes alvéolo-dentaires, c'est *une maladie de la dentition*, en ce sens que c'est à l'époque de l'évolution des dents secondaires que les premières manifesta-

tions morbides se sont produites : c'est à l'âge de 10 ans que le gonflement fluxionnaire de la mâchoire s'est montré, et c'est deux ans plus tard que l'intervention du chirurgien est devenue nécessaire. En l'espace de deux années, m rqnées d'ordinaire par l'éruption physiologique des dents molaires et de la dent canine permanentes, la tumeur a pris un développement considérable, sa marche a donc été des plus rapides ; or cette dernière circonstance ne plaide pas en général en faveur d'un pronostic favorable.

Quoi qu'il en soit, l'examen anatomique, rapproché des données que l'on possède sur la structure primordiale des organes alvéolo-dentaires, ne laisse aucun doute sur l'origine et la structure de la tumeur.

On suit en quelque sorte à l'état élémentaire le fait pathologique ; l'alvéole osseuse et le périoste alvéolo-dentaire et la dent elle-même s'y présentent dans des conditions spéciales qui autorisent à croire que ce périoste est l'élément générateur de ces tumeurs fibreuses qui, arrivées à un degré avancé de développement, retiennent encore par leur forme nette et bien circonscrite l'empreinte du moule osseux ou de l'alvéole qui les a contenues à leur origine. Comme le tissu fibreux qui ta double, comme les bulbes dentaires dont les différents feuillets ont dû aussi entrer comme partie intégrante dans la composition de ces tumeurs, l'alvéole a participé du mouvement nutritif en excès qui a présidé à l'évolution de cette production morbide ; et c'est à cette participation qu'est due l'hyperostose de ses parois.

Un des faits remarquables de cette pièce anatomique est sans contredit l'isolement de ces deux alvéoles, dont l'une, avec la dent qui s'y trouve implantée, représente l'organe alvéolo-dentaire en totalité. Cette séquestration des cavités alvéolaires, avec hyperostose de leurs parois, les plaçant en dehors de toute solidarité avec le corps de l'os maxillaire, ne peut s'expliquer que par un travail morbide qui, ayant existé à une époque de la vie où la fusion de l'arcade alvéolaire avec le corps de ta mâchoire ne s'est pas encore effectuée, a ainsi empêché l'ossification régulière de relier ces deux parties entre elles.

Ce qui frappe surtout dans la constitution de cette tumeur et ce qui lui donne un aspect tout spécial, c'est la présence entre les fibres qui en forment la trame, d'un grand nombre de noyaux ovoïdes allongés ; ces noyaux sont semblables aux noyaux embryo-plastiques (fibro-plastiques) ; beaucoup d'entre eux sont du quart à la moitié plus grands qu'on ne les trouve ordinairement dans les tissus normaux.

Ces noyaux, vus par leurs extrémités, ont une forme sphéroïdale ; ils sont, par place, disposés assez régulièrement, à une certaine distance les uns des autres, entre tes faisceaux de fibres du tissu cellulaire qui concourt à former la trame du tissu.

Outre ces éléments, on aperçoit des corps fibro-plastiques étoilés, semblables à ceux que l'on observe près de la surface du bulbe dentaire des jeunes sujets et des fœtus, et qui forment presque à eux seuls l'organe de l'émail pendant l'évolution intra-folliculaire de la dent.

Ces corps fibro-plastiques étoilés, au lieu d'être à deux prolongements fusiformes plus ou moins longs, fournissent de deux à cinq prolongements pâles sur la périphérie du noyau central. Tel était le cas dans cette tumeur, et beaucoup de prolongements de ces corps fibro-plastiques avaient une longueur considérable. Quelques-uns étaient manifestement anastomosés, comme beaucoup le sont dans le tissu des organes normaux ci-dessus.

Par place, les noyaux libres indiqués plus haut et les noyaux centraux des corps fibro-plastiques étaient disposés parallèlement les uns aux autres et assez rapprochés.

Malgré cette dernière particularité, qu'on ne rencontre pas habituellement dans le tissu du bulbe dentaire, il était impossible de ne pas reconnaître les analogies existant entre le tissu de cette tumeur et celui de la pulpe dentaire chez le fœtus. La trame des fibres lamineuses complétement développées est seulement bien plus abondante dans ces tumeurs que dans les organes normaux ; de là une teinte blanchâtre mate à l'œil nu et une demi opacité sous le microscope que la pulpe dentaire ne possède pas.

En outre, la vascularité du tissu morbide était ici manifestement moindre que dans la pulpe normale, il y avait aussi moins de substance amorphe interposée aux éléments décrits plus haut que dans la pulpe dentaire. Quoi qu'il en soit, l'examen comparatif du tissu de cette dernière et du tissu morbide, montre qu'il s'agit manifestement ici de tumeurs dérivant des bulbes dentaires et en conservant la nature caractéristique fondamentale.

Cette texture est modifiée, il est vrai, par la surabondance des fibres lamineuses, par une différence dans la proportion des divers éléments constitutifs, mais sans intervention d'éléments autres que ceux qui entrent dans la composition du bulbe dentaire.

C'est dans la cavité alvéolaire des masses osseuses isolées que se voyait de la manière la plus caractéristique la texture qui vient d'être décrite.

INTERDICTION.

M. H. de Castelnau donne lecture de la seconde partie de son mémoire intitulé : Remarques physiologiques et légales sur l'interdiction.

Le but de ce travail, qui n'a pas été déposé au secrétariat, est de démontrer que l'interdiction est beaucoup plus contraire que favorable à l'aliéné ; qu'elle est en contradiction avec le principe de la liberté individuelle et avec le droit naturel relatif à la propriété ; enfin qu'elle ne sauvegarde nullement les véritables intérêts de la famille et de la société. (Comm. ; MM. Ferrus et Baillarger.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 30 juillet 1859, ont été nommés présidents des sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins :

Pour le département du Calvados, M. Vastel, directeur de l'École préparatoire de médecine de Caen ;

Pour les arrondissements d'Avranches et de Mortain (Manche), M. Houssard, médecin des épidémies, secrétaire du conseil d'hygiène, à Avranches ;

Pour le département du Nord, M. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de médecine de Lille ;

Pour l'arrondissement de Provins (Seine-et-Marne), M. Michelin, médecin des épidémies à Provins ;

Pour l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), M. de Saint-Amand, médecin des épidémies à Meaux ;

Pour le département de la Haute-Vienne, M. Bardinet, directeur de l'École préparatoire de médecine de Limoges.

Le nombre des sociétés locales agrégées à l'Association générale, approuvées, et dont les présidents ont été nommés par l'empereur, est aujourd'hui de 21.

Plusieurs autres sociétés locales déjà constituées n'attendent plus que le décret de nomination de leurs présidents ; quelques-unes enfin sont en voie d'organisation plus ou moins avancée.

— Par un décret impérial, le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris est chargé, sous l'autorité du doyen, de l'administration de l'École pratique, de la direction du musée d'anatomie, soit normale, soit pathologique, ainsi que de la collection des instruments et appareils de chirurgie.

S'il appartient comme agrégé à la Faculté, il est maintenu hors cadre, en cette qualité, pendant toute la durée de son exercice, et peut, à ce titre, prendre part aux examens d'anatomie et de physiologie. Il peut être également désigné pour faire partie des jurys de concours de l'agrégation (section des sciences anatomiques et physiologiques).

La durée des fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris est fixée à dix années.

Le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris continue d'être nommé au concours ; mais pour cette fois, et en raison de changements considérables apportés dans ses attributions par le présent décret, il sera nommé directement par le ministre de l'instruction publique et des cultes.

Un règlement ministériel déterminera les diverses obligations imposées au chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêtés en date du 10 août 1859, M. le docteur Sappey, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef des travaux anatomiques de ladite Faculté.

M. Bécher est nommé chef du matériel de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret impérial en date du 11 août, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade de commandeur : M. Velpeau, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade d'officier : M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Au grade de chevalier : MM. Guenean de Mussy, agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; Figuier, agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Paris (publications importantes) ; Glénard, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon ; Pourcher, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

— M. Devergie, secrétaire de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur H. Lebert, professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich, depuis 1852, auteur de travaux estimés sur la physiologie et l'anatomie pathologique, vient d'être appelé à occuper la même chaire à l'Université de Breslau où il remplacera le professeur Frerichs.

—La Société médico-psychologique a renouvelé son bureau pour l'année 1859-1860. Ont été nommés :

MM. Trélat ; président ; Brierre de Boismont, vice-président ; Archambault, secrétaire général ; Loiseau, secrétaire particulier ; Bruchin, trésorier archiviste.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA CHORÉE : M. BOUVIER. — ACADÉMIE DES SCIENCES : MÉLANGE DÉSINFECTANT DE MM. CORNE ET DEMEAUX.

L'Académie de médecine nous a donné mardi une séance tout émaillée de littérature. Dans une lecture écoutée avec l'attention due à un esprit d'élite, M. le docteur Voisin, aliéniste distingué, a étudié au point de vue de son utilité, comme instrument de civilisation et de progrès, cette passion de l'espèce humaine, dont la limite extrême est trop connue sous le nom de monomanie ambitieuse, et la limite inférieure sous la dénomination modeste d'utile esprit d'émulation. La thèse soutenue par notre savant confrère nous a paru, si nous en avons bien saisi le sens, une sorte de plaidoyer en faveur de cet attribut de l'humanité. Les arguments apportés par l'auteur à la défense de l'esprit d'ambition, un peu noyés dans une trop grande abondance de développements littéraires, n'ont pas, sans doute à raison de cette circonstance, entraîné toute notre conviction. Nous sommes demeuré dans la pensée que l'esprit de vanité, d'ambition, la soif de supériorités n'avaient en ce monde qu'un faible besoin d'encouragement, et qu'il y avait d'autres *desiderata* que celui-là à combler dans la direction de l'esprit humain. Ce correctif ou quelqu'autre figuraient-ils dans les pages que l'orateur, pressé par le bureau, a dû passer sous silence : c'est à croire. Pour se plier aux nécessités de l'ordre du jour, M. Voisin a été obligé de céder la place à un académicien en abrégeant notablement sa lecture. La parole a donc été donnée à M. Bouvier, qui est monté à la tribune pour ressusciter la discussion sur la chorée, morte prématurément d'inanition il y a quelques semaines.

En critiquant le rapport de M. Blache sur la chorée (nos lecteurs ne peuvent avoir déjà perdu la mémoire de cet excellent travail), en reprochant à son savant collègue d'avoir confondu sous une même dénomination des genres de maladies qui devaient être expressément séparés et distincts, en établissant qu'il existe des phénomènes convulsifs tenant de la danse de Saint-Guy, mais ne suffisant pas, à beaucoup près, à caractériser cette grave maladie, M. Trousseau avait-il ouvert une voie nouvelle aux recherches et proposé une distinction utile et profitable, ou n'avait-il fait que rendre un peu plus confuse une question déjà fort peu claire. Si nous avions dû nous en rapporter à l'exorde de l'argumentation de M. Bouvier, nous aurions été obligé d'adopter cette seconde manière de voir ; mais après avoir écouté dans tout son développement le discours du sonore orateur, nous avons été ramenés par sa péroraison à une opinion plus favorable pour son adversaire.

La question soulevée par M. Trousseau, et portant en apparence sur un choix de dénominations, de nomenclature médicale, avait une portée très-sérieuse et qui embrassait le fond non-seulement des doctrines, mais des faits observables. Le procès intenté au nom de la maladie, l'habile observateur le dirigeait au fond contre des confusions de faits. En donnant la qualité de *spécifique* à la maladie que chacun se représente quand il entend le nom de *danse de Saint-Guy*, M. Trousseau était plus ou moins heureux comme orateur, mais enfin il caractérisait un tout bien connu, bien défini comme tableau, et c'est à cette phrase complète de la pathologie représentée par cette dénomination historique, que le savant professeur opposait les phénomènes divers qui, dans certaines affections du système nerveux, *rappellent* la danse de Saint-Guy, sans la reproduire, tant s'en faut, dans son ensemble complet.

Le professeur n'allait pas plus loin ; il ne pénétrait pas dans le cœur du sujet, il ne cherchait pas à déterminer jusqu'où s'étendaient les rapprochements à faire entre un épiphénomène isolé, plus ou moins instable, survenu et observé dans le cours d'une affection chronique, et cette constante individualité morbide que rappellent les mots *danse de Saint-Guy*. Il ne s'occupait pas des rapports qui peuvent exister entre une manifestation anormale temporaire et accidentelle et une anomalie constante au point de vue soit de la cause, soit de l'origine, soit du siége de la lésion. Ce qui a été fait dans l'ordre des convulsions épileptiformes dans leurs rapports avec l'épilepsie proprement dite, totale si l'on veut, M. Trousseau n'indiquait pas que cela dût être tenté dans l'étude des mouvements désordonnés désignés sous le nom général de *chorées*. Et cependant il semble y avoir là une certaine analogie philosophique. Le rapport qui paraît exister entre le spasme permanent (pour un temps mesurable, s'entend) de l'attaque d'épilepsie et les convulsions diverses, le désordre musculaire hystérique par exemple, semble se rencontrer également entre l'ataxie motrice générale de la danse de Saint-Guy et les éclairs de désordre musculaire que présentent d'autres affections générales du système nerveux. Il y a là des rapprochements intéressants à faire qui peuvent conduire à la détermination d'un point de départ commun soit comme cause, soit comme siége.

Plusieurs maladies, parfaitement distinctes dans leur physionomie générale, ne peuvent-elles avoir une consanguinité partielle, un ou plusieurs faisceaux de symptômes communs correspondant à un ordre également le même, ou au moins analogue, d'actions et de réactions pathologiques intéressant le même département vital ? Une machine d'induction produit des phénomènes distincts de ceux offerts par la pile ou par les sources diverses de l'électricité statique, et cependant le physicien, sans les confondre, sait reconnaître leur parenté et les nombreux éléments qu'elles ont de commun. De même a-t-on reconnu et des rapprochements et des distinctions entre des sources de mouvements anormaux se manifestant dans des maladies différentes dans leur ensemble, mais offrant le caractère commun de la contraction musculaire spasmodique. De même, nous semble-t-il, s'il y a des différences évidentes entre la danse de Saint-Guy proprement dite et les mouvements choréiques reconnus dans d'autres maladies, ou isolés du cortége de la *chorea epileptica*, on doit pourtant reconnaître entre tous ces troubles un côté commun et des allures de famille, caractérisés par l'absence de la volonté dans la production de mouvements imprévus et sans contrôle possible. En un mot, si nous croyons avec M. Trousseau qu'on a eu tort d'opérer la confusion entre la chorée même de Saint-Guy et les manifestations choréiques simples, il nous paraît qu'on aurait non moins tort en leur refusant un côté commun qui justifie leur appellation commune de choréique, et que la science doit déterminer un jour.

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

CORRESPONDANCE DE PLINE LE JEUNE.

(Suite et fin. — Voir les n°s 30, 32 et 35.)

Pline nous fournit quelques éclaircissements sur le crime imputé à Licinien, mais il est plus explicite sur celui de Domitien. L'empereur n'avait pas le droit de se montrer sévère, *quum ipse fratris filiam incesto non polluisset solum, verum etiam occidisset : nam vidua abortu periit*, lui qui n'avait pas seulement souillé d'un inceste la fille de son frère, mais qui avait causé sa mort ; car veuve et enceinte, un avortement provoqué l'avait tuée. Mais le tyran voulait illustrer son règne par un de ces rares événements qui frappent le monde de terreur, il voulait faire enterrer vive une vestale, *Cornelia*, la doyenne du sacré collége, et après avoir convoqué les autres pontifes, il la déclare incestueuse et la condamne à mourir. L'infortunée protesta de son innocence et soutint son rôle avec autant de fermeté que de noblesse. Ajoutez que *Celer*, chevalier romain, inculpé comme le complice de Cornelia, fut battu de verges dans le comice, et ne cessa de répéter : *Quid feci? Nihil feci.* Il paraît que Licinien avait caché chez lui une ancienne esclave de la vestale, et que l'empereur le punit comme complice du crime dont il avait besoin pour le motif que nous avons indiqué. Licinien avoua, *sed incertum, utrum quia verum erat, an quia graviora metuebat, si negasset*, mais on ne sait si c'est la crainte ou la vérité qui lui arracha cet aveu. Il sortit de Rome, et le tyran qui le frappait y mit tant de discrétion qu'on peut douter de la réalité du crime qui lui était imputé. Pline ajoute : J'ai voulu vous raconter cette histoire, *summam enim rerum nuntiat fama, non ordinem*, la renommée rapporte l'ensemble des choses, mais elle néglige les détails. Il a cent fois raison, et voilà pourquoi l'on trouve dans une correspondance comme celle que nous étudions, des particularités qui donnent à l'histoire une réalité qu'elle ne peut jamais avoir sous la plume des historiens ordinaires.

On rencontre souvent, dans les lettres de Pline, des comparaisons empruntées à l'art médical. Ainsi, en parlant d'un don qu'il a fait à ses concitoyens, il dit à son ami *Pompeius Saturninus* (livre I, n° 8) : *Medici salubres, sed voluptate carentes cibos, blandioribus alloquiis prosequuntur* ; les médecins essayent, par leurs discours, de donner à des aliments insipides, mais salutaires, la saveur qui leur manque. Ailleurs (livre IX, n° 37), il dit à Paulin, à propos de changements qu'il veut faire dans la culture d'une terre : *Experiendum tamen, et, quasi in veteri morbo, qualibet mutationis auxilia tentenda sunt* ; je veux essayer et tenter, comme dans une maladie invétérée, tous les secours que le changement de remèdes pourra donner. Dans une autre lettre adressée à *Caninius* (livre II, n° 8), il se plaint amèrement de ne pouvoir quitter Rome où le retiennent mille affaires, de ne pouvoir jouir des délassements

Mais s'il n'éventrait pas complétement le problème, du moins devions-nous dire que le savant professeur en posait l'énoncé. Dans une matière aussi nouvelle et aussi difficile, c'était assurément un mérite et très-réel.

Mais ce n'était pas tout d'avoir mis un écriteau sur la boîte renfermant l'inconnue, il fallait ouvrir l'enveloppe et dégager le secret qu'elle renfermait. C'est ce que nous avons espéré un moment voir faire en entendant le début spirituel de M. Bouvier. On ne pouvait moins attendre d'un médecin qui a passé sa vie dans l'observation spéciale des perversions du système musculaire, dans l'étude obligée des altérations du système nerveux reflétées dans ce miroir fidèle. Nous en avons été pour nos espérances; l'orateur s'est tenu en face de la boîte aux secrets déposée sur la tribune par M. Trousseau, tournant tout autour d'elle avec les façons les plus menaçantes, faisant pleuvoir sur son innocente étiquette les traits de la plus haute érudition, l'accusant au nom de la science historique bouleversée, au nom de l'autel de Saint-Guy ou de Saint-Witt, finalement au nom de la grammaire;

Mais le moindre grain de mil......

M. Trousseau a demandé la parole pour répondre à cette argumentation choréique; espérons que la discussion retrouvera un sol plus ferme et une direction plus féconde, et que la philologie cédera enfin le pas à la science réelle.

— L'Académie des sciences continue à recevoir, à chaque séance, des communications relatives à l'emploi, dans le pansement des plaies, du mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux. Parmi ces communications, il importe de citer celle adressée au président de l'Académie par M. le maréchal Vaillant, et dans laquelle le savant major-général de l'armée d'Italie rend compte des expériences instituées dans les hôpitaux de Milan, et qui ont pour sujets des blessés autrichiens. Les plaies choisies pour ces essais étaient celles dont les caractères rentraient le plus expressément dans les conditions du programme : c'étaient des plaies frappées de gangrène ou atteintes de pourriture d'hôpital. Les premières applications du topique, soit en poudre, soit en pommade, dit M. le maréchal, ont commencé le 1er août. Les résultats immédiats ont été très-favorables, et les propriétés désinfectantes du topique ont été vérifiées sur plus de vingt blessés de différents services. Il a été en outre constaté que, sous l'influence de cette préparation et d'un bon régime, les plaies, d'abord désinfectées, se sont ensuite modifiées, et que l'aspect de la plupart d'entre elles s'est amélioré en peu de jours. Vingt observations recueillies dans les hôpitaux de Milan mettent ces conclusions hors de doute.

Voilà donc une seconde série de témoignages apportés à la défense du procédé de MM. Corne et Demeaux, et qui nous font un devoir de conserver à cette découverte sa place dans l'ordre du jour général de la science. Si les premiers faits annoncés par M. Velpeau, et confirmés par les résultats recueillis à Alfort, et portant sur des plaies infectes, mais non pas virulentes, avaient à juste titre sollicité l'attention du public médical, quel poids ne doit pas avoir sur ses préoccupations l'expérience qui vient d'avoir lieu à Milan! La gangrène et la pourriture d'hôpital arrêtées dans leur marche, puis détruites sur place par de simples pansements, voilà certes bien de quoi faire ouvrir l'oreille aux chirurgiens.

Pendant que ceux-ci observent, les chimistes, qui ont accueilli d'abord avec une réserve qui n'était pas dépourvue de quelques préventions, et nous ne les en blâmons pas, tant qu'elles ne dépassent point les bornes du doute purement scientifique, les chimistes, disons-nous, ont continué leurs recherches sur le genre d'action du mélange.

Dès l'abord on a été enclin à ne reconnaître dans les faits rapportés qu'une substitution d'odeur : M. Dumas seul, si l'on se rappelle notre premier article sur ce sujet (voir le no du 6 août), inclinait à apercevoir au fond du phénomène un acte d'arrêt dans le mouvement catalytique de la fermentation putride, dû sans doute à l'acide *phénique*, principe familièrement rencontré dans les essences et matières pyrogénées.

Cette manière de voir de l'illustre chimiste reçoit, dans l'analyse des faits, un appui nouveau d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 16 août, par M. Chevreul, au nom d'un de ses élèves, M. Calvert. D'après le dire de ce dernier chimiste, il faudrait penser que le pouvoir antiseptique présenté par le goudron de houille est loin d'être le même dans les goudrons de toutes provenances, et que ce même pouvoir est directement en rapport avec la quantité d'acide *carbolique* contenue dans chaque espèce. (Qu'on ne s'effraye pas de ce nouveau nom d'acide; c'est le même qu'avait désigné M. Dumas sous celui d'acide *phénique* : acide riche en noms comme un noble espagnol, car il porte encore ceux de phénol, d'alcool phénique, d'hydrate de phényle, abus justement signalé par le savant académicien.)

Mais quelle que soit la dénomination à lui affecter, les expériences de Milan, les recherches propres de M. Calvert ne permettent pas de laisser dans l'ombre le rôle important, si ce n'est absolu dans l'espèce, du principe antiseptique qu'il représente. L'arrêt de la gangrène et de la pourriture d'hôpital ne saurait consister en une simple substitution d'odeurs. Or comme M. Calvert, après nous avoir donné, d'autre part, des exemples positifs de la puissance de l'action antiputride de l'acide carbolique ou phénique, nous apprend en même temps que les différents goudrons de houille ou les goudrons des différentes houilles sont très-loin d'offrir le même degré de richesse carbolique ou phénique, il convient que les expérimentateurs aient soin de faire titrer à l'avance les coal-tar qu'ils emploieront dans les pansements. Par là seulement on obtiendra des résultats comparables et définis; car, à défaut de cette précaution préalable, les expérimentations négatives ou douteuses se trouveraient *à priori* frappées de plus ou moins de discrédit.

GIRAUD-TEULON.

---

de la campagne, de la chasse, de la pêche, et même de l'étude paisible et loin des importuns; j'envie ces honnêtes plaisirs, dit-il, *ut ægri vinum, balinea, fontes*, comme les malades soupirent après le vin, les bains et les fontaines. Et puisqu'il est question de fontaines, lisez avec attention la lettre qu'il adresse à *Licinius* (livre IV, no 30), et dans laquelle il décrit avec un soin extrême la singulière fontaine intermittente qu'il a dans sa villa du lac de Côme. Il y a là un fait très-singulier, qui a été vérifié bien des fois depuis cette époque, et a conservé sa régularité. Il en est de même des îles flottantes dont il parle dans sa lettre à *Gallus* (livre VII, no 20), et qui se rencontrent sur certains lacs. Au reste, Pline le Jeune n'oublie pas de signaler les particularités d'histoire naturelle qu'il rencontre dans ses terres; il doit sans doute cette disposition d'esprit à son oncle avec lequel il a travaillé jusqu'à l'âge de 18 ans, et dont il a raconté la mort avec tant de talent et tant de cœur.

Tout le monde connaît cette fameuse lettre adressée à Tacite (livre VI, no 16) et qui commence par cette phrase prophétique : *Petis ut tibi avunculi mei exitum scribam quo verius tradere posteris possis; gratias ago; nam video morti ejus, si celebretur a te, immortalem gloriam esse propositam*, je ne doute pas qu'une gloire impérissable ne s'attache à ses derniers moments si vous en retracez l'histoire. Il est certain que Pline le Naturaliste mourut suffoqué, et d'autant plus facilement qu'il avait la poitrine faible, *crassiore caligine spiritu obstructo clausoque stomacho, qui illi natura invalidus, angustus, et frequenter interæstuans erat.* Les vapeurs sulfureuses qui l'enveloppaient l'eurent bientôt asphyxié, et il suffit de respirer un instant celles qui s'exhalent du cratère du Vésuve pour comprendre le degré d'efficacité qu'elles possèdent pour produire ce résultat. Cependant Suétone dit que Pline se sentant suffoqué, avait supplié son esclave de le tuer, de hâter sa mort, *a servo suo occisus, quem deficiens æstu, ut necem sibi maturaret, oraverat.* Mais cela ne paraît guère probable, car Pline le Jeune dit très-expressément que le corps de son oncle fut retrouvé trois jours après, entier, sans blessure, vêtu comme il l'était d'habitude, et dans une position indiquant plutôt le sommeil que la mort, *corpus inventum est integrum, illæsum, opertumque, ut fuerat indutus; habitus corporis quiescenti, quam defuncto similior.*

Les idées de contagion, à propos de certaines maladies, ont toujours cours en Italie, et aujourd'hui encore les tuberculeux sont tenus à l'écart dans les hôpitaux; dans les maisons particulières on pousse fort loin les précautions contre la possibilité de gagner par le contact une maladie de poitrine; on brûle certains vêtements, en un mot, on agit avec autant de rigueur que s'il était démontré qu'une phthisie pulmonaire est contagieuse.

J'apperçois dans une lettre de Pline le Jeune à son ami *Priscus* (livre VII, no 19), la trace de cette croyance singulière. La maladie de Fannia me désole, *angit me Fanniæ valetudo. Contraxit hanc dum assidet Juniæ virgini, sponte primum (est enim affinis) deinde etiam ex auctoritate pontificum.* Elle l'a gagnée en soignant la vestale Junia, d'abord volontairement (elles sont parentes), ensuite par l'ordre même des pontifes. Quand une vestale était gravement malade on la confiait aux soins d'une dame respectable, et c'est en remplissant ce devoir que Fannia s'est vue atteinte à son tour, *hoc discrimine implicita est.* Maintenant voici les accidents qu'elle éprouve, les symptômes du mal qu'elle a contracté. *Insident febres, tussis increscit, summa macies,*

CHIMIE ORGANIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CHAPITRE II.

DE L'OXALATE DE CHAUX DANS L'URINE DE L'HOMME SAIN.

§ I.

On a cru longtemps que l'oxalate de chaux ne pouvait se rencontrer, dans l'urine des personnes en santé, que d'une manière tout accidentelle, comme le sperme, le pus, l'albumine ou le sang. Tant que cette opinion a eu cours dans la science, les observateurs qui signalaient la présence des octaèdres d'oxalate de chaux, dans une urine rendue pendant l'état de santé (ou au moins de santé apparente), étaient obligés, pour s'en rendre compte, d'admettre que la personne dont elles avaient examiné l'urine, avait fait usage d'aliments contenant de l'acide oxalique ou des oxalates, ou bien d'invoquer une influence morbide, un état pathologique qui leur était encore inconnu, mais dont ils attendaient la manifestation. Aujourd'hui, on sait que si l'ingestion de certaines substances alimentaires est suffisante pour expliquer le passage de l'oxalate de chaux dans l'urine, ce sel s'y rencontre aussi dans des cas où les aliments ne contiennent ni acide oxalique tout formé, ni matières capables de le produire, en vertu des procédés ordinaires de la chimie. On sait aussi qu'on peut observer passagèrement, dans l'urine, des octaèdres d'oxalate de chaux chez les personnes des deux sexes, depuis l'enfance jusqu'à l'âge le plus avancé, et cela sans qu'il y ait aucun trouble apparent de la santé; c'est-à-dire, en un mot, que l'existence d'une petite quantité de ce sel, dans le produit de la sécrétion rénale, n'implique nullement un trouble fonctionnel.

Je n'ai point relaté le nombre d'adultes bien portants dans l'urine desquels j'ai trouvé des octaèdres d'oxalate de chaux. Quant aux enfants que M. Gilette a bien voulu mettre à ma disposition, dans son service de l'Enfant-Jésus, ceux qui se rapprochaient le plus de l'état physiologique étaient ceux qui étaient atteints d'ophthalmies chroniques. Ces enfants, dont l'âge variait entre 4 et 14 ans, se livraient toute la journée à leurs jeux; leur appétit était bon, et toutes les fonctions semblaient s'exécuter convenablement. Or, sur 22 d'entre eux, choisis parmi les plus valides, et dont l'urine fut recueillie vers neuf heures du matin, après un repas de soupe, de café ou de chocolat, pour être examinée au microscope vingt-quatre heures après, j'ai trouvé 6 fois de l'oxalate de chaux, et 16 fois je n'en ai point observé. (Bien entendu que j'avais eu soin de m'assurer que les enfants dont j'examinais les urines n'avaient point mangé d'oseille les jours précédents.) En faisant le calcul pour 100, on trouverait que sur 100 enfants dans un état voisin de l'état physiologique, il y en a environ 27 dont l'urine contient de l'oxalate de chaux. Je ne considère point ce chiffre comme rigoureux, puisque les sujets dont l'urine me fut soumise ne jouissaient point de toute la plénitude de la santé, et qu'en définitive le nombre de mes expériences a été trop restreint. Cependant je le donne tel qu'il est, et les personnes qui seraient tentées de réitérer ces recherches et de les multiplier, pour établir une statistique, le prendront pour ce qu'il vaut.

La grande difficulté qu'on éprouve à se procurer des urines d'enfants nouveau-nés fait que je n'ai jamais pu en examiner au microscope; mais leur extrême limpidité, qui les rend comparables à de l'eau distillée, me porte à croire qu'elles doivent rarement contenir de l'oxalate de chaux.

Un point qu'il ne faut pas oublier, à propos de l'existence de ce sel dans l'urine des personnes en santé, c'est qu'on ne l'y trouve ordinairement qu'en petite quantité, et qu'on ne l'observe pas d'une manière continue. Lehmann prétend que c'est dans l'urine du matin qu'on le rencontre le plus fréquemment, tandis que, selon moi, c'est dans l'urine de la digestion qu'il existe le plus souvent, et en plus grande proportion. Ce qui me porte à émettre cette opinion, c'est que, chez des personnes qui rendaient tous les jours de l'oxalate de chaux, et dont l'urine des vingt-quatre heures étaient recueillie par fractions, il m'est arrivé plusieurs fois de trouver de nombreux cristaux de ce sel dans l'urine du repas, tandis que je n'en observais point ou presque point dans celle qui était rendue pendant le reste des vingt-quatre heures. Ceci m'amène tout naturellement à parler de l'influence des aliments sur l'apparition de l'oxalate de chaux dans le produit de la sécrétion des reins.

§ II.

INFLUENCE DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES OU MÉDICAMENTEUSES SUR LA PRODUCTION DE L'OXALATE DE CHAUX, ET SUR SON APPARITION DANS L'URINE.

L'oxalate de chaux est un sel très-répandu dans les végétaux. On sait, en effet, que le tissu utriculaire des plantes contient des cristaux de différents sels, qui affectent souvent des formes parfaitement régulières et déterminées, telles que rhomboèdres, cubes, octaèdres ou prismes diversement terminés. Or ces cristaux sont composés, soit de carbonate, soit d'oxalate de chaux. La composition chimique est la même pour les raphides, c'est-à-dire pour ces aiguilles allongées, terminées à leurs deux extrémités par des prismes pyramidaux très-fins, et que Kieser a le premier décrites comme des cristaux. Les familles dans lesquelles on observe le plus de raphides d'oxalate de chaux, sont les polygonées, les juglandées, les aurantiacées, etc.

Les chimistes ont découvert l'oxalate de chaux dans une foule de plantes qui nous servent d'aliments journaliers et de médicaments. C'est ainsi que la présence de l'oxalate calcaire ou d'autres oxalates a été démontrée dans les feuilles d'oseille, d'oxalis, de rhubarbe, et dans les tomates... Braconnot en a trouvé dans les épinards, Fourcroy et Vauquelin dans le bananier. On en a signalé, ce me semble, dans le navet et le céleri, et Quéquet dit avoir trouvé des octaèdres d'oxalate de chaux dans la pulpe de pomme et dans les tuniques externes du bulbe de l'oignon. Je dois dire à ce propos que j'ai cherché plusieurs

---

summa defectio, elle est en proie à une fièvre continue, la toux augmente sans cesse; sa maigreur, sa faiblesse, sont extrêmes. Pline ne se fait pas illusion sur l'état de Fannia, il la considère comme perdue et déplore la perte d'une femme aussi recommandable. *Reliqua labuntur, meque non metu tantum, verum etiam dolore conficiunt.* Le reste l'abandonne, disent les traducteurs, et je vois là un singulier contre-sens. Tous les autres symptômes sont graves, les principales fonctions sont en désordre, les forces sont épuisées, la machine tout entière tombe, se détraque, et annonce une fin prochaine. C'est une paraphrase si l'on veut, mais au moins elle indique quelque chose de réel. Quoi qu'il en soit, Pline ajoute: sa maladie me jette non-seulement dans une crainte mais dans une douleur mortelle. Evidemment la phthisie était commune à Rome, et l'on en a des exemples dans beaucoup de lettres de Pline.

Il ne nous reste plus à signaler que deux points fort importants, il est vrai, et qui ont beaucoup occupé les amateurs de choses singulières, bizarres: nous voulons parler des songes et des visions. Notre auteur, crédule autant que philosophe, admet, sans la moindre critique, la possibilité de certains phénomènes, et va loin dans ses déductions logiques de faits auxquels il ne manque que la certitude. Ainsi, dans sa lettre à *Maximus* (livre V, n° 5), à propos de la mort de C. Fannius, il affirme que ce personnage avait eu, déjà depuis longtemps, le pressentiment de ce qui devait lui arriver. *Visus est sibi per nocturnom quietem jacere in lectulo suo compositus in habitu studentis.* Il crut se voir en songe, couché dans son lit, dans l'attitude d'un homme qui étudie. Il avait devant lui, selon l'usage, son portefeuille, *scrinium: mox imaginatus est venisse Neronem, in toro resedisse, prompsisse primum librum, quem de sceleribus ejus ediderat.* Il s'imagina bientôt voir entrer Néron qui s'assit sur son lit, prit le premier livre déjà publié où ses crimes étaient tracés, le lut en entier, en fit de même pour le second et le troisième livre, et se retira. Fannius effrayé se persuada, en interprétant ce songe, qu'il n'en écrirait pas plus que Néron n'en avait lu, et c'est, en effet, ce qui est arrivé.

Pline s'adressant à Suétone (livre I, n° 18) à propos d'un songe qui effrayait celui-ci, raconte à son ami que dans un cas semblable il n'eut aucun égard à un rêve qui paraissait un avertissement contraire au plaidoyer qu'il devait prononcer. Cependant il ne se pose pas en esprit fort, il ne demande pas que Suétone l'imite, et même il paraît incliner à tenir compte de cette mystérieuse circonstance. Il reconnaît que ces mouvements intérieurs naissent souvent d'un trouble dans la santé, de préoccupations tristes, mais il ne peut se débarrasser des préjugés que tout tendait à entretenir, et sa raison mise en échec subit le joug des impressions du jeune âge.

Pline le Jeune, si judicieux en tant de circonstances, connaissant si bien l'influence que le physique exerce sur le moral, dit avec raison, dans sa lettre à *Minutius Fundanus* (livre I, n° 9): Ne perdons pas de temps à des bagatelles, c'est ce que je répète sans cesse dans ma maison du Laurentin, où tous mes moments sont pris par la lecture, par la composition, ou même par les exercices du corps, dont la bonne disposition tient sous sa dépendance les opérations de l'esprit, *aut lego aliquid, aut scribo, aut etiam corpori vaco, cujus fulturis animus sustinetur.* Et bien, le même homme qui sait que les cer-

fois à découvrir des cristaux d'oxalate de chaux dans les tuniques externes de l'oignon, tels qu'ils sont figurés dans l'ouvrage de Golding Bird sur les dépôts urinaires, et c'est à peine si je me crois autorisé à dire que j'en ai aperçu une fois ou deux. Aussi je me contente de reproduire l'opinion de Quéquet, sans m'en porter garant.

Parmi les médicaments dans lesquels on a signalé l'existence de l'oxalate de chaux, je citerai les racines d'ache, d'asclépias, d'arrête-bœuf, de bistorte, de curcuma, de carline, de dictame blanc, de fenouil, de gentiane rouge, de gingembre, d'iris de Florence, de Mandragore, d'orcanette, de patience, de saponaire, de tormentille, de valériane et de zédoaire, les bulbes de la scille, les écorces de cascarille, de cannelle, de sureau et de simarouba. Enfin, la racine de rhubarbe, qu'on emploie tous les jours en médecine, contient, d'après MM. Henry et Guibourt, une proportion considérable d'oxalate de chaux. J'ajoute qu'on trouverait sans doute encore de l'oxalate calcaire ou d'autres oxalates dans un grand nombre d'autres aliments ou médicaments, si l'on poursuivait ces recherches.

En songeant aux sources multiples auxquelles l'organisme peut puiser tous les jours de l'acide oxalique, on comprend sans peine que l'oxalate de chaux se présente parfois dans l'urine des personnes en santé, et on est même surpris tout d'abord qu'on ne l'y rencontre pas toujours. Mais il suffit d'y réfléchir quelques instants pour en saisir la raison. En effet, tout le monde sait que certains acides organiques, tels que les acides citrique, tartrique, oxalique, ont la propriété d'être brûlés dans l'économie animale, et complétement transformés; si donc les substances alimentaires ou médicamenteuses ingérées contiennent peu d'oxalate de chaux, comme c'est le cas le plus ordinaire, il arrivera très-souvent que cet oxalate sera détruit en partie ou en totalité, et le travail de destruction sera sans doute encore favorisé par un exercice physique modéré. Ainsi donc, il ne suffit pas d'ingérer des substances contenant une petite quantité d'oxalate pour que les cristaux de ce sel apparaissent dans l'urine, et on lira, j'espère, avec quelque intérêt, les expériences directes qui ont été faites sur ce sujet. Je commence par celles de M. Rose, qui ont été consignées dans l'UNION MÉDICALE, année 1851.

EXP. I. — M. B. Rose ne buvait que de l'eau à son repas, et deux heures et demie ou trois heures après, il rendait de l'urine qu'il mettait de côté jusqu'au lendemain, et dont il examinait la couche inférieure au microscope. Dans deux essais sur le poireau, il trouva deux fois une grande quantité d'oxalate de chaux, et deux fois point. Dans deux essais sur les oignons, il trouva quelques petits cristaux d'oxalate la première fois; la seconde fois, il en observa une grande quantité, et il n'en trouva plus dans les deux essais suivants. Dans l'urine d'une personne qui mangeait tous les jours deux ou trois oignons crus pour se guérir d'une gravelle, il n'a noté que de l'acide urique. Dans quatre expériences faites sur les navets, l'oxalate de chaux s'est présenté trois fois; il a été trouvé aussi en assez grande quantité dans trois expériences sur les panais, et dans trois essais sur la carotte. Jamais d'oxalate après les choux-fleurs ou les asperges. Les groseilles rouges ont toujours amené la présence de l'oxalate; il en a été de même des oranges et des raisins de Malaga, conservés, mais non desséchés.

M. Rose, ayant éprouvé de légers dérangements dans les fonctions digestives, a trouvé de l'oxalate de chaux dans l'urine rendue avant le repas, comme dans celle de trois heures après et celle du lendemain matin. Il en a aussi observé quand il avait mangé plus qu'à l'ordinaire, mais pas toujours.

En résumé, il résulte des recherches de M. Rose, qu'après l'ingestion de certains aliments végétaux et de certains fruits, la présence de l'oxalate de chaux a été fréquente dans l'urine. Seulement je regrette que cet éminent observateur ne nous ait pas indiqué quel intervalle il mettait entre les expériences diverses auxquelles il s'est soumis, et qu'il ne nous ait pas dit, en même temps, s'il examinait au microscope l'urine d'avant le repas aussi bien que l'urine d'après, afin d'avoir un terme de comparaison.

Quant à moi, j'ai fait aussi quelques recherches sur plusieurs substances végétales, et voici les résultats auxquels je suis arrivé.

EXP. II. — Le 17 avril 1858, à sept heures du soir, je recueillis mon urine, puis je fis un repas composé uniquement d'œufs à l'oseille, et le produit de la sécrétion rénale fut de nouveau recueilli au bout de trois heures, au bout de six heures et au bout de douze heures. Toutes ces urines furent examinées le lendemain à neuf heures. Dans celle que j'avais rendue immédiatement avant l'ingestion de l'oseille, je n'aperçus aucun cristal d'oxalate. J'en trouvai au contraire beaucoup dans l'échantillon recueilli trois heures après le repas d'oseille. Dans celui qui avait été rendu six heures après l'oseille, je constatai encore la présence d'une grande quantité d'oxalate de chaux, de quelques cristaux d'acide urique et de beaucoup de globules de mucus. Je remarquai surtout un tubuli qui était enveloppé, dans toute sa longueur, d'une cristallisation d'oxalate de chaux. Dans le troisième échantillon d'urine, j'observai encore des octaèdres d'oxalate calcaire, mais en proportion beaucoup moindre, quelque rares cristaux d'acide urique et quelques globules de mucus.

Le 18 avril, à sept heures du matin, c'est-à-dire douze heures après le premier repas d'oseille, je mangeai une nouvelle quantité de cette substance, presque aussi considérable que la veille, et je recueillis mon urine trois heures après. Je la soumis bientôt à l'examen microscopique, et je fus tout étonné d'y trouver à peine quelques cristaux d'oxalate. Je l'examinai de nouveau, au bout de vingt-quatre heures, et je n'en observai pas davantage.

Le 19 avril, je continuai le régime de l'oseille, et ma vessie ayant été préalablement vidée au moment du repas, je recueillis de l'urine trois heures après. Ce liquide, mis à reposer pendant une heure, fut soumis à l'inspection microscopique, et je n'y rencontrai que quelques cristaux d'oxalate de chaux Après vingt-quatre heures de repos, je n'en aperçus pas davantage.

Je suspendis l'expérience pendant onze jours, après quoi je recommençai une nouvelle série de recherches.

EXP. III. — Le 30 avril au soir, je mangeai une quantité notable d'œufs à l'oseille; je recueillis mon urine trois heures après, et j'y trouvai beaucoup d'oxalate en cristaux, les uns réguliers, les autres irréguliers, avec quelques groupes très-rares d'acide urique cristallisé. Quant à l'urine qui avait été rendue avant l'oseille, elle ne contenait point d'oxalate, ou au moins elle n'en présentait que des quantités insignifiantes, ce qui prouvait bien que c'était l'ingestion de l'oseille qui avait provoqué l'excrétion abondante d'oxalate calcaire, que je venais de constater. Je mangeai encore un plat d'oseille le 1er mai, à sept heures du matin. L'urine rendue trois heures après ce repas fut mise à reposer pendant vingt-quatre heures, et j'y rencontrai de nombreux cristaux d'oxalate. Enfin, le 2 mai, à sept heures du matin, je fis encore un repas d'oseille, et je recueillis mon urine à dix heures. Cet échantillon fut examiné au bout de vingt-quatre heures, et c'est à peine si je pus

---

veaux affaiblis, malades, sont pleins de fantômes, admet comme réelles des visions dont il aurait dû étudier le développement. Mais il a un certain goût pour les choses surnaturelles, il s'y laisse aller avec complaisance, et l'on pourra voir, dans sa lettre à *Sura* (livre VII, n° 27), l'histoire attribuée à *Curtius Rufus*. Celui-ci se promenant un soir sous un portique, vit une femme d'une taille et d'une beauté plus qu'humaine qui lui annonça de brillantes destinées, mais elle lui désignait aussi l'époque où il devait mourir. Et quand plus tard, arrivé au faîte des honneurs promis, il tomba malade, il prédit lui-même sa fin prochaine, et il ne se trompa pas lorsque tout le monde autour de lui croyait qu'il serait bientôt guéri : *ipse certe implicitus morbo, futura præteritis, adversa secundis auguratus, spem salutis, nullo suorum desperante, projecit*. Nous ne nous chargeons pas d'expliquer ces étranges phénomènes; déjà dans l'antiquité, et bien des fois depuis, même dans les temps modernes, des savants, des gens d'un grand esprit, ont recueilli beaucoup de faits de ce genre, et tout homme raisonnable ne répugnera pas à penser qu'il y a dans l'ordre matériel, et à plus forte raison dans l'ordre spirituel, des choses dont il est impossible de se rendre compte. Nous ne raconterons pas le revenant du philosophe Athénodore qui effraya si bien les Athéniens d'une certaine maison devenue inhabitable, qui veillaient par crainte, que l'insomnie rendait malades, et qui finissaient par en mourir, *per metum vigilabantur; vigiliam morbus, et crescente formidine, mors sequebatur*. Lucien rapporte une aventure toute semblable qui se passa à Corinthe. Nous ne dirons rien des jeunes esclaves de Pline auxquels de mauvais plaisants venaient couper les cheveux pendant la nuit; leur patron voit dans cette tonsure la cause qui l'empêcha de subir la colère de Domitien. Il y a là des puérilités dont le secret n'échappe à personne, et qui, prises pour des avertissements surnaturels, témoignent de l'ignorance du siècle où vivait l'auteur. Il ne serait pas difficile de trouver, même de nos jours, des personnes aussi faciles à tromper.

Si l'on s'étonnait du soin que nous avons mis à parcourir, plume en main, la longue correspondance de Pline le Jeune, recueillant tous les passages qui ont trait, de près ou de loin, à la médecine, nous justifierions notre manière d'agir en disant que cet homme distingué à tant de titres, cet orateur disert, cet écrivain encore élégant lorsque se perdaient de toutes parts les traditions glorieuses du siècle d'Auguste, que l'auteur de tant de lettres charmantes était l'ami des médecins de son temps, et qu'il leur a donné les plus solides preuves de sa bienveillance. Ainsi Pline écrit à l'empereur Trajan une lettre (livre X, n° 4), dans laquelle il lui dit : *Proximo anno, domine, gravissima valetudine usque ad periculum vitæ vexatus, iatralipten assumpsi*. L'an dernier, seigneur, une cruelle maladie pensa m'emporter; j'eus recours à un iatraleptique, c'est-à-dire à un médecin traitant par la méthode des frictions, *cujus sollicitudini et studio, tuæ tantum indulgentiæ beneficio, referre gratiam possum*, et je ne puis dignement reconnaître son affection et ses services si vos bontés ne m'aident à m'acquitter. *Quare rogo, des ei civitatem romanam*. Je vous supplie de lui accorder le droit de cité. Mais l'affaire n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. Ce médecin, qui se nommait *Harpocras*, était l'affranchi d'une dame égyptienne, appelée *Thermutis*. Avant d'obtenir le droit de cité à Rome, il fallait d'abord qu'il fût heur-

découvrir un ou deux cristaux d'oxalate dans trois ou quatre préparations.

Ce résultat est donc tout à fait comparable à celui de la première série, et il me semble dès lors qu'on pourrait en déduire la conclusion suivante, que je ne formule toutefois qu'avec réserve : la première ingestion d'une certaine quantité d'oseille détermine, au bout de quelques heures, le passage d'une notable quantité d'oxalate de chaux dans l'urine; mais si l'on continue l'usage de cette substance, l'organisme semble s'y habituer en quelque sorte, de telle manière que bientôt on n'excrète plus qu'une quantité minime d'oxalate.

Mes expériences furent continuées en substituant à l'oseille d'autres plantes qui sont réputées contenir de l'acide oxalique ou des oxalates. Par exemple, je soumis à l'examen microscopique, après vingt-quatre heures de repos, l'urine rendue par un adulte sain, trois heures après l'ingestion d'un plat d'oignons, et je n'y rencontrai aucun cristal d'oxalate de chaux.

Exp. IV. — Un paraplégique dont les fonctions digestives s'accomplissaient parfaitement, ayant mangé un plat de céleri à dix heures du matin, me donna de son urine trois heures après, et je n'y trouvai ni oxalate de chaux ni acide urique, mais seulement des globules de pus provenant d'une blennorrhée. J'ajoute que la vessie avait été complétement vidée, immédiatement avant l'ingestion du céleri.

Exp. V. — L'urine d'un tuberculeux, rendue dans les mêmes conditions, me fournit aussi un résultat négatif.

Exp. VI. — Un convalescent de variole prit, à dix heures du matin, 1 gramme de rhubarbe en poudre, enveloppée dans du pain azyme. La vessie avait été vidée au moment même de l'ingestion du médicament. A midi, un premier échantillon d'urine fut mis à part dans un bocal, puis un second à quatre heures, et enfin un trosième à minuit. Tous furent examinés après quarante-heures de repos, et voici le résultat de cet examen : l'urine rendue avant l'ingestion de la rhubarbe est acide, et on y trouve quelques cristaux d'oxalate et de l'urate d'ammoniaque. Celle de midi est acide, claire, très-colorée, et prend une belle couleur rouge par la potasse. Elle contient aussi quelques cristaux d'oxalate. Celle de quatre heures du soir présente un dépôt abondant d'urate d'ammoniaque et quelques petits cristaux d'oxalate. Enfin, dans l'urine de minuit, qui ne rougit plus par la potasse, je n'ai pas trouvé d'oxalate de chaux.

Il est douteux, d'après le résultat que je viens de mentionner, que la petite quantité d'oxalate calcaire qui s'est présentée dans l'urine provienne de la rhubarbe.

Exp. VII. — Un convalescent de fièvre typhoïde prit 1 gramme 50 centigrammes de rhubarbe dans du pain azyme, à dix heures du matin, et il urina dans trois bocaux différents, à midi, à quatre heures du soir et à minuit. Tous ces échantillons furent examinés au bout de quarante-huit heures. L'urine rendue avant l'ingestion de la rhubarbe est alcaline, claire, sans dépôt, et contient d'énormes quantités de phosphate ammoniaco-magnésien sans oxalate. Celle de midi est alcaline, très-colorée, et rougit fortement sous l'influence de la potasse. Elle contient du phosphate ammoniaco-magnésien et pas d'oxalate. Il en est de même pour celle de quatre heures. Enfin, celle de minuit est acide, elle ne rougit plus par la potasse et elle présente un dépôt abondant d'urate d'ammoniaque sans oxalate.

Exp. VIII. — Un sujet atteint d'un anévrisme de l'aorte, ayant pris 1 gramme de rhubarbe, son urine fut recueillie au bout de trois heures et au bout de quarante-huit heures. L'examen microscopique y démontra beaucoup d'acide urique et d'urate d'ammoniaque, et un ou deux cristaux d'oxalate. Je n'avais point examiné l'urine avant l'administration de la rhubarbe.

Exp. IX. — Un autre malade atteint d'embarras gastrique prit, à dix heures du matin, dans du pain azyme, 50 centigrammes de rhubarbe, et il urina dans deux bocaux, à midi et à quatre heures heures du soir. Les deux échantillons d'urine, quoique peu colorés, rougissaient pourtant manifestement sous l'influence des alcalis. Dans tous les deux, je trouvai quelques cristaux d'oxalate unis à de l'acide urique et à de l'urate d'ammoniaque. Je trouvai encore quelques cristaux octaédriques dans l'urine du lendemain, et je ne pus plus en découvrir dans celle du surlendemain.

Exp. X. — Un tuberculeux, ayant pris 60 centigrammes de rhubarbe, à trois heures du soir, l'urine de huit heures fut trouvée à peine colorée, acide, sans dépôt et complétement privée d'oxalate.

Exp. XI. — Un convalescent de rhumatisme articulaire ingéra le même jour 0,60 centigrammes de rhubarbe, et son urine, recueillie trois heures après, était d'une couleur ambrée qui passait rapidement au rouge, en présence de la potasse. J'y ai trouvé du phosphate de chaux et du phosphate ammoniaco-magnésien, et pas trace d'oxalate.

En résumé, d'après les expériences que je viens de consigner, je n'oserais affirmer que l'absorption de la rhubarbe se fût réellement traduite par une excrétion d'oxalate de chaux. Mais les doses qui ont été prises à titre de laxatif ont toujours été peu considérables. Il n'en est plus de même quand on en consomme de grandes quantités, car, chez ces sujets, au rapport de Prout, il se déclare parfois de violentes attaques de coliques néphrétiques, dues à un calcul d'oxalate de chaux, développé dans les reins ou la cavité de la vessie.

Enfin je dois, en terminant ce chapitre, faire connaître les opinions qu'a émises M. Bartrum (1) : « Comme je rendais, dit-il, de petits cristaux d'oxalate, je pris abondamment de la rhubarbe. Le premier » effet fut d'augmenter le volume et la quantité des cristaux, et il s'y » joignit parfois quelques corps réniformes. Cependant, au bout d'un » jour ou deux, l'oxalate diminua et disparut, quoique je prisse encore de la rhubarbe. Je n'ai jamais pu faire apparaître de cristaux » d'oxalate, même en mangeant de grandes quantités de rhubarbe, si » ce n'est sous la forme de cubes très-ténus, pendant un jour ou deux, » à moins qu'ils n'existassent déjà dans mon urine. Tout aliment qui » ajoute à l'irritabilité des reins ou de la vessie provoque une augmentation dans la sécrétion des oxalates. En effet, j'ai toujours remarqué que l'usage abondant du cresson augmentait chez moi l'excrétion des oxalates, pourvu que j'en rendisse déjà, et cela à cause » de l'irritation de la vessie produite par l'excrétion d'acide urique » libre. »

Les expériences de M. Bartrum se rapprochent des miennes par un point, c'est que les cristaux d'oxalate calcaire ont disparu de son urine au bout d'un jour ou deux, quoiqu'il eût continué à prendre de la rhubarbe en même quantité. Quant à l'idée qu'il émet sur le rôle que jouent les substances ingérées dans la production de l'oxalate de chaux de l'urine, je ne la discute pas, et je me contente de dire qu'elle me paraît peu admissible.

(1) Bartrum, Sur la diathèse oxalique. La Lancette, 1847.

---

geois d'Alexandrie, car il était du *nome* de Memphis, et Trajan, vivement sollicité par Pline, lui octroya l'une et l'autre faveur, ainsi qu'il résulte des lettres échangées entre eux et des ordres donnés par Trajan à Planta, gouverneur de l'Egypte. La médecine iatraleptique, comme on le voit, date de loin, et elle a eu de nos jours des partisans dévoués, parmi lesquels le docteur Chrestien (de Montpellier) a tenu, sans contredit, le premier rang.

Voici un véritable médecin, *Posthumius Marinus*, à qui Pline a rendu le même service qu'au frictionneur Harpocras. *Proxima infirmitas mea, domine, obligavit me Posthumio Marino medico*, et je ne puis m'acquitter envers lui que par le secours des grâces que votre bonté ne refuse pas à mes prières. Et comme *Marinus* était citoyen romain, Pline supplie Trajan d'accorder le droit de cité romaine à ses proches parents et aux enfants de ceux-ci, *ita ut sint in patris potestate, utque iis in libertos servetur jus patronorum*, afin qu'ils soient en la puissance de leur père et qu'ils conservent leur droit sur leurs affranchis. Il y a là des détails intéressants sur la constitution de la famille romaine, mais cela ne nous regarde pas.

Trajan, dans sa correspondance avec Pline, montre les plus aimables qualités d'un prince qui semble avoir pris à tâche de faire oublier les barbaries de ses prédécesseurs au trône impérial. On ne s'en étonnera pas quand on saura que, dans une bataille livrée par lui aux Daces, les bandages nécessaires pour le pansement des plaies étant venus à manquer, l'empereur se dépouilla de sa propre robe et la déchira en morceaux pour en faire un si noble usage. On sait en outre qu'il avait mal aux yeux, et cette particularité vulgaire nous a été conservée par suite d'une circonstance bien glorieuse pour Trajan. On lui avait dit qu'un personnage important, *Licinius Sura*, préfet du prétoire, conspirait contre sa vie. L'empereur se rend chez lui pour y souper, il fait venir son médecin et son barbier, se fait panser les yeux, se fait raser, et soupe en tête à tete avec Sura, déployant un enjouement gracieux, montrant une parfaite liberté d'esprit. Il disait le lendemain à ceux qui l'avaient averti du danger qu'il courait : Si *Sura* voulait me tuer, il en aurait perdu hier une belle occasion.

Et maintenant, un mot sur Pline le Jeune. Il y a des hommes à qui tout réussit, à qui la nature a donné non-seulement l'intelligence, mais le talent; qui ont été bien élevés; à qui l'on a prodigué les meilleurs enseignements, les plus honnêtes exemples, et dont la vie tout entière s'est écoulée au sein du bonheur. Pline le Jeune est un de ces favoris du destin; il a eu la chance de naître pendant cette période heureuse de l'empire romain, où des princes, modèles de toutes les vertus, semblaient vouloir effacer la trace des calamités impériales. Après Tibère, Néron, Caligula et Domitien, ces monstres à face humaine, viennent d'augustes consolateurs, Trajan, Adrien, Antonin et Marc-Aurèle, empereurs philosophes, protecteurs des sciences et des arts, et le monde étonné respire, oubliant, dans une félicité sans exemple, les malheurs de la patrie en deuil de ses plus illustres enfants.

On ne choisit pas son père, ni l'époque de sa naissance; mais eût-il joui de cet heureux privilége, Pline le Jeune n'aurait pas mieux rencontré. C. Cecilius, auquel il dut la vie, était un homme distingué et riche; il épousa la sœur de Pline l'Ancien, dit le Naturaliste, et comme celui-ci n'avait pas d'enfants, il adopta son neveu, lui fit donner la plus brillante éducation et lui

Je n'ai point encore parlé jusqu'à présent du rôle des boissons, par rapport à l'excrétion de l'oxalate de chaux, parce qu'en effet je n'ai point d'expérience personnelle à cet égard. Je dois donc me horner à reproduire, sans m'en porter garant, l'opinion de M. Donné, qui a trouvé que la quantité d'oxalate calcaire augmentait dans l'urine, après l'ingestion des vins mousseux. Il en serait de même, d'après Lehmann, pour les hières riches en acide carbonique. J'en donnerai l'explication, d'après ce dernier chimiste, dans le chapitre consacré aux théories.

CHAPITRE III.

DE L'OXALATE DE CHAUX DANS L'URINE DE L'HOMME MALADE. — DESCRIPTION DE L'OXALURIE.

Il n'a été question, jusqu'à présent, que de l'oxalate de chaux qu'on rencontre dans l'urine de l'homme, à l'état de santé (au moins apparente). Je vais maintenant m'occuper de l'existence de ce corps dans le liquide urinaire, pendant l'état de maladie. C'est en Angleterre et en Allemagne que cette question a été le plus étudiée; aussi est-ce dans les auteurs étrangers que je vais puiser les éléments de cette description. Seulement, je déclare tout de suite que je ne partage nullement leurs opinions. Le tableau qu'ils ont présenté de l'oxalurie est tout à fait artificiel, et ne représente point une entite morbide hien déterminée. Aussi ne le reproduirai-je que pour le faire servir à l'histoire de l'art.

Brandes paraît être le premier qui se soit occupé de l'oxalurie; mais Prout (1), après lui, fit sur ce sujet des recherches plus étendues. Willis (2) ne décrit point l'oxalurie, mais il renvoie au travail de M. Henry Brettsur cette question. Un des auteurs qui ont le plus écrit sur l'oxalurie, c'est Golding Bird (3); je dois citer également Begbie (4). le docteur Frick (de Baltimore) (5), Douglas Maclagan (6), James Gray (7) et le docteur Kuchenmeister (8). Enfin, en France, M. Bouchardat s'est occupé de l'oxalurie, à laquelle il consacre un article dans son BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE de 1850.

D'après les auteurs que j'ai cités, l'urine des oxaluriques est toujours acide, et souvent même beaucoup plus qu'à l'état normal. Elle n'est jamais alcaline ou même neutre, à moins qu'il n'y ait complication d'un calcul ou d'une maladie de vessie. Assez souvent elle est plus abondante qu'à l'état sain. Elle est ordinairement d'une belle couleur ambrée; elle peut devenir noirâtre, quand elle contient les éléments du sang, dont la présence est due à un calcul développé dans l'intérieur du rein ou de la vessie; mais, à part cette circonstance, la couleur verdâtre qui a été décrite par quelques auteurs, comme caractéristique de l'oxalurie, ne s'observe que très-rarement. Il est rare aussi qu'elle soit plus pâle que l'urine normale. Assez souvent elle dépose par le refroidissement une couche jaunâtre d'urate d'ammoniaque ou un sédiment rouge d'acide urique. Son odeur est généralement naturelle; cependant il est des auteurs qui lui ont trouvé une odeur aromatique, qu'ils ont comparée à celle du réséda ou de l'églantier odoriférant. Cette ndeur, qui a été signalée déjà pour l'urine qui contient de la cystine, devient plus sensible quand on chauffe doucement le liquide urinaire; seulement elle est masquée, selon Begbie, dans la variété d'urine noire, par l'odeur piquante, *sui generis*, qui annonce l'existence de l'urée en excès.

La densité de l'urine oxalique est assez variable. Selon Golding Bird, elle oscille le plus souvent entre 1015 et 1025, tandis que dans les échantillons examinés par Begbie, la pesanteur spécifique moyenne était de 1028. Dans trois ou quatre cas seulement, elle était inférieure à 1015, et rarement elle s'élevait à 1030. Dans un échantillon pourtant la densité s'est élevée jusqu'à 1034, et dans un autre jusqu'à 1040. Généralement la proportion d'oxalate calcaire est en raison directe de la densité.

Un caractère qui est mentionné par presque tous les auteurs qui se sont occupes d'oxalurie, c'est la présence dans l'urine oxalique d'un excès d'urée. Pour l'établir, ils mettent l'urine à essayer dans un verre de montre, et ils versent dessus de l'acide nitrique, qui doit fournir, au hont de peu de temps, une abondante cristallisation de nitrate d'urée. Ils ont signalé aussi, dans l'urine des oxaluriques, la présence d'un excès d'épithélium, qui se dépose au fond du vase; et pour Bird, ce caractère est si constant que souvent un dépôt d'épithélium a attiré son attention et lui a fait soupçonner la présence de l'oxalate de chaux. La quantité de matière organique est en outre considérablement augmentée, et souvent elle s'élève presqu'au double de la quantité moyenne excrétée dans les vingt-quatre beures. C'est à cette excrétion considérable de matière organique que serait due, selon Bird, l'émaciation qui est si fréquente dans l'oxalurie.

Après les caractères tirés de l'étude des urines, un des symptômes les plus importants qu'on ait indiqués chez les oxaluriques, c'est la dyspepsie. L'appétit est quelquefois nul, d'autres fois il est conservé et même augmenté; mais les digestions, toujours très-laborieuses, s'accompagnent, dans certains cas, de vomissements, et même de vomissements noirs, d'après James Gray. Le plus souvent il se produit un abondant dégagement de gaz, qui distendent l'estomac et le colon; et dans lesquels, d'après Prout, l'azote entrerait pour une très-forte proportion. Quelquefois une simple pression sur la région épigastrique détermine une violente gastrodynie. Prout déclare qu'en général les oxaluriques supportent bien le sucre et les aliments sucrés, et qu'ils ont même souvent un goût assez prononcé pour ces substances, et pour celles d'origine végétale. Ils accusent parfois une soif vive, d'autres fois la soif est nulle. La langue est souvent blanche à la hase, et rouge à la pointe et sur les bords. Les fonctions de l'intestin s'exécutent fréquemment d'une manière irrégulière. Chez certains malades, c'est de la diarrhée qu'on constate; chez d'autres, c'est de la consti-

(1) Prout, RECH. SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU DIABÈTE, DES CALCULS ET D'AUTRES AFFECTIONS, 1825, et DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES VOIES URINAIRES, 1840.

(2) Willis, URINARY DEPOSITS AND THEIR TREATMENT, 1838.

(3) Golding Bird, URINARY DEPOSITS, 1856.

(4) Begbie, MONTHLY JOURNAL, 1848, *Sur les caractères que présente l'urine qui contient de l'oxalate.*

(5) Frick, REVUE MÉDICO-CHIRURG., 1848-49, ou bien THE AMERICAN JOURN. AND MEDIC. SCIENCE.

(6) Maclagan, MONTHLY JOURNAL, 1853, et GAZ. MÉD., 1854.

(7) James Gray, JOURNAL DE GLASCOW, 1854, *Du traitement de l'oxalurie.*

(8) Kuchenmeister, JOURN. DES CONNAISS. MÉDICO-CHIRURG., 1853, ou BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 1854.

---

laissa de grands biens. Ajoutons à cela la bonne fortune de naître au milieu d'un siècle où le monde se reposait de ses longues guerres, où la société romaine décimée par des proscriptions implacables, par des supplices infinis, commençait à renaître au bonheur, et nous comprendrons le beau rôle qu'ent à jouer un homme dont le caractère et l'esprit avaient un égal besoin du calme dans la vie privée, de la sécurité dans la vie publique.

Pline le Jeune a beaucoup écrit, mais il ne nous reste de lant de travaux que sa correspondance et son panégyrique de Trajan. Ce dernier ouvrage n'a pas dû nous occuper; il sort entièrement du cercle dans lequel nous avons voulu renfermer nos études.

On sait que notre Pline est né à Côme, ville située sur les bords du lac de ce nom, au pied des Alpes, et comme il avait 18 ans quand son oncle mourut, et que cette mort arriva l'an 79 de notre ère, lors de la grande éruption du Vésuve qui engloutit Herculanum et Pompeïa, on a ainsi une date certaine de sa naissance, mais on ne connaît ni le temps ni les particularités de sa mort. Tout ce que l'on peut assurer, dit de Sacy, son excellent traducteur, c'est que les hommes de ce caractère vivent toujours trop peu, et que ce que l'on sait de sa vie suffit à quiconque cherche sincèrement à bien régler la sienne.

P. MENIÈRE.

— M. le docteur Eugène Nélaton vient d'être nommé prosecteur de la Faculté.

— Le prince de Savoie-Carignan, lieutenant-général de S. M. le roi de Piémont, a rendu récemment un décret instituant une série de mesures propres à régulariser et à étendre la pratique de la vaccination.

Il n'est pas question, dans ce décret, de revaccination.

— La commission générale de l'Association des médecins du Rhône a voté, dans sa dernière séance, un secours de 600 fr., pour l'année 1859, à la veuve de l'un de nos plus honorables confrères de Lyon.

— M. le docteur Arthaud, président de l'Association des médecins de la Gironde, est mort subitement, à Bordeaux, le 16 août dernier.

Esprit à la fois philosophique et fin, praticien habile et exercé, confrère excellent, il s'était fait partout des amis par une urbanité exquise, qui prenait sa source dans une véritable honté. (GAZ. DES HÔP.)

— Nous avons la satisfaction d'annoncer la convalescence de M. Chanmet, dont la santé avait donné des inquiétudes à la suite d'une piqûre anatomique; mais M. Chanmet fils, étudiant en médecine, qui était venu à Bordeaux pour donner des soins à son père, vient d'être enlevé par une scarlatine maligne. (JOURN. DE MÉD. DE BORDEAUX.)

— L'École de Florence vient de perdre le professeur Georges Regnoli, l'un des opérateurs les plus célèbres de l'Italie, qui avait succédé au célèbre Vacca Berlinghieri, à l'Université de Pise.

pation. Dans une des observations de Begbie, les matières fécales étaient mêlées de sang.

La quantité de bile excrétée est très-peu considérable, ou bien elle est excessive. Les qualités de ce liquide sont aussi très-variables : quelquefois il est d'une couleur verdâtre, d'autres fois d'une couleur rouge orangé, d'un brun chocolat ou presque noir. Sous l'influence de ce mauvais état du tube digestif, on observe un rapide amaigrissement avec perte des forces ; les cheveux tombent ; il se produit des éruptions squammeuses, et quelquefois il apparait des furoncles ou des pustules de charbon. On a noté parfois des palpitations et de l'irrégularité du pouls, qui, le plus souvent, n'est pas accéléré. Dans une des observations rapportées par Maclagan, il y avait un commencement de dilatation du cœur (1).

Les oxaluriques (toujours au dire des auteurs anglais) présentent quelquefois une toux spasmodique. Plusieurs ont été atteints de tubercules pulmonaires. Un symptôme extrêmement fréquent, c'est la douleur de reins. Elle occupe le plus souvent la région lombaire tout entière, quelquefois la région dorsale ; mais, dans quelques cas, elle se localise exclusivement dans l'un des reins, quand il est devenu le siége d'un calcul ou d'une altération organique. Certains malades accusent un malaise particulier du côté de la vessie, ou une irritabilité considérable de cet organe. Dans quelques cas même, on a observé une incontinence momentanée de l'urine. Les fonctions génitales sont le plus souvent notablement affaiblies, et les désirs sexuels parfois presque éteints ; chez un certain nombre de malades, on a observé des spermatorrhées ou de simples pollutions nocturnes. La peau est sèche, rugueuse ; elle se couvre parfois de sueurs abondantes et visqueuses. Selon Prout, elle est susceptible de prendre un aspect tout particulier chez certains sujets. On a noté, dans quelques cas, une céphalalgie plus ou moins vive, des éblouissements, de l'insomnie, la perte de la mémoire et une diminution notable des facultés intellectuelles. Un symptôme qui, au rapport des auteurs, a été souvent signalé, c'est l'hypocondrie et la mélancolie. « Les oxaluriques, dit Begbie, sont » ordinairement brusques, sensibles, irritables, ou bien tristes et mé» lancoliques. Quelques-uns se croient menacés de la consomption » pulmonaire ou d'une affection du cœur, et cette crainte les entraîne » souvent dans un état voisin de la folie. »

On peut, d'après l'auteur que je viens de citer, enrayer les progrès du mal à l'aide d'un bon régime et d'autres moyens hygiéniques ; tandis que la maladie, abandonnée à elle-même, peut finir par prendre les caractères les plus graves.

L'oxalurie, plus rare chez les femmes que chez les hommes, s'observe chez tous les tempéraments ; seulement les sujets sanguins et ceux qui sont enclins à la mélancolie y paraissent le plus exposés. On a indiqué comme cause prédisposante, un dérangement chronique et persistant de la santé générale, qu'il succède à une maladie aiguë antérieure, à une dyspepsie, ou à une cachexie syphilitique ou mercurielle. — Comme cause déterminante, Prout accuse la résidence dans un pays humide et malsain, et il ajoute que l'abus du sucre a été plusieurs fois l'occasion de dyspepsies, en même temps que d'une excrétion d'oxalate de chaux, qui a amené tôt ou tard la formation d'un calcul mural. Cet auteur voyait une relation très-étroite entre l'oxalurie et le diabète, et il pensait que le premier de ces états pouvait se transformer dans le second. Mais c'est là une opinion probablement erronée, comme j'essayerai de l'établir dans un chapitre spécial.

Au nombre des médicaments qui ont le mieux réussi à faire cesser l'oxalurie, les auteurs citent un mélange d'acides nitrique et chlorhydrique, administré dans une infusion de serpentaire ou de houblon, ou dans une décoction de colombo, ou encore dans de la mixture de gentiane composée. Quand il existe une grande irritabilité du système nerveux, ils conseillent l'usage du sulfate de zinc, donné à doses graduées, en commençant par un grain trois fois le jour, et en augmentant la dose tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que le malade en prenne dix-huit ou vingt grains dans les vingt-quatre heures. L'addition d'un grain ou deux d'extrait de jusquiame ou de camphre réussit souvent à le faire mieux supporter. Si le sujet est anémié ou chlorotique, ils lui administrent des sels de fer. Dans un petit nombre de cas rebelles, et qui résistaient à tous les autres traitements, Bird dit avoir prescrit avec avantage les préparations de colchique ; il ajoute qu'on voit parfois, chez les personnes qui font usage de cette substance, un dépôt d'acique urique ou d'urate d'ammoniaque se substituer au dépôt d'oxalate de chaux, et que c'est là une circonstance favorable, parce qu'il n'est pas très-difficile de se débarrasser des sédiments d'acide urique ou d'urate. Quand l'oxalate de chaux est cristallisé en sabliers, James Gray recommande l'usage du nitrate d'argent, et il alterne l'usage de ce sel avec l'acide nitro-muriatique, si les sabliers existent dans l'urine, en même temps que les cristaux octaédriques. Enfin, le docteur Kuchenmeister recommande particulièrement le phosphate de chaux uni au carbonate de la même base et au lactate de fer.

En outre, d'après les auteurs que je viens de citer, il est bon de veiller à rétablir l'intégrité des fonctions de la peau. C'est dans ce but qu'ils conseillent des vêtements de flanelle et, dans certains cas, des douches d'eau salée. Quant à l'alimentation, elle doit se composer de substances prises à peu près en égale quantité, dans le règne végétal et dans le règne animal.

Voilà l'oxalurie telle qu'elle a été comprise et décrite jusqu'aujourd'hui. C'est évidemment, je le répète, une description symptômatique tout artificielle, et les médications qui ont été conseillées, et qui ont pu être utiles dans certaines circonstances, ne peuvent être recommandées d'une manière générale. Maintenant je vais dire, d'après les faits particuliers que j'ai rassemblés et d'après mes propres observations, ce que je crois qu'on doit entendre sous le nom d'*oxalurie*.

(La suite au prochain numéro.)

(1) A cette occasion, je répéterai ce que j'ai dit au commencement de ce chapitre, savoir que cet ensemble de symptômes attribués à l'oxalurie résulte évidemment du rapprochement de faits dissemblables, et qui ne peuvent servir de base à une description générale.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DU CANCER BUCCAL CHEZ LES FUMEURS ; par M. F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, associé national de l'Académie impériale de médecine.

(Suite. — Voir les nos 52, 53 et 54.)

II.

Le cancer des fumeurs atteignant la lèvre inférieure dans une proportion très-marquée, notre description s'y rapportera spécialement. Cette lésion peut se manifester sous plusieurs formes.

Il est assez commun d'observer la maladie bornée à un épaississement épithélial, qui correspond au point d'appui de la pipe ou du cigare. Chez les fumeurs qui ne leur donnent pas une place fixe, l'excès de production épithéliale est réparti sur une grande étendue du rebord de la lèvre, qui perd alors son aspect naturel et prend une coloration blanchâtre caractéristique. Limité à ce degré, l'épithélioma n'est que l'exagération de l'état normal, et marque pour ainsi dire la transition entre cet état et la production épidermique pathologique ; sous cette forme diffuse et superficielle, il reste très-souvent stationnaire. Nous l'avons vu ainsi durer plusieurs années chez trois malades mentionnés dans notre tableau d'observations. Cette variété est évidemment la plus bénigne et n'aboutit pas nécessairement à l'ulcération.

Une autre forme, qui présente aussi une bénignité relative, consiste dans l'épithélioma corné. Chez certains fumeurs, il se produit sur le rebord de la lèvre inférieure une véritable excroissance, dure et résistante comme la corne, et qui peut acquérir une forme et des dimensions variables. Sur le malade inscrit au n° 10 de notre tableau, la production cornée était cylindrique ; elle se recourbait en dehors et se terminait par une extrémité libre de forme conique. Sa base était comme implantée dans l'épaisseur de la lèvre. Ces productions occupent parfois une surface plus étendue sur le bord libre de la lèvre, et sont terminées par un rebord inégalement découpé qui irrite la lèvre supérieure ou occasionne de la gêne pour clore la bouche. La résistance de ces tumeurs est quelquefois extraordinaire et égale celle des tumeurs cornées de la peau, dont on a recueilli de si singuliers exemples.

L'analyse anatomique réduit ces formations, assez rares d'ailleurs, à une condensation de cellules épithéliales. Elles s'accroissent par la juxtaposition des cellules, qui se dessèchent et s'indurent tout en conservant une adhérence très-prononcée. Ces tumeurs ne participent pas à la vie commune ; elles existent au même titre que les ongles et les cheveux ; si on les incise, la surface de section présente l'aspect réel de la corne ; et pour que l'assimilation soit complète, si l'on en fait brûler une partie, comme nous l'avons expérimenté, elles répandent l'odeur caractéristique de la corne brûlée. Leur mode de formation explique pourquoi elles sont insensibles et dépourvues de vaisseaux ; mais comme elles se continuent par leur point d'implantation avec la

couche épidermique naturelle, les mouvements ou les tractions qu'on leur imprime développent une certaine douleur au niveau de la lèvre. Les rapports des tumeurs cornées des lèvres avec les productions épithéliales ordinaires ne sauraient être méconnus : l'état corné représente un détail particulier et pour ainsi dire accidentel de tassement de la substance épidermique; mais on voit les tumeurs de cette nature se former dans les mêmes circonstances, et à leur début elles ressemblent aux excroissances ordinaires, dont elles ne se distinguent que par un peu plus de densité. Sur l'un de nos opérés, désigné au n° 60 du tableau, il existait simultanément un épithélioma diffus de la lèvre, des excroissances verruqueuses dont quelques-unes, passées à l'état d'ulcération, indiquaient le cancroïde; et une tumeur cornée, placée près de la commissure, complétait l'ensemble de la lésion évidemment produite par la même cause.

La forme la plus ordinaire du cancer labial des fumeurs est caractérisée à son début par une excroissance verruqueuse ou par une fissure à bords indurés. Dans le premier cas, une saillie anormale plus ou moins résistante se manifeste sur un point limité de la lèvre inférieure et spécialement sur celui qui sert d'appui à la pipe ou au cigare; le fumeur néglige cette excroissance ou l'attribue à une autre cause, et donne cours à ses habitudes avec d'autant moins de défiance qu'aucune douleur ne l'avertit de la nature du mal qui fait sa première apparition. Dans le second cas, c'est une gerçure du rebord labial, prise pour une crevasse épidermique ordinaire, qui marque le début du cancroïde. Loin de se cicatriser, cette gerçure, entretenue par une cause habituelle d'irritation, s'agrandit ou creuse le tissu de la lèvre, avec une apparence d'autant plus marquée que les bords se relèvent et s'hypertrophient en revêtant une apparence grisâtre.

Cette période initiale de la maladie fait bientôt place à un état plus caractérisé. La production morbide dépasse alors sensiblement le niveau de la lèvre. La base ou la circonférence en est dure et un peu douloureuse; la surface est d'un aspect particulier : elle paraît rugueuse et chagrinée; des papilles mamelonnées ou coniques hérissent la partie saillante de la tumeur et s'y dessinent avec des apparences diverses. L'aspect et le contact des papilles érigées de la langue peuvent jusqu'à un certain point en donner l'idée. Les saillies du corps papillaire de la muqueuse labiale subissent une hypertrophie qui leur donne isolément du relief, et cette apparence est d'autant plus prononcée qu'une gaîne épithéliale enveloppe chaque papille, et en lui communiquant plus de résistance, lui imprime aussi une forme plus accentuée. Bon nombre de malades offrent les caractères que nous venons d'énoncer, au plus haut degré et avec des variétés particulières qui ont pu fixer l'attention des observateurs. M. Eckel (1) a décrit trois formes de tumeurs épithéliales des lèvres, qu'il désigne sous les noms de tumeurs en treillages, en pavés ou en dards. Mais ce sont là des circonstances de configuration extérieure, qui ne peuvent servir de base à une classification utile, et qui d'ailleurs manquent quelquefois complétement; car il est des cancroïdes de la lèvre sur lesquels la couche papillaire et épithéliale disparaît dans le début, et qui se montrent avec le caractère primitivement ulcéreux.

La surface de ces ulcérations saillantes est tantôt un peu saignante, tantôt recouverte de croûtes plus ou moins épaisses et irrégulières, qui ont pour éléments du pus épaissi, de l'épiderme, des matières grasses ou sébacées et du sérum ou du sang desséché. M. Lebert, les examinant sur le porte-objet du microscope, dit y avoir rencontré parfois des infusoires de la tribu des vibrions. Les croûtes sont plus ou moins adhérentes et semblent, dans certains cas, constituer toute la tumeur. Les malades les tiraillent, les sollicitent de diverse façon, ou les arrachent dans le but de diminuer la saillie de la tumeur et de simplifier celle-ci; mais cette manœuvre n'est qu'une nouvelle cause d'irritation et n'aboutit qu'à l'accroissement de la lésion, qui s'agrandit dans tous les sens et gagne les tissus voisins.

La tumeur prend alors les caractères vraiment propres au cancroïde, elle acquiert un volume et des dimensions très-marqués; la muqueuse labiale d'abord soulevée s'ulcère, et le mal s'étend du côté de la cavité buccale. La face cutanée n'est pas plus respectée; l'épiderme se fendille, éclate, laisse le tissu propre du cancroïde se dessiner au dehors, et celui-ci surplombe en avant de la lèvre, où il s'étale en excroissance muriforme. La lésion gagne ainsi de proche en proche toute l'étendue de la lèvre et la commissure la plus voisine, et peut ainsi menacer le contour buccal ou se propager plus spécialement dans le sens de l'une des joues. Il n'est pas rare de voir la face interne de celle-ci ou l'un des côtés de la langue offrir simultanément un noyau distinct de l'ulcère cancroïde. Pendant cette période de progrès, le mal envahit la lèvre inférieure dans le sens de sa hauteur; si l'on palpe cette partie, on la trouve indurée. L'induration est tantôt circonscrite, tantôt diffuse; elle est uniforme ou lobulée, et, suivant son étendue, elle gêne plus ou moins les fonctions de la partie pour l'exercice de la parole, pour la préhension buccale des aliments et des boissons, et pour retenir la salive. Si la maladie est un peu avancée, la lèvre ne peut empêcher ce liquide de s'écouler; et comme sa sécrétion est plus abondante, à cause de l'irritation que la muqueuse buccale éprouve et que le cancer entretient, la salive s'échappe constamment et irrite la surface cutanée de la région mentonnière. Nous avons vu des malades que cette dégoûtante disposition n'empêchait pas de fumer, et qui accroissaient encore l'excès de sécrétion et de déperdition salivaire par l'excitation que produit l'action locale du tabac.

Lorsqu'on examine, sous le rapport anatomique, un épithélioma au moment où le tissu labial commence à être envahi, et qu'on pratique une incision verticale destinée à faire apprécier les rapports de la production morbide avec les éléments naturels de la lèvre, on remarque que la base de l'épithélioma s'enfonce inégalement dans les parties qui sont plus épaisses et plus vascularisées. Les glandes sébacées de la région sont hypertrophiées aussi bien que les glandules sous-muqueuses. En soumettant la tumeur à la pression et en lui faisant subir une sorte d'écrasement, on obtient une matière grisâtre qui n'a, avec la matière squirrheuse ou encéphaloïde, qu'une fausse ressemblance de couleur, et qui par sa consistance a été comparée au mastic des vitriers. Elle revêt plus exactement l'apparence de la matière épidermique de certaines parties du corps, lorsqu'elle a été ramollie par une longue immersion dans l'eau et qu'elle se détache par fragments caséiformes faciles à écraser. La matière composante de ces tumeurs n'est, en effet, qu'une substance véritablement épidermique ou épithéliale, ainsi que le démontre l'examen microscopique. On reconnaît par cet examen divers éléments, parmi lesquels prédominent les cellules dites épithéliales, volumineuses, atteignant ou excédant un dixième de millimètre avec un ou plusieurs noyaux, tantôt d'une forme assez régulière, d'autres fois déformées. Ces cellules, dont la description détaillée ne saurait actuellement nous occuper, et qui, d'ailleurs, n'ont rien de caractéristique par rapport à l'épithélioma des fumeurs, sont parfois agminées de manière à former des corpuscules assez volumineux pour être aperçevables sans le secours du microscope, et désignés sous le nom de globes épidermiques. Ce sont des corps sphéroïdaux, cylindriques ou en polyèdre, et dont la partie centrale, amorphe ou granuleuse est entourée de cellules pavimenteuses, imbriquées comme les écailles d'un bulbe, ou même soudées. Plusieurs globes épidermiques réunis représentent quelquefois des granulations blanchâtres très-évidentes.

Les fumeurs atteints de l'épithélioma parvenu à ce degré s'aperçoivent alors du caractère suspect de la maladie qui les affecte. L'ulcération s'empare de la tumeur et la détruit inégalement, pendant qu'une formation nouvelle la propage dans un autre sens. La matière épidermique infiltre alors les tissus voisins, qu'elle détruit par substitution. Le tissu musculaire de la lèvre, le tissu muqueux jusqu'au rebord gingival, la peau dans une étendue plus ou moins grande, sont le siége principal de ce progrès; mais cet envahissement par substitution connaît peu d'obstacles si la maladie est abandonnée à elle-même. Les ganglions lymphatiques voisins s'engorgent, se chargent de matière épidermique et s'ulcèrent. L'os maxillaire inférieur n'échappe pas à la destruction, et si la maladie atteint la langue, les joues ou le voile du palais, des destructions affreuses et incessamment augmentées signalent les progrès du mal.

Le cancroïde de la lèvre inférieure n'atteint pas des proportions aussi menaçantes, sans mettre en évidence tous ses caractères. Mais lors même qu'il est borné à la lèvre, qui est son siége de prédilection, il est, en général, facile à diagnostiquer. Son mode de développement, la considération de la cause qui lui a donné naissance, sa forme initiale, les démangeaisons auxquelles il donne lieu d'abord et auxquelles succèdent des sensations plus pénibles, celles d'élancements douloureux, la dureté inégale de la tumeur qu'il représente, l'aspect de l'ulcération, suffisent pour dévoiler la nature du mal au chirurgien exercé. Toutefois, il est des cas douteux où une observation attentive est d'autant plus nécessaire qu'il en découle une conséquence thérapeutique heureuse ou préjudiciable pour le malade. Il n'est pas inutile de rappeler que les ulcères des lèvres ou les tumeurs qui les accompagnent peuvent revêtir la nature vraiment cancéreuse, syphilitique, scrofuleuse ou dartreuse. Le cancer vrai ou hétéroplastique sera différencié du cancroïde par son siége indifféremment établi sur tous les points du contour de l'ouverture buccale, par son développement

(1) Journal de Roser et Wunderlich, t. III, p. 380.

moins superficiel, par ses progrès plus rapides, ses variétés d'aspect squirrheux ou encéphaloïde, et surtout par l'examen microscopique diagnostique consistant à déterminer la forme élémentaire du tissu morbide. Les ulcères syphilitiques et les tumeurs musculaires syphilitiques des lèvres pourraient donner lieu à des méprises regrettables et conduire mal à propos à l'exécution d'opérations inutiles, si l'on ne prenait en considération les antécédents, les coexistences pathologiques qui manifestent la syphilis, l'aspect de l'ulcère, les douleurs nocturnes et gravatives des tumeurs labiales portant le caractère syphilitique. Les tumeurs scrofuleuses siégent de préférence à la lèvre supérieure, qui est engorgée et œdémateuse, et qui présente, surtout à la face muqueuse, des ulcères d'un aspect atonique bien différent de celui du cancroïde. Enfin, un praticien distinguera toujours aussi la manifestation de la diathèse herpétique connue sous le nom de *lupus*, à sa disposition serpigineuse, aux traces d'une ancienne cicatrisation spontanée dans le voisinage de la maladie actuelle, aux tubercules ulcérés, isolés ou agminés, qui forment cette maladie, et aux plaques crustacées qui revêtent les ulcérations. L'excision exploratice et la vérification microscopique resteront toujours pour le chirurgien comme une ressource précieuse, et, dans les cas douteux, la temporisation et l'épreuve thérapeutique pourront asseoir le diagnostic sur des bases positives. Dans un cas un peu obscur dans ses débuts et considéré comme un cancer labial par plusieurs chirurgiens qui avaient examiné l'un de nos malades, nous avons administré, à titre d'essai, des remèdes antisyphilitiques qui ont eu le double avantage d'éclairer assez promptement le diagnostic et de transformer cet essai en traitement rationnel bientôt suivi de guérison.

L'épithélioma consécutif à l'habitude de fumer ne doit pas à cette origine locale une limitation absolue aux parties où il se développe. S'il se généralise plus rarement que le vrai cancer, on ne doit pas oublier qu'il relève lui-même d'une cause diathésique qui a été mise en jeu par une excitation incessamment portée sur le même point, et qu'en conséquence il offre les dangers inhérents au concours simultané d'une cause interne et d'une cause locale. Ces dangers consistent dans la diffusion des produits morbides qui étendent la lésion au delà du point primitivement atteint. Hâtons-nous de dire que, d'après notre statistique, ainsi bien que d'après l'observation commune, l'épithélioma se propage facilement aux ganglions lymphatiques voisins, et renouvelle dans ces foyers des lésions comparables, par leur nature et par leurs résultats, à la lésion primitive. Ici se reproduit naturellement la question clinique, si débattue de nos jours, des différences du cancroïde et du cancer au point de vue de la localisation. On avait d'abord pensé que le cancroïde ou épithélioma ulcéré ne s'accroissait que de proche en proche, en gagnant les tissus voisins et les détruisant par substitution, tandis que le cancer hétéromorphe (squirrhe ou encéphaloïde) pouvait se montrer et se montrait en effet très-souvent sur des points éloignés et sans liaison directe avec le siége primitif de la maladie. Cette distinction radicale, que la pratique eût été heureuse d'enregistrer comme preuve de la curabilité du cancroïde, a reçu une première atteinte par la démonstration de la propagation de la matière épithéliale depuis le lieu de formation initiale jusqu'aux ganglions voisins, et de nouveaux faits recueillis par MM. Velpeau, Virchow, Ollier, tendent à établir que l'épithélioma peut se reproduire ou récidiver sur des points éloignés et sans aucune liaison avec son lieu primitif d'apparition. Ces vérités étant acquises et permettant de conclure que, malgré la présence d'un élément homœomorphe, l'épithélioma se comporte comme les tumeurs cancéreuses à éléments hétéromorphes, reconnaissons néanmoins que ce fait n'est pas ordinaire, que les progrès de l'épithélioma sont généralement limités au voisinage des tissus primitivement affectés, et que cette maladie ne dépasse guère le champ lymphatique de la lésion.

Mais ce dernier mode d'irradiation est extrêmement fréquent pour les cancers épithéliaux des lèvres. Nous l'avons observé dans tous les cas où l'intervention tardive de l'action chirurgicale avait permis à la lésion de s'étendre. Tous les fumeurs que nous avons vus périr des suites du cancroïde labial ou de la même lésion développée dans les parties intra-buccales étaient affectés d'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires. Cette participation morbide des ganglions lymphatiques se produit avec une rapidité variable. Chez certains sujets, la propagation cancroïde marche très-promptement; chez d'autres, elle est un résultat tardif. Le développement de l'affection dans les ganglions est quelquefois insidieux, et il est toujours utile, quand on doit opérer un de ces cancroïdes, d'examiner très-attentivement la région sous-maxillaire, soit dans la partie moyenne, soit surtout sur les côtés, pour découvrir des ganglions quelquefois très-petits qui sont masqués par la glande sous-maxillaire, ou cachés à la face interne de l'os. On remarque que les ganglions affectés sont tantôt mobiles et exempts de toute connexion avec les parties environnantes, tandis que d'autres fois le tissu cellulaire qui les entoure, privé de sa laxité, est comme infiltré de la matière plastique où doivent se développer les cellules épithéliales, et représente des engorgements diffus, massifs et adhérents dont on ne peut tracer les limites, et qui, par le fait de cette disposition, font pressentir une plus haute gravité, eu égard à la marche ultérieure des symptômes. L'ulcération ne tarde pas, en effet, à s'emparer de ces tumeurs sous-maxillaires dures et saillantes, où l'analyse microscopique démontre les mêmes éléments que dans l'épithélioma labial. Elles progressent tantôt du côté de la bouche et de la muqueuse, gênent la langue et la mâchoire dans leurs mouvements; tantôt du côté de la peau, qu'elles soulèvent douloureusement, après avoir altéré sa consistance et sa couleur. Une abondante excrétion de matières ichoreuses et des hémorrhagies qui se renouvellent avec une fréquence et une intensité variables, affaiblissent peu à peu les malades, dont la fièvre hectique achève de miner la constitution, et qui périssent misérablement. Quelquefois la gêne de la déglutition et de la respiration s'ajoute aux causes de gravité inhérentes à la marche naturelle de la maladie.

Si le cancer des fumeurs revêt d'une manière prédominante la forme de l'épithélioma, il ne s'ensuit pas que le cancer hétéromorphe ou vrai cancer ne puisse être provoqué par la même influence. Une observation attentive nous permet d'affirmer que le squirrhe ou l'encéphaloïde peuvent aussi être sollicités, dans leur manifestation vers la bouche, par l'irritation que le tabac à fumer occasionne; et si l'on objecte que, dans ces cas, la maladie pouvant se développer spontanément et sans cause provocatrice, rien ne démontre que la cause locale incriminée soit réellement intervenue, nous répondrons par cette règle de pathologie générale, d'après laquelle une diathèse latente demande pour se montrer une cause occasionnelle. La prédisposition est une sorte de germe attendant les conditions de sa vie spécifique. Cette condition, méconnue dans beaucoup de cas où, par ignorance de la cause occasionnelle, on admet la spontanéité, se retrouve chez les fumeurs imprégnés de germe cancéreux. La maladie se déclare, parce qu'elle reçoit son principe d'activité dans une région où l'énergie nutritive, la richesse vasculaire et autres dispositions locales favorisent d'ailleurs le développement du cancer. Dans ces cas, la marche de la maladie est plus rapide et plus grave que dans l'épithélioma, et le danger de l'apparition des produits morbides de même nature, par coexistence ou par récidive, dans d'autres points, étant plus grand que dans le premier cas, il en résulte un surcroît d'aggravation qui en fait la pire espèce de cancer buccal considéré chez les fumeurs.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

VII. VERHANDLUNGEN DER PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT IN WÜRZBURG.

MATÉRIAUX POUR SERVIR A LA PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE; par OTTO BECKMANN.

Sous ce titre, l'auteur publie diverses expériences instituées dans le but d'éclairer certaines questions de pathologie.

Les premières expériences ont pour but de rechercher la présence de l'albumine dans l'urine par l'effet d'une augmentation de pression du système artériel. C'est en effet une opinion assez généralement répandue que, par suite d'une augmentation de pression dans le système artériel, il se produit dans les reins une séparation de l'albumine. Or l'auteur ayant lié l'aorte abdominale sur un chien, à un pouce au-dessous des artères rénales, ne put jamais trouver dans l'urine aucune trace d'albumine, quoiqu'il n'y eût plus de battements à l'artère crurale, et que l'animal eût été observé pendant un mois.

Dans une autre expérience, l'auteur fit la ligature des deux artères crurales; l'urine ne présenta non plus aucune trace d'albumine.

Dans une autre série d'observations, l'auteur constata une hypertrophie du cœur par suite de la ligature d'un uretère et après la ligature de l'aorte. Sur l'animal auquel on avait lié l'uretère gauche, le rein du même côté était atrophié, mais peu altéré dans sa substance.

On avait laissé vivre l'animal pendant quatre mois, et l'urine n'avait offert aucun changement appréciable dans sa composition.

Enfin, une troisième observation est relative à l'existence d'une nécrose du fémur et d'une métastase calcaire après la ligature de l'artère aorte.

VIII. ZEITSCHRIFT FUER RATIONNELLE MEDIZIN; par Henle et Pfeufer.

Le tome III de la troisième série est consacré à l'exposé des travaux relatifs à l'anatomie et à la physiologie faits pendant l'année 1857, par le professeur Henle. Les deux cahiers qui composent le tome IV renferment les articles originaux suivants : 1° *Sur la symphyse pubienne de l'homme avec des matériaux relatifs à l'histoire des cartilages hyalins et à leur ossification*. (Étude et description détaillée de la symphyse pubienne; examen de l'état de cette symphyse pendant la grossesse et la parturition; études sur le cartilage hyalin, son développement et son ossification.) 2° *Nouvelles observations sur le jeune état et sur le développement du pentastoma tænioïdes*, par R. Leuckart. 3° *Les ligaments fibreux du péricarde*, par le professeur Luschka. (Description détaillée du feuillet fibreux du péricarde.) 4° *Sur la portion antérieure interne du releveur de l'anus chez l'homme*, par le même. (Description anatomique avec figures.) 5° *Sur les modifications de l'irritabilité par des courants fermés et sur les alternances voltaïques*, par M. J. Rosenthal. 6° *Détermination de la quantité de sang, du degré d'intensité de coloration de ce liquide, ainsi que du nombre, de la surface et du volume des corpuscules sanguins dans l'homme et dans les animaux*, par le docteur H. Welcker. (Premier article.) 7° *Sur la signification des enveloppes nerveuses*, par le professeur E. Harless. (L'auteur fait jouer au liquide dont sont imprégnées les enveloppes des nerfs un rôle essentiel dans les fonctions de ces derniers.) 8° *Les glandes de la vésicule biliaire de l'homme*; par le professeur Luschka. 9° *Observations tirées de la clinique du docteur Pfeufer, semestre d'hiver* 1856-57; *pneumonies*; par le docteur Metzger. 10° *Sur la théorie de la sensation*; par le docteur Wundt. (Premier mémoire sur la physiologie du sens du toucher.) 11° *Sur la quantité d'eau que renferme la substance cérébrale dans le typhus*; par le professeur Buhl. (L'auteur croit avoir trouvé un rapport entre la quantité d'eau que contient la substance cérébrale et l'intensité des symptômes cérébraux.)

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE JEUNE ÉTAT ET SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA LINGUATULE (PENTASTOMA TÆNIOÏDES); par le professeur Leuckart.

M. Leuckart est du nombre des zoologistes qui ont répandu le plus de lumière sur les migrations et sur les métamorphoses des vers intestinaux.

Voici les résultats les plus saillants de ses recherches sur le pentastome ou linguatule.

Ce ver, que l'on trouve dans les fosses nasales et dans les sinus frontaux du chien, du loup, etc., passe son jeune âge dans le lapin et dans d'autres mammifères et habite ordinairement le poumon et le foie; quelquefois il se trouve aussi dans l'homme.

Dans ses métamorphoses, ce ver passe par quatre états : celui d'embryon muni d'un appareil perforateur et de crochets, celui de kyste dans lequel il est immobile, celui de larve (le *pentastoma denticulatum*) et l'état parfait.

Son cycle de développement dure environ un an, dont la moitié est consacrée à la formation de la larve.

L'embryon et la larve ont des organes transitoires de locomotion qui permet les migrations du ver, soit dans l'animal même où il séjourne, soit dans un autre animal.

Du reste, la première migration de ces parasites est passive, les œufs munis d'embryons mûrs pouvant être mêlés aux aliments et pénétrer avec eux dans le tube digestif.

SUR LES MODIFICATIONS DE L'IRRITABILITÉ PAR DES COURANTS FERMÉS, ET SUR LES ALTERNANCES VOLTAÏQUES; par J. Rosenthal.

L'auteur a étudié, par de nombreuses expériences, l'action des courants constants sur les nerfs moteurs, les muscles et les nerfs sensitifs. En réunissant toutes ses observations et celles d'autres physiologistes, il est arrivé à en déduire la formule suivante, qu'il regarde comme une loi générale exprimant tous les faits connus :

« Chaque courant constant qui agit sur un nerf (moteur ou sensible) ou sur un muscle, produit sur ce nerf ou sur ce muscle un effet tel que l'ouverture du courant ou la fermeture du courant contraire détermine une violente secousse, tandis que la fermeture du premier courant et l'ouverture du dernier suspendent l'excitation produite ou restent sans effet; dans les deux cas, la fermeture produit une action plus énergique que l'ouverture correspondante. »

Parmi les faits qui viennent à l'appui de cette formule générale, nous citerons les suivants :

Si une préparation nervo-musculaire possède encore un haut degré d'excitabilité, et que l'on vienne à faire passer par le nerf un courant constant, il arrive que lorsqu'on ouvre le courant après l'avoir laissé fermé pendant quelque temps (deux minutes à une heure et davantage), le muscle devient tétanique; c'est ce qu'on appelle le tétanos de Ritter, du nom de celui qui l'a découvert.

Si, pendant la durée du tétanos, on ferme le courant dans la même direction, il y a immédiatement repos, tandis que si on le ferme dans une direction opposée, l'état tétanique devient plus prononcé.

Lorsqu'après l'ouverture du courant primitif, le tétanos diminue de force, on peut le reproduire en fermant momentanément et en ouvrant de nouveau dans la même direction ou en fermant dans une direction opposée; il se reproduit aussi quand même il a déjà cessé, si l'on ouvre momentanément et qu'on ferme ensuite dans cette dernière direction.

D'un autre côté, le tétanos produit par un courant peut être diminué par la fermeture d'un courant plus faible dans la même direction, comme la fermeture de ce courant plus faible dans une direction opposée peut reproduire le tétanos, quand même il aurait cessé.

SUR LES GLANDES DE LA VÉSICULE BILIAIRE DE L'HOMME; par le professeur Luschka.

L'auteur rappelle que plusieurs anatomistes ont nié l'existence de ces glandes chez l'homme, et dit qu'en effet on en trouve à peine trois à quatre amas glanduleux dans certaines vésicules biliaires. L'auteur aurait pu ajouter que ces glandes sont très-belles et très-visibles dans le foie du porc (1).

Quoi qu'il en soit, M. Luschka les décrit avec soin. Pour les voir, dit-il, il faut détacher la muqueuse avec le tissu cellulaire sous-muqueux et la rendre transparente par l'acide acétique, puis l'appliquer sur une lame de verre et la regarder par transparence. On distingue alors des corps arrondis et aplatis, d'un millimètre environ. Ces corps sont des glandes ramifiées dont les tubes renferment une substance granuleuse. Quelquefois les glandes sont remplacées par des kystes; l'auteur regarde ceux-ci comme le résultat d'une dégénérescence des glandes elles-mêmes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

NOUVELLES OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LES HÔPITAUX DE MILAN SUR L'UTILE EMPLOI DU MÉLANGE DÉSINFECTANT DE MM. CORNE ET DEMEAUX; lettre de M. le maréchal Vaillant à M. le président de l'Académie.

Quartier général de Milan, le 16 août 1859.

Je vous ai demandé la permission de vous tenir au courant des expériences tentées sur les blessés autrichiens restés à Milan, à l'aide du topique Corne-Demeaux. Voici ce que m'écrit, en date du 16 courant, M. le docteur Cuveiller, dont j'ai eu l'honneur de vous envoyer un premier rapport le 3 de ce mois :

« Monsieur le maréchal,

» D'après vos ordres, et conformément aux instructions laissées par M. le baron Larrey, la poudre de coal-tar a été employée dans les hôpitaux de Milan, où se trouvaient des blessés atteints de plaies frappées de gangrène et de pourriture d'hôpital. Les premières applications du topique, soit en poudre, soit en pommade, ont commencé le 1er août : les résultats immédiats ont été très-favorables, et les propriétés désinfectantes du topique ont été constatées sur plus de vingt blessés traités par plusieurs médecins. Il a été en outre constaté que, sous l'influence de cette préparation et d'un bon régime, les plaies, d'abord désinfectées, se sont ensuite modifiées, et que l'aspect de la plupart d'entre elles s'est amélioré en peu de jours. On n'a dû cesser de faire usage du topique désinfectant que lorsque les plaies,

(1) Voir la mention qui en a été faite dans mon mémoire sur le foie (Mém. de l'Acad. de méd., t. XVII).

ramenées dans des conditions normales, ont pu ressentir l'action des médicaments ordinairement employés pour favoriser la marche de la cicatrisation.

» Vingt observations recueillies dans les hôpitaux de Milan mettent ces conclusions hors de doute. »

— M. Burdet adresse, de Vierzon, une note concernant l'essai qu'il a fait de divers mélanges désinfectants au point de vue tant de la thérapeutique chirurgicale que de l'hygiène publique et de l'économie rurale.

Après avoir constaté, dans de premières expériences, les bons effets obtenus du mélange proposé par MM. Corne et Demeaux, l'auteur de la note a essayé d'autres mélanges et a été conduit à reconnaître qu'on peut obtenir une action désinfectante au moyen de toute poudre absorbante unie en proportions convenables à une huile empyreumatique. Le mélange qui lui a semblé réunir le plus complétement les qualités désirées est celui qu'il a préparé avec de la marne pulvérisée et du goudron végétal.

La note de M. Burdet est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour les diverses communications relatives aux mélanges désinfectants.

— M. Boinet, à l'occasion d'un mémoire récent de M. Marchal de Calvi sur l'emploi de l'iode comme désinfectant et antiseptique, rappelle qu'il a depuis bien des années appelé l'attention des médecins sur ce sujet. « On trouvera, dit-il, dans plusieurs de mes publications, et particulièrement dans mon Traité d'iodothérapie, la preuve que, depuis 1840, j'ai signalé d'une manière toute spéciale les propriétés antiseptiques de l'iode, qui j'ai montré que ce métalloïde, soit en poudre, en teinture ou en solution aqueuse, avait la puissance d'enlever instantanément la mauvaise odeur du pus, de rendre louable et de bonne nature celui qui était sanieux et fétide, de favoriser la cicatrisation des ulcères, de modifier les sécrétions contagieuses et d'y détruire le virus, etc. (Renvoi à l'examen des commissaires désignés pour le mémoire de M. Marchal de Calvi : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

— M. Cl. Bernard présente, au nom de l'auteur, M. Virchow (de Berlin), une note sur le *Trichina spiralis*.

Note sur un nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens ; par M. Maisonneuve.

(Commissaires : MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

La position profonde des polypes naso-pharyngiens, la presque impossibilité de les saisir par les voies naturelles, a depuis longtemps inspiré aux chirurgiens l'idée de créer, à travers les tissus de la face ou du palais, une voie artificielle qui permît d'arriver au siége de leur implantation.

C'est ainsi que Manne, en 1747, incisait le voile du palais dans toute sa longueur ; qu'en 1840, M. Flaubert fils pratiquait l'extirpation de l'os maxillaire supérieur tout entier ; qu'en 1849, M. Nélaton, prenant le milieu entre ces deux méthodes, combinait l'incision de Manne avec l'excision de la voûte palatine. Toutes ces opérations, que j'ai moi-même en plusieurs fois l'occasion d'exécuter avec succès, ont certainement rendu et rendront encore de grands services. Mais il n'en pas moins vrai que par elles-mêmes elles constituent des opérations graves, susceptibles parfois de compromettre la vie ou d'entraîner des difformités pénibles. En effet, chacun sait que, malgré les progrès remarquables de la médecine opératoire, la resection de l'os maxillaire supérieur est loin d'être chose indifférente, et que, dans la division complète du voile du palais, la staphylorafie ne parvient pas toujours à donner des résultats irréprochables.

Frappé de ces considérations, j'ai pensé qu'il était des circonstances nombreuses où une opération beaucoup plus simple et beaucoup plus innocente, que je désignerai sous le nom de *boutonnière palatine*, pourrait parfaitement suffire pour remplir toutes les indications.

En effet, en bornant l'incision du voile du palais à une simple boutonnière qui, de la voûte osseuse, se prolonge plus ou moins près de la base de la luette, on a une ouverture très-suffisante pour saisir les tumeurs polypeuses, et pour les entraîner, en tout ou en partie, dans l'intérieur de la bouche, où il devient alors facile d'en faire l'excision ou la ligature. La grande élasticité des tissus qui forment le pourtour de la boutonnière se prête, à cet égard, à toutes les exigences. D'un autre côté, quand l'extirpation de la tumeur est terminée, le voile du palais, dont le bord inférieur est resté intact, a, par ce seul fait, une tendance naturelle à reprendre sa forme, et c'est à peine si, pour clore l'ouverture artificielle, il est besoin de pratiquer un point de suture.

Avant d'avoir vu pratiquer cette opération, il est difficile d'avoir une idée nette de sa promptitude et de sa facilité. On ne peut vraiment rien voir de plus simple, ainsi que cela ressort de l'observation suivante.

Parain (Nicolas), âgé de 21 ans, couvreur, entra le 12 août 1859 à l'hôpital de la Pitié pour y être traité d'un polype naso-pharyngien dont il souffrait depuis deux ans. Ce polype, dont un prolongement pénétrait dans la fosse nasale droite, déprimait assez fortement le voile du palais et proéminait dans l'arrière-gorge, où on pouvait l'apercevoir quand le malade ouvrait fortement la bouche. En explorant avec le doigt, on reconnaissait que la tumeur était libre en arrière, ainsi que du côté gauche, et que l'insertion de son pédicule avait lieu sur la paroi latérale droite du pharynx.

Dans ces conditions, il était évident que l'extirpation par les fosses nasales était à peu près impossible; d'une autre part, la tumeur était trop profondément située dans la partie supérieure du pharynx pour que l'on pût songer à la saisir directement derrière le voile du palais. Il ne restait donc plus qu'à recourir au procédé de Manne, lequel consiste, comme on sait, à fendre ce voile dans toute sa hauteur, pour mettre la tumeur à découvert et la saisir plus facilement.

C'est en effet à ce procédé que je me proposais d'avoir recours, tout en regrettant l'inconvénient assez grave de la mutilation qu'il entraîne, quand l'idée me vint de substituer à cette division complète une simple boutonnière verticale. Portant donc la pointe de mon bistouri sur la partie la plus antérieure du voile du palais, j'incisai d'un seul trait cette cloison, jusqu'à un demi-centimètre de la base de la luette, puis, avec des pinces de Museux, j'allai saisir le polype, et l'attirai doucement à travers l'ouverture, dont le pourtour, élastique et souple, se prêta facilement à cette manœuvre. Le polype se trouvait donc ainsi transporté du pharynx dans la bouche, et pédiculé pour ainsi dire par l'anneau musculaire que formait le voile du palais. Le reste de l'opération devenait dès lors d'une extrême simplicité. En effet, prenant mon constricteur de trousse, lequel est armé d'un simple fil de fer d'un millimètre et demi de diamètre, je disposai celui-ci en forme d'anse et je saisis le polype. Après quelques tours donnés à la vis pour diminuer la largeur de l'anse, celle-ci fut poussée doucement à travers l'ouverture palatine, de manière à venir saisir le pédicule à son point d'insertion dans le pharynx, puis la constriction étant portée à l'extrême, la tumeur se détacha sans écoulement de sang.

Après cette opération, qui dura à peine quelques minutes, je me bornai à pratiquer sur le milieu de la boutonnière un simple point de suture, sans autre instrument qu'une aiguille courbe de petite dimension, et la nouvelle pince à anneaux de M. Charrière, laquelle est sans contredit le meilleur des porte-aiguilles.

Aucun accident ne suivit cette opération.

Dès le premier jour, le malade put manger facilement des potages et des soupes, et le quatrième jour, 17 août, la cicatrisation étant complète, le malade sortit de l'hôpital.

Examen de la tumeur. — La tumeur, de nature fibro-vasculaire, représente assez bien la forme d'une main d'enfant, dont le pouce et les deux derniers doigts seraient fermés. La partie la plus épaisse était celle qui adhérait à la paroi latérale du pharynx. La plus mince, de couleur violacée, pendait derrière le voile du palais.

— M. Horarinow lit un mémoire sur plusieurs questions d'histoire naturelle et de médecine, avec l'indication de ses travaux antérieurs et de ses publications sur ces différents sujets.

Ce mémoire, trop étendu pour être reproduit *in extenso* et peu susceptible d'être analysé, a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Duméril, Serres, Dumas, Andral et Rayer.

— M. Latz adresse de Borken (Prusse) une note sur le choléra-morbus. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Le rapport de M. Mialet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gourdon (Lot), sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville en 1855. (Comm. des épidémies.)

2° Un mémoire descriptif d'un nouvel appareil de bains de l'invention de madame Julienne (de Paris). (Comm. : M. Poiseuille.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Antonio da Luz Pitta, qui sollicite le titre de correspondant étranger.

2° Une lettre de M. Ruhmkorff, en réponse aux réclamations portées devant l'Académie par MM. Marié-Davy et Benoît. (Renvoyée à M. Gavarret.)

3° Une note de M. le docteur Follet et de M. A. Rigault (d'Amiens), licencié ès sciences physiques, sur l'emploi du désinfectant Corne et Demeaux. (Renvoyée à M. Velpeau.)

— M. le Président annonce que M. le docteur Pagenkopff, médecin en chef de l'hôpital des ouvriers de Moscou, assiste à la séance.

Rapport. — Médicaments nouveaux.

M. Robinet donne lecture, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, de plusieurs rapports sur des médicaments nouveaux, dont les conclusions négatives sont adoptées par l'Académie.

Lecture.

M. Voisin lit un chapitre du deuxième volume, encore inédit, de son ouvrage intitulé : Analyse de l'entendement humain ; quelles sont ses facultés ; quel en est le nom ; quel en est le nombre ; quel en doit être l'emploi?

Ce deuxième volume est relatif *à l'homme considéré comme être normal*,

Le chapitre qu'en détache M. Voisin a pour titre : *Ambition ; désir de plaire ; vanité ; amour de l'approbation ; amour de la gloire, etc.* (Comm. : MM. Fabret, Ferrus, Baillarger.)

— La parole est donnée à M. Bouvier pour reprendre la discussion sur la chorée.

DISCUSSION SUR LA CHORÉE.

M. BOUVIER : Je souhaite vivement que l'Académie veuille bien me pardonner de revenir sur une discussion close. Je comptais demander la parole beaucoup plus tôt ; j'en ai été empêché par différentes circonstances. J'ai pensé néanmoins qu'il n'y avait pas prescription dans l'espèce, et que les loisirs de l'Académie dans cette saison me permettaient d'occuper aujourd'hui sans grand inconvénient quelques-uns de vos instants.

On se souvient que le 5 juillet dernier, notre honorable collègue M. Blache a lu un rapport, qui a été fort goûté, sur un travail de M. Marié relatif *à l'état mental dans la chorée.* Cette lecture a été suivie d'une discussion entre MM. Trousseau, Blache et Piorry. C'est sur quelques points de cette discussion que je désire vous présenter de courtes observations.

Je ne dirai rien de la question principale, des troubles de l'intelligence dans la chorée, si ce n'est que je m'associe pleinement aux éloges et aux critiques contenues dans le rapport de M. Blache.

Mais d'autres questions ont surgi dans le court débat qui a eu lieu. Notre savant collègue M. le professeur Trousseau a reproché à l'honorable rapporteur d'avoir désigné l'affection dont il s'agissait sous le nom *générique* de *chorée*, au lieu de s'être servi de l'expression *spécifique* de *danse de Saint-Guy.*

L'expression *danse de Saint-Guy*, suivant M. Trousseau, ne s'appliquerait qu'à une espèce d'un genre d'affection qui en comprendrait beaucoup d'autres, et c'est pour ce genre, pour ce groupe d'espèces morbides, que l'on devrait réserver le nom de *chorée*.

Or, a ajouté notre collègue, la maladie dont il s'agit dans le mémoire de M. Marié, ainsi que dans le rapport de M. Blache, est celle qu'on a décrite et désignée *depuis bien des siècles* sous le nom de *danse de Saint-Guy, choræ Sancti Viti.*

Si je ne me trompe, il y a dans l'allocution de M. Trousseau une innovation de langage et une innovation de doctrine nosologique, et puis, le dirai-je, il y a encore autre chose : il y a un petit bouleversement historique. Permettez-moi de développer rapidement ces trois points.

1° Il y a une innovation de langage.

C'est en 1810 que le mot *chorée* fut introduit dans la langue médicale par un respectable médecin octogénaire, par Bouteille, dans son ouvrage intitulé : TRAITÉ DE LA CHOREE *ou danse de Saint-Guy.* L'auteur, vous le voyez, présentait cette expression comme synonyme de *danse de Saint-Guy.* Ce mot *chorée*, dérivé du mot latin *chorea* et du grec χορεία (danse), fit fortune. Dans les auteurs qui suivirent, ce mot se substitua peu à peu à l'expression *danse de Saint-Guy.* Ce fut un succès à faire envie à notre collègue M. Piorry. Dans les traités généraux, dans les articles de dictionnaires, dans les monographies, dans les journaux, dans les cliniques, dans le langage des académies, de l'enseignement, de la pratique, tout le monde se mit à appeler, comme Bouteille, la danse de Saint-Guy *la chorée* ; tout le monde à une exception près. Cette exception n'est pas bien ancienne ; elle remonte à moins de trois ans. En 1857, la GAZETTE DES HÔPITAUX publia trois leçons de notre collègue M. Trousseau sur la chorée. Jusque-là, veuillez le remarquer, notre honorable collègue avait parlé comme tout le monde. En 1855, dans une autre de ses leçons sur le même sujet, la maladie est nommée partout *chorée* ; nulle part ce n'est la *danse de Saint-Guy* (1). Dans la thèse remarquable de M. Moynier, élève distingué de M. Trousseau, thèse volumineuse, soutenue dans la même année 1855, c'est à peine si l'auteur, excepté à l'article *Diagnostic*, emploie une ou deux fois l'expression *danse de Saint-Guy.* Mais une nouvelle doctrine, une nouvelle nomenclature se font jour dans les trois leçons de 1857. Le professeur, M. Trousseau, voit cette fois des *danses* partout ; il les appelle toutes des *chorées*, et pour distinguer dans ce chaos la chorée vraie, il ne trouve rien de mieux que de réhabiliter le nom de *danse de Saint-Guy*, et d'en restreindre le sens, en faisant de l'expression collective *chorée* un nom de genre commun à toutes les *danses* de la pathologie. C'est cette nomenclature, c'est cette doctrine que notre collègue a reproduite devant nous il y a un mois....

S'il faut être sévère pour le néologisme lorsqu'il consiste dans la création de mots nouveaux, on ne doit pas se montrer plus facile quand il détourne les mots anciens de leur acception reçue.

Le néologisme de mon honorable collègue, dans cette circonstance, est-il nécessaire, est-il utile? La réponse à cette question se trouve dans ce qui me reste à dire.

2° Il y a dans les assertions de M. Trousseau une innovation de doctrine nosologique. Pour constituer son genre des *chorées*, il lui a donné une extension qui est en opposition avec les principes nosologiques universellement admis.

Ainsi notre collègue range parmi les chorées le tarentisme, la choréomanie hystérique, le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, la *paralysie agitans*, et jusqu'à l'ataxie locomotrice progressive. C'est là assurément une innovation. Est-elle heureuse? Cela aurait besoin, je crois, d'être démontré... Il n'y a véritablement, dans l'état actuel de la science, que deux formes principales de chorée : 1° la chorée commune ou vulgaire, gesticulatoire ; 2° la chorée rhythmique, consistant en une suite de mouvements irrésistibles, mais réguliers, coordonnés et non désordonnés.... et tout le monde sait que, quand on dit *la chorée*, sans ajouter à ce nom une épithète, qu'il s'agit de l'espèce ordinaire ; aussi M. Blache a-t-il en raison de se conformer à l'usage dans la dénomination qu'il a choisie.

Je crois avoir montré l'inutilité de la réforme proposée par M. Trousseau. J'irai plus loin ; je soutiens que cette réforme serait nuisible, parce qu'elle rompt avec le passé, parce qu'elle est en désaccord avec la vérité historique, parce qu'elle consacre, en l'aggravant, une erreur de langage introduite par Sydenham.

Ceci m'amène à mon troisième et dernier point.

Il y a, ai-je dit, dans les propositions émises par M. Trousseau, un petit bouleversement historique.

En effet, notre collègue a dit ceci : « De quelle espèce de chorée s'agit-il donc? De celle qu'on a décrite et désignée *depuis bien des siècles* sous le nom de *danse de Saint-Guy?* »

M. Bouvier entre ici dans des considérations historiques étendues qu'il déclare emprunter en grande partie aux travaux de M. Sée et à un mémoire de M. le docteur Roth (DE LA MUSCULATION IRRÉSISTIBLE. Paris, 1850).

Il faut, dit-il, distinguer deux périodes dans l'emploi de l'expression *danse de Saint-Guy* : .

1° La première période comprend deux siècles, le seizième et la presque totalité du dix-neuvième. Elle commence à Paracelse, qui a parlé le premier de la *chorea Sancti Viti*, et elle finit à Sydenham. Consultez tout ce qui a été écrit sur cette *danse*, dans cet espace de deux cents ans, par Paracelse lui-même, par Schenk (de Graffenberg), par les deux Camerarius, par Félix Plater, par Horst, Sennert, Willis, et vous vous convaincrez que personne, à cette époque, n'entendait par *danse de Saint-Guy* l'affection que nous connaissons aujourd'hui sous ce nom, mais bien une véritable choréomanie.

Ne croyez pas pour cela que notre chorée vulgaire fût alors inconnue, comme on l'a prétendu. Dès le quinzième siècle, Beniveni (de Florence) en avait publié un cas, et les exemples de la véritable affection gesticulatoire se multiplièrent dans les deux siècles suivants. Willis en parle même d'une manière générale, comme d'une maladie qu'il avait vue un certain nombre de fois. Mais on n'avait pas de nom particulier pour désigner cette névrose. Les uns en faisaient une épilepsie gesticulatrice, saltatoire, les autres un tremblement ou un genre de convulsion. On ne pouvait songer d'ailleurs à y voir la *chorea Sancti Viti.*

2° La deuxième période commence à Sydenham, dans les écrits duquel on trouve, pour la première fois, notre chorée actuelle décrite sous le nom de *chorea Sancti Viti.* Cependant Sydenham ne croyait pas innover... Il est probable qu'il s'est trompé sur le sens de cette expression. Au surplus, que Sydenham soit l'auteur de cette méprise, ou qu'il n'ait fait que la partager, il n'a pas moins le tort de l'avoir commise et, qui plus est, propagée ; car la seule autorité de son nom pouvait avoir assez de crédit pour la répandre.

Après Sydenham, le nouveau nom de l'affection gesticulatoire passa peu à peu dans les écrits des médecins du dix-huitième siècle. Quelques-uns des plus savants continuèrent pourtant de prendre les mots *chorea Sancti Viti* dans leur acception primitive. On vit ainsi la même acception prise dans deux sens très-différents, ce qui était peu propre à faciliter l'intelligence des auteurs. Cette double signification fut consacrée par Sauvages...

Il arriva ensuite qu'on perdit de vue la première signification du mot ; on crut que Sydenham et ses prédécesseurs avaient parlé de la même maladie sous le même nom, et la description de la chorée devint le plus étrange imbroglio que la pathologie ait jamais fourni.

Cette confusion est surtout remarquable dans l'ouvrage de Bouteille, qui a soixante ans ; mais elle se retrouve encore dans la thèse de M. Moynier....

M. Trousseau lui-même, en disant que la chorée proprement dite, la chorée gesticulatoire, est décrite et désignée *depuis bien des siècles* sous le nom de *danse de Saint-Guy*, ne montre-t-il pas que l'erreur de Sydenham a étendu son influence jusqu'à lui?

Maintenant, qu'adviendrait-il si, comme le veut notre éminent collègue, au lieu de regarder l'expression *danse de Saint-Guy* comme synonyme de *chorée*, on la réservait exclusivement pour la chorée vulgaire? Il adviendrait que la tradition de l'ancienne *chorea Sancti Viti* se perdrait de jour en jour davantage, que les deux maladies désignées successivement par ces mots seraient encore plus aisément confondues ; que la lumière qui commence à se faire, loin de briller d'un éclat plus vif, tendrait à pâlir et à s'éteindre de nouveau ; enfin, que l'histoire de la chorée, déjà assez obscure par elle-même, le deviendrait encore plus par l'effet d'un simple vice de langage.

Je me résume :

1° M. Blache n'a pas eu tort d'appeler *chorée*, et non *danse de Saint-Guy*, l'affection qui fait le sujet du mémoire de M. Marcé.

2° Cette appellation n'a pas empêché et ne pouvait empêcher M. Blache de faire les distinctions nécessaires pour apprécier convenablement les observations de M. Marcé.

3° Toutes les danses morbides ne sont pas des chorées ; on ne reconnaît généralement aujourd'hui que deux espèces de chorée : la gesticulation, qui est la chorée proprement dite, ou chorée vulgaire, et la rhythmique, qui en

(1) UNION MÉDICALE, 7 juillet 1855.

diffère en ce que les mouvements, également irrésistibles, ne sont pas *désordonnées*.

4° Il n'y a point d'avantage pour le langage médical à faire de la chorée un genre dont la danse de Saint-Guy serait une espèce; il est même préférable de continuer à regarder ces deux expressions comme synonymes, en se servant principalement de la première.

5° Deux maladies différentes ont été appelées successivement *danse de Saint-Guy*. La première est la *chorea Sancti Viti* antérieure à Sydenham; c'est une choréomanie; notre chorée vulgaire, connue dès cette époque, n'avait pas reçu de nom particulier. La seconde est la danse de Saint-Guy, de Sydenham, qui répond à notre chorée vulgaire.

6° Faute d'avoir fait cette distinction, les auteurs ont souvent rapporté, à tort, à l'une des deux maladies, ce qui n'appartient qu'à l'autre.

7° L'application exclusive du nom de *danse de Saint-Guy* à la chorée vulgaire tendrait à perpétuer cette confusion.

— M. Trousseau prendra la parole dans la prochaine séance, pour répondre à M. Bouvier.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DES BIZARRERIES, SINGULARITÉS ET MANIES DE L'ESPRIT HUMAIN AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE LÉGALE. — RÉFLEXIONS PHYSIOLOGIQUES SUR LES ATTENTATS AUX MOEURS PORTÉS DEVANT LES TRIBUNAUX; par le docteur J. DUMONT, professeur à l'École préparatoire de médecine d'Angers, médecin de la prison cellulaire de cette ville, etc.

Ceux qui pensent que Paris absorbe à son bénéfice tout le mouvement intellectuel de la France, qu'on ne travaille qu'à Paris, et qu'un centre aussi puissant, aussi richement doté sous tant de rapports, doit nécessairement effacer les villes de moindre importance qui rayonnent autour de la capitale, ceux-là se trompent, et il suffit de jeter un coup d'œil sur les journaux de médecine des départements, sur les recueils annuels des sociétés savantes que l'on compte en grand nombre, non pas seulement à Lyon, à Bordeaux, à Toulouse, à Nantes et à Lille, mais même dans des cités de moindre importance, comme Angers, Tours, Poitiers, Clermont, Reims et Nancy. On se convaincra bien vite que l'activité de nos confrères de province n'a jamais été plus grande qu'en ce moment, que chacun travaille à l'envi, et que nos journaux de médecine parisiens auraient fort à faire s'ils tenaient absolument à donner à leurs lecteurs un simple aperçu des publications que fournit la presse départementale.

Si l'on n'a pas souvent à signaler un ouvrage de la portée du COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE de M. le professeur *Gintrac* (de Bordeaux), on peut trouver, dans des productions d'une moindre importance, un bon argument en faveur du zèle des médecins qui se trouvent à la tête de certains services spéciaux, et signaler d'utiles recherches, de fructueux rapports dus à des hommes qui savent tirer parti des circonstances au milieu desquelles la confiance de l'autorité les a placés.

L'École préparatoire de médecine d'Angers a fourni beaucoup de travaux intéressants. Son directeur actuel, M. Négrier, est connu par des savantes recherches sur les ovaires et leurs fonctions et sur certaines parties de l'art des accouchements, ainsi que par l'introduction, dans la thérapeutique, des feuilles de noyer dont les scrofuleux se trouvent si bien; M. Mirault a publié des mémoires d'un haut intérêt sur quelques points de médecine opératoire; on doit à M. le docteur Ad. Lachèse d'intéressants travaux sur les empoisonnements, sur les plaies par armes à feu, sous le rapport médico-légal, et enfin voici M. le docteur Dumont qui nous fournit une nouvelle occasion de rendre justice à ces travailleurs zélés qui ne perdent aucune occasion d'ajouter à nos connaissances sur des sujets dont la nature spéciale rend l'étude difficile.

Nous voulons donc appeler l'attention sur des opuscules dignes d'intérêt et qui prouvent que leur auteur, bien que sur un théâtre restreint, a recueilli des faits instructifs et a su en induire des conséquences pratiques d'une valeur incontestable.

Certes, après les importants travaux de M. Tardieu sur les attentats aux mœurs, il est difficile de dire quelque chose de neuf sur ce sujet délicat; mais on conviendra du moins qu'il est bon de multiplier les points de comparaison et de fournir aux médecins légistes le plus grand nombre possible de faits servant de base à des jugements d'où dépend la liberté des personnes incriminées, l'honneur des familles et la réputation du médecin appelé à donner son avis sur des crimes que la justice punit si sévèrement.

Les relevés annuels du mouvement des cours et tribunaux montrent dans toute sa nudité la plaie honteuse qui dévore le corps social; on n'ose avouer que les jurys consacrent la moitié de leurs sessions à juger à huis clos des affaires dans lesquelles l'attentat à la pudeur tient le premier rang. Et quand on songe qu'un grand nombre de ces affaires sont arrêtées prudemment par les commissaires de police chargés des premières enquêtes, que d'autres ne dépassent pas le cabinet des juges d'instruction ou la chambre des mises en accusation, on se demande ce que vaut en réalité cette civilisation dont nous sommes si fiers, et jusqu'à quel point sont salutaires la crainte du Code, les récompenses promises à la vertu et l'enseignement moral que prodiguent les ministres de toutes les religions de l'Europe centrale.

Les médecins qui voient l'homme de plus près, qui sont dans la confidence des mouvements tumultueux des passions, qui étudient les appétits organiques de leurs clients et qui savent à combien de naufrages sont exposés ceux dont la vertu est le plus vantée, les médecins ont une singulière tendance à considérer comme malades des individus que les magistrats traitent avec une sévérité qui ne paraît que juste aux yeux de ceux dont tous les honnêtes instincts se révoltent à l'aspect de certains crimes qui se reproduisent trop souvent pour l'honneur de l'humanité. On nous a reproché de vouloir substituer l'hôpital au bagne, et d'envoyer aux asiles pour les fous ceux que réclamait l'échafaud. Il fut un temps où les consultations les plus savantes, les mieux motivées de nos plus habiles aliénistes étaient considérées comme le résultat vicié d'une idée paradoxale, et où les procureurs généraux n'admettaient pas qu'un homme pût commettre un crime sous l'influence d'une monomanie passagère. Il a fallu que des circonstances mémorables vinssent mettre dans tout son jour la réalité de ces états pathologiques, et inspirassent aux magistrats une salutaire défiance des doctrines absolues que soutenaient naguère les membres du parquet les plus accrédités. Aujourd'hui que moins de sévérité préside en général à l'administration de la justice, quand les tribunaux ont appris à compter pour beaucoup l'opinion éclairée et consciencieuse d'un grand nombre de médecins versés dans l'étude des maladies mentales, on a moins souvent à regretter des condamnations qui tombent à faux, car elles frappent des individus dont le sentiment moral est pour ainsi dire oblitéré.

M. Dumont a rencontré non-seulement dans les prisons, mais encore dans le monde, des hommes qui, coupables, n'ont pas été accusés et punis, parce que la victime n'avait pas eu conscience du viol commis sur elle; d'autres qui ont été accusés et presque condamnés, bien que la femme se soit plainte d'un attentat imaginaire; il a vu des enfants en proie à une sorte d'érotomanie, un petit garçon de 8 ans, impubère, *séduisant*, comme il le disait, toutes les petites filles qu'il pouvait atteindre; une petite fille produisant sur ses organes génitaux tous les désordres physiques qu'on aurait pu attribuer à l'action d'un homme vigoureux, et qui avouait s'être ainsi martyrisée volontairement en introduisant dans son vagin une grosse seringue à injection dont se servait sa mère. Des faits de ce genre sont bons à connaître: ils éclairent le médecin et la justice, ils jettent une vive lumière sur des actes ténébreux qui ne tombent pas sous la juridiction humaine, et montrent que quelquefois de prétendus crimes ne sont autre chose que le symptôme d'une maladie qui rentre tout à fait dans nos attributions.

En exposant avec toute la discrétion convenable des faits si propres à rendre circonspects les médecins chargés de faire un rapport sur ces attentats, M. Dumont n'a pas voulu dire qu'ils fussent rares, et en indiquant combien les archives de la cour d'assises d'Angers sont riches en crimes analogues, il a fait ressortir la nécessité de se livrer à une enquête rigoureuse sur toutes les circonstances capables de conduire à la vérité. Cette circonspection, qui seule a sauvé de la honte des personnes véritablement innocentes, bien que toutes les présomptions leur fussent contraires, cet examen scrupuleux du médecin légiste est la vraie conséquence d'un opuscule aussi bien écrit que sagement pensé, et nous croyons que nos confrères les plus habitués à ces matières délicates partageront la manière de voir de notre auteur. Les aliénistes qui observent dans les maisons centrales, non plus seulement des accidents passagers, comme on en trouve dans le monde, mais des formes absolues, un état pour ainsi dire concret, où l'homme a perdu toute conscience de ses actions et n'obéit plus qu'à des instincts impérieux, les hommes comme MM. Falret, Voisin, Baillarger, Moreau (de Tours) trouveront dans les faits cités par M. Dumont la confirmation des sages doctrines qu'ils ont fait prévaloir et qui servent de base à la plupart des jugements que prononcent les magistrats modernes. Tout en faisant la part des diverses influences exercées par

l'éducation, l'exemple, l'hérédité, tout en tenant compte du plus ou moins de liberté d'esprit qui est le partage de certains individus, les médecins observateurs ne refuseront jamais de reconnaître en quoi tel homme est vraiment coupable, et lui laisseront la responsabilité de ses actes. Il faut le dire à l'honneur de notre profession, la magistrature accepte volontiers notre arbitrage en ces circonstances singulières; elle sait notre aptitude à reconnaître des états pathologiques qui ne se traduisent que par des symptômes difficiles à constater; elle remet entre nos mains le soin de dire s'il y a eu crime, si le coupable est responsable, ou si la justice, en se récusant, doit nous le confier pour tenter sa guérison.

M. Dumont a étudié avec un soin non moins grand un autre chapitre de la psychologie pathologique. Les bizarreries, les singularités et les manies de l'esprit humain sont en quelque sorte le point de départ de tous les états morbides de notre pauvre intelligence; et quiconque a jeté un coup d'œil persévérant sur son prochain (nous pouvons bien ajouter sur soi-même) aura bientôt compris que la raison, si fière de son propre équilibre, peut, dans bien des cas, osciller sur sa base, chanceler au moindre choc et tomber à plat, ne laissant à son orgueilleux possesseur que la honte de sa chute et le regret des folies qui en ont été la conséquence. Il ne s'agit pas ici des passions qui sont une folie passagère, mais bien de ces tendances à sortir de la voie logique et régulière que suit la foule. Il est des hommes (et qui n'en a pas rencontré dans la société?) qui n'aiment que le côté paradoxal des choses, qui, dans un raisonnement, saisissent les points extrêmes et fuient les conséquences légitimes. D'autres n'ont pas seulement cette sorte d'infirmité de la pensée, ils se livrent à des actes excentriques; étrangers au mouvement de pudeur que l'on ressent quand on n'agit pas comme tout le monde, ils se complaisent en ces bizarreries, s'en font gloire, et finissent par s'isoler afin de satisfaire leurs penchants désordonnés.

Parmi les personnes qui offrent ce triste spectacle à l'œil de l'observateur, il en est beaucoup qui dépassent ces limites et qui commettent des actions dont la justice va leur demander compte. Tout ce que nous venons de dire relativement aux attentats à la pudeur, s'applique à la manie du vol, à certaines violences homicides qui, comme celles sur lesquelles M. Alph. Devergie a appelé l'attention, sont le résultat d'un délire passager, subit, et ne peuvent être justement déférées aux tribunaux. M. Dumont raconte un fait de ce genre qui confirme la thèse du savant médecin légiste dont nous venons de parler. Un homme d'un esprit faible est violemment excité par une croyance fausse; il tue tout à coup un de ses parents, sans avoir la conscience de cet acte, et le fait ~~paraît~~ si évident aux yeux des juges, que le coupable ne fut pas même mis en jugement. Cet individu offrait un de ces caractères bizarres, mélange de crédulité timide, d'exaltation passagère, de tristesse habituelle, il avait en lui tous les éléments capables de s'enflammer subitement, de donner lieu à une explosion violente; mais le coup porté, il retombait dans son apathie morale et se souvenait à peine de la tempête qui avait ébranlé son esprit.

Quelles mesures doit-on prendre à l'égard de ceux qui cèdent ainsi à des impulsions violentes non moins qu'irréfléchies? Si ces hommes n'encourent pas la responsabilité morale de leurs actes, la société ne doit-elle pas protéger ses membres valides contre des violences aussi redoutables? La liberté individuelle est-elle donc préférable à la sécurité publique, et sous prétexte de ne pas attenter à cette liberté, faut-il laisser à la merci de ces fous furieux les individus paisiblement raisonnables qu'ils vont tuer? Nous savons bien que l'interdiction d'un insensé peut avoir de graves inconvénients, mais il ne faut pas oublier qu'elle peut avoir d'immenses avantages. La loi qui prive un individu de la libre disposition de sa personne et de ses biens est une loi exceptionnelle, et dont il faut apprécier rigoureusement les conséquences; le bien et le mal sont voisins dans toute mesure de ce genre; la justice veut que l'on pèse l'un et l'autre et qu'on établisse une compensation nécessaire. Ceux qui trouvent la loi injuste ne devraient pas oublier qu'elle n'est ainsi qu'à force d'être générale, mais qu'elle doit être générale, car il sera toujours impossible de la plier à tous les cas. Les hommes doivent se dire que cette rigueur de la loi est nécessaire, qu'il faut l'accepter, que c'est un sacrifice que chaque citoyen doit s'imposer en vue du bien de tous. Or si les individus dont nous venons de parler sont fatalement entraînés à des actes matériellement coupables, bien que leur conscience n'ait pas à en répondre, il sera nécessaire de les mettre autant que possible dans l'impossibilité de nuire à leur prochain et à eux-mêmes. L'interdiction légale ne les enlève pas à la protection de l'autorité: les magistrats sont chargés par la loi de visiter les maisons où l'on enferme les fous; il y a des conseils de famille qui veillent à ce que le malheureux insensé soit traité avec douceur, avec convenance, et si les personnes chargées de ces soins pieux ne font pas leur devoir, la faute en est, non pas à la loi qui est prévoyante, humaine, mais à ceux qui éludent ses plus sages prescriptions.

Et si l'on voulait tenir compte en cette affaire si grave d'une circonstance majeure, c'est-à-dire de l'hérédité mille fois démontrée des affections mentales, où s'arrêterait-on dans des mesures, non pas répressives, mais préventives ayant pour but de restreindre le nombre de ces infirmités déplorables? Ne serait-il pas à désirer que la loi intervînt pour empêcher des mariages qui perpétuent dans les familles des vices organiques ou des aberrations intellectuelles dégradant l'homme et léguant avec certitude à ses descendants une longue série de misères, de malheurs ou de crimes? On sait bien que les législateurs n'iront pas jusque-là dans leur prévoyance, mais ne faudrait-il pas bénir les magistrats qui trouveraient dans leurs attributions un pouvoir suffisant pour arrêter dans sa source un mal dont la perpétuité est si déplorable? Sans doute les personnes affectées de ces désordres intellectuels sont dignes de pitié, la société leur doit appui, protection, mais faut-il donc pousser jusqu'à l'excès, jusqu'à l'abus une philanthropie qu'on devrait réserver pour la partie saine de l'humanité? car, en fin de compte, c'est cette partie saine à qui incombe la charge de pourvoir aux besoins des malheureux dont le nombre s'accroît sans cesse, grâce à la liberté qu'on leur laisse. Les médecins usent, et avec juste raison, de toute leur influence pour s'opposer à des unions dont ils redoutent les suites, et ils payent quelquefois de leur vie ce conseil salutaire, témoin le professeur Delpech (de Montpellier), tué par un aliéné dont il avait empêché le mariage; eux seuls peuvent remplir cette mission de stricte humanité, parce que l'expérience leur démontre chaque jour que les imperfections des parents se propagent et s'aggravent en passant à leurs fils. Et comme on a la preuve que la consanguinité des époux tend à détériorer les produits de leur union, à donner naissance à des idiots, à des sourds-muets, à des êtres invalides sous beaucoup de rapports, l'homme de l'art qui sait ces résultats, se fait un devoir d'avertir les familles et prévient des calamités à jamais regrettables. Nous avons, à défaut de la loi, une mission de conscience à remplir, notre parole a quelque poids dans le monde, et quand il dépend de nous de rendre de pareils offices, nous serions coupables d'en négliger l'occasion.

Nous regardons comme un service éminent rendu à l'humanité, la publication de travaux tendant à éclairer ces questions capitales. M. le docteur Dumont l'a bien senti, et les deux mémoires que nous venons d'analyser contiennent de solides raisons en faveur de la thèse que nous avons à peine effleurée. Un temps viendra, et puisse-t-il être prochain! où les familles, mieux éclairées sur leurs véritables intérêts, ne procéderont plus aussi légèrement à des mariages qui tournent si mal. Les parents, sans autre souci que les convenances de fortune et de position sociale, marient des êtres que tout devrait séparer; aussi Dieu sait ce qu'il en résulte! On finira par consulter les médecins, on fera une enquête sérieuse sur l'état physique et mental des futurs conjoints, et il se trouvera, nous n'en doutons pas, des hommes de l'art assez influents pour prononcer en dernier ressort sur ces choses délicates, et des parents assez sages pour suivre un avis fondé sur des connaissances positives et sur une expérience incontestable.

P. Menière.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté en date du 20 août 1859, M. Moitessier, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé chef des travaux chimiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Brousse.

— Par arrêté de la même date, M. Peugel, élève de la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé aide de clinique à ladite Faculté, en remplacement de M. Bley, démissionnaire.

— Par arrêté en date du 20 août 1859, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers :

1° Professeur titulaire de pathologie interne, en remplacement de M. Jolly, décédé, M. Brossard, professeur adjoint d'anatomie et physiologie à la même École;

2° Professeur adjoint d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Brossard, M. Delaunay, professeur suppléant;

3° Professeur suppléant, en remplacement de M. Delaunay, M. Delamardière, docteur en médecine.

— Les sciences en général, et la botanique en particulier, viennent de faire une perte sensible dans la personne de M. le docteur Boitard.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES — CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LE CURARE : M. CL. BERNARD. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — TOXICOLOGIE ; DU PHOSPHORE : M. POGGIALE.

La salle des séances de l'Académie des sciences, rarement troublée par les discussions médicales, a offert, le 29 août dernier, un peu plus d'animation que d'ordinaire à cet endroit. La thérapeutique rationnelle, savante, tirant ses ressources et sa raison d'agir des données de la physiologie judicieusement interprétées, est venue se heurter contre le scepticisme de la pratique empirique, dont, hâtons-nous de le dire, elle a eu promptement raison : l'atmosphère du lieu n'est point favorable aux attaques de l'expérience passive et machinale contre l'expérimentation raisonnée et l'esprit sérieux de la haute science. Mais arrivons aux faits.

Tout médecin, au courant de la physiologie à notre époque, connaît les intéressants travaux de M. Cl. Bernard sur les propriétés physiologiques du *curare* (poison des Indiens) ; chacun sait que cette substance, introduite dans l'économie, a pour effet d'y paralyser l'action du système nerveux moteur. Cette action, les expériences du collége de France l'ont montrée comme étant une sorte d'énergie directement antagoniste de celle, par exemple, de la strychnine. Maintes fois, chez les animaux, en opérant avec les précautions nécessaires, on a, dans ces essais publics, réussi à neutraliser les effets toxiques de l'une de ces substances par les propriétés contraires de la seconde.

Tel était le fait expérimental brut ; la donnée de l'amphithéâtre : de conséquence pratique, point d'autre que le conseil de se rappeler ces propriétés remarquables si l'on se trouvait en face d'un empoisonnement par les strychnées.

Un professeur italien, M. L. Vella (de Turin), physiologiste distingué, parfaitement instruit des expériences du collége de France et digne interprète de cet enseignement élevé, s'est trouvé en face de cas morbides auxquels une application des données expérimentales lui a paru des plus indiquées à tenter. Il s'agissait du tétanos traumatique, dont les hôpitaux consacrés aux blessés de notre glorieuse armée ont offert quelques exemples. Du tétanos à l'empoisonnement strychnique, il n'y a de différence apparente que la cause ; le système musculaire, dans l'un des cas, tout comme dans l'autre, y paraît le plus profondément frappé et de la même manière, ou du moins, pour expliquer mieux notre pensée, reflète, dans les deux circonstances, un état fort analogue du système nerveux moteur : l'extrême irritation, la concentration d'énergie. Quoi de plus rationnel dès lors, en l'absence d'ailleurs de toute probabilité de réussite par les ressources ordinaires de l'art, que de diriger contre cet état effrayant des centres nerveux, l'antidote fourni par l'expérimentation physiologique au même état artificiellement produit ?

Le curare fut donc essayé par M. le docteur Vella, dans le traitement des cas de tétanos qui se rencontrèrent dans son service. Les deux premiers essais, timidement entrepris (et nous ne disons point cela comme blâme, un remède nouveau ne doit pas être essayé avec témérité), eurent pour sujets deux cas de tétanos datant déjà, l'un de quatre, l'autre de cinq jours, et contre lesquels avaient inutilement été employées les médications recommandées, celles qui ont quelquefois réussi, comme l'opium, l'éther, etc. ; mais, tentative inutile, pour les malades du moins ; leur état était désespéré, l'asphyxie des plus avancées. Cependant on put noter, pendant l'emploi du curare, un calme et un relâchement qui soulagèrent évidemment les malades. Notons cette circonstance : malgré l'issue finale funeste, ce soulagement momentané, à une telle époque de la maladie, a nécessairement sa signification.

Parlons du troisième et dernier cas, parfaitement caractérisé, sauf par la mort, circonstance qui peut manquer pour compléter le diagnostic, aux yeux de quelques-uns, mais qui n'en était pas moins, de l'aveu de tous, un tétanos traumatique général indubitable.

On attendit peu pour celui-ci ; heureusement : les améliorations momentanément observées dans les deux premiers cas avaient donné à notre confrère confiance en la justesse de son aperçu. Avant l'expiration des vingt-quatre heures, le curare fut appliqué en fomentations sur la plaie (doses de 10 à 50 centigrammes sur 40 grammes de liquide). Citons ici textuellement : « Après trois quarts d'heure, et quand la quantité du curare était plus forte, une demi-heure de durée, chaque application était suivie d'une diminution dans la rigidité tétanique, ensuite d'un *relâchement musculaire si complet*, que le malade pouvait boire, prendre quelques soupes, uriner, s'asseoir sur son lit, etc...

Par contre : « Quand l'action du curare était finie, la jambe droite (la blessée), était toujours la première à éprouver les secousses tétaniques qui, dans le commencement, reparaissaient avec toute leur violence. Dans les trois premiers jours de ce traitement extraordinaire, l'absorption par la plaie suffisait pour produire le relâchement musculaire et le calme général du sujet. Après cette époque, le chirurgien crut devoir poser un premier vésicatoire à la cuisse, et le huitième jour, le répéter afin d'avoir une large surface absorbante. Pendant quatre jours, les pansements étaient renouvelés toutes les trois heures ; ils le furent ensuite toutes les cinq heures. Le douzième jour, les accès, qui avaient graduellement diminués de durée et d'intensité, avaient complétement disparu. Quinze jours encore, et le malade sortait de l'hôpital pour rentrer en France. »

Tel est le cas remarquable où M. Cl. Bernard a cru voir une application thérapeutique aussi heureuse pour l'humanité que satisfaisante pour la logique scientifique des éléments positifs de la physiologie expérimentale, conclusion contre laquelle s'est élevée une voix chagrine, celle de M. le professeur Velpeau, protestant contre les entraînements regrettables qui suivent trop souvent les succès uniques ou isolés. Nous pensons que le savant maître, en faisant ici appel à l'esprit de réserve, exécutait, quoiqu'il n'en ait rien dit, un acte de contrition. Il voulait évidemment faire allusion à l'entraînement inconsidéré qui a produit le scandale de février dans les salles de la Charité. Un esprit aussi sagace ne peut, en effet, confondre l'un avec l'autre, et considérer tous les deux comme des faits isolés et de purs résultats de l'empirisme, un cas rare et sans liaison avec quoi que ce soit de scientifique, comme celui de M. Sax, et une observation de thérapeutique raisonnée, s'étayant, *à priori*, sur les analogies les plus probables et

FEUILLETON.

PROJET D'ORGANISATION DE COMITÉS MÉDICAUX EN FRANCE.

Au Rédacteur.

Monsieur,

La vie est courte, l'art immense, a dit Hippocrate ! Certes la science de l'homme aura toujours des mystères pour nous ; mais s'il est un moyen de pénétrer quelques-uns de ses secrets, c'est en suppléant à l'insuffisance des efforts privés par des travaux collectifs, et en concentrant dans un foyer commun les lumières éparses qui se perdent dans leur isolement.

Pour que les Académies puissent devenir ce centre lumineux, il leur faut des éléments d'une tout autre nature que ceux qu'elles reçoivent. Ce ne sont en général que des matériaux isolés, fruits d'un travail particulier, manifestant ce qui a été vu par un homme, dans la mesure de ses forces et de ses facultés, mais non pas absolument ce qu'il aurait pu et dû voir.

Il faut aux faits sur lesquels reposent les sciences l'autorité d'une expérience multiple, incontestable, consacrée pour ainsi dire par le témoignage universel.

C'est ce caractère, cette consécration, que nous voulons, que nous croyons pouvoir donner à la médecine, à l'aide de l'institution que nous proposons.

« Si le zèle d'un certain nombre de médecins secondait mes efforts, dit Stoll, on pourrait un jour établir la médecine sur des bases plus solides, et beaucoup de choses recueillies par d'autres, mais sans ordre, semblables aux parties d'un tout qui seraient dispersées dans le vaste champ des observations, se réuniraient pour former un édifice unique, supérieur à toutes les attaques des sophistes, parce qu'il serait l'ouvrage immortel de la nature. »

Ce vœu que Stoll osait à peine former, sans espoir de le voir exaucé, nous pouvons le remplir, et bien au delà ; car Stoll ne parlait que d'efforts isolés, sans lien, sans contrôle, et nous pouvons organiser des travaux simultanés, se produisant dans le même cercle, étudiant les mêmes faits dans des conditions identiques, les réglant par un contrôle de tous les moments, les discutant enfin pour en déterminer et la nature et la portée.

Et après que ces faits auront été ainsi scrutés, confirmés sur le lieu même où ils sont encore palpitants de vie, viendra le jugement suprême de l'Académie de médecine, appelée à condenser en ses mains ces précieux matériaux qui, nous offrant dans leur féconde variété l'histoire la plus exacte, la plus parfaite de toutes les affections dans leurs rapports avec les phénomènes de tout ordre qui influent sur leur développement et leur caractère, nous apprendront bientôt quelles sont, dans cet immense champ d'observation, les lois suivant lesquelles les maladies naissent, s'étendent et se propagent.

les plus judicieusement aperçues, se confirmant elle-même à chaque instant de sa durée, par des épreuves et des contre-épreuves réitérées.

Nous croyons donc que s'il eût été moins pénétré et pour canse des graves conséquences de l'irréflexion, l'habile chirurgien de la Charité eût envisagé sous un autre jour le fait très-curieux et très-honorable pour la science qui venait d'être communiqué à la savante compagnie. Au lieu de crier à la défiance quand il y avait indication d'applaudir à l'esprit d'induction thérapeutique, au lieu de froncer le sourcil à l'endroit de ces tétanos que l'on suspend et qu'on laisse se renouveler ensuite et comme à volonté, M. Velpeau, moins modeste comme représentant de la science, et délivré de certains souvenirs, eût interprété autrement ces faits bien naturels. Il eût vu de lui-même ce que M. Serres a dû mettre en plus grande évidence sous les yeux de l'Académie, « que l'observation de M. Vella, unique en apparence, contient en réalité plusieurs expériences, toutes conformes entre elles, toutes concordantes avec leur principe; il eût vu que chaque fois et pendant douze jours entiers, que chaque fois qu'un paroxysme s'est manifesté, le *curare* l'a fait cesser, et d'une manière d'autant plus efficace qu'il a fini par triompher absolument de la maladie, après l'avoir usée en détail. De telle sorte que ce n'est pas une substance inconnue, empiriquement administrée par un ignorant, qu'il fallait voir dans le fait rapporté par M. Bernard; mais bien une médication dans le sens le plus général de ce mot, calculée à l'avance d'après des faits connus, et justifiant complétement par son issue tout ce qu'il était logique d'espérer de son emploi.

Voilà pourquoi, tout en trouvant extrêmement juste qu'on se garde en toute occasion des engouements irréfléchis, et que, préposé à la sauvegarde des intérêts scientifiques, on veuille préserver les autres de ces mêmes mouvements; voilà pourquoi, disons-nous, il était au moins inopportun de pousser ce cri de « prenez garde à vous » à la suite de la communication du savant professeur du collége de France. La prudence, comme toute chose en ce monde, même les meilleures, a ses indications comme elle a ses abus; et il y a des circonstances où la plus grande vérité peut ne se trouver qu'un non-sens ou un pléonasme.

Courage donc, thérapeutistes intelligents, continuez votre œuvre d'induction pratique et de science appliquée : si le frein pèse parfois un peu trop sur la jante postérieure du char, ce ne soit pour vous un sujet d'efforts de plus et non de découragement. Le public est assez porté à nous considérer comme traînés aveuglément à la remorque des faits et suspendus aux hasards de l'empirisme; montrons-lui ce que peuvent les principes et l'esprit d'analyse et ce que l'art de guérir est en droit d'en attendre.

— Si l'intérêt oratoire attaché aux discussions un peu animées a fait défaut à la séance de mardi dernier à l'Académie de médecine, l'intérêt réel ne lui a pourtant pas manqué. L'assistance a eu la bonne fortune d'entendre un rapport très-substantiel et très-savant de M. Poggiale sur une question de toxicologie qui, de tous les points de l'horizon, vient s'imposer à l'ordre du jour de la science. Ce rapport avait pour objet un travail de M. Réveil sur l'action du phosphore sur l'économie animale et les moyens propres à déceler sa présence dans les tissus de l'organisme. On sait que ce dernier point est un des *desiderata* les plus regrettables de la toxicologie.

Pour justifier le haut intérêt qui s'attache à la solution de ce *desideratum*, il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur les annales judiciaires de ces dernières années. Depuis l'époque où le public a été instruit des moyens merveilleux que la science possède pour arriver à la découverte palpable, évidente, des plus minimes traces d'un des poisons les plus généralement employés, l'acide arsénieux, un malheureux hasard a voulu qu'un autre poison, non moins actif, mais presque impossible à reconnaître dans un grand nombre de cas, fût mis par l'industrie dans les mains de tout le monde absolument. Il fallait acheter de l'arsenic; aujourd'hui est-il besoin de se donner ce soin, n'a-t-on pas les allumettes chimiques?

Un grand nombre d'hygiénistes ont déjà appelé sur ce point l'attention de l'administration supérieure. Les accidents sans cesse renouvelés dont sont remplies les colonnes des faits divers des journaux politiques, les archives judiciaires, les nombreux cas de suicides dus à l'ingestion du phosphore, voilà certes des circonstances bien suffisantes pour solliciter les préoccupations administratives. Déjà M. le ministre de la guerre, prenant une heureuse initiative, a mis l'Académie des sciences en demeure de se prononcer sur les moyens à opposer à ce danger public, en lui demandant son avis sur une nouvelle composition qui lui est proposée pour les allumettes à employer dans les établissements militaires. Il n'est donc pas hors de propos de voir où en est une question qui a déjà depuis plusieurs années reçu un commencement d'instruction scientifique.

Nous trouvons à cet égard que déjà en 1854, à l'occasion d'un travail très-bien fait et très-opportun dû à M. Caussé (d'Alby) et à M. Chevalier fils, sur les dangers de l'emploi vulgaire du phosphore ordinaire, M. Chevalier père avait adressé à l'Académie de médecine un rapport très-complet sur cette matière. Effrayés de la gravité des accidents dus à l'ingestion du phosphore amenés par imprudence et déterminés par le crime, MM. Caussé et Chevalier fils, après un relevé suffisamment probant d'observations irréfutables, avaient proposé l'addition aux pâtes phosphorées d'une substance qui, sans nuire aux propriétés recherchées industriellement, révélât par son action immédiate sur l'estomac le caractère antialimentaire du composé, s'il était par malheur ingéré. L'émétique s'offrait de lui-même. Il avait le double avantage de provoquer des vomissements immédiats, d'appeler ainsi l'attention du sujet, tout en le débarrassant de l'élément toxique introduit dans l'estomac, mais en outre celui de parer à l'un des grands desiderata de la toxicologie, en permettant à l'expert chimiste de reconnaître la présence d'un élément étranger à l'économie. Le phosphore, dès qu'il est passé à l'état de sel, rentrant dans la catégorie des substances minérales normalement contenues dans le corps humain.

Pendant que cette méthode était à l'étude, le savant chimiste qui la dirigeait reçut une communication qui devait en simplifier le résultat. Des fabricants, MM. Coignet, purent lui présenter une matière nouvelle (non en chimie, mais dans l'industrie française), le phosphore rouge, ou amorphe, qui, parfaitement applicable à l'objet industriel en question (la fabrication des allumettes), offrait le précieux avantage d'être par lui-même physiologiquement inoffensif. Les expériences instituées

---

DES COMITÉS MÉDICAUX.

1° Dans chaque chef-lieu d'arrondissement, dans chaque chef-lieu de département, sera institué un comité médical qui aura pour objet de conférer sur les maladies régnantes et sur tout ce qui pourra intéresser la santé publique.

COMITÉ MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT.

2° Feront partie de ce comité les médecins des hospices, hôpitaux civils et militaires de l'arrondissement, les médecins cantonaux, les médecins des bureaux de bienfaisance, des asiles et des écoles communales, les médecins vérificateurs des décès et les médecins des colléges.

Seront invités à en faire partie les médecins libres de l'arrondissement.

3° Ils nommeront un président, un vice-président, un secrétaire et un secrétaire adjoint.

4° Le comité s'assemblera une fois par mois, pour procéder à ses travaux. Les décisions seront rendues à la simple majorité des votants.

Procès-verbal de la séance sera rédigé : il mentionnera le nom des membres présents.

En cas d'absence du président et du vice-président, ils seraient suppléés par le plus *ancien* des docteurs présents.

En cas d'absence du secrétaire et du secrétaire adjoint, ils seraient suppléés par le plus *jeune* des docteurs présents.

5° A chaque séance, il sera nommé un délégué chargé de représenter ce comité dans l'assemblée du comité départemental. Il y rendra compte des travaux du comité d'arrondissement auquel il appartient, et réciproquement il exposera a celui-ci, dans la séance qui suivra, les résultats signalés dans le comité departemental.

COMITÉ MÉDICAL DU DÉPARTEMENT.

6° Feront partie de ce comité les médecins des hospices, hôpitaux civils et militaires, les médecins des colléges impériaux, des bureaux de bienfaisance, des asiles, des écoles communales, les médecins vérificateurs des décès du chef-lieu du département, les délégués des comités médicaux d'arrondissement et les membres de ces comités qui désireront y assister.

Seront aussi admis les médecins libres du département.

7° Le comité nommera un président, deux vice-présidents, un secrétaire, deux secrétaires adjoints, pris parmi les membres résidant au chef-lieu du département.

8° Le comité s'assemblera une fois par mois, dans la semaine qui suivra la réunion des comités d'arrondissement, et traitera des questions de même nature. Les votes auront lieu à la simple majorité des suffrages.

Procès-verbal de la séance sera rédigé, mention sera faite des membres présents.

9° Dans la première réunion de l'année, le comité nommera une commission tenue de présenter un rapport sur les maladies qui auront sévi durant l'année écoulée, dans toute l'étendue du département,

sur ce sujet à Alfort confirment pleinement cette prétention : le phosphore rouge est absolument innocent. Il peut être pris à des doses très-fortes sans accident, tandis que le phosphore ordinaire, à des doses minimes, empoisonne rapidement et qu'on ne lui connaît jusqu'à présent aucun antidote.

Ajoutons encore une autre précieuse qualité du phosphore amorphe: c'est que dépourvu, dans le maniement habituel, de la faculté de se répandre en vapeurs dans l'atmosphère, il n'engendre pas dans les fabriques cette terrible maladie qui commence à visiter nos hôpitaux : la nécrose des maxillaires.

Tous ces faits ont été irrévocablement établis et démontrés dans le rapport de M. Chevalier, dès 1854, dans un travail de M. Bussy datant de la même époque; et cependant la question, comme application, en est toujours là. Or quand on songe à l'universalité de l'emploi de ces petits et légers instruments de mort laissés aux mains des enfants, des faibles d'esprit, des étourdis et des méchants, on s'étonne de n'entendre pas parler à chaque minute de nouveaux désastres frappant les personnes et les propriétés.

Il faut, en effet, joindre encore aux précieuses circonstances réunies par le phosphore amorphe, celle de ne point prendre feu spontanément ni par friction sur le premier corps rugueux venu, son inflammabilité ne pouvant être amenée que par le contact rude sur des préparations déterminées. Par là, l'impossibilité d'amener des incendies se trouve réunie à celle de causer des empoisonnements. Le rapport demandé à l'Académie des sciences va sans doute avoir pour effet l'adoption de mesures énergiques de salubrité publique à cet endroit. L'humanité devra une grande reconnaissance à M. Chevalier père pour la continuité de ses constants efforts dans cette voie d'améliorations publiques, comme aussi aux savants qui s'occupent de cette importante question. Les recherches nouvelles de M. Réveil, celles de MM. Ossian Henry et Chevalier fils, insérées dans les ANNALES D'HYGIÈNE pour 1856 et 1857, le rapport de M. Poggiale, contribueront au même résultat en avançant les progrès de la toxicologie sur ce chef important. Même après l'adoption industrielle du phosphore rouge, il demeurera encore assez de cas où le phosphore ordinaire devra être employé, et il est utile que la science soit fixée sur les moyens de combattre et de reconnaître les empoisonnements par cette substance. La science rend autant de service à l'humanité en rendant impossibles les empoisonnements par la crainte que peuvent inspirer ses lumières que par celles qu'elle sait diriger vers le soulagement même des malades.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR L'INFLAMMATION CHRONIQUE DE LA MEMBRANE DU TYMPAN ; par le docteur W. KRAMER.

Voici d'abord un tableau résumant 1565 cas d'inflammation chronique de la membrane du tympan, que j'ai observés pendant les années 1830 à 1858, sur un total de 7000 affections de l'oreille.

	I. INFLAMMATION SIMPLE.				II. INFLAMMATION AVEC PERFORATION.				III. INFLAMMATION AVEC POLYPES.				IV. INFLAMMATION AVEC PERFORATION ET POLYPES.				V. TOTAL.
	Total.	D'un côté.	Des deux côtés.	Avec tintements d'oreilles.	Total.	D'un côté.	Des deux côtés.	Avec tintements d'oreilles.	Total.	D'un côté.	Des deux côtés.	Avec tintements d'oreilles.	Total.	D'un côté.	Des deux côtés.	Avec tintements d'oreilles.	
1er 1000...	67	44	23	15	70	37	33	17	28	24	4	6	15	7	8	6	180 : 1000 = 18 0/0
2e —	102	51	51	18	82	42	40	22	30	20	10	5	7	5	2	2	221 : 1000 = 22 0/0
3e —	86	43	43	12	135	54	81	26	32	21	11	4	6	3	3	2	259 : 1000 = 26 0/0
4e —	80	55	25	6	102	62	40	7	43	36	7	3	15	11	4	1	240 : 1000 = 24 0/0
5e —	79	48	31	4	124	68	56	6	30	27	3	2	14	10	4	0	247 : 1000 = 242/3 0/0
6e —	77	50	27	8	103	58	45	10	30	21	9	1	12	10	2	0	222 : 1000 = 22 0/0
7e —	59	35	24	9	103	53	50	15	26	23	3	2	8	5	3	0	196 : 1000 = 191/2 0/0
7000	550	326	224	72	719	374	345	103	219	172	47	33	77	51	26	11	1566 : 7000 = 221/2 6/0

10° Ce rapport, discuté et approuvé par le comité, sera envoyé à l'autorité, qui le transmettra à l'Académie de médecine.

11° Le comité du département de la Seine se composera des délégués, présidents et secrétaires des comités de chaque arrondissement.

Il se constituera comme les autres comités du département, remplira les mêmes obligations, et, comme eux, fera un rapport annuel qui sera transmis à l'Académie de médecine.

12° L'Académie de médecine désignera une commission chargée de présenter sur tous ces travaux un rapport qui sera transmis au ministre.

13° En province, les médecins appelés au chef-lieu de l'arrondissement comme membres-nés du comité médical, les délégués au chef-lieu du département, recevront, pour frais de déplacement, une somme proportionnelle à l'éloignement de leur domicile.

Le même avantage ne sera accordé aux médecins libres que dans le cas où ils rempliraient la mission de délégués.

14° Les médecins des épidémies sont et demeurent supprimés.

Un mot maintenant sur la pensée qui a présidé à l'organisation que nous venons d'exposer :

Les médecins qui ont une longue pratique ont pu remarquer que presque toutes les maladies que nous sommes appelés à traiter apparaissent et s'étendent sous une forme épidémique. Elles surgissent d'un point de l'horizon, envahissent un quartier, puis un autre, et gagnent ainsi successivement les diverses parties de la ville.

D'où nous viennent-elles? En quels lieux, dans quelles conditions ont-elles pris naissance? Quelles lois ont présidé à leurs pérégrinations? Où s'arrêteront-elles? Se propagent-elles dans leur caractère primitif, ou subissent-elles quelques transformations?....

De tout cela, nous ne savons absolument rien...

En outre, la même maladie ne se présente pas toujours avec une égale gravité. Dans telle épidémie, la mortalité sera considérable; dans telle autre, les guérisons seront nombreuses.

Quelles circonstances ont imprimé à ces épidémies des caractères si différents? Nous l'ignorons encore? Pourrions-nous le savoir? C'est ce que nous n'oserions affirmer; mais ce qui est incontestable, c'est qu'on n'a rien fait pour l'apprendre.

Manquant de tous les éléments sur lesquels se fondent les vues d'ensemble, *nous traitons* les maladies en tant qu'elles se déroulent dans notre cercle d'action. Elles passent, nul écho ne les rappelle à nos méditations.

Dans notre système, il ne saurait en être ainsi. Aucun fait ne peut se produire dans le hameau le plus ignoré de la France, qu'aussitôt il ne soit signalé, enregistré, soumis à de sérieuses études. Dès ce moment, quelques proportions qu'il prenne, quel que soit le point par où il poursuive sa marche envahissante, l'observation ne le quitte plus, elle le suit dans toutes ses phases, et ne l'abandonne qu'à la dernière limite du dernier comité.

Tous les médecins sont invités à faire partie des comités, et certes, tous ceux à qui les circonstances le permettront, s'empresseront de s'y faire admettre. Mais respectant leur indépendance, nous n'avons considéré comme

VI. Sur 719 perforations, il y en avait :

Depuis l'étendne d'une piqûre d'épingle au volume d'une lentille . . . 294	Plus étendnes qu'une lentille. . . 369	Tympan détruit. . . . 53 fois.

VII. Sur ces cas :

Surdité complète	38 = 12 0/0	60 = 16 0/0	21 = 42 0/0
Ouïe très-dure	232 = 80 0/0	276 = 73 0/0	31 = 56 0/0
Dureté de l'ouïe modérée. . .	24 = 8 0/0	43 = 11 0/0	1 = 2 0/0
	294	369	53

Un coup d'œil jeté sur ce tableau suffit pour nous convaincre de l'importance de l'inflammation chronique du tympan. Cette maladie est évidemment, parmi toutes celles qui peuvent affecter l'oreille, une des plus fréquentes. Elle compte, en effet, pour 22 1/2 0/0 dans l'ensemble de mes 7000 malades, et la proportion la moins élevée, de 18 0/0, est encore très-considérable. L'importance de cette affection est d'ailleurs d'autant plus grande, que l'organe malade est parfaitement accessible à l'inspection directe, et que le diagnostic est dès lors plus assuré que dans la plupart des maladies de l'oreille.

Parmi mes 1565 observations, il en est 923 où l'affection n'existait que d'un seul côté, et 642 où elle occupait les deux côtés à la fois. Dans ces dernières, elle se présentait presque toujours avec les mêmes caractères des deux côtés, soit comme inflammation simple (224 fois), soit comme inflammation avec perforation (345 fois), ou avec polypes (47 fois), ou enfin avec polypes et perforation (26 fois). Ce n'est que dans un petit nombre de cas que les deux tympans affectés n'étaient pas le siége des mêmes lésions.

On peut voir par le tableau (VI et VII) que le degré de la surdité n'est pas en rapport avec les dimensions de la perforation, et que les tintements d'oreilles ont manqué dans tous les cas où le tympan était entièrement détruit; comme la corde du tympan disparaît nécessairement dans ces cas, l'absence des tintements d'oreilles dans ces conditions vient à l'appui de mon opinion, d'après laquelle ce nerf est le siége du symptôme en question.

SYMPTÔMES.

On trouve dans l'un des conduits auditifs, ou dans ces deux conduits à la fois, surtout le matin, une matière purulente blanchâtre, jaunâtre ou jaune verdâtre, quelquefois sanieuse ou sanguinolente, et plus ou moins consistante. Souvent elle est très-abondante et extrêmement fétide; elle est parfois mélangée de grumeaux solides. Dans quelques cas rares, elle se dessèche en croûtes brunâtres; elle peut revêtir des propriétés extrêmement irritantes, et alors le conduit auditif, le pavillon de l'oreille et même la joue présentent une rougeur intense, des excoriations, de petites vésicules, des croûtes, et le malade y ressent une douleur cuisante.

Lorsqu'on examine le conduit auditif à l'aide du spéculum, après l'avoir nettoyé à l'aide de quelques injections, on n'y remarque, dans tous les cas non compliqués, rien d'anormal que l'absence du cérumen. La membrane du tympan a perdu son reflet nacré, elle est opaque, aplatie, quelquefois boursouflée, parfois blanchâtre ou jaunâtre. Elle est le plus souvent le siége d'une injection plus ou moins vive, et l'on n'y distingue que rarement la courte apophyse ou le manche du marteau. Le tympan est plus ou moins épaissi et ressemble à un cartilage; le contact des corps étrangers, et souvent même celui du trocart, n'y détermine aucune douleur.

On aperçoit souvent des perforations du tympan qui ont le plus souvent le diamètre d'un pois à celui d'une noisette; dans ce dernier cas, il ne reste qu'une bande circulaire ou semi-lunaire, étroite de la membrane. Les perforations occupent ordinairement sa moitié postérieure ou inférieure; il est très-rare qu'elles siégent au-dessus du col du marteau. Quand elles ont envahi le point d'attache du manche du marteau, celui-ci est généralement détruit, ainsi que l'enclume et l'étrier. Je n'ai vu que deux fois toute la chaîne des osselets intacte dans l'oreille moyenne ouverte par une destruction étendue de la membrane du tympan.

Dans tous les cas où ce diaphragme est perforé, la muqueuse de l'oreille moyenne est ramollie, granuleuse et plus ou moins injectée, et les inégalités de la surface qu'elle recouvre paraissent effacées. On distingue rarement les fenêtres ronde et ovale sous forme de deux dépressions très-superficielles; il est plus rare encore de les voir béantes. La suppuration est toujours d'autant plus abondante que la muqueuse de la caisse est plus ramollie.

Les perforations dont les dimensions ne dépassent pas celles d'un pois sont généralement circulaires; celles qui sont plus étendues ont presque toujours une forme irrégulière; la muqueuse tympanique, en se boursouflant, les bouche souvent et peut même les dépasser. Dans les cas où la perforation est peu étendue, l'air s'échappe en sifflant quand le malade fait une forte expiration en fermant la bouche et en bouchant le nez, à moins que la perte de substance ne soit comblée par la muqueuse de la caisse; dans ce dernier cas, et alors même que l'oreille moyenne est largement ouverte, il arrive souvent que l'eau qu'on injecte dans le conduit auditif ne s'écoule pas dans la bouche ou dans le nez. Dans tous les cas où l'air expiré passe par la perforation, soit en sifflant, soit sans produire aucun bruit, ce passage produit une amélioration plus ou moins prononcée, bien que passagère, dans l'état de l'audition.

On rencontre souvent sur la membrane du tympan, qu'elle soit d'ailleurs intacte ou perforée, des végétations polypeuses qui font saillie dans le conduit auditif et qui dépasseot même parfois son orifice. Ces polypes sont supportés tantôt par une base large, tantôt par un

---

obligatoire que la présence de ceux qui tiennent à l'autorité par quelque fonction. A ceux-là nous allouons des frais de déplacement, lorsque ce déplacement leur constituerait une charge par trop onéreuse.

C'est la seule dépense dont nous grevions l'administration, à qui nous ne demandons ni un seul de ses bureaux, ni un seul de ses employés; et encore cette dépense est-elle compensée par deux économies que notre projet lui permet de réaliser :

1° Par la suppression des médecins des épidémies, qui n'auraient plus de raison d'être;

2° Par le retrait, pour le même motif, du projet relatif aux constatations des décès qui, en 1857, souleva tant d'orages au sein de l'Académie de médecine.

Si, pour les comités d'arrondissement, Paris pouvait rester dans la loi commune, chaque médecin faisant partie du comité de l'arrondissement où il réside, nous avons pensé qu'une modification était nécessaire en ce qui concernait le comité départemental. Au lieu d'appeler tous les médecins à en faire partie, il nous a semblé qu'une réunion moins nombreuse remplirait mieux le but que nous nous proposions.

SIRY, D. M. P.

— Le 24 octobre prochain il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour la nomination de douze élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de cette ville, et dans l'hospice du Perron, à Oullins, près de Lyon.

— M. le docteur Viret, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Quatremares (hommes), près Rouen, vient d'être nommé médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariége).

— M. le docteur Achille Foville a été nommé médecin adjoint de l'asile de Quatremares, en remplacement de M. Viret.

— L'Académie royale de Savoie vient de nommer au nombre de ses membres correspondants, M. le docteur Ossian Henry fils, pour les travaux que, de concert avec M. Bonjean (de Chambéry), il a entrepris récemment sur les laes d'Aix et de Marlion.

— Les suicides dans les pays du nord sont, depuis quelques années, devenus de plus en plus fréquents.

Il résulte des tables statistiques qu'en France ils se produisent dans la proportion de 10 pour 100,000 annuellement; en Belgique, de 5; en Prusse, Suède et Norvége, de 11; tandis que ce nombre, en Danemark, s'est élevé à 26.

pédicule étroit; leur surface est lisse ou granuleuse, leur coloration d'un rouge plus ou moins foncé. Ils sont habituellement mous, spongieux, et saignent facilement; dans quelques cas exceptionnels, ils ont la consistance du tissu fibro-cartilagineux. Les malades qui portent des polypes pédiculés éprouvent souvent de la céphalalgie et même des vertiges et des nausées quand ils se tiennent debout.

Ces polypes ont rarement pour point de départ la muqueuse de la caisse; ils sont alors très-sensibles au moindre contact. Quelle que soit d'ailleurs leur origine, ils donnent lieu à une suppuration abondante et souvent sanguinolente.

Lorsque la membrane du tympan n'est pas perforée, la trompe d'Eustache et la caisse sont parfaitement perméables, et l'air qu'on y insuffle à l'aide d'un cathéter y pénètre librement; elles ne sont le siége d'une accumulation de mucosités que dans des cas tout à fait exceptionnels. L'inflammation du tympan ne se propage par conséquent pas à l'oreille moyenne; cela n'arrive que dans les cas où le tympan est perforé.

Quelles que soient les lésions anatomiques auxquelles l'inflammation chronique du tympan donne lieu, elles s'accompagne toujours d'une surdité le plus souvent très-gênante, et rarement assez peu prononcée pour qu'elle ne puisse être constatée qu'à l'aide de procédés particuliers.

MARCHE; TERMINAISONS.

L'inflammation chronique de la membrane du tympan, abandonnée à elle-même, persiste généralement pendant toute la vie des malades sans se modifier d'une manière bien remarquable, bien que l'on remarque des oscillations dans l'intensité de l'écoulement, de la surdité et des tintements d'oreilles. Le plus souvent, d'ailleurs, l'affection s'aggrave d'année en année; l'épaississement du tympan augmente surtout de plus en plus, et il en est souvent de même des perforations et des végétations polypeuses.

Cette aggravation se remarque surtout à la suite d'affections fébriles générales, et des exacerbations de l'inflammation produites par des refroidissements ou d'autres causes difficiles à déterminer. Pendant les recrudescences, des élancements douloureux se font sentir dans l'oreille et dans son voisinage, et l'écoulement diminue le plus souvent pour reparaître, avec ses caractères habituels quand l'affection revient à son état primitif.

Il peut arriver cependant, quand le tympan est perforé, que cette inflammation aiguë intercurrente gagne le périoste de l'oreille moyenne et le rocher, et même les méninges et le cerveau. Les malades éprouvent alors, aussi bien la nuit que le jour, des douleurs violentes dans l'oreille, dans les tempes, l'occiput, la joue, le cou et même l'épaule du côté malade. Ils ont la tête lourde et éprouvent de la courbature, une grande lassitude; leur moral est très-abattu. Des frissons non suivis de chaleur ni de sueur reviennent à des intervalles irréguliers; le pouls est agité, petit ou très-ralenti, la langue chargée, l'appétit nul. Lorsque le rocher est enflammé dans le voisinage de l'aqueduc de Fallope, on peut observer une hémiplégie faciale et même quelquefois la paralysie de la langue et de l'extrémité supérieure du côté malade. Ces accidents peuvent s'amender et disparaître pendant des semaines ou des mois, s'aggraver de nouveau à plusieurs reprises, puis éclatent tout à coup des convulsions, le trismus, le délire, le coma, des vomissements bilieux, etc., et la mort survient rapidement. On constate alors, à l'autopsie, la carie du rocher, la suppuration de la dure-mère et du cerveau, surtout du cervelet, toutes conséquences indirectes de l'inflammation chronique du tympan. Pendant que ces accidents marchent, l'écoulement devient plus sanieux et plus fétide que jamais; il s'en faut de beaucoup qu'il soit toujours supprimé. La muqueuse de la caisse est livide, et l'on peut sentir au-dessous d'elle l'os carié; l'ouïe enfin est complétement abolie.

Il est beaucoup moins fréquent de voir l'inflammation se propager au tissu cellulaire sous-cutané de l'apophyse mastoïde; le périoste de cette apophyse ne s'enflamme que dans les cas où le tympan est perforé. De ces deux inflammations, la première suit une marche plus aiguë. Dans toutes deux, des douleurs violentes existent pendant plusieurs jours avant que la peau ne rougisse; le gonflement et la suppuration surviennent plus tardivement encore. Lorsque l'abcès qui se forme est négligé, il arrive souvent que l'os se carie, et cette terminaison est surtout difficile à éviter dans les cas de périostite.

Ce n'est que dans des cas bien rares, et sous l'influence de causes fort peu connues, que l'affection guérit spontanément; cette terminaison est d'ailleurs possible même chez des sujets qui sont sous le coup d'une dyscrasie et dans des cas où le tympan est perforé. L'écoulement cesse alors insensiblement et la surdité diminue peu à peu. En examinant les malades qui ont guéri de cette manière, on trouve le tympan sec, jaunâtre, épaissi, le manche du marteau invisible, la muqueuse de la caisse atrophiée, desséchée, blanche et brillante. Dans les cas les plus rares, la perforation est remplacée par une petite membrane nouvellement formée, transparente, brillente et située plus profondément que le plan de la membrane du tympan.

DIAGNOSTIC.

Pour procéder à l'exploration des parties, il est indispensable d'employer le spéculum et d'être éclairé par un jour très-vif; le conduit auditif doit être préalablement nettoyé avec beaucoup de soin.

L'inflammation chronique de la membrane du tympan se distingue facilement de l'inflammation du derme ou de la membrane fibreuse du conduit auditif; dans ces deux dernières affections, en effet, le conduit auditif n'est pas rétréci et son tégument n'est pas tuméfié.

On ne reconnaît souvent la membrane du tympan dégénérée qu'en tenant compte de sa situation profonde (à 1 pouce 1/4 du tragus chez les adultes). Lorsque l'inflammation est simple, on n'a pas de peine à s'assurer, grâce à la dureté, à l'insensibilité et à l'état lisse de la membrane, qu'on n'a pas affaire à des végétations larges et peu élevées, développées sur elles; celles-ci ont, en effet, un aspect granuleux, elles sont spongieuses et saignent facilement. La membrane muqueuse boursouflée de l'oreille moyenne, de son côté, est située plus profondément, et elle est beaucoup plus sensible.

Lorsque le tympan n'est détruit qu'en partie, les parties de cette membrane qui sont conservées présentent toujours une autre nuance que la muqueuse granuleuse de la caisse, même lorsqu'elle est boursouflée au point de se mettre en contact avec le tympan et de combler ses perforations; quand la muqueuse de la caisse n'est pas tuméfiée, on reconnaît sans peine les perforations du tympan à la vue, et il est inutile de recourir à d'autres moyens de diagnostic.

Dans les cas où il ne reste plus qu'une mince bandelette du tympan, celle-ci tranche généralement par sa coloration blanc sale sur la muqueuse fortement injectée de la caisse; en outre, on voit souvent au milieu de son bord supérieur une petite saillie très-sensible qui loge le col du marteau.

Les végétations peu saillantes se reconnaissent facilement à leur nuance rouge très-foncée, lorsqu'elles ne recouvrent pas tout le tympan. On reconnaît celles qui proviennent de la muqueuse de l'oreille moyenne à leur excessive sensibilité. Quant aux polypes pédiculés qui remplissent le conduit auditif externe, on ne peut s'assurer qu'après leur extirpation s'ils ont pour origine la membrane ou la caisse du tympan.

Les croûtes dures, de couleur foncée, qui occupent le fond du conduit auditif, se distinguent du cérumen desséché par leur odeur fétide et par la couche de pus qui recouvre leur face profonde.

Lorsqu'on a débarrassé le conduit auditif d'une accumulation de cérumen de vieille date, on trouve souvent le tympan vivement injecté; mais il conserve, dans ces cas, sa concavité, et le manche du marteau reste visible; la rougeur de la membrane du tympan disparaît d'ailleurs au bout de vingt-quatre heures. Il est en conséquence facile de distinguer les faits de ce genre de l'inflammation chronique du tympan qui produit des lésions anatomiques beaucoup plus graves.

NATURE DE LA MALADIE.

L'affection que je viens de décrire est pour moi une inflammation lente qui donne lieu à un exsudat fibrineux dans l'épaisseur et à la surface de la membrane du tympan; c'est ainsi que cette membrane, épaissie, indurée, est transformée de manière à fournir une sécrétion purulente et à devenir l'origine d'excroissances polypeuses. Le travail inflammatoire revêt souvent un caractère de destruction auquel il faut rapporter les perforations du tympan. Quant aux complications cérébrales, elles étaient consécutives à l'affection de l'oreille dans tous les cas que j'ai pu observer exactement.

L'opinion de M. Toynbee, qui admet que les perforations du tympan sont consécutives à une *otite interne*, à une accumulation de pus ou de mucus dans l'oreille moyenne, est tout à fait erronée. Les choses ne se sont passées ainsi chez aucun des 719 malades chez lesquels j'ai observé des perforations du tympan. D'un autre côté, j'ai observé et guéri par les injections d'air quelques centaines de surdités chro-

niques dues à l'accumulation de mucosités épaisses dans l'oreille moyenne; dans tous les cas, la membrane du tympan était parfaitement normale, et jamais elle n'a menacé de se perforer.

ÉTIOLOGIE.

Les causes de l'inflammation chronique de la membrane du tympan sont les mêmes que celles de son inflammation aiguë; celle-ci précède, en effet, dans tous les cas, l'état chronique. Nous trouvons par conséquent ici les refroidissements du tympan, les éruptions qui gagnent cette membrane, diverses maladies fébriles aiguës, les irritants mécaniques, etc. Il n'est nullement démontré que les diverses dyscrasies (scrofule, syphilis, goutte, rhumatisme, scarlatine, rougeole, variole) favorisent le passage de la maladie à l'état chronique ou qu'elles leur impriment un caractère spécique.

PRONOSTIC.

Le pronostic est en général défavorable; il faut cependant remarquer que les cas les plus graves en apparence ne sont pas toujours incurables, et qu'on obtient parfois une amélioration surprenante de la surdité dans des cas où ce symptôme était très-prononcé et le tympan en grande partie désorganisé. La guérison est d'ailleurs d'autant plus difficile à obtenir, en général, que le tympan est plus dégénéré, plus épaissi, plus induré, plus sensible au contact, que les perforations sont plus étendues, etc.

Lorsque éclatent les symptômes qui annonçent la propagation de l'inflammation par l'oreille moyenne aux méninges et au cerveau, un traitement énergique peut seul sauver la vie des malades; dans ces cas, l'ouïe reste presque toujours abolie.

On peut toujours obtenir la guérison radicale des polypes qui naissent de la membrane du tympan; lorsqu'ils ont pour point de départ la muqueuse de l'oreille moyenne, ils sont d'autant plus réfractaires que leur sensibilité est plus vive.

Il est d'ailleurs bien certain que la guérison spontanée est beaucoup trop rare pour qu'il soit permis d'abandonner l'affection à elle-même; en agissant de cette manière, on verrait presque toujours des lésions s'aggraver de plus en plus et aboutir à la désorganisation complète du tympan.

TRAITEMENT.

On pourrait souvent prévenir le passage de l'inflammation aiguë du tympan à l'état chronique, si on lui opposait en temps opportun un traitement approprié. Trop souvent malheureusement la forme aiguë est méconnue, parce que l'on néglige l'examen de l'oreille à l'aide du spéculum dans les cas d'écoulement par le conduit auditif.

Pendant que l'on agit contre l'inflammation chronique par des moyens locaux et généraux, les malades devront éviter tous les travaux fatigants, l'usage des alcooliques et du café, du fromage, des viandes excitantes, de la charcuterie, ainsi que les refroidissements de l'oreille externe par des courants d'air, des lotions ou bains d'eau froide.

Le traitement *général* n'est indiqué que dans les cas où l'existence actuelle de l'une des dyscrasies énumérées plus haut est incontestable; même dans ces cas, il ne suffirait pas à lui seul, et on devrait toujours employer en même temps un traitement local convenable. Il arrive, d'ailleurs, souvent dans ces conditions qu'une dyscrasie invétérée résiste à tous les moyens de traitement qu'on lui oppose, et que les moyens locaux n'en triomphent pas moins de l'inflammation du tympan; celle-ci peut donc exister indépendamment du vice général, même dans les cas où la dyscrasie est très-prononcée.

Le traitement *local* de l'inflammation chronique du tympan est beaucoup plus important qu'on ne le pense généralement; aussi l'exposerai-je avec quelque détail.

Il importe avant tout de s'assurer journellement de l'état des parties en les examinant à un jour très-vif et à l'aide du spéculum; dans les cas où l'on ne peut pas procéder à cet examen, il faut s'abstenir de toute intervention active.

Lorsque le conduit auditif renferme du pus ou d'autres corps étrangers, on le nettoie par des injections d'eau tiède, pratiquées à l'aide d'une seringue en caoutchouc. La canule de cet instrument doit être introduite à 1 centimètre de profondeur dans le conduit auditif, de telle manière qu'elle dépasse la première courbure de ce conduit; il faut la diriger un peu obliquement d'arrière en avant, pour que le jet arrive directement sur le milieu du tympan. On devra, au contraire, la diriger un peu latéralement lorsque l'eau injectée s'écoule par la bouche ou par le nez, ce qui incommode généralement beaucoup les malades. On agira de la même manière lorsque la muqueuse de l'oreille moyenne est mise à nu, parce que dans ce cas les injections produisent facilement des vertiges.

Après avoir pratiqué ces injections, on sèche soigneusement le conduit auditif à l'aide d'une compresse fine, et on le bouche avec une boulette de charpie. Dans les cas où l'écoulement est très-peu abondant, dans ceux où les injections sont ou très-désagréables au malade, ou contre-indiquées par une raison quelconque, le nettoyage se fait très-bien à l'aide d'un pinceau mou à longs poils. Quand le médecin ne peut donner ces soins de propreté de sa propre main, il vaut mieux les confier au malade lui-même que d'en charger une autre personne. Ces soins suffisent le plus souvent pour diminuer la fétidité et l'âcreté de la matière de l'écoulement, les démangeaisons, la cuisson, etc. Sous leur influence, la rougeur du pavillon de l'oreille et du conduit auditif, les gerçures, les excoriations et les croûtes qui les couvrent ne tardent pas à disparaître.

Après avoir rempli ces indications hygiéniques, on pratique des instillations d'une solution tiède de sulfate de zinc ou d'acétate de plomb (0,05 à 0,50 gramme sur 30 grammes d'eau), ou, dans les cas très-rebelles, de nitrate d'argent fondu ou de sublimé corrosif (0,025 à 0,05 gramme sur 30). On commencera par les solutions les plus étendues pour arriver peu à peu à en employer de plus concentrées. Ces instillations devront d'ailleurs être faites que le tympan soit encore intact ou qu'il soit déjà perforé.

Il suffit généralement de les pratiquer une fois par jour et de les laisser séjourner dans le conduit auditif pendant cinq à dix minutes. On absterge ensuite avec soin les parties à l'aide d'un linge sec. Dans les cas où il devient nécessaire de faire deux ou trois instillations par jour, il ne faudra jamais négliger de nettoyer d'abord le conduit auditif.

Lorsque l'on a affaire à des malades pléthoriques, ou bien encore lorsque l'écoulement est très-abondant, il est avantageux d'appliquer un petit vésicatoire au-dessous de l'apophyse mastoïde et de le faire suppurer pendant huit jours environ. Des frictions stibiées pratiquées dans le même endroit serviront au besoin à produire une révulsion plus active; comme ce moyen est très-douloureux, on ne l'emploiera jamais des deux côtés à la fois quand les deux oreilles sont malades.

Sous l'influence de ce traitement on voit diminuer la rougeur inflammatoire du tympan, l'écoulement, les tintements d'oreille et la dureté de l'ouïe; mais il faut toujours plusieurs semaines ou plusieurs mois pour obtenir une amélioration notable. On hâte la cicatrisation des perforations en touchant leurs bords journellement avec un petit pinceau chargé de sulfate de zinc en poudre. Il peut arriver que ces pertes de substance subsistent alors même que l'inflammation est guérie, et que la muqueuse de l'oreille moyenne a pris une teinte blanchâtre et un aspect sec; elles ne peuvent alors guérir que si l'art ou la nature réveillent l'inflammation qui les a produites.

Les solutions dont nous avons donné la formule plus haut ne sont généralement pas supportées lorsque l'oreille moyenne est largement ouverte, et lorsque sa muqueuse est très-sensible. Il ne faut y avoir recours, dans ce cas, qu'après avoir émoussé la sensibilité de la muqueuse par des instillations d'une solution de sulfate de potasse (5 à 15 centigrammes sur 30 grammes d'eau).

Dans les cas où les injections donnent lieu à l'inflammation des téguments du conduit auditif, le médecin agira comme je l'ai dit, en parlant de l'inflammation aiguë du tympan. Je renvoie également à cet article pour le traitement des complications cérébrales et de l'inflammation phlegmoneuse des téguments de l'apophyse mastoïde.

Les polypes pédiculés accessibles à nos instruments doivent être enlevés par la torsion, l'excision ou la ligature, aussi complétement que possible, les restes des pédicules seront traités comme les polypes à large base qu'il est impossible d'enlever. On les touche avec du nitrate d'argent ou du sulfate de zinc en poudre que l'on porte sur le tympan à l'aide de mon porte-caustique. On répète les cautérisations plus ou moins souvent, suivant la sensibilité des malades et le temps qu'il faut à l'escarre pour se détacher. Avant de procéder à ces cautérisations, il faut toujours graisser le conduit auditif. Lorsque les polypes proviennent de la muqueuse de la caisse, les instillations des solutions d'acétate de plomb, de sulfate de zinc ou de potasse doivent être substituées aux cautérisations; il faut beaucoup de patience pour

arriver insensiblement à émousser la sensibilité morbide de la muqueuse malade et pour faire disparaître ses lésions anatomiques et sécrétoires.

On a conseillé pour remédier à la surdité qui persiste souvent après que toute trace d'inflammation a disparu, de perforer le tympan; mais, d'une part, cette opération serait presque toujours inexécutable parce que le tympan est épaissi et induré dans ces cas, et d'une autre côté il suffit d'un coup d'œil jeté sur le tableau qui se trouve placé en tête de cet article pour s'assurer que la surdité et les perforations du tympan coexistent fort souvent.

Les difficultés nombreuses que l'on rencontre dans la cure radicale de l'inflammation chronique du tympan, ont décidé quelques praticiens à ne plus s'occuper de cette indication et à remédier exclusivement par des moyens mécaniques au symptôme *surdité*. C'est à un médecin anglais, M. Yearsley, qu'appartient la première idée de cette méthode fort peu rationnelle. A l'aide d'un tube métallique très-mince, M. Yearsley portait sur la perforation du tympan de manière à la boucher, une petite boulette de coton trempée dans de l'eau tiède et attachée à un fil; il fixait ensuite la boulette tant bien que mal dans le point « où elle produisait une amélioration instantanée de la surdité. » (Voir LANCET, 8 juillet 1848.) Un an plus tard, M. Erhard dota la science d'une invention du même genre. C'était encore la boulette de coton, mais humectée d'une solution plombique, et au lieu de l'introduire à l'aide d'un petit tube métallique, on se servait d'une petite pince. M. Toynbee enfin substitua, en 1852, à la boulette de coton une lame mince de caoutchouc vulcanisé, supportée par un fil métallique, qu'il décorait du nom de *tympan artificiel*.

Ce tympan artificiel, aussi bien que la boulette de coton, doit irriter inévitablement le tympan déjà affecté d'inflammation; M. Erhard en convient lui-même. M. Toynbee conseille, à la vérité, de ne laisser le tympan artificiel en place que pendant quelques heures au plus par jour, et cette précaution peut diminuer dans une certaine mesure les dangers de cet appareil; mais il n'en est pas moins certain que, dans tous les cas traités de cette manière, la maladie ne guérira jamais, et que les patients demeurent exposés à toutes les chances d'aggravation et aux complications les plus graves. MM. Yearsley et Erhard n'ont d'ailleurs pas publié d'observations à l'appui de leur méthode. Il est vrai que M. Toynbee a fait connaître un certain nombre de faits favorables à l'emploi du tympan artificiel; mais chez un de nos malades auquel M. Toynbee appliqua lui-même son appareil, celui-ci détermina des douleurs extrêmement violentes et une suppuration des plus abondantes. Je ne puis donc assez protester contre l'emploi de ces moyens, au moins dans tous les cas où tout espoir de guérison n'est pas perdu.

CHIMIE ORGANIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

(Suite. — Voir les nos 55 et 56.)

CHAPITRE IV.

QUE DOIT-ON ENTENDRE SOUS LE NOM D'OXALURIE? EST-CE UNE ENTITÉ MORBIDE OU UN SYMPTÔME? DES PRINCIPALES FORMES SOUS LESQUELLES ELLE SE PRÉSENTE.

En étudiant avec soin les observations d'oxalurie rapportées par les auteurs, je fus frappé tout d'abord de la variété des symptômes groupés dans plusieurs d'entre elles, puis je crus remarquer que chez tous les malades dont l'histoire était ainsi rapportée avec détails, les phénomènes principaux n'étaient pas tout à fait identiques, de sorte que les observations n'étaient pas toujours comparables entre elles.

Je n'ignorais pas, d'autre part, que des auteurs très-recommandables avaient nié l'exactitude de l'expression symptomatique qu'on a donnée à l'oxalurie. C'est ainsi que M. Owen-Rees (1) déclare avoir soigné des malades chez lesquels la sécrétion d'oxalate de chaux a été portée au point de produire une maladie calculeuse, et chez lesquels il n'a pu découvrir les conditions pathologiques particulières, qu'on a décrites comme se liant à l'oxalurie. Il ne reconnaît pas non plus le rapport intime qu'on a voulu établir entre l'oxalurie et le diabète.

M. Bence Jones (1) dit que l'oxalate de chaux se rencontre si souvent dans l'urine des personnes bien portantes, qu'on ne saurait le considérer comme indiquant une maladie, mais seulement un désordre sans importance sérieuse, et que cela fait supposer à peine un dérangement plus sérieux de la santé que le dépôt d'urate d'ammoniaque.

M. Rose (2) ne croit pas à la constance des accidents nerveux qu'on observe, d'après Bird, chez les oxaluriques, et il cite un cas dans lequel il a vu l'oxalate calcaire continuer à être éliminé pendant des mois entiers, après la cessation des phénomènes nerveux.

En présence de faits ainsi controversés, je résolus de chercher moi-même, dans l'expérience clinique, la solution du problème. Il s'agissait donc de savoir s'il était vrai que les cristaux d'oxalate de chaux fussent l'apanage exclusif de certains états morbides, et quels étaient ces états morbides; si l'oxalate calcaire se présentait parfois d'une manière assez abondante et assez continue pour constituer réellement une maladie, ou bien si l'oxalurie n'était qu'un symptôme commun à diverses affections, et quel était alors son degré d'importance; s'il y avait un traitement à lui opposer; si, enfin, on pouvait admettre une diathèse spéciale, désignée sous le nom de diathèse oxalique.

§ I.

EXCRÉTION TEMPORAIRE D'OXALATE DE CHAUX (OXALURIE TEMPORAIRE).

Pour résoudre ces questions, je recueillis à la Charité, dans le service de M. Rayer, l'urine de tous les malades qui étaient atteints de la même affection, en notant avec soin la période de la maladie à laquelle chacun d'eux était arrivé, l'heure à laquelle l'urine avait été rendue, et enfin les aliments, dont le sujet avait fait usage.

Je trouvai des cristaux d'oxalate de chaux chez plusieurs malades appartenant à la même série, mais non chez tous, ce qui me démontra que la similitude apparente des conditions morbides n'entraînait point, au moins en ce qui concerne l'oxalate de chaux, la similitude des caractères de l'urine. Et puis je constatai en outre que le malade qui avait rendu de l'oxalate de chaux la veille, n'en rendait plus le lendemain, quoique rien ni dans son état général, ni dans son régime, ne pût expliquer un changement aussi subit.

Après avoir étudié un premier groupe de maladies, j'en étudiai un second, et mes observations me fournirent des résultats absolument identiques. Je parcourus ainsi une grande partie du cadre nosologique; j'eus occasion d'observer des sujets des deux sexes, et presque à toutes les périodes de la vie, et mes recherches ont concouru au même but, comme on peut en juger par les chiffres que je consigne ici, et qui représentent les cas dans lesquels j'ai observé la présence de l'oxalate de chaux dans l'urine, mais d'une manière tout à fait passagère et accidentelle :

	Cas dans lesquels l'urine contenait de l'oxalate de chaux.	Cas dans lesquels l'urine ne contenait point d'oxalate de chaux.
Bronchite aiguë	1	8
Emphysème	1	0
Catarrhe pulmonaire	0	3
Tubercules pulmonaires	8	17
Pleurésie aiguë	0	2
Pneumonie	0	1
Laryngite chronique	0	1
Angine aiguë	0	1
Embarras gastrique	0	3
Gastralgie	0	1
Fièvre continue légère	5	11
Fièvre typhoïde grave	1	4
Entérite chronique	0	1
Colique de cuivre	0	1
Affection organique du cœur	1	0
Anévrisme de l'aorte	0	1
Artérite	1	0
	18	55

(1) Owen-Rees, DES MALADIES CALCULEUSES.

(1) Bence Jones, *loc. cit.*
(2) Rose, *loc. cit.*

	Cas dans lesquels l'urine contenait de l'oxalate de chaux.	Cas dans lesquels l'urine ne contenait point d'oxalate de chaux.
D'autre part.	18	55
Ictère avec cancer du foie	0	1
Anasarque	0	1
Ascite	0	1
Catarrhe de la vessie	1	1
Cystalgie avec catarrhe	0	1
Cystite aiguë	0	1
Orchite double	0	1
Néphrite albumineuse	1	4
Douleur lombaire sans néphrite	1	0
Diabète	2	4
Urine chyleuse	1	0
Rhumatisme articulaire	4	5
Rhumatisme de cause saturnine	1	0
Paralysie saturnine	0	1
Paralysie générale progressive	1	2
Paraplégie	2	0
Atrophie musculaire générale	0	1
Myélite	0	2
Variole	0	4
Varioloïde	1	1
Congestion cérébrale	0	1
Névralgie intercostale	0	1
Fièvre intermittente	0	1
Courbature	0	1
Névralgie de la cinquième paire	0	1
Erythème noueux	0	1
Abcès profond du pied	0	1
Ténia	1	1
	34	94

A la suite de ce tableau, qui indique dans combien de conditions morbides variées, j'ai observé de l'oxalate de chaux dans les urines, je mentionnerai aussi les recherches de M. Walshe (1). Cet auteur, en effet, a trouvé des cristaux de ce sel, une fois dans la scarlatine, six fois dans la fièvre continue, trois fois dans la pleuropneumonie, une fois dans la phthisie, une fois dans le rhumatisme blennorrhagique, deux fois dans le rhumatisme articulaire aigu, une fois dans une spermatorrhée compliquée d'une affection du cœur, une fois dans les accidents secondaires de la syphilis, une fois dans l'amygdalite, une fois dans la pyélo-néphrite, une fois dans l'hystérie, quatre fois chez des femmes anémiques, et une fois enfin chez une femme atteinte d'ictère avec tumeur du foie. En somme, l'auteur a observé les cristaux d'oxalate calcaire dans 25 cas, et dans 59 cas d'affections diverses, il ne les a point rencontrés. Il conclut de son tableau, qui résume l'examen des urines de 84 malades, que l'oxalate de chaux s'est montré dans 28,57 pour 100 de ces cas. Je ferai remarquer ici que, d'après le mien, les cristaux octaédriques auraient été trouvés dans 36 pour 100 des maladies diverses que j'ai observées.

Ainsi donc, en résumé, les cristaux octaédriques d'oxalate calcaire qu'on trouve passagèrement dans l'urine n'appartiennent en propre à aucune maladie, ni aiguë ni chronique. Ils ne constituent point un caractère de la scrofule et du rachitisme (comme l'avait dit Simon), des affections de la moelle ou des organes respiratoires (comme l'avait annoncé Lehmann), de la chlorose ou de la mélancolie (comme le veulent certains auteurs); et on ne saurait affirmer qu'ils se montrent de préférence au moment de la convalescence des maladies aiguës. On en trouve dans l'urine, à tous les âges, dans presque toutes les maladies, et à toutes leurs périodes, sans qu'il soit possible encore aujourd'hui d'expliquer leur présence par la nature des aliments ingérés, sans qu'on puisse saisir aucune condition de l'organisme qui préside invariablement à leur apparition.

§ II.

EXCRÉTION INTERMITTENTE D'OXALATE DE CHAUX (OXALURIE INTERMITTENTE).

J'ai vu des malades, et M. Rayer en avait vu avant moi qui n'expulsaient d'oxalate de chaux par les urines que d'une manière en quelque sorte intermittente. Je veux dire qu'il m'est arrivé plusieurs fois, après avoir trouvé dans l'urine d'un sujet une quantité très-notable de ce sel, de rester plusieurs jours sans en découvrir de traces, quoique l'urine fût recueillie aux mêmes heures, et dans des conditions en apparence identiques. Et puis, sans cause connue, sans l'intervention d'aliments riches en acide oxalique, sans aucune modification sensible apportée à l'économie, je constatais la réapparition d'un grand nombre de cristaux d'oxalate, qui disparaissaient bientôt pour se montrer encore à un intervalle plus ou moins éloigné.

On pourait objecter que l'excrétion de ce sel avait peut-être lieu aux heures où l'urine n'était point examinée. Pour éclaircir ce fait, il aurait fallu analyser l'urine de tous les jours et à toutes les heures de la journée, ou au moins la totalité des urines des vingt-quatre heures, condition que je n'ai point remplie. Je me suis contenté de recueillir le produit de la sécrétion rénale, à la même heure à peu près, à la même distance du repas, et dans des circonstances autant que possible analogues, et c'est en procédant ainsi que j'ai constaté le phénomène d'intermittence que je me borne à signaler.

§ III.

EXCRÉTION CONTINUE D'OXALATE DE CHAUX (OXALURIE CONTINUE).

J'ai eu plusieurs fois occasion, dans le cours de mes recherches, d'observer des malades qui rendaient tous les jours des quantités notables d'oxalate de chaux. C'était sur ces sujets que je devais être en mesure de vérifier les caractères qui avaient été assignés à l'oxalurie par les auteurs anglais; c'était dans ces cas que je devais retrouver la maladie telle qu'ils l'ont décrite, et telle que je l'ai reproduite d'après eux, dans le chapitre qui lui a été précédemment consacré. Mais il n'en fut rien, ainsi que je vais essayer de le démontrer, en m'appuyant sur les observations qui me sont propres.

Les urines oxaliques que j'ai examinées avaient presque toujours un degré d'acidité normal; leur couleur était le jaune ambré, et aucun signe extérieur n'indiquait le plus souvent qu'elles continssent de l'oxalate de chaux. Elles étaient limpides et exemptes de dépôt apparent, ou bien elles présentaient un sédiment le plus habituellement constitué, outre l'oxalate calcaire, par de l'acide urique ou des urates. Il m'est arrivé plusieurs fois de trouver dans l'urine d'un des malades que j'observais une matière un peu filante, et qui m'a fait croire à un dépôt spermatique; mais je n'ai pu y constater la présence des animalcules caractéristiques, ce qui me donna à penser que cette matière visqueuse pouvait être de la liqueur prostatique. Quant à l'odeur de réséda que quelques auteurs attribuent à l'urine oxalique, je ne l'ai jamais constatée.

Il résulte de mes recherches que la pesanteur spécifique de l'urine à oxalate de chaux n'offre aucune particularité qui mérite d'être signalée. Elle a varié avec la quantité des boissons ingérées, et je ne crois pas qu'on puisse établir de règle à cet égard. Cependant, d'après les auteurs anglais, l'urine oxalique présenterait constamment une densité considérable, qu'ils expliquent par la présence d'un excès d'urée. La preuve qu'ils donnent à l'appui de cette opinion, c'est qu'une goutte de cette urine, traitée par l'acide nitrique, se prend en masse par suite de la formation du nitrate d'urée. Ce caractère aurait assurément de l'importance s'il avait été constaté dans l'urine de toutes les émissions ou dans celle des vingt-quatre heures; mais on ne s'est pas suffisamment expliqué à cet égard.

Qu'est-ce maintenant que ce dépôt abondant d'épithélium et de matière organique, que les auteurs signalent dans les urines qui contiennent de l'oxalate de chaux et qui, pour plusieurs d'entre eux, constitue un caractère constant? Je me bornerai à cet égard à dire que je ne l'ai pas observé. J'ai souvent vu, dans les urines oxaliques, quelques lamelles épithéliales, mais je n'en ai point trouvé en quantité considérable et d'une manière continue. D'un autre côté, quelque soin que j'aie mis à interroger les malades, je n'ai jamais surpris chez eux aucune tendance à la mélancolie et à l'hypocondrie. Je ne me suis jamais aperçu qu'ils eussent perdu de leurs facultés intellectuelles, et aucun d'eux ne m'a accusé cet état de souffrance vague et mal défini sur lequel les auteurs s'étendent si longuement. Chez les uns, l'appétit était conservé et la digestion s'accomplissait normalement; chez d'autres, la faculté digestive de l'estomac était affaiblie sous l'influence d'une maladie concomitante, et ces derniers même ne se sont jamais plaints que le travail de la digestion s'accompagnât chez eux d'un dégagement abondant de gaz S'ils étaient amaigris, on devait surtout en accuser la maladie principale dont ils étaient atteints (pleurésie chronique, affections de la moelle épinière, etc.). Il est un des caractères indiqués par les auteurs que j'ai notés chez plusieurs des malades soumis à mon observation, c'est la douleur de reins; mais elle s'est

(1) Walshe, MONTHLY JOURNAL OF EDINBURG, 1849. SUR L'EXISTENCE DES CRISTAUX D'OXALATE DE CHAUX DANS L'URINE.

surtout montrée chez ceux qui étaient atteints du mal de Pott, ou qui souffraient de douleurs rhumatismales. Or il est plus naturel d'invoquer ces conditions morbides, pour expliquer la douleur lombaire, que de faire intervenir l'excrétion de l'oxalate de chaux. Quant à la couleur de la peau dont parle Prout, je ne l'ai point observée.

Il ne me reste plus maintenant, pour appuyer les remarques que je viens de présenter, qu'à analyser les observations que les auteurs ont rassemblées. Cette analyse, en effet, est très-propre à faire ressortir la dissemblance des cas qu'ils ont rapprochés les uns des autres pour créer leur description générale de l'oxalurie.

Le premier cas de Golding Bird (1) est celui d'un homme probablement atteint d'une syphilis constitutionnelle, qui a encore été débilité par l'administration intempestive de fortes doses de mercure et d'iode, et qui présente des phénomènes de dyspepsie.

Dans la seconde observation du même auteur, il s'agit d'un homme affecté de gravelle urique, qui se plaint de douleurs de reins à peu près continuelles, et qui éprouve des paroxysmes sous l'influence des écarts de régime et des promenades en voiture. A la suite d'une attaque de gravelle, il a expulsé quelques petits calculs d'acide urique, et cinq ans plus tard il fut atteint d'une goutte irrégulière.

Dans la troisième observation, c'est une femme qui accuse des douleurs lombaires, fort semblables à celles qu'on observe dans le cas de déplacement ou d'affections organiques de l'utérus, et chez laquelle le symptôme prédominant est un état morbide de l'estomac, qui rejette les aliments quelque temps après leur ingestion.

Le quatrième cas est celui d'une dame qui a une leucorrhée abondante, mais le mal de reins vif et permanent qu'elle accuse, semble ne laisser aucun doute sur l'existence d'une affection utérine. Il y a, en outre, une complication d'accidents nerveux qui n'est pas du tout rare en pareil cas.

Dans la cinquième observation, il s'agit d'un homme affecté d'une spermatorrhée avec son cortége habituel. Amaigrissement notable, diminution des forces, affaiblissement des facultés intellectuelles, puissance génitale presque éteinte : tel est le tableau que Bird fait de la maladie.

Le sixième cas présente une analogie très-prononcée avec le précédent. C'est encore une spermatorrhée avec affaiblissement des organes sexuels, perte d'appétit et diarrhée. Enfin, il est facile de reconnaître dans la septième observation les symptômes qui accompagnent la présence d'un calcul dans le rein.

Le premier cas rapporté par Begbie (2) n'est autre chose qu'une gastralgie, avec différents phénomènes nerveux.

Le second est celui d'un homme qui a abusé des plaisirs de la table, et qui est affecté d'un embarras gastrique très-intense, avec de l'hypocondrie et des accidents nerveux.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une personne adonnée à la bonne chère qui a éprouvé une attaque de goutte rhumatismale de la région lombaire et des extrémités inférieures, puis plus tard de la dyspepsie, compliquée d'une éruption de furoncles et de pustules charbonneuses.

Enfin l'examen attentif du quatrième cas nous montre un sujet qui souffrit d'abord d'une dyspepsie, qui devint ensuite tuberculeux, comme le démontra l'autopsie, et qui succomba à une pleuro-pneumonie. On trouva en même temps sur le cadavre deux reins hypertrophiés, pâles et jaunes comme de la cire, dont l'un présentait une tumeur fongoïde du volume d'une grosse noix.

Si je passe en revue les observations de James Gray, je vois que dans le premier cas il s'agit d'une affection douloureuse de l'estomac qui s'accompagne de dyspepsie. Il y a, en outre, probablement de petites hémorrhagies à la surface interne de ce viscère comme l'indiquent les selles et les vomissements noirs.

Le second malade, dont l'histoire est rapportée par James Gray, a été tout simplement atteint d'une angine qui a nécessité la cautérisation de l'arrière-bouche et de la partie supérieure du pharynx et du larynx. Son urine a été fort peu examinée, et on se demande même comment ce cas a pu être considéré comme un exemple d'oxalurie.

La troisième observation est celle d'un malade qui souffrait d'une gastro-entérite avec flux spasmodique.

Dans la quatrième, il s'agit d'un embarras gastrique légèrement fébrile, avec douleur de la région épigastrique, perte d'appétit, dégagement de gaz dans le tube digestif, et quelquefois vomissement.

Enfin, dans le cinquième cas, c'est encore une maladie de l'estomac qui s'accompagne de vomissements couleur de café noir, et qui sembleraient indiquer un cancer de cet organe. Mais il n'en était rien d'après James Gray, puisque les accidents disparurent et que la santé se rétablit rapidement sous l'influence du nitrate d'argent pris à l'intérieur.

Les observations rapportées par Maclagan sont très-peu détaillées. Cependant je puis dire que la plupart ont trait à des affections de l'estomac. Quant à celle du docteur Kuchenmeister, elle nous retrace encore l'histoire d'un malade qui souffrait depuis quatre ans de digestions laborieuses accompagnées de diarrhée, qui a trouvé sa guérison dans l'emploi des absorbants unis aux toniques.

Il me paraît ressortir évidemment des faits que je viens d'analyser que l'excrétion de l'oxalate de chaux, au lieu d'être la maladie principale, n'a été qu'un épiphénomène, une complication, si je puis dire, qui accompagnait des maladies très-diverses.

Cependant je me hâte d'ajouter que si l'oxalurie se rencontre dans des états morbides très-variés, il est quelques affections avec lesquelles elle coïncide plus souvent qu'avec toutes les autres. Ce sont celles-là que je vais décrire maintenant. Dans le cours de la description, j'aurai soin de noter les symptômes particuliers qui peuvent résulter de la complication de l'oxalurie, et les modifications qu'il conviendra d'apporter au traitement en raison de l'excrétion de l'oxalate de chaux.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Bird, Urinary deposits.

(2) Begbie, *loc. cit.*

CHIRURGIE PRATIQUE.

Du cancer buccal chez les fumeurs ; par M. F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, associé national de l'Académie impériale de médecine.

(Suite et fin. — Voir les nos 32, 33, 34 et 36.)

III.

Le traitement de la maladie qui a fait le sujet de cette étude devrait être essentiellement prophylactique. Si nos conjectures sur la cause de la maladie sont fondées, la conclusion naturelle serait de conseiller la suppression de l'habitude de fumer. Le médecin peut, à cet égard, intervenir avec le genre d'autorité que lui donne son expérience, et faire ses recommandations en conséquence. Ces conseils n'auront chance d'être efficaces qu'autant qu'ils seront individuels et basés sur des motifs appréciables par le fumeur déjà malade ou menacé de le devenir. Prétendre à la suppression ou même à la diminution générale de l'entraînement qu'éprouve le public nous paraîtrait actuellement une chimère. On objecterait au médecin rigoriste le peu de chances qu'ont les fumeurs d'être affectés de cancer, si l'on compare le nombre des victimes avec celui des individus qui fument impunément. La réplique serait, il est vrai, permise et non sans valeur. Ainsi, on peut faire remarquer que la supputation des chances ne reposant sur l'appréciation d'aucune disposition personnelle qui permette de savoir *à priori* quel sera le fumeur épargné et le fumeur atteint par le cancer, il y aura toujours lieu de faire redouter aux intéressés d'appartenir à la minorité, ce qui, dans le doute, nous paraîtrait suffisant pour détourner d'un stérile plaisir. Expliquons-nous librement : n'est-il pas regrettable de voir une nation comme la France dépenser littéralement en fumée 200 millions par an ? C'est avec une sorte de tristesse qu'en dépouillant les documents relatifs à la consommation du tabac, nous avons vu que plus de 9,000 hectares sont aujourd'hui enlevés aux cultures vraiment utiles, en faveur de celle du tabac, dans les six départements où elle est autorisée, sans compter une étendue très-considérable de terrain qui lui est aussi consacrée en Algérie. D'après les calculs de M. Baral (1), la quantité consommée excède 16 millions de kilogrammes. La seule fabrication des pipes absorbe le travail de plus de 5,000 personnes. Le revenu que le tabac fournit à l'État égale presque celui des boissons, et dépasse celui du sucre. Ces calculs da-

(1) Revue des Deux-Mondes, 1843. — Voyez aussi l'intéressant article de M. Mélier, dans les Mémoires de l'Académie impériale de médecine, tome XII.

tent de seize ans; depuis lors la consommation du tabac a remarquablement augmenté.

Aujourd'hui l'on obtiendrait en viande et en blé, avec la dépense annuelle qui se fait pour le tabac, de quoi nourrir la population de plusieurs départements. Quand on voit une nation entière acheter si cher un plaisir funeste, on peut se faire une idée du rôle amoindri qui reste au médecin, triste spectateur des maux que le tabac engendre. Il peut, au reste, se consoler de son impuissance et de la stérilité de ses vœux, en se rappelant que les édits des souverains ont eu encore moins de succès que les préceptes tirés de l'hygiène. Amurat IV avait pris vainement la résolution de faire couper le nez à ceux de ses sujets qui feraient usage du tabac. Pierre Ier l'avait interdit aux Russes sous des peines très-sévères, mais inutiles. Les foudres du Vatican n'ont pas fait trembler davantage les fumeurs. Turcs, Russes et Romains fument comme les Français, qui payent gaiement l'impôt. Le souvenir d'une pareille résistance n'est pas de nature à faire prévoir une intervention salutaire de la science médicale, à moins que les conseils désintéressés et vraiment philanthropiques des médecins ne touchent plus le peuple que les ordres des souverains, surtout quand ces ordres sont donnés avec les manières du czar ou du Grand-Turc.

Les conseils prophylactiques utiles aux fumeurs se restreignent en conséquence, et par la force des choses, dans une sphère modeste. Voici quelques recommandations qu'on peut leur faire, dans le but de prévenir le développement du cancer buccal:

Fumer le tabac de la meilleure qualité, c'est-à-dire celui qui est le moins âcre, et qui par conséquent contient le moins de nicotine.

Restreindre la consommation à un degré modéré. La plupart des sujets atteints de cancer buccal que nous avons observés fumaient au moins deux ou trois heures par jour. Certains fumaient du matin au soir, et quelques-uns prolongeaient cet exercice du soir au matin.

Fumer le cigare de préférence à la pipe, à la condition de rejeter le cigare lorsque la combustion est assez avancée pour que le bout soit chauffé, et de ne pas conserver entre les lèvres ce bout éteint, en le soumettant à une sorte de mastication.

Si la pipe est adoptée de préférence, rejeter celle qui est à tube court et à tuyau irrégulier. Les pipes en terre culottées sont plus irritantes que les pipes neuves. Les pipes à long tuyau terminées par un bout aplati, en ambre ou d'une autre matière peu conductrice du calorique, s'échauffent moins et n'impriment pas autant d'irritation au contour et à la cavité de la bouche.

Ne pas faire reposer constamment le tuyau de la pipe ou le bout du cigare sur le même point des lèvres et de l'arcade dentaire.

Se rincer la bouche et nettoyer les lèvres après avoir fumé; entretenir d'une manière générale une bonne hygiène buccale; faire limer les dents saillantes propres à irriter un point quelconque de la muqueuse génienne, labiale ou linguale. Cette partie, soumise à l'influence combinée d'une irritation mécanique et de celle que produit l'habitude de fumer, serait plus disposée au développement du cancroïde.

Cesser rigoureusement l'usage du tabac lorsqu'on remarque un gonflement avec épaississement blanchâtre de l'épithélium, et à plus forte raison lorsqu'il existe de légères excroissances verruqueuses ou des gerçures opiniâtres. A ce degré, le mal peut s'arrêter spontanément ou du moins n'exiger qu'une intervention thérapeutique si légère, qu'elle appartient encore plus à l'hygiène qu'à la chirurgie.

Si ces précautions ont été négligées ou que, malgré leur emploi, le cancer se soit développé, ce mal rentre dans la catégorie des lésions chirurgicales, et ne peut céder qu'à un traitement qui a pour but de le détruire. Lorsque sa nature est bien constatée, ce serait perdre son temps que d'administrer des remèdes internes prétendus résolutifs. L'iodure de potassium, les préparations aurifères, mercurielles ou autres ne réussissent qu'à faire perdre un temps précieux, et il va sans dire (mais c'est une remarque que la crédulité de certains malades nous force à faire) que le traitement homœopathique est aussi nul dans ses effets que l'expectatation pure et simple, avec lequel il se confond.

Le cancer des lèvres n'est justiciable que du chirurgien : on doit le détruire. La destruction par la cautérisation ou par l'instrument tranchant peut convenir suivant les cas, mais le bistouri est infiniment préférable aux caustiques. Les cancroïdes cutanés éloignés des ouvertures naturelles sont facilement et avantageusement attaqués par la pâte arsenicale ou par la pâte de chlorure de zinc; mais le maniement de ces substances caustiques n'est ni aussi facile ni aussi sûr lorsqu'il s'agit du cancer des fumeurs, placé à l'ouverture buccale, et à plus forte raison s'il a son siége dans la cavité même de la bouche. Les caustiques plus faibles et d'une action plus rapide et plus superficielle, tels que l'azotate d'argent, le sulfate de cuivre, le nitrate acide hydrargyrique, sont formellement contre-indiqués, et, entre des mains inexpérimentées, ils ont même l'inconvénient d'ajouter à l'épithélioma ulcéré une nouvelle cause d'irritation qui accélère ses progrès. Quant à l'action du feu, elle est douloureuse, répugne aux malades et ne produit des destructions complètes qu'à la condition de donner lieu, après la chute des escarres, à des cicatrices irrégulières, qu'il s'agit précisément d'éviter lorsqu'on opère sur l'ouverture buccale. Le fer rouge ne convient que pour les cancers profondément situés dans l'intérieur de la bouche, difficilement accessibles au bistouri, et lorsqu'il faut exercer pendant l'opération une action hémostatique. Ainsi certains cancers de la langue, des amygdales ou des joues doivent seuls être détruits par le feu, soit seul, soit comme auxiliaire et complément de l'instrument tranchant.

Le cancer de la lèvre inférieur est attaqué avec beaucoup d'avantages par le bistouri, ce qui permet de cerner le mal par des incisions régulières convenablement dirigées au delà de ses limites, et de faire suivre cette ablation d'une réunion exacte et de cicatrices linéaires qui laissent à peine des traces visibles de l'opération. L'excision cunéiforme, l'excision en V, l'excision horizontale du bord labial, et l'opération composée et réparatrice connue sous le nom de chéiloplastie, conviennent spécialement pour le traitement des cancers labiaux.

L'excision cunéiforme nous a paru utile dans les cas où l'épithélioma, disposé parallèlement au bord libre de la lèvre, ne dépassait pas l'épaisseur de ce bord, et respectait à la fois la peau et la muqueuse de la face postérieure de la lèvre. Nous avons cerné l'épithélioma entre deux incisions horizontales qui détachaient dans l'épaisseur de l'organe une sorte de coin surmonté par la lésion. Nous avons obtenu une cicatrice linéaire en réunissant la peau et la muqueuse par quelques points de suture. La lèvre, amincie d'avant en arrière, mais n'étant ni diminuée en hauteur ni raccourcie d'une commissure à l'autre, a conservé chez nos opérés une forme régulière qui dissimulait complétement la difformité, et qui, chez certains, a même corrigé la disposition disgracieuse de l'ouverture buccale.

L'excision en V est l'opération qui se pratique le plus communément pour remédier au cancer labial des fumeurs. Sur les 43 cas dont nous avons donné le résumé, et sur lesquels 36 ont exigé des opérations, nous l'avons pratiquée 22 fois. Ce procédé est applicable lorsque la lèvre, étant envahie partiellement dans le sens de sa hauteur et de son épaisseur, il reste, entre la tumeur cancéreuse et les commissures labiales, assez de tissu pour que l'organe puisse être reconstitué. Deux incisions obliques et convergentes sont faites depuis le bord libre de la lèvre jusqu'à un point plus ou moins rapproché du menton, et circonscrivent un triangle de parties molles dont la base supporte le cancer. Immédiatement après l'ablation, qui doit empiéter convenablement sur les parties saines, on réunit par affrontement les deux bords épais de la plaie, et on les maintient efficacement en contact par la suture entortillée, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Cinq ou six jours suffisent pour que la réunion soit solide. Ce procédé nous a toujours réussi, et ne nous paraît pas mériter les reproches que lui adresse M. Lebert. Il n'expose pas à la récidive si l'on a eu le soin de dépasser les limites du mal, et le rétrécissement de la bouche ne tarde pas à disparaître par suite de l'ampliation de la partie restante de la lèvre, qui se dilate avec facilité. Ce procédé a pour conditions de succès l'intégrité et la souplesse du tissu labial respecté; la portion retranchée ne doit pas être non plus trop considérable. Si la perte de substance réclamée par la lésion est trop étendue, l'excision simple ne suffit plus.

L'ablation horizontale du bord labial était le procédé préféré par Dupuytren et par les chirurgiens formés à son exemple. Elle convient lorsque le cancer a envahi tout le bord libre sans détruire la lèvre en hauteur. Mais pour peu que la lésion exige un sacrifice des tissus dans ce dernier sens, et qu'en conséquence la lèvre soit raccourcie dans son ensemble, la rangée dentaire inférieure reste à découvert, la bouche perd sa régularité, et l'absence de la partie mobile de la lèvre inférieure est cause d'une gêne marquée dans la prononciation des mots; elle a surtout pour résultat de ne plus faire obstacle à l'écoulement de la salive, ce qui est pour l'opéré une sorte d'infirmité désagréable.

Si le cancer des fumeurs a produit des ravages considérables dans le contour de l'orifice buccal; si la lèvre inférieure est détruite dans une grande étendue, que la lésion se soit propagée aux commissures

ou qu'elle ait porté encore plus loin ses effets, les opérations précédentes ne sauraient suffire : c'est aux procédés complexes de la chéiloplastie qu'il faut recourir. Enlever rigoureusement les parties affectées et diriger les incisions de manière à mobiliser les parties restantes, agrandir l'ouverture buccale par la division des commissures, faire des sections verticales ou obliques dans le sens du menton et jusqu'à la région sus-hyoïdienne, disséquer les parties comprises entre les incisions, emprunter des lambeaux à la joue, à la partie inférieure de la face ou même au cou, affronter régulièrement ces lambeaux mobilisés, de manière à réparer la lèvre et à restituer la forme de l'ouverture buccale ; ménager des revêtements muqueux pour ourler le rebord des parties qui doivent rétablir le contour de la bouche : telle est la série des artifices qu'il faut employer et dont on assure les effets par une bonne hémostasie et une suture terminale faite avec soin. Comme on le comprend, les procédés sont très-divers pour atteindre le résultat, et depuis Chopart jusqu'à Roux, jusqu'à Dieffenbach et Serre, et même après eux, l'activité et l'esprit inventif des chirurgiens n'ont pas fait défaut aux difficultés du problème. Sans entrer dans l'exposition inopportune de tous les procédés préconisés, nous nous bornerons à dire que, dans les nombreuses opérations de ce genre que nous avons pratiquées, nous avons obtenu des résultats plus satisfaisants en taillant et mobilisant des lambeaux géniens, après la section des commissures, qu'en taillant des lambeaux mentonniers ou sus-hyoïdiens. La suture cutanéo-muqueuse, si nécessaire comme complément de l'opération et pour la restauration de l'orifice buccal, s'accomplit, dans le premier cas, avec des ressources bien plus grandes, la réunion s'opère mieux, et l'on n'a pas à redouter après l'opération les déformations qui résultent de la difficulté de maintenir les lambeaux mentonniers ou sus-hyoïdiens, qui tendent, malgré toutes les précautions, à s'abaisser et par conséquent à dénuder l'arcade dentaire inférieure, sinon l'os maxillaire lui-même.

L'épithélioma, qui représente la forme habituelle du cancer des fumeurs ; les tumeurs hétéromorphes, qui constituent le vrai cancer, peuvent récidiver si l'on n'enlève pas avec le plus grand scrupule tous les tissus affectés ou même suspects. A cet égard, l'attention des chirurgiens doit se porter d'une manière toute particulière sur les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire. C'est par là que le mal repullule avec le plus d'énergie, et c'est aux progrès de la lésion renouvelée dans ces points que succombent les malades. Leur mort est lente et très-douloureuse. Il faut donc examiner avec le plus grand soin l'état des ganglions lymphatiques, s'abstenir de toute tentative si leur altération dépasse la sphère accessible à une opération prudente, mais les enlever sans merci lorsque l'opération a été entreprise. Bien que ce temps complémentaire ne soit pas sans difficulté, un chirurgien exercé saura les surmonter, et il n'oubliera pas que l'opération ne peut être fructueuse qu'autant qu'elle est complète. Il devrait se considérer comme n'ayant rien fait dans l'intérêt du malade, s'il lui restait encore quelque point suspect à enlever : *Nil actum reputans si quid superesset agendum.*

Le succès définitif de toute opération pratiquée pour remédier au cancer des fumeurs exige la renonciation absolue à l'habitude qui a engendré le mal. Nous avons vu à cet égard bien des opérés faire des serments mal tenus, et retomber dans leur péché d'origine. Un malade que je soignais récemment à l'hôpital, pour un cancer de ce genre développé à la joue gauche, fumait malgré mes recommandations avant même d'être guéri. J'ai opéré, il y a quelques jours, pour la seconde fois, un malade déjà guéri par une première opération, exécutée avec autant de soin que d'habileté par un de nos confrères, et qui avait dû la récidive de son mal à la reprise de son habitude. Les exemples pourraient être multipliés ; bornons-nous à en tirer la conséquence qu'il ne faut pas laisser ignorer à l'opéré le retour probable du cancer, s'il recommence à fumer.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS DE MALADIE D'ADDISON, OU DE PEAU BRONZÉE ; communiquée par M. le docteur ADOLPHE DUMAS (de Cette).

Depuis que la presse médicale a fait connaître en France cette singulière maladie qu'Addison a le premier décrite et rattachée à diverses lésions des capsules surrénales, un petit nombre de faits nouveaux ont été publiés. Il m'a été permis ces temps derniers d'en observer un cas dont je vous adresse l'observation, tout incomplète qu'elle est, l'autopsie m'ayant été refusée.

OBS. — Le 1er janvier de cette année, je fus prié, par mon honorable confrère le docteur Viel, alors indisposé, de donner mes soins à une de ses anciennes malades. Arrivé auprès d'elle, je fus frappé de la couleur presque noire de la face, de son air de souffrance, de son état de langueur, d'amaigrissement, de marasme, et de l'absence de lésion organique appréciable. Malgré l'examen détaillé auquel je me livrai, je ne sus trop, je l'avoue, quel nom donner à la maladie que j'avais sous les yeux. Ce ne fut qu'après avoir quitté cette femme que, réfléchissant à cet ensemble de symptômes et surtout à cette coloration qui m'avait si étonné, je songeai à la maladie d'Addison, sur laquelle un second examen ne laissa plus de doutes dans mon esprit.

Voici les détails de cette observation :

Mademoiselle X., âgée de 25 ans, demeurant à Cette (Hérault), fait remonter sa maladie actuelle au mois d'août dernier.

Antécédents. — Sa mère, ses deux sœurs et son frère jouissent d'une bonne santé ; son père a été frappé naguère d'une attaque d'apoplexie et est aujourd'hui hémiplégique.

Dans son enfance, elle a eu la petite vérole dont sa figure porte les marques. Elle n'avait plus été malade lorsque, en 1854, elle eut le choléra. Sa convalescence fut longue, et même elle ne recouvra plus sa santé première. Elle s'enrhumait rarement. Elle a toujours été un peu maigre ; elle est brune ; ses cheveux sont noirs et ses yeux châtain foncé.

Invasion. — Au mois d'août dernier, son teint brunit davantage ; il survint quelques troubles digestifs qui simulèrent à s'y méprendre les symptômes d'un embarras gastrique bilieux, maladie si fréquente en été dans nos climats. Un vomitif fut administré sans améliorer cet état. Peu à peu la coloration devint plus foncée, elle envahit le visage, le cou et les mains. De larges plaques presque noires se montrèrent sur le front et les pommettes. Le dégoût, l'inappétence, les nausées persistèrent, l'amaigrissement fit des progrès, et les forces, atteintes dès le début, déclinèrent rapidement. Bientôt elle ne put plus se tenir quelque temps dans la position verticale, ni faire la plus courte marche ; elle n'était bien qu'allongée. Debout, elle ressentait des lassitudes dans les membres, et, dans les reins, du malaise plutôt qu'une douleur véritable.

Au mois d'octobre survinrent des douleurs névralgiques très-vives à la face, aux tempes, à l'occiput, au cou, avec quelques irradiations à l'épaule droite. Elles furent régulièrement intermittentes et disparurent au bout d'une quinzaine de jours. On leur opposa des calmants et des antispasmodiques.

Le docteur Viel considéra cette affection comme le résultat d'une obstruction abdominale fort difficile à préciser ; et prescrivit des pilules fondantes, que la malade ne prit que peu de jours.

Vers la fin de novembre, elle parut un peu mieux et partit pour Moissac, son pays. Là son état empira, les symptômes dyspepsiques devinrent plus intenses, et il y eut des vomissements, ce qui n'avait encore eu lieu. La coloration brune se prononça davantage et se nuança de jaune ; les sclérotiques devinrent ictériques, mais cette dernière teinte disparut bientôt sans laisser de traces.

De retour à Cette vers la fin de décembre, elle se mit au lit pour ne plus le quitter.

État actuel. — 1er janvier. La coloration de la face est d'un brun si foncé, que de loin on prendrait la malade pour une mulâtresse. Ce rapprochement est très-exact, et c'est, je crois, la meilleure idée qu'on puisse s'en faire. Elle ne ressemble à aucune teinte pathologique décrite, ni à l'ictère, ni au masque des femmes enceintes. Elle est plus prononcée au front, où elle se termine brusquement par une ligne sinueuse, à un travers de doigt de la racine des cheveux, laissant ainsi un intervalle de peau saine dont le contraste est frappant. Elle descend sur toute la face en diminuant d'intensité, excepté aux pommettes, s'étend aux oreilles, à la partie postérieure et sus-hyoïdienne du cou, et s'efface par une dégradation successive à la région antérieure, où la couleur normale reparaît.

Ainsi que l'a fort bien décrite M. Second-Ferréol (GAZ. MÉD., 1856, p. 550), cette coloration se compose d'un fond brun pâle, uniforme, sur lequel on aperçoit une multitude de petits points ou taches plus foncées qui, selon leur confluence, rendent la teinte plus ou moins brune. Ce sont de véritables taches pigmentaires, quelques-unes même sont d'un beau noir, et ne présentent ni saillie ni furfures.

La muqueuse des lèvres et de la bouche est d'un rouge sombre ; elle présente à la lèvre inférieure une large tache noire, uniforme, dont les limites se fondent avec la coloration de la peau.

A la face dorsale de la langue, sur le bord gauche et la pointe, on remarque des taches semblables, avec saillie prononcée des papilles et piqueté noir de leur sommet.

Les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre bien marqué, sans nuance ictérique.

Coloration brun pâle aux mains, surtout à la face dorsale ; teinte noire au niveau des articulations des phalanges.

L'aréole du sein est d'un beau noir.

Sur les parties du corps que j'ai pu examiner, la peau est pâle, flasque et sèche; en quelques endroits, elle est comme écailleuse.

La malade est dans un état d'amaigrissement extrême. Les yeux sont caves, sans expression; les pommettes saillantes, les joues creuses; la figure a un aspect sale; elle est ridée; on dirait une vieille femme.

Séjour au lit, agitation fréquente, anxiété, malaise général, plaintes continuelles, lassitude dans les membres, brisement général. Appétit nul, dégoût, nausées, bouche mauvaise, ventre aplati, sans douleur; selles rares et accompagnées de quelques coliques; urines peu abondantes, paraissant normales.

La malade souffre beaucoup d'une douleur qui siége au côté droit et un peu en arrière, au niveau des dernières fausses côtes, et qui irradiait ces jours derniers vers la fosse iliaque du même côté. Cette douleur est vive, lancinante; elle s'exaspère par une pression un peu forte.

Cet état de souffrance est presque incessant et augmente la nuit, qui se passe sans sommeil.

Pouls à 70 pulsations, petit, dépressible; battements du cœur très-faibles. L'auscultation ne donne que des signes à peu près négatifs: la respiration, qui paraît normale partout, semble seulement un peu rude et soufflante sous les clavicules. A peine si la malade tousse deux ou trois fois par jour, et la toux est sèche; pas d'expectoration. Absence de bruit de souffle au cœur et aux vaisseaux du cou.

Aménorrhée. Les règles ont paru pour la dernière fois au mois d'août, peu après le début de la coloration bronzée. (Infusion de quina pour boisson; fer réduit par l'hydrogène; vin; alimentation au choix de la malade; vésicatoire *loco dolenti*.)

6 janvier. La coloration semble s'être un peu éclaircie au front et aux pommettes; mais le pourtour des yeux a pris une teinte ardoisée uniforme, bien fondue, sans piqueté appréciable. La douleur du côté droit a presque cédé. La malade n'y accuse plus que la cuisson des vésicatoires. Celle-ci s'est déplacée et siége maintenant à l'épigastre et sur les derniers cartilages costaux droits. Elle présente là les mêmes caractères; on la dirait plus vive à la pression. Le foie ne paraît pas avoir acquis un volume anormal. Le dégoût augmente; la malade prend à peine quelques cuillerées de bouillon ou de lait dans toute la journée. Son malaise, son anxiété, son état de faiblesse semblent plus grands. Nuits toujours très-pénibles. (Même médication.)

10. Son état s'aggrave; vomissements de quelques gorgées de bile mêlée à des mucosités et au liquide de la boisson. On peut presser les points où siégeait primitivement la douleur, sans la réveiller. Elle est toujours vive à l'épigastre.

La parole est plus lente, mais la voix a toujours son timbre ordinaire, qui n'a pas changé, au dire des parents.

La malade est vite fatiguée lorsqu'elle parle quelques instants. Apyrexie.

13. Aggravation dans tous les symptômes. L'anxiété, le malaise, la souffrance redoublent. La malade est frappée de sinistres pressentiments; elle ne prend plus aucune espèce de nourriture. Apyrexie.

14. Agitation, anxiété extrême pendant toute la journée; chaleur sèche à la peau; pouls filiforme, à 80 pulsations; trois vomissements; deux selles liquides d'une matière noire que je n'ai pu examiner.

Mort dans la nuit.

La malade a conservé son intelligence jusqu'au dernier moment. Elle s'est retournée seule sur le côté et s'est éteinte sans que les personnes qui l'entouraient s'en soient aperçues.

A mon grand regret, l'autopsie n'a pu être faite. S'il est probable qu'elle nous eût montré quelque lésion des capsules surrénales, nous ne pouvons pas cependant l'admettre comme un fait certain. Mais cela infirmera-t-il notre diagnostic? Je ne le crois pas; c'est bien à un cas de maladie d'Addison ou de peau bronzée que j'avais affaire.

Les lecteurs de la Gazette Médicale qui connaissent l'observation publiée par M. Second-Ferréol verront dans ces deux cas une ressemblance des plus frappantes; ce sont, en effet, les mêmes symptômes, la même marche, la même terminaison funeste; mais plus favorisé que nous, notre confrère a pu démontrer et décrire après la mort les altérations des capsules surrénales.

Bien plus, le fait que je cite me semble plus simple, plus tranché; les lésions organiques y sont moins appréciables, et paraissent de moindre importance. En effet, dans le cas de M. Second-Ferréol, la phthisie pulmonaire était évidente, elle parut même faire des progrès, dans les derniers temps de la maladie, au point que l'auteur peut se demander si elle n'avait pas déterminé la mort. L'ictère, comme chez ma malade, survint aussi, mais fut plus persistant, et du reste l'état du foie à l'autopsie rendit compte de ce symptôme. Il est si fugace dans le fait que j'ai cité qu'on ne peut guère supposer une lésion organique. Le cœur, l'estomac ne me semblent affectés que sympathiquement; leurs fonctions sont simplement troublées. Les douleurs que la malade a éprouvées vers ces diverses régions sont évidemment de nature névralgique, comme celles qu'elle ressentit primitivement au cou et à la face.

Y avait-il des tubercules dans les poumons? C'est possible. Les signes que nous avons recueillis peuvent bien le faire soupçonner, mais ne permettent pas de l'affirmer. Quoi qu'il en soit, il est évident qu'ils n'ont été pour rien dans la marche et la terminaison de la maladie.

L'examen clinique de notre malade n'a donc pu nous révéler une lésion d'un organe important qui puisse expliquer et la maladie et la mort. C'est donc à l'ensemble des troubles fonctionnels causés par la maladie d'Addison qu'il faut attribuer cette funeste terminaison.

Qu'est-ce donc que cette maladie d'Addison? Ainsi que l'autopsie l'a démontré dans bien des cas, les capsules surrénales sont malades; mais la lésion est loin d'être toujours de même nature. Quoi qu'il en soit, la fonction de ces organes — si tant est qu'ils en aient une — est plus ou moins troublée, et l'on peut ainsi se rendre compte de cette maladie jusqu'à un certain point.

Mais voici quelques faits qui semblent contradictoires. M. Luton (Gaz. Méd., 1857, p. 134) a trouvé chez un tuberculeux des plaques bronzées à la face avec état normal des capsules surrénales, et il annonce un certain nombre d'observations semblables qu'il doit publier un jour.

Au moment où j'écris ces lignes, je donne mes soins à une femme arrivée à une période avancée de la phthisie pulmonaire. Je n'ai pas été peu surpris d'apercevoir chez elle, sur la muqueuse de la lèvre inférieure, une tache assez large, noire, lisse, uniforme, exactement semblable à celles que j'ai notées dans l'observation qui précède. Sur la joue et le front, on voit un petit nombre de taches disséminées, brunes, plus foncées à la circonférence qu'au centre, assez régulièrement arrondies, et dont quelques-unes atteignent la largeur d'une lentille. Cette coloration remonte déjà à plus de trois mois. On ne trouve pas dans ce cas cette teinte brun pâle, unie, qui formait le fond de la coloration de ma première maladie; ici la peau qui sépare les taches est complètement normale. Il y a, comme on voit, une différence immense pour l'intensité et pour l'étendue des taches entre ce fait et celui que j'ai déjà décrit; mais celles-ci me semblent de même nature, et je les considère comme des taches pigmentaires anormales.

Mais, et ceci est capital, dans ce fait, comme dans celui de M. Luton, on n'observe pas d'autres symptômes que ceux de la phthisie pulmonaire. Chez ma malade, l'appétit est encore conservé, les fonctions digestives s'exécutent assez bien, et les forces sont relativement dans un état assez satisfaisant, puisqu'elle reste levée chaque jour un certain nombre d'heures. Rien ne rappelle dans ces deux cas cet ensemble de symptômes graves qui pointe à la coloration bronzée caractérisant la maladie d'Addison.

Il faut donc reconnaître, avec plusieurs médecins anglais, qu'on a accordé une trop grande importance à cette coloration comme effet exclusif d'une lésion des capsules surrénales. Ce n'est qu'un symptôme qui n'a une véritable valeur qu'accompagné des autres symptômes qu'on trouve décrits dans la plupart des cas cités comme appartenant à la maladie d'Addison. Qu'importe, en effet, que cette coloration se montre chez quelques phthisiques? Outre qu'elle n'est jamais aussi intense, ni si étendue chez eux, elle n'ajoute rien à la maladie et n'en modifie ni la marche, ni la terminaison; elle n'est pas même un signe d'une diathèse tuberculeuse plus prononcée.

Au contraire, dans les cas de peau bronzée, tels que celui que je publie et celui de M. Second-Ferréol, cette couleur acquiert une véritable importance par sa liaison avec un groupe de symptômes particuliers, bien définis, qui offrent dans les deux faits une similitude frappante, et qu'on ne retrouve pas dans la phthisie pulmonaire.

Cet ensemble de symptômes: coloration bronzée, débilité du système musculaire, faiblesse des mouvements du cœur, dyspepsie des plus marquées, amaigrissement extrême, allanguissement de toutes les fonctions; phénomènes nerveux divers, perte générale des forces que l'on retrouve dans mon observation, ne sauraient être rapportés à aucune lésion organique appréciable qui puisse en rendre compte. Ils sont évidemment l'expression d'une affection profonde des forces vitales d'où résultent le trouble et la perversion des principales fonctions. Quant aux altérations organiques que l'on a rencontrées dans les différents cas, ce ne sont à vrai dire que des localisations consécutives et contingentes de cette affection générale.

D'après ces considérations, nous croyons devoir émettre les deux propositions suivantes, que nous soumettons à une observation ultérieure:

1° Chez quelques phthisiques on trouve une sorte de coloration bronzée.

Ce n'est alors qu'un symptôme sans importance.

2° Dans d'autres cas, cette coloration caractérise une véritable affection morbide qui peut être considérée comme une cachexie spéciale, dans laquelle des altérations de nature diverse, tubercule, cancer, etc., se produiraient ordinairement dans les capsules surrénales.

Je n'ai rien à dire du pronostic et du traitement. La mort, comme on sait, a été jusqu'à ce jour la seule terminaison.

L'étiologie est des plus obscures. Mais, dans ce cas particulier, ne pourrait on pas voir dans le choléra qui frappa la malade en 1854 une des causes qui ont favorisé le plus l'évolution de cette maladie! L'atteinte grave qu'il fit aux forces de la vie, ainsi que le prouvent la longue convalescence et le rétablissement incomplet qui en furent la suite, rend probable cette manière de voir.

PRODROMES TÉTANIQUES ENRAYÉS PAR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL; par M. HENRI LESPIAU, D. M. P., médecin aide-major de première classe au 5e bataillon de chasseurs à pied.

Les auteurs s'accordent à reconnaître que les blessures des pieds et des mains sont surtout celles qui se compliquent de tétanos; aussi l'attention du praticien doit-elle être éveillée dans le traitement de ces affections.

L'observation suivante nous a paru digne d'être recueillie. En effet, les accidents nerveux qui se sont présentés avaient une analogie complète avec les prodromes du tétanos; ces accidents se sont développés dans les circonstances indiquées comme étiologiques de cette terrible complication, et le traitement chirurgical a enrayé tous les symptômes qui s'étaient développés.

PLAIE CONTUSE DE L'INDEX GAUCHE INTÉRESSANT LE TENDON DE L'EXTENSEUR COMMUN ET LE RAMEAU INTERNE DE LA BRANCHE ANTÉRIEURE DU NERF RADIAL QUI SE REND AU CÔTÉ INTERNE ET DORSAL DE L'INDEX; INFLAMMATION CONSÉCUTIVE DE L'APONÉVROSE DORSALE DU MÉTACARPE; ACCIDENTS NERVEUX ENRAYÉS PAR LA SECTION COMPLÈTE DU FILET NERVEUX CONTUSIONNÉ; TRENTE ET UN JOURS DE TRAITEMENT; GUÉRISON.

OBS. — Le 10 décembre 1857, à six heures et demie du soir, M. H., capitaine au 33e de ligne, âgé de 41 ans, constitution moyenne, tempérament nerveux, revenait de la chasse et longeait le canal du Rhin au Rhône, lorsqu'il fit, à 2 kilomètres de Montbéliard, une chute, source des accidents qui sont le sujet de cette observation.

Un batelier imprudent avait amarré son bateau du côté de la route qui longe le canal, et la corde traversait cette voie de communication.

M. H. portait un fusil à deux coups, suspendu à l'épaule gauche au moyen de la bretelle, les canons en haut et en arrière, la crosse en bas et en avant.

La corde de l'amarre fit trébucher cet officier qui, par un mouvement instinctif, porta la main gauche sur la crosse du fusil pour le maintenir. Cependant il ressentit une vive douleur à la main gauche, et le fusil fut projeté en avant. M. H. tomba sur la partie antérieure du corps, les bras tendus, la paume des mains et la pointe des pieds appuyant sur le sol.

En se relevant, M. H. se sent les membres brisés et éprouve une douleur très-forte à la main gauche qui est le siége d'une plaie sur la face dorsale de l'index. Le sang s'échappe en abondance de cette solution de continuité; M. H. enveloppe la main dans son mouchoir et arrive dans son logement. Il met la main blessée dans l'eau froide pendant dix minutes, place du diachylon sur la plaie, vaque à ses occupations, et vient chez moi à neuf heures du soir.

Des contusions multiples existaient aux régions qui avaient porté sur le sol au moment de la chute. L'extrémité supérieure de l'index gauche était le siége d'une plaie occupant les faces postérieure et interne. Partie du niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, la solution de continuité suivait le milieu de la face dorsale de l'index jusqu'au milieu de la première phalange où elle se recourbait à angle obtus pour se porter à la région interne du doigt. Le lambeau présentait un angle obtus dont chacun des bords contusionnés avait une longueur de 2 centimètres.

Une seconde plaie d'un centimètre de longueur et d'une largeur de 2 millimètres existait à la face interne de l'index, suivant la direction du doigt et se terminant au niveau de la commission interdigitale.

M. H. attribue ces deux solutions de continuité aux deux chiens du fusil qui ont porté sur cette région au moment où il a voulu retenir son arme. Il a, en effet, ressenti une vive douleur à la main gauche avant de tomber.

Ces plaies n'étaient pas très-douloureuses au moment où je les examinai; les mouvements de l'index et de la main étaient libres. Le lambeau n'était composé que de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; mais les tissus sous-jacents étaient contusionnés, et je remarquai sur le tendon de l'extenseur commun une solution de continuité de 5 millimètres de longueur et d'une largeur d'un millimètre.

N'espérant pas de réunion immédiate à cause du déchirement des tissus, je conseillai à M. H. de s'abstenir de diachylon et de mettre sur la plaie un cataplasme de farine de graine de lin entre deux linges.

11 décembre. Douleur au niveau de la grande plaie. (Continuation des cataplasmes.)

12. Douleur très-forte au niveau de la grande plaie; tension de l'index et de la partie externe de la face dorsale de la main, le long du tendon de l'extenseur commun qui se rend à l'index. (Compresses trempées dans l'eau froide.)

13 décembre. Le gonflement s'est étendu à toute la face dorsale de la main gauche jusqu'au poignet et aux quatre derniers doigts. Le mouvement de flexion des doigts est difficile. Douleur prononcée au niveau de la commissure de l'index et du médius. Du pus de bonne nature s'est formé sur la plaie.

Main gauche placée sur une planchette, les doigts dans la demi-flexion; compresses imbibées d'eau blanche froide avec laquelle on arrose l'appareil.

14 décembre, à neuf heures du matin, tension très-forte de la face dorsale de la main; impossibilité de mouvoir les doigts. La douleur persiste au niveau de la commissure de l'index et du médius. Anorexie.

Continuation des irrigations froides à l'eau blanche. Le malade reste couché. Diète.

14, à quatre heures du soir. La plaie est très-douloureuse, elle a donné très-peu de pus; le malade est triste, il éprouve *de la roideur aux deux tendons d'Achille et au niveau des omoplates*. (Ce sont ses expressions.)

14, à neuf heures du soir : la tristesse persiste, découragement tout à fait en contradiction avec le caractère de cet officier, dont l'éducation et l'instruction sont au-dessus de la moyenne, *la roideur est revenue aux deux tendons d'Achille et près de la nuque, mais elle a disparu*. Pouls à 90 pulsations, serrées, petites.

15, à neuf heures du matin. Le malade n'a pas dormi de la nuit, *la roideur s'est présentée d'une manière intermittente aux jambes et aux épaules*. Abattement. Pouls petit, serré, 24 pulsations par minute. Douleur vive au niveau de la commissure de l'index et du médius. La plaie longitudinale de la face interne de l'index est cicatrisée, la plaie à lambeau n'a pas donné de suppuration; les tissus en sont rouges, desséchés. Tension très-forte de la face dorsale de la main et des doigts dont les mouvements sont impossibles.

Les symptômes nerveux me préoccupaient depuis la veille; ils avaient une analogie complète avec les prodromes du tétanos; leur persistance m'inspira de grandes craintes pour mon malade. M. H... se soumit à une incision *pour dégorger les parties*.

La contusion des tissus sous-jacents au lambeau me faisait craindre l'attrition du filet du radial qui se rend au côté interne et dorsal de l'index; aussi me décidai-je à circonscrire la base du lambeau par une incision profonde qui attaquerait ces filets nerveux. Partie du niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, cette incision fut dirigée sur la cicatrice de la petite plaie longitudinale dont elle suivit la direction et qu'elle dépassa pour se rendre au niveau du bord saillant qui sépare la face postéro-interne de la face antérieure de l'index au milieu de l'espace qui sépare les deux extrémités de la première phalange.

Le malade accusa une douleur très-vive au moment où l'incision suivant la direction de la petite plaie interne fut dirigée profondément. Les tissus étaient engorgés, et il s'en écoula 2 centilitres de sang en nappe.

Cataplasme de farine de graine de lin enveloppant toute la main, dont la face palmaire est appuyée sur une planchette.

15 décembre, à midi. Douleur sourde au niveau de l'incision. Le malade est tranquille.

15, à cinq heures du soir. La douleur de la main a diminué, l'incision a laissé suinter du sang en nappe qui a souillé le cataplasme.

Cataplasme laudanisé (le laudanum est répandu en abondance sur la pâte dont on a augmenté la souplesse par l'addition d'huiles d'olives). Planchette.

15, à neuf heures du soir. Sommeil tranquille.

16. La douleur est nulle. Les contractions musculaires n'ont pas reparu. La plaie s'humecte d'un suintement purulent. Le gonflement persiste.

Cataplasmes laudanisés.

17. Sentiment de lourdeur à la main; suppuration de bonne nature sur la plaie; le gonflement persiste; les accidents nerveux n'ont pas reparu.

La plaie et l'incision marchent vers une cicatrisation régulière. Les douleurs disparaissent; le gonflement de la face dorsale de la main diminue de jour en jour. Les cataplasmes laudanisés sont abandonnés le 21 décembre, époque à laquelle les plaies sont cicatrisées. La tension des doigts est moindre; le gonflement a diminué sur la face dorsale de la main. La flexion des trois derniers doigts est difficile; celle de l'index est impossible.

Onctions avec le liniment volatil camphré et opiacé. La main placée dans un gros gant fourré de laine avec un seul doigt pour le pouce et soutenue par une écharpe, et le malade sort de sa chambre.

Ces onctions font disparaître le gonflement de la face dorsale de la main, mais les doigts restent tendus et la flexion en est toujours difficile.

Des douches salines remplacent les onctions (30 grammes de sel marin desséché pour un litre d'eau); ces douches durent une demi-heure, et la tem-

pérature en est aussi élevée que la main peut la supporter. Le malade prend une de ces douches chaque jour.

Du 25 décembre 1857 au 10 janvier 1858, M. H... prend quinze douches sous l'influence desquelles la tension des doigts diminue de jour en jour. Cette diminution est tellement sensible le 7 janvier que la peau laisse une trace blanche en se retirant des ongles dont elle enveloppait toute la lunule et une grande partie rosée de la face convexe.

La flexion des doigts est surtout difficile à l'index; mais une réaction salutaire suit l'emploi des douches, et le 15 janvier M. H... reprend ses occupations.

Cette observation offre de l'intérêt au point de vue de la propagation de l'inflammation de l'index à toute la face dorsale de la main, et surtout au point de vue des accidents nerveux qui se sont développés, et qui ont été enrayés par un traitement purement chirurgical.

Est-on fondé à appeler prodromes tétaniques les accidents nerveux qui se sont présentés?

La réponse à cette question se trouve dans les études étiologiques et symptomatologiques.

ÉTIOLOGIE. — Notre malade a un tempérament nerveux, et M. Vidal (de Cassis) admet ce tempérament comme cause prédisposante du tétanos.

La main est rangée par tous les auteurs comme une des régions dont les blessures se compliquent surtout du tétanos.

Les accidents se sont développés le cinquième jour de la plaie, et Larrey dit qu'en général c'est quelques jours après la blessure que ce terrible accident se manifeste, du cinquième au quinzième jour.

SYMPTOMATOLOGIE. — D'après M. Bégin, les prodromes du tétanos traumatique sont annoncés par les phénomènes nerveux suivants : « Le blessé devient triste, morose, frappé de terreur soudaine, inexplicable, perd l'appétit, le sommeil.... »

Richerand donne comme prodromes « l'extension des membres... »

La plupart des signes indiqués comme étiologiques et symptomatiques du tétanos se sont présentés chez notre malade; ce qui confirme notre diagnostic.

Les auteurs ne sont pas d'accord dans le traitement des prodromes du tétanos, au point de vue de la blessure des fils nerveux. Les uns (Vidal de Cassis) veulent que l'on complète la section des nerfs piqués ou déchirés. Les autres (Sam. Cooper, Fabre) disent que cette indication est plus théorique que pratique.

Cette divergence d'opinions m'a encouragé à publier le résultat heureux que j'ai obtenu.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

OBSERVATION DE POLYURIE; EFFICACITÉ DES FERRUGINEUX; par M. DEEBREY, médecin adjoint.

OBS. — Soldat âgé de 24 ans, de constitution moyenne, tempérament lymphatique, plusieurs fois atteint de fièvre palustre, a vu depuis deux ans augmenter considérablement la quantité de ses urines. Il rend actuellement 25 litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Elle est claire, très-pâle, ressemblant à de l'eau, sans odeur. Sa pesanteur spécifique est de 1001. Elle est neutre, ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, ni par l'ammoniaque. Le réactif de Troocherz n'y décèle aucune trace de glucose. La quantité de boissons prises n'est pas aussi grande que celle de l'urine. (Ce dernier point aurait mérité une étude très-attentive.) L'embonpoint est assez bien conservé, et le sujet offre presque l'aspect de la santé. En effet, les fonctions importantes se font bien; on note seulement la salive rare et épaisse, la bouche pâteuse, une sensation de sécheresse dans le pharynx; peau sèche, sensibilité très-grande au froid.

Une analyse chimique montre que l'urée a conservé son chiffre normal et qu'il y a seulement diminution relative des principes solides de l'urine. (Relative à quoi? à la quantité moyenne de ces principes chez l'adulte, ou bien aux autres parties constituantes de l'urine?)

Le malade dit que sa mère, un frère et deux sœurs, tous décédés, ont présenté la même affection. (A quel âge et par suite de quelle maladie ont-ils succombé?)

Quant aux traitements subis, ils avaient consisté : 1° dans l'abstinence la plus complète possible des boissons, à l'exception du vin et de la bière que l'on donnait aux repas; les boissons étaient remplacées par des citrons; 2° dans l'usage du quinquina et de la portion pour régime. Il fut soumis à cette thérapeutique une première fois en 1854, pendant quatre mois; une autre fois pendant trois mois et demi l'année suivante. Il sortit de l'hôpital à peu près comme il y était entré.

Nous lui prescrivîmes le fer réduit par l'hydrogène, 2 grammes divisés en huit paquets, en poudre, deux par jour à chaque repas. Au bout de deux mois, la quantité d'urine était diminuée de moitié, et la soif devenue modérée.

L'affection restant alors pendant trois semaines dans ces limites, nous passâmes aux préparations martiales solubles. (Citrate de fer à la dose de 0,40 gr. par jour en sirop.) Après un mois et demi, l'excrétion urinaire avait encore subi une diminution notable: au lieu de quatre vases de nuit, le malade n'en remplissait plus que trois (10 litres 1/2 dans les vingt-quatre heures).

Le traitement dut cesser, le malade détenu ayant obtenu sa grâce sortit de l'hôpital.

Il eût été curieux de pousser l'expérimentation plus loin pour s'assurer si le cas aurait dû se ranger dans ceux dont parle M. Lacombe, et dont il dit : « En résumé, dans tous les cas que je rapporte, je trouve » quelques cas de soulagement, mais pas un exemple authentique de » guérison soutenue et durable. »

II. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES.

DU TYPHUS ABDOMINAL (FIÈVRE TYPHOÏDE) DES ENFANTS; par M. EDM. FRIEDRICH, traduction du docteur DIEUDONNÉ.

Le typhus abdominal (fièvre typhoïde) endémique ou sporadique n'est pas rare chez les enfants, plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Il se montre beaucoup plus souvent à partir de la deuxième année, atteint son maximum de 6 à 11 ans, diminue jusqu'à la puberté; plus fatal de 1 à 4 ans; les garçons succombent plus rapidement que les filles.

Le typhus abdominal peut régner épidémiquement. Il fait disparaître ou atténue les épidémies de scarlatine. Sa lésion anatomique la plus constante est l'hypertrophie de la rate. Les ulcérations et escarres des plaques de Peyer sont excessivement rares, ainsi que les ulcérations du pharynx, de l'œsophage et de la trachée.

L'acclimatement, le changement brusque de milieu et de manière de vivre sont des causes prédisposantes incontestables; la plus évidente est la constitution morbide épidémique. La contagion est au moins douteuse.

Symptômes. Frisson initial rare, selles liquides, gargouillement iliaque, météorisme, tuméfaction de la rate, fièvre, respiration accélérée, catarrhe bronchique, hémorrhagie intestinale (très-rare), somnolence et délire fréquents, mais peu intenses, roséole fréquente; les papules le sont moins, plus tard la miliaire (sudamina?). Nul rapport entre l'espèce et l'étendue de l'éruption et l'intensité de l'affection. Forme ordinairement légère, plus grave chez les garçons. Durée de seize jours à plusieurs mois, à cause des complications et des suites. Récidives rares.

Complications. Parotides, phlébite, entérorrhagie dans la convalescence, rougeole, variole, varioloïde, pronostic en général favorable.

La méthode thérapeutique qui convient le mieux consiste dans la prophylaxie, l'expectation, la diététique et le traitement symptomatique. La maladie ne se laisse point *juguler*, mais le calomel administré, du cinquième au huitième jour, à des doses modérées, exerce manifestement une heureuse influence. Dans tous les cas, il faut ménager les forces des enfants et veiller à ce que de bonne heure ils reçoivent une nourriture convenable.

III. PRESSE MÉDICALE BELGE.

DE LA VACCINE ET DE LA VARIOLE; extrait du rapport lu par M. MARINUS à l'Académie royale de médecine de Belgique.

La variole peut-elle se manifester chez des personnes qui ont été vaccinées, ou la vertu préservative de la vaccine n'est-elle que temporaire?

1° La vertu préservative de la vaccine est absolue dans la presque totalité des cas.

2° Dans un très-petit nombre de cas, là où la vaccine n'a détruit qu'imparfaitement la prédisposition constitutionnelle à la variole, cette préservation n'existe que pour un temps dont on ne peut désigner la durée, mais qui cependant n'expire pas avant sept ou dix ans après la vaccination.

3° Les cas de variole qui surviennent après la vaccination sont peu nombreux et offrent en général peu de gravité, puisqu'ils se réduisent pour la plupart à une éruption bénigne que l'on a, pour cette raison, nommée varioloïde. D'ailleurs, la variole est également susceptible de se montrer chez des individus qui en ont été déjà atteints une première fois.

Est-il nécessaire de revacciner une ou plusieurs fois la même personne, et, dans l'affirmative, après combien d'années faut-il y procéder?

1° Les éruptions vaccinales ne procurant pas toujours une préservation absolue, le vaccin même régénéré n'éteignant pas non plus irrévocablement dans tous les cas la prédisposition à la variole, la revaccination est le complément indispensable de la première vaccination, non qu'elle soit toujours nécessaire, mais parce qu'il n'est pas donné au praticien de distinguer, par aucun signe, les cas où la disposition pour la variole est entièrement éteinte, de ceux où il existe encore un reste de réceptivité pouvant donner prise à cette maladie.

2° Il est rare de voir des individus ayant eu une bonne vaccine contracter, durant les épidémies, la variole ou la varioloïde avant l'expiration de la dixième ou de la douzième année. Les revaccinations faites aux différents âges de la vie nous montrent qu'avant l'âge de dix ans il y a infiniment plus de préservés qu'après cette période de l'existence.

Il convient donc de fixer la revaccination à l'âge de 10 à 15 ans.

Est-il vrai que le vaccin, en préservant de la petite vérole, a exercé, depuis son introduction jusqu'à nos jours, une influence fatale sur l'espèce humaine, au point de vue de la constitution physique et de l'intelligence ainsi que de la mortalité?

Loin d'avoir une influence fatale sur l'espèce humaine, la vaccination, en la délivrant, en grande partie du moins, du fléau de la variole, l'a également délivrée des maux et des infirmités qu'elle déterminait ou qui n'en étaient que trop fréquemment la suite.

La variole n'est pas une maladie innée, naturelle à l'homme; elle n'est pas un mal nécessaire; elle est loin de constituer une crise salutaire. L'inoculation participe des dangers de la variole et n'a pas les avantages du vaccin. Les maladies épidémiques ont été bien plus fréquentes avant l'introduction du vaccin qu'après. Il y a d'autres moyens de modifier la constitution que de l'exposer aux dangers de la variole, moyens qui comprennent les modificateurs hygiéniques et thérapeutiques.

IV. ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

OTITE PURULENTE INTERNE DROITE; ABCÈS A LA RÉGION MASTOÏDIENNE DU MÊME CÔTÉ; SYMPTÔME D'ENCÉPHALO-MÉNINGITE AIGUË; ABCÈS A LA PARTIE POSTÉRIEURE DU VENTRICULE LATÉRAL DROIT; MÉNINGITE VENTRICULAIRE DU MÊME CÔTÉ; LESIONS NON SOUPÇONNÉES PENDANT LA VIE; par le docteur ZANDYCK.

Observation pleine d'intérêt dans laquelle la lésion du cerveau et des méninges ne saurait dépendre de l'altération du rocher, ou des cellules mastoïdiennes qui ne montrent aucune trace de carie. Mais l'otite fait naître un phlegmon diffus autour de l'oreille et sous le cuir chevelu et, probablement en même temps, un abcès à la partie postérieure du ventricule latéral droit. La méningite semble consécutive à la suppuration de ce point de la substance cérébrale. Les symptômes de l'encéphalite sont masqués par ceux de l'inflammation du péricrâne; cette dernière se termine favorablement, mais la collection purulente du cerveau donne bientôt lieu à une méningite aiguë unilatérale qui termine la scène.

Le docteur Zandick conclut de l'appréciation des symptômes fournis par ce cas et de leur comparaison avec plusieurs autres analogues :

1° Que la cause véritable des abcès du cerveau nous échappe le plus souvent;

2° Qu'en général, l'époque précise de leur développement ne peut être déterminée d'une manière certaine;

3° Que l'obscurité la plus grande règne encore sur le diagnostic des abcès du cerveau;

4° Qu'il est fort difficile de distinguer les diverses régions des méninges enflammées;

5° Qu'en somme, les règles thérapeutiques étant les mêmes dans ces derniers cas, le diagnostic de l'inflammation isolée ou réunie du cerveau et de ses enveloppes ne peut être très-préjudiciable aux malades.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 AOUT 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

EMPLOI DU CURARE DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS; par M. L. VELLA (de Turin).

Partant des expériences faites par M. Claude Bernard depuis 1850, et des résultats qu'il avait obtenus avec le curare, qu'il avait montré comme un agent paralysant l'action du système nerveux moteur, j'ai entrepris au mois de décembre 1856, avec mes amis les professeurs Ercolani et Tommasi, une longue série d'expériences que j'ai communiqués à la Société des sciences biologiques de Turin. Les résultats de ces expériences peuvent être résumés en disant que j'ai vérifié l'action physiologique antagoniste sur le système nerveux, qui existe entre le curare et la strychnine, et que j'ai pu, chez les animaux, en agissant avec les précautions nécessaires, neutraliser les effets toxiques des deux substances l'une par l'autre.

Cela posé, ayant observé plusieurs cas de tétanos dans l'hôpital militaire français de Turin (où j'étais médecin traitant de la première division des blessés), et dans lesquels l'emploi des opiacés, de l'éther, etc., etc., avait échoué, il me vint à l'idée de faire sur l'homme l'application de mes expériences de 1856.

M. Salleron, médecin en chef de l'hôpital, à qui j'avais communiqué les résultats ci-dessus mentionnés, non-seulement ne mit pas d'empêchement à mon projet, mais, au contraire, voulut bien m'encourager et m'aider de ses lumières en dirigeant lui-même mes tentatives.

Les premiers essais furent faits sur deux individus attaqués du tétanos, l'un depuis quatre, l'autre depuis cinq jours, à la suite de blessures par coups de feu. Ils se trouvaient dans un état de demi-asphyxie et dans des conditions tout à fait désespérées. Même dans cette circonstance, l'application du curare amenait un calme et un relâchement musculaire qui soulageait beaucoup les malades. Cependant ils ne purent être sauvés. Dans le troisième cas dont je me propose d'entretenir l'Académie, le résultat de mes tentatives fut complet, et le malade a été entièrement guéri.

Le sujet était un sergent au 41° de ligne, nommé Alexis Thomas, âgé de 35 ans, blessé le 4 juin, à la bataille de Magenta, par un coup de balle au pied droit, qui avait produit une fracture incomplète du premier métatarsien, avec lacération des tendons et des parties environnantes.

Le malade entrait à l'hôpital le 10 juin, n'ayant encore reçu d'autres soins que de simples pansements avec de l'eau fraîche; mais il se trouvait, du reste, dans les meilleures conditions possibles. Le 13, on fit l'extraction de la balle, et le malade, qui commençait à souffrir davantage, en fut tellement soulagé, que le lendemain on lui accorda les trois quarts de portion.

Le 16 (douze jours après avoir été blessé), il éprouva un peu de roideur au cou, avec difficulté de mouvoir la mâchoire et la tête, ainsi que quelques convulsions passagères.

Le 17, la mâchoire est fortement serrée, et il lui est impossible, par moments, d'ouvrir la bouche.

Sans m'arrêter maintenant à décrire en détail l'apparition successive des symptômes produits par le trismus, l'opisthotonos, etc., je me bornerai à dire que le matin du 18, lorsque je visitai pour la première fois le malade, je reconnus, avec tous les médecins de l'hôpital, qu'il était atteint d'un *tétanos général* bien caractérisé.

APPLICATION DU CURARE. — L'état du malade était si grave, que j'ai cru d'abord devoir le saigner pour combattre l'asphyxie dont il était menacé. Ensuite, après avoir débridé la plaie, je lui administrai une potion fortement laudanisée qui ne produisit aucun effet.

Dans l'après-midi, je me décidai à l'application du curare sur la plaie.

La dose fut d'abord de 19 centigrammes sur 40 grammes d'eau; mais je la portai, en l'augmentant successivement, jusqu'à 1 gramme sur 80 grammes d'eau.

Après trois quarts d'heure et, quand la quantité du curare était plus forte, une demi-heure, chaque application était suivie d'une diminution dans la rigidité tétanique, ensuite d'un relâchement musculaire si complet, que le malade pouvait immédiatement boire, prendre quelques soupes, uriner, s'asseoir sur son lit, etc.

Quand l'action du curare était finie, la jambe droite (la blessée) était toujours la première à éprouver les secousses tétaniques qui, dans le commencement, reparaissaient avec toute leur violence. Dans les trois premiers jours de ce traitement extraordinaire, l'absorption par la plaie suffisait pour produire le relâchement musculaire et le calme général dont je viens de parler.

Après cette époque, je dus poser un premier vésicatoire à la cuisse, et le huitième jour, le répéter afin d'avoir une large surface absorbante.

Pendant quatre jours, les pansements étaient renouvelés toutes les trois heures, ensuite toutes les cinq heures jusqu'au douzième jour où je les réduisis à trois fois, et même deux fois dans les vingt-quatre heures.

J'ai remarqué que la blessure du pied et les plaies des vésicatoires ne souffraient nullement de l'application du curare; au contraire, leur cicatrisation marcha très-vite.

Je ne crois pas devoir décrire maintenant les modifications successives du régime ni parler des petits soins ordinaires que je donnai au malade, ce qui serait inutile pour le but que je me suis proposé dans cette note. Je dirai seulement que le curare, qui pendant les premiers huit jours parvenait constamment à éloigner les accès, en en diminuant progressivement l'intensité, a fini par les faire disparaître entièrement; et le 10 juillet le malade quitait pour la première fois le lit sans éprouver aucune secousse convulsive.

Le 15 il sortit pendant une heure, et le 25 il quitta l'hôpital, se rendant en France complétement guéri.

Or, quelle que soit l'action spécifique du curare sur le centre nerveux, il est certain qu'il paralyse l'action des nerfs moteurs de la vie animale, action qui procède par l'intermédiaire des centres nerveux.

En conséquence l'emploi du curare était logiquement indiqué, et, m'appuyant sur ces données physiologiques, je l'ai expérimenté.

Je désire vivement que mes tentatives soient répétées dans des cas semblables. Cependant il faut que le tétanos n'ait pas lésé trop profondément les organes vitaux, ni surtout le poumon.

Je désire aussi que l'emploi du curare soit tenté dans le traitement de l'hydrophobie, but que je m'étais proposé depuis longtemps et que, par le manque d'occasion, je n'ai pas encore pu atteindre.

M. Velpeau : Sans contester l'intérêt du fait que vient de raconter M. Cl. Bernard, je crois cependant devoir faire remarquer qu'il doit être accueilli avec réserve. Le *curare* est un agent si actif, un poison si dangereux, qu'avant de l'accepter comme remède il importe d'en avoir bien constaté l'efficacité.

Il est vrai que le tétanos est assez redoutable de son côté et si réfractaire aux médications connues, que tout est en quelque sorte permis à son occasion. On aurait tort néanmoins de le regarder comme absolument mortel, même quand il est aigu et traumatique. Ainsi, on a guéri plusieurs malades avec l'opium, avec l'éther, avec le musc, avec le camphre, avec l'eau froide comme avec le chloroforme, ce qui ne l'empêche pas d'avoir presque toujours une terminaison fatale, même quand on le traite par ces divers moyens.

L'auteur dit qu'il y a eu beaucoup de tétaniques parmi les blessés de l'armée d'Italie. Or je tiens de plusieurs chirurgiens, de M. Larrey en particulier, lui le chirurgien en chef de cette armée, qu'il y en a eu très-peu au contraire. Puis, ce tétanos qu'on arrête, qui renaît, qu'on arrête de nouveau et pour ainsi dire à volonté pendant près de quinze jours, m'inspire, je l'avoue, quelque défiance! Il s'agit dans la note de 3 cas, 2 morts après les traitements ordinaires et le troisième guéri par l'usage du curare. Eh bien! j'ai eu à la Charité 3 cas de tétanos aussi dans le courant des années 1857 et 1858. Deux de mes malades ont succombé, et le troisième est guéri comme à l'hôpital de Turin. Cependant celui-ci, jeune fille que j'avais opérée d'une énorme tumeur au cou, n'avait pas été traité autrement que les autres et qu'une foule d'autres que j'ai perdus auparavant.

Ce sont ces quelques cas de guérison spontanée et exceptionnelle qui ont toujours fait la vogue jusqu'ici des nombreux moyens vantés tour à tour comme remède efficace du tétanos, et qui, finalement, n'ont point empêché le tétanos de rester presque constamment une maladie mortelle.

En thérapeutique surtout, un seul fait ne permet jamais de conclure, et comme je n'en vois qu'un ici, et que ce seul fait me paraît entouré de causes d'erreur variées, je dis que, sans le repousser et avant d'en donner l'explication, d'en tirer des conséquences, il est prudent d'en attendre la confirmation.

M. Claude Bernard : Je puis rassurer M. Velpeau à l'égard des appréhensions qu'il vient de manifester relativement au danger que pourrait présenter l'emploi du curare dans le traitement du tétanos. On a, en effet, entouré l'histoire du curare de récits merveilleux sur son action terrible. Cela vient sans doute de ce que cette substance sert aux Indiens à empoisonner leurs flèches et de ce qu'elle a le singulier privilége de pouvoir être avalée à forte dose sans aucun inconvénient, tandis que par une simple piqûre elle peut produire la mort. Mais toutes les expériences extrêmement nombreuses qu'on a faites récemment pour étudier les propriétés physiologiques de ce poison, ont prouvé que l'activité du curare n'a rien qui puisse le faire exclure de la thérapeutique. On emploie tous les jours avec prudence et comme médicaments, l'acide prussique, la strychnine, l'atropine, etc., qui sont des poisons plus énergiques et par conséquent plus dangereux que le curare. Cela se prouve par des expériences sur les animaux, et on peut le voir pour l'homme en comparant les doses de curare dont a dû faire usage M. Vella, et qui sont relativement considérables.

Maintenant, quant à l'efficacité du curare dans le traitement du cas de tétanos cité par M. Vella, elle me paraît évidente. Il s'agit d'un cas de tétanos traumatique bien caractérisé. L'intermittence des accès que M. Velpeau regarderait comme pouvant faire penser que ce cas n'était pas des plus graves, n'est pas une forme qui appartînt primitivement à la maladie, mais au contraire un résultat direct de l'application du curare. En effet, chaque application de cette substance a toujours fait cesser l'accès tétanique, et le phénomène s'est reproduit assez souvent pour qu'il me semble qu'on doive exclure l'idée d'une pure coïncidence. Ici le curare, en modifiant l'action des nerfs moteurs sur les muscles, a calmé la rigidité musculaire tétanique consécutive à une blessure par armes à feu, absolument comme il calme aussi la rigidité musculaire tétanique due à l'action de la strychnine.

Il faut sans doute un plus grand nombre de faits pour établir définitivement la valeur d'un médicament nouveau dans le traitement d'une maladie. Mais je crois que ce cas de tétanos traumatique, traité avec succès par le curare, est de nature à engager les médecins et les chirurgiens à tenter le même moyen. J'ajouterai en outre qu'on peut y être encore engagé théoriquement, parce qu'ici les données physiologiques sont tout à fait d'accord avec les résultats thérapeutiques. M. Vella est un physiologiste distingué; en appliquant les propriétés physiologiques du curare dans le traitement du tétanos, il a montré qu'il cherche à appuyer la médecine sur la physiologie et à en déduire des indications pratiques. Cette tendance a produit ici une tentative heureuse, et c'est une raison pour qu'elle soit encouragée par tous ceux qui sont jaloux de voir la médecine marcher dans la voie scientifique.

M. Serres : L'observation que vient de présenter M. Cl. Bernard sur l'emploi du curare contre le tétanos traumatique, me paraît de nature à pouvoir servir de point de départ pour le traitement de cette affection si grave.

Le tétanos est caractérisé, en effet, par une contraction fixe du système musculaire qui, parvenue aux muscles de la respiration, détermine la mort par une sorte d'asphyxie. Physiologiquement, on peut établir que la cause qui le produit semble affecter plus particulièrement les nerfs moteurs.

Or le fait que renferme cette observation consiste à établir que ce poison agit sur ces nerfs et fait cesser la contraction des muscles.

L'observation contient, en effet, plusieurs expériences sous ce rapport; car chaque fois qu'un paroxysme tétanique s'est manifesté, l'emploi du curare l'a fait cesser d'une manière d'autant plus efficace, que l'intensité du paroxysme allait toujours en décroissant

Les expériences analogues faites par l'auteur pour amener la cessation des contractions musculaires produites par l'action de la strychnine, sont de nature d'ailleurs à ajouter une confiance nouvelle dans les essais à faire de ce moyen pour combattre le tétanos traumatique; affection, nous le répétons, presque toujours mortelle, et contre laquelle la médecine est impuissante.

Quant au danger que paraît craindre M. Velpeau de l'usage d'un poison si actif, on peut avec toute assurance s'en rapporter à la prudence des médecins.

M. Jules Cloquet trouve l'observation communiquée par M. Cl. Bernard très-intéressante sous les rapports tout à la fois physiologique et thérapeutique. Il a employé ou vu employer presque tous les moyens préconisés contre le tétanos, et sur plus de 50 cas qui ont été soumis à son observation, il n'a pas souvenance d'un seul exemple de guérison. Or chaque agent thérapeutique en a d'autres qui modifient ou neutralisent son action. Il en est de même pour beaucoup de principes morbifiques qui sont neutralisés par certains médicaments. Que le tétanos soit traumatique ou la suite d'un violent empoisonnement par la strychnine ou la noix vomique, les symptômes et les résultats sont les mêmes. Ces symptômes dénotent une contraction violente, une rigidité remarquable des muscles, rigidité qui peut persister après la mort. L'esprit conçoit qu'un poison très actif, le curare, qui produit des effets contraires à ceux de la strychnine sur les systèmes nerveux et musculaire, une sidération complète des muscles, puisse neutraliser la cause du tétanos et le guérir. Le café n'est-il pas l'antidote dans les cas d'empoisonnement par l'opium? Le quinquina n'est-il pas l'agent qui neutralise le principe des fièvres et de beaucoup de maladies intermittentes? etc.

Dans l'observation de M. Cl. Bernard, on peut suivre pour ainsi dire pas à pas les effets salutaires des applications du curare lors de l'apparition rapide de la maladie et à chacun des accès qui se sont succédé à divers intervalles après la disparition momentanée des accidents de la première invasion. On a peut-être exagéré l'action toxique du curare. On sait d'ailleurs que l'action des médicaments est différente sur l'homme dans l'état de santé et dans celui de maladie. Dans l'observation dont il est question, le curare n'a été employé qu'à faibles doses, en solution, sur la plaie débridée et sur les vésicatoires qu'on avait appliqués pour augmenter son absorption par la méthode endémique.

M. Jules Cloquet, tout en reconnaissant l'intérêt qui se rattache à l'observation présentée par M. Cl. Bernard, voudrait cependant qu'on en renouvelât les essais, qu'on confirmât ou infirmât les résultats obtenus une première fois, qu'on fît surtout des expériences sur des animaux chez lesquels on aurait produit le tétanos par des plaies empoisonnées par la strychnine, et que l'on traiterait ensuite par le curare.

M. Rayer : Je ferai remarquer que M. Velpeau vient de citer un fait très-exceptionnel, en disant que sur 3 cas de tétanos traumatique qu'il a observés l'année dernière, un s'est terminé par la guérison. En opposant ce fait à celui qui est communiqué par M. Cl. Bernard, M. Velpeau pourrait, contre sa pensée, faire supposer aux personnes étrangères à la pratique de la médecine et de la chirurgie que la proportion d'un cas de guérison sur 3 cas de tétanos traumatique n'est pas rare, et faire douter ainsi de l'efficacité du curare dans le cas rapporté par M. Vella.

M. Velpeau sait mieux que personne que les cas de guérison de tétanos traumatique sont excessivement rares. Je me rappelle avoir entendu dire à Dupuytren que sur 40 cas de tétanos traumatique, il ne pouvait en citer qu'un qui ne se fût pas terminé par la mort. Si M. Velpeau eût donné le résultat de sa pratique entière, l'heureuse tentative de M. Vella eût été mieux et plus facilement appréciée. Elle me paraît mériter l'attention la plus sérieuse de la part des chirurgiens.

Quant aux guérisons de tétanos qu'on dit avoir été obtenues à l'aide de médicaments très-divers, elles sont généralement relatives à des cas de tétanos spontané, maladie beaucoup moins grave que le tétanos traumatique.

M. JOBERT DE LAMBALLE : La communication de M. Cl. Bernard offre de l'intérêt sous le rapport de la pathologie, de la thérapeutique et du résultat heureux qui a couronné l'application du curare.

Disons d'abord qu'il s'agit bien, dans le fait rapporté, d'un tétanos aigu traumatique, de la forme la plus grave et qui est presque toujours suivie de la mort. Notre confrère M. Velpeau sait parfaitement que les exemples de guérison de tétanos survenu à la suite de plaies d'armes à feu se comptent, et l'on ne peut, en effet, le comparer avec le tétanos spontané, qui ne ressemble au premier ni par la cause ni par les résultats qui sont souvent si essentiellement différents.

Il faut donc prendre en sérieuse considération la communication faite par M. Cl. Bernard; car il est bien démontré pour moi que le tétanique dont il est question doit sa guérison à l'usage du poison énergique qui, en cette circonstance, mérite le nom de médicament. Pourquoi n'en serait-il pas de ce poison violent, relativement à son usage, comme de l'acide prussique, de la strychnine, etc., dont on s'est servi avec avantage pour combattre des maladies diverses? La strychnine est un poison aussi énergique que le curare, et cependant on s'en sert comme d'un médicament précieux. On ne doit pas plus s'effrayer de l'emploi du curare que de l'usage que l'on a fait prudemment des préparations de morphine, d'acide hydrocyanique, etc.

On s'est demandé si l'on ne pouvait pas élever de doutes sur le mode d'action du curare et sur son action directe contre ce tétanos. D'après nous, il ne peut y avoir de doute à cet égard ; car, si nous nous reportons au moment de l'administration du médicament, on voit que son efficacité a été toute-puissante. Ne voit-on pas immédiatement après l'application du curare les violentes contractions musculaires cesser, se renouveler et disparaître après de nouvelles applications?

Quoique ce fait de l'emploi du curare soit unique, il emprunte des bases si solides aux expériences physiologiques de M. Cl. Bernard, et parle si haut, qu'on ne peut trop le conseiller et engager les chirurgiens à en faire usage dans des circonstances graves et difficiles.

— M. BENOIT présente un travail intitulé : GUÉRISON D'UNE DIVISION CONGÉNITALE DU VOILE DU PALAIS PAR LA CAUTÉRISATION.

Ce mémoire devant être prochainement l'objet d'un rapport, nous nous bornons aujourd'hui à mentionner sa présentation. (Renvoi à l'examen de M. J. Cloquet.)

— M. DOULIOT adresse une note intitulée : SUR LA VISION ET SPÉCIALEMENT SUR LA PERCEPTION DES RELIEFS DANS LE STÉRÉOSCOPE ET DANS LA NATURE. (Commissaire, M. Pouillet.)

— MM. PAIGNON et VAUDAUX, propriétaires des brevets de M. Canouil pour la préparation d'*allumettes chimiques sans phosphore*, demandent que cette invention, qui a été soumise l'an passé au jugement de l'Académie et renvoyée à l'examen de la commission du prix des arts insalubres pour 1859, soit prise en considération par la commission chargée, dans la précédente séance, de préparer un rapport en réponse à une question concernant cette sorte de produits posée par M. le ministre de la guerre.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY, à l'occasion de la question soulevée par M. le ministre de la guerre et des recherches dont elle doit être l'objet de la part de la commission qui a été désignée à cet effet, adresse une copie d'un mémoire sur les *allumettes chimiques, avec ou sans phosphore*, qu'il a présenté l'an passé à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Ces deux pièces sont renvoyées à l'examen des commissaires nommés dans la précédente séance : MM. Chevreul, Pelouze, Pouillet, Payen, J. Cloquet.

— M. LEGENDRE, auteur d'un mémoire sur quelques cas rares de *hernies crurales*, précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, adresse, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication, en double exemplaire, de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. FICHET soumet au jugement de l'Académie deux notes sur de nouvelles dispositions qu'il a imaginées pour les bandages herniaires et pour une autre sorte de bandages. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

PIÈCE OSSEUSE DÉVELOPPÉE ENTRE LES DEUX FEUILLETS DE LA FACE DU CERVEAU ; lettre de M. MOLAS.

« Je viens de lire dans le compte rendu de la séance de l'Académie des sciences du 5 de ce mois, donné par le journal L'UNION MÉDICALE, n° 92, que, d'après les expériences de M. Ollier, la dure-mère est d'autant moins apte à la reproduction des os (et sans doute aussi à leur production), que cette membrane *périostique* se trouve plus éloignée des os, à tel point que les *faux y seraient tout à fait impropres*.

» Permettez-moi de vous dire que cette dernière proposition n'est pas tout à fait exacte ; car, dans le cadavre d'un dément dont j'ai fait l'an dernier l'autopsie avec l'assistance d'un de mes confrères (le docteur Caire), j'ai trouvé une pièce osseuse d'une assez grande dimension développée entre les deux feuillets de la faux du cerveau, vers le milieu de son étendue et avoisinant le corps calleux.

» Je conserve cet os composé de deux lames séparées, ou unies, par un diploé. Je le tiens à votre disposition, si vous le désirez. »

M. FLOURENS : Je dois faire, sur cette lettre, trois remarques :

1° Le fait signalé par M. Molas n'est point nouveau. Il est peu d'anatomistes qui n'aient eu occasion de voir des *ostéites*, ou *noyaux osseux*, soit dans la *faux du cerveau*, soit dans la *tente du cervelet*, *faux* et *tente* qui ne sont, comme chacun sait, que des replis de la *dure-mère*. L'*ostéite* vu par M. Molas est surtout intéressant par le grand développement qu'il paraît avoir acquis.

2° Il ne s'agit point d'*ostéites* dans la note de M. Ollier, mais d'un fait très-différent, savoir, de la *transplantation* de la dure-mère, transplantation qui réussit mieux pour certaines parties de la dure-mère que pour d'autres (1).

3° Il n'est pas d'anatomiste qui se soit occupé un peu d'anatomie comparée qui ne sache que, dans le crâne de plusieurs quadrupèdes (dans le crâne des *chats*, des *chiens*, de la plupart des *carnassiers*, du *phoque*, du *morse*, du *cheval*, de l'*âne*, du *daw*, etc.) le repli de la dure-mère, nommé *tente du cervelet*, contient toujours une véritable production osseuse, un os complet en son genre. Pour la formation de cette production, de cette lame osseuse, de cet os, la dure-mère sert tout à la fois de *périoste interne* et de *périoste externe* (2).

ALLUMETTES PHOSPHORÉES ; lettre de M. le ministre de la guerre.

« Paris, le 20 août 1859.

» Monsieur le secrétaire perpétuel,

» Par mesure de sûreté, j'ai cru devoir interdire dans tous les établissements militaires l'usage des allumettes chimiques qui ne sont pas préparées au phosphore amorphe (système de MM. Coignet frères et Ce).

» Cette disposition devait nécessairement faire surgir de nouvelles inventions. C'est ainsi que MM. L. Bombes, de Villier et Dalemagne, de Lyon, m'adressent aujourd'hui des échantillons d'allumettes dites androgynes, qu'ils prétendent fabriquées de telle sorte qu'elles ne peuvent prendre feu accidentellement, de même qu'elles ne peuvent être cause d'empoisonnement. Ils me prient donc d'en autoriser la consommation dans les établissements militaires, concurremment avec les allumettes Coignet.

» Les allumettes Bombes ne diffèrent guère, je crois, des allumettes Coignet ; la matière qui sert à les enflammer doit être la même, puisque les premières prennent feu lorsqu'elles sont frottées sur des boîtes Coignet.

» Néanmoins j'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint, avec la lettre de l'inventeur, une boîte de ces allumettes, en vous priant de me faire connaître si elles offrent les mêmes garanties de sûreté que celles préparées au phosphore amorphe. »

Une commission, composée de MM. Chevreul, Pelouze, Pouillet, Payen et J. Cloquet, est chargée de préparer un rapport en réponse à la question posée par le ministre.

— M. OLLIER signale une faute qui aurait été commise en imprimant au compte rendu de la séance du 1er août sa note sur la transplantation de la dure-mère, mais qui, vérification faite, a été commise par lui, et se trouve dans son manuscrit où on lit, comme dans l'imprimé :

« Nous avons déjà démontré, dans nos précédentes communications, qu'il » était possible de faire développer des os dans toutes les régions où l'on » réussissait à greffer du périoste provenant du même animal ou d'un ani- » mal d'espèce différente. »

Au lieu de : *un animal d'espèce différente*, il faut lire : *un animal de la même espèce*.

Quelquefois, remarque M. Ollier, on obtient bien du tissu osseux avec du

(1) Compte rendu de la séance du 1er août.

(2) Voyez, dans le compte rendu de la séance du 8 de ce mois, ma note sur la *dure-mère* ou *périoste interne des os du crâne*.

périoste d'un animal d'espèce différente ; mais ce fait, que nous n'avons pu constater que pour certaines espèces, nous paraît encore exceptionnel. Le plus généralement, dans ces cas-là, quand la greffe réussit, le périoste reste fibreux un bien finit par être résorbé. Ce n'est qu'entre animaux de la même espèce que l'ossification des lambeaux de périoste est un fait général et facile à vérifier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858, dans les departements du Cher, de la Mayenne et de l'Hérault.

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur les propriétés de la teinture alcoolique de saponine, comme intermède pour émulsionner les substances insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool ; et sur l'emploi de l'émulsion du *coal-tar saponiné*, pour panser les plaies gangréneuses et autres de mauvais caractère, par M. le docteur Jules Lemaire (de Paris), et M. Le Beuf, pharmacien à Bayonne (Comm. : MM. Larrey, Velpeau) ;

2° L'observation d'un cas de resection complète du maxillaire supérieur gauche, suivie de guérison, par M. le docteur Da Costa (de Rio-Janeiro) (Commiss. : MM. Jobert et Huguier) ;

3° Un travail de M. le docteur Anselmier, intitulé : « De la recherche des corps étrangers de fer, d'acier ou de fonte au moyen de l'aiguille aimantée » (Comm. : MM. Gavarret et Jobert) ;

4° Une lettre de M. le docteur Carron du Villards, qui sollicite le titre de membre correspondant ;

5° Une note de M. le docteur Cambay, médecin à l'armée d'Italie, sur l'emploi du perchlorure de fer en solution comme spécifique de la pourriture d'hôpital. (Comm. : MM. Larrey, Velpeau.)

M. Larrey fait remarquer, à propos de cette communication, que le perchlorure de fer a été employé sous ses yeux depuis longtemps par M. Salleran, médecin en chef de l'hôpital militaire de Turin.

6° M. le docteur Blandet communique la description d'un instrument qu'il nomme *métro-pompe*, et dont il propose l'emploi dans les maladies de l'utérus. (Comm. : MM. Dubois, Danyau.)

— M. le Président annonce que la discussion sur la chorée est remise à la prochaine séance, M. Trousseau étant empêché de prendre la parole aujourd'hui.

RAPPORTS. — LAITS MÉDICAMENTEUX.

M. H. Bouley lit un rapport sur les réclamations soulevées par M. le docteur Dumesnil, à propos du mémoire de M. le docteur Labourdette, sur l'assimilation des médicaments par voie d'absorption digestive.

M. Bouley conclut, de la discussion des documents annexés à son rapport, qu'il n'y a pas lieu de faire droit aux réclamations de M. Dumesnil ; il propose de maintenir pures et simples les conclusions du rapport qu'il a fait sur le mémoire de M. Labourdette.

Après quelques explications échangées entre M. le rapporteur et MM. Ferrus et Boullaye, M. Fr. Dubois fait observer que le rapport fait au nom personnel de M. Bouley aurait dû être communiqué aux autres membres de la commission, faute de quoi il y a lieu de surseoir au vote des conclusions.

En conséquence, le rapport est renvoyé à la commission.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

M. Poggiale, en son nom et au nom de MM. Chevallier et Devergie, lit un rapport sur un mémoire lu par M. Reveil, dans la séance du 17 juin dernier, et intitulé : « Sur l'empoisonnement par le phosphore. »

Après avoir examiné les diverses questions qui se rattachent à l'empoisonnement par le phosphore, M. le rapporteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Le phosphore enflamme les tissus qu'il touche ; il peut même les brûler et les désorganiser. Dans ce cas, l'inflammation qu'il détermine suffit pour rendre compte de la mort.

2° Mais ces accidents ne sont pas une condition indispensable pour que le phosphore produise la mort ; il résulte, en effet, d'un grand nombre d'expériences, que les animaux, après avoir pris des quantités considérables de phosphore, n'ont présenté aucune trace d'inflammation. Dans ce cas, nous admettons qu'il est absorbé soit à l'état de corps simple, soit sous la forme d'une combinaison acide.

3° Les acides du phosphore ne sont pas vénéneux. Ils ne déterminent, comme les acides puissants, des accidents graves que lorsqu'ils sont concentrés.

4° Le phosphore introduit dans l'estomac donne lieu à des accidents variables, suivant qu'il est fondu dans l'eau, dissous dans les huiles, sous forme de poudre ou en cylindres.

5° Dans la recherche du phosphore dans les cas d'empoisonnement, il importe avant tout de s'assurer si les matières suspectes contiennent du phosphore à l'état de liberté. Si l'on ne parvient pas à l'isoler, on doit essayer de produire le phénomène de la phosphorescence, à l'aide de la méthode de M. Mitscherlich.

6° On recherche et l'on dose ensuite l'acide phosphorique et les acides inférieurs du phosphore. L'expert ne doit se prononcer que lorsqu'il a reconnu la présence du phosphore en nature ou par les lueurs phosphorescentes.

7° Le nombre des empoisonnements par les pâtes phosphorées et par les allumettes chimique se multiplie tellement depuis quelques années, qu'il importe de prendre les mesures les plus sévères pour remédier à ce danger. Nous exprimons le vœu que, dans la fabrication des allumettes chimiques, on substitue au phosphore ordinaire le phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux.

Enfin, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Réveil.

MM. Ferrus et Desportes échangent quelques explications sur l'action physiologique du phosphore.

Sur la proposition de M. Fr. Dubois, l'Académie décide qu'un exemplaire du rapport de M. Poggiale sera adressé à M. le ministre du commerce.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1859 ; par M. Le Gendre, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

1° EXPÉRIENCES SUR LES NERFS DU SENTIMENT ET DU MOUVEMENT, ET SUR LE NERF PNEUMOGASTRIQUE DES POISSONS ; par M. Moreau.

M. Moreau rappelle à la Société la communication faite et publiée l'année dernière, relative à la distinction physiologique des nerfs de sentiment et de mouvement chez les poissons. M. Moreau a pu vérifier dans de nouvelles expériences faites cette année à Naples, devant M. Martini, professeur de physiologie et membre correspondant de la Société de biologie, l'exactitude des résultats qu'il a signalés.

Sur plusieurs espèces de poissons, entre autres le squale connu sous le nom de *Pesce cane*, la carpe, M. Moreau a soumis le nerf pneumogastrique latéral à la galvanisation.

Il a constaté que si l'on galvanise ce nerf, on n'obtient pas de mouvements dans les parties auxquelles le nerf se distribue ; mais, d'autre part, on obtient des signes de sensibilité, c'est-à-dire les mouvements réflexes généraux.

Ce nerf est donc un nerf de sentiment, mais la sensibilité qu'il manifeste est fugitive et ne peut pas être toujours constatée ; elle est aussi plus obtuse que celle des nerfs rachidiens, et rappelle la sensibilité obtuse et passagère qui a été constatée dans le nerf pneumogastrique du chien et des autres animaux à sang chaud.

2° DE LA TRANSPLANTATION DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES DU BLASTÈME SOUS-PÉRIOSTAL ; FORMATION DE PETITS GRAINS OSSEUX DANS LA RÉGION OU ONT ÉTÉ SEMÉS CES ÉLÉMENTS ; par M. Ollier.

Dans une communication faite à la Société en décembre dernier, M. Ollier avait annoncé que les éléments du blastème sous-périostal, transplantés dans une autre région pouvaient continuer d'y vivre et de s'y développer. Il présente aujourd'hui une pièce pour démontrer la réalité du fait. Cette pièce a été obtenue en transplantant sous la peau de l'aine le blastème sous-périostal ou la couche ostéogène du périoste d'un lapin. Cette couche est constituée par des éléments anatomiques en voie d'organisation ; noyaux, cellules mêlées d'une plus ou moins grande quantité de fibres. On la détache du périoste en raclant avec un scalpel la face profonde de cette membrane. On en retire d'abord une matière semi-liquide un peu sanguinolente presque exclusivement composée de noyaux et de cellules ; puis par des raclages successifs on obtient une plus grande quantité d'éléments fibreux qui se confondent avec ceux de la portion fibreuse du périoste.

En transplantant ou plutôt en semant sous la peau de l'aine cette raclure du périoste, on obtient de petits grains osseux disséminés. Ces petits grains sont constitués par du tissu osseux véritable ; ils sont d'abord de consistance

fibro-cartilagineuse; ils n'atteignent jamais un grand volume. Ceux qu'on peut voir sur la pièce en question sont à peu près comme la tête d'une épingle.

Cette expérience démontre, d'après M. Ollier, que le blastème sous-périostal est l'élément essentiel de l'ossification. Ce blastème forme, à la face profonde du périoste une couche qu'il appelle couche ostéogène, et dont la conservation est nécessaire à la production de l'os. M. Ollier rappelle à ce sujet une autre de ses expériences dont il a autrefois entretenu la Société. Pour prouver que toute l'épaisseur du périoste ne contribuait pas à l'ossification, il a enroulé autour de la jambe des lapins, des lambeaux du périoste tibial, dont il avait raclé la face profonde sur une partie de leur étendue. Ces lambeaux ont continué à produire de l'os dans toute la partie qui n'avait pas subi cette opération. La portion raclée, au contraire, n'a donné lieu à aucune ossification; elle a continué seulement de vivre comme membrane fibreuse et vasculaire.

3° EXPÉRIENCES SUR LA TRANSPLANTATION DE LA DURE-MÈRE POUR DÉMONTRER QUE CETTE MEMBRANE DOIT ÊTRE REGARDÉE COMME LE PÉRIOSTE INTERNE DES OS DU CRANE; par le même.

M. Ollier présente plusieurs pièces relatives à la transplantation de la dure-mère au milieu des tissus d'un animal de la même espèce. Elles ont pour but de démontrer que cette membrane n'est pas seulement une enveloppe protectrice du cerveau, mais encore un véritable périoste.

M. Ollier a d'abord cherché à résoudre cette question si controversée par les resections des os du crâne pratiquées dans diverses conditions. Ces expériences l'ont conduit, comme la plupart des physiologistes qui l'ont précédé dans cette voie, à faire une part importante à la dure-mère dans cette reproduction. Mais comme plusieurs de ses résultats ne lui paraissaient pas avoir toute la netteté désirable, il a eu recours au procédé d'expérimentation qui lui avait permis de démontrer de la manière la plus péremptoire la formation de l'os par le périoste.

Il a donc transplanté des lambeaux de dure-mère de jeunes lapins sur d'autres animaux de même espèce; il les a placés sous la peau de l'aine et de diverses autres régions, et au bout de trente-cinq à quarante jours il a trouvé de petits os parfaitement caractérisés de 2, 4 et 6 millimètres. L'ossification de ces lambeaux de dure-mère est d'autant plus abondante que l'animal est plus jeune. Chez les lapins adultes, ces lambeaux ne se recouvrent généralement que de granulations osseuses isolées.

Cette influence de l'âge semble expliquer, d'après M. Ollier, pourquoi la régénération des os du crâne a fait si souvent défaut après les opérations du trépan. M. Ollier a expérimenté sur les diverses portions de la dure-mère. Il n'a pas obtenu d'ossification avec les replis qui ne sont pas en contact avec l'os (faux du cerveau); c'est cependant dans cette partie qu'ont été le plus souvent observées les formations osseuses pathologiques.

Quelques expériences ayant été faites comparativement avec la dure-mère de la convexité d'une part, et celle de la concavité de l'autre, les ossifications les plus volumineuses ont été obtenues avec la dure-mère de la convexité. M. Ollier explique cette différence par la plus grande abondance à la base des tissus fibreux ne participant pas normalement à la formation et à l'accroissement des os du crâne.

II. — Anatomie pathologique.

1° OBSERVATION DE KYSTE PILICELLAIRE DE LA RÉGION DE L'ÉPAULE; EXAMEN MICROSCOPIQUE; par M. GUBLER.

M. Gubler montre une tumeur sous-cutanée de la région deltoïdienne qui lui paraît offrir des éléments histologiques mal appréciés jusqu'ici par les anatomo-pathologistes.

Il s'agit d'un kyste du volume d'une petite noix, enlevé le 16 juillet courant, par M. Huguier, à une jeune fille placée dans les salles de médecine de l'hôpital Beaujon.

Le kyste, mince, sensible, transparent, facile à déchirer, est chargé à l'extérieur de quelques lobules du tissu adipeux sous-cutané; intérieurement il est taché de noir dans la partie qui correspondait à la profondeur du membre, et reçoit en ce point quelques vaisseaux sanguins de petit calibre qui s'irradient dans sa paroi. Des tractus du kyste pénètrent dans l'épaisseur de la masse solide incluse. Celle-ci arrondie du côté de sa partie profonde, où elle est recouverte d'un enduit noir semblable à celui qui tapisse le fond de la cavité cystique, est irrégulièrement mamelonnée du côté sous-jacent à la peau, et présente en outre, sur un point de son contour, deux lobules surajoutés en forme d'appendice.

La substance qui compose cette masse s'éloigne, par ses caractères, de toutes les productions décrites; elle est d'un blanc jaunâtre, d'une structure sèche, cassante, fibroïde, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle du vieux bois ou de l'agaric blanc des officines (*polyporus laricis*). Les parcelles qu'on en détache ressemblent à de la sciure de bois; mais avec quelque précaution, on peut en emporter de plus longues, comme des fibres ou des colonnettes. Çà et là de petits trajets d'un rouge clair nous indiquent des prolongements de la membrane vasculaire du kyste.

Par la dessiccation, cette matière, d'apparence ligneuse, prend une couleur d'un blanc de céruse assez pur, en gardant la friabilité du bois pourri; elle est élastique, se laisse difficilement écraser, et sa légèreté spécifique contraste avec son apparence calcaire. Traitée par l'acide acétique concentré, elle laisse dégager d'abord un très-petit nombre de bulles, qui ne sont peut-être autre chose que de l'air emprisonné dans les interstices. En tous cas, si elle renferme des carbonates terreux, la proportion en est assurément très-faible.

Soumise à l'ébullition pendant cinq à dix minutes dans l'acide acétique cristallisable, elle n'est pas sensiblement attaquée, mais elle se ramollit promptement et prend la consistance gélatineuse dans l'acide sulfurique bouillant, qu'elle colore en noir rougeâtre. Elle disparaît tout entière dans une solution concentrée et bouillante de potasse caustique. Enfin l'iode la colore en brun foncé.

L'examen microscopique y révèle des particularités curieuses. Au premier abord, on ne voit nager dans l'eau ajoutée à la préparation que des débris sombres et informes; mais si l'on attend que la macération ait séparé davantage les éléments, et si l'on favorise cette désagrégation par diverses manœuvres, on ne tarde pas à distinguer des cellules de formes variées, souvent bizarres, qui toutes ont ceci de commun qu'elles offrent un aspect sombre et des contours fortement accusés par suite d'une grande réfringence, intermédiaire, par exemple, entre celle des matières albuminoïdes et celle des corps gras. Il est facile d'en distinguer deux espèces entièrement différentes; quelques-unes sont arrondies, ovoïdes, ou obscurément polyédriques, et chargées d'une multitude de granulations noires qui en occupent la cavité.

Un point clair, placé au milieu de chaque cellule, indique la position du noyau.

Ce sont là des cellules pigmenteuses dont il paraît n'exister que de rares échantillons dans l'épaisseur de la masse, mais qui, en revanche, constituent à elles seules le tissu noir signalé sur la face interne du kyste et la partie contiguë de la masse incluse.

D'autres cellules, toujours aplaties, comprimées, au moins dans un sens, et munies de prolongements acérés, sont d'ailleurs très-irrégulières. Tantôt ellipsoïdes, fusiformes, fibroïdes; tantôt, au contraire, larges, arrondies ou difformes. Ces cellules sont moins foncées que les précédentes, moins granuleuses; leur noyau est effacé ou manque complétement; leur paroi, souvent striée et même plissée longitudinalement, les fait paraître ratatinées et flétries.

La plupart sont munies d'appendices longs et aigus, rayonnant en différents sens dans celles qui sont arrondies, un peu divergents; parallèles ou fastigiés et prolongeant les deux extrémités dans celles qui sont fusiformes ou quasi-linéaires. Ces appendices, au nombre de deux, trois, et jusqu'à cinq ou six à chaque extrémité, sont fermes, rigides même, et ne se laissent jamais ployer par les courants liquides, comme le font les filaments mous des éléments fibro-plastiques. Ils donnent, suivant leur nombre et leur disposition, aux cellules qui les portent, la forme d'un pinceau grossier, d'un œuf de raie, d'un peigne à double rangée de dents, etc. Lorsqu'ils sont très-nombreux, ils pourraient inspirer l'idée qu'on a affaire à deux ou plusieurs cellules agglutinées.

La présence simultanée de plusieurs noyaux pourrait établir une présomption en faveur de cette hypothèse, mais le défaut de transparence des parois, l'état indécis ou l'absence complète de noyaux, nous privent de ce moyen de vérification, et, si l'on ne tient compte que de l'impossibilité d'arriver soit mécaniquement, soit par des agents chimiques, à dissocier en plusieurs cellules ces éléments à extrémités multifides, on sera conduit à penser qu'un seul élément histologique peut ainsi se diviser en cinq ou six lanières terminales.

Outre ces éléments isolés, le champ du microscope est rempli par des débris de tissu morbide, des sortes de fascines d'un aspect noir, fortement striées, terminées par les extrémités acérées de cellules fibroïdes. On y trouve aussi un certain nombre de cristaux de cholestérine en lames rhomboïdales, brisées ou entières, des globules huileux et de petits amas de corpuscules moins régulièrement sphériques, mais reconnaissables pour de la matière grasse à leur grande réfringence, et d'une consistance demi-solide: on dirait d'une substance intermédiaire entre la graisse liquide des globules et les cristaux de cholestérine. Enfin, une multitude de granules moléculaires nagent dans le liquide.

Il reste maintenant à déterminer :

1° La nature de ces éléments histologiques spéciaux;

2° L'espèce d'organe composé que leur agrégat représente;

3° L'appareil dans lequel ils se sont produits.

D'abord il est difficile de reconnaître dans les cellules laciniées ou fimbriées de l'épithélium durci et déformé par corrugation; leur résistance à l'action prolongée de l'acide acétique concentré et bouillant les assimile, au contraire, aux éléments des cornes ou bien à ceux des poils. Le siége du kyste au voisinage de la peau s'accorde également avec l'une et avec l'autre de ces interprétations; mais l'existence d'une couche de cellules pigmentaires au fond de la tumeur doit faire conclure en faveur des éléments pileux.

Toutefois, la réunion de ces cellules ne saurait représenter un bulbe pileux hypertrophié, car elles ne sont pas intimement unies et ne constituent pas un ensemble organique. Il n'en est pas moins vraisemblable que ces éléments ont pris naissance dans un des nombreux follicules pileux cutanés.

En conséquence, cette tumeur appartiendrait à la classe des kystes préexistants de M. Cruveilhier, si largement accrue dans ces derniers temps par MM. Huguier, Giraldès et Verneuil. Et si l'on désignait les éléments des poils

sous le nom de *pilicelles* (*pilus*, poil, et *cella*, cellule), on pourrait appeler les tumeurs de ce genre *kystes pilicellaires*.

2° SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE CONCRÉTION DU SAC LACRYMAL; par M. le docteur CHARLES ROBIN.

J'ai reçu de M. Desmarres, à deux reprises, des concrétions qu'il avait extraites du sac lacrymal qu'elles distendaient et dont l'aspect l'avait frappé. Elles avaient l'une le volume d'un pois, l'autre le double environ et une forme irrégulière. Leur consistance était celle d'une pâte assez ferme; elles se réduisaient en petits fragments de formes diverses par la pression et la dilacération. Leur couleur était d'un blanc pâle ou grisâtre, devenant plus foncé ou brunâtre au bout de quelques heures d'exposition à l'air.

La matière de ces concrétions examinée au microscope était partout composée principalement de filaments d'un mycélium d'algue ou de champignon. Ils entraient pour 9 dixièmes environ dans la composition de leur masse. Le reste était formé de matière amorphe finement et uniformément granuleuse interposée aux filaments du végétal cryptogamique. Cette matière était surtout abondante vers la surface des concrétions. En traitant la préparation par l'acide acétique, cette matière amorphe devenait très-transparente, sans se dissoudre complétement, et il se dégageait un certain nombre de bulles de gaz. Les filaments du mycélium n'étaient pas attaqués par l'acide et devenaient seulement un peu plus pâles, mais sans rien perdre de la netteté de leurs contours.

Quant à ce mycélium, il offrait les caractères suivants: au premier coup d'œil, il semblait qu'on eût sous les yeux des filaments de l'algue filiforme de la bouche; car la largeur de chacune de ses cellules ne dépasse pas 1 millième de millimètre, quelle que soit leur longueur; celle-ci varie beaucoup de l'un à l'autre, mais sauf le cas de rupture, qui est fréquent, elle atteint généralement ou dépasse un dixième de millimètre, autant qu'on peut le mesurer sur des filaments flexueux. Les filaments de ce mycélium se distinguent de ceux de l'algue filiforme de la bouche en ce que bien qu'aussi minces et aussi pâles, ils sont ramifiés assez fréquemment, comme la plupart des cellules forment les mycéliums d'algues et de champignon. Ils sont en outre irrégulièrement flexueux, à flexuosités très-petites et rapprochées. Ces particularités jointes à leur enchevêtrement leur donnent un aspect très-particulier, ainsi qu'aux préparations qui les montrent.

L'intérieur de ces cellules filamenteuses est transparent sans granulations, ou n'en contenant qu'un très-petit nombre, qui sont pâles, grisâtres, écartées les unes des autres.

Je n'ai pu déterminer à quelle espèce appartient ce mycélium, ni même s'il appartient à une espèce d'algue ou de champignon, parce que dans aucun des cas que j'ai observés il ne se trouvait de fructification cryptogamique. J'ai cherché à en obtenir à l'aide du mycélium de la dernière des concrétions que m'a envoyées M. Desmarres, mais un accident l'a détruit et m'a empêché de répéter les expériences que j'avais commencées.

3° OBSERVATION DE PIED-BOT VARUS; DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES MUSCLES; ALTÉRATION DES NERFS; par M. LE GENDRE.

L'examen complet d'un pied-bot varus trouvé sur un sujet qui servait aux dissections, nous a montré les altérations suivantes:

La plante du pied était tournée en dedans et relevée vers son côté interne. La malléole externe, repoussée en dehors et en avant, était surmontée d'une large bourse séreuse; la malléole interne, au contraire, était enfoncée. Des durillons et des bourses synoviales sous-cutanées et profondes se trouvaient sur le bord externe du pied, près du petit doigt et sous la tête de l'apophyse du cinquième métatarsien. La tête de l'astragale faisait saillie en avant; l'apophyse du scaphoïde était remontée.

Les muscles péroniers sont entièrement graisseux et atrophiés; il en est de même des muscles extenseur commun et extenseur propre du pouce, mais à un degré moins avancé. Le muscle jambier antérieur est rouge et bien conservé. Les muscles jumeaux ont entièrement disparu; ils sont représentés par une couche graisseuse striée. Le muscle soléaire est encore rouge, mais aminci et facile à déchirer. Des muscles profonds, le long fléchisseur du pouce est entouré de graisse, au milieu de laquelle il est confondu dans sa partie inférieure; du reste, comme le jambier postérieur et le fléchisseur commun des orteils, il est atrophié et se déchire avec facilité. Les muscles de la plante du pied sont striés de couches de graisse et diminués de volume.

L'aponévrose plantaire est médiocrement tendue. Au-dessous de l'aponévrose de la jambe, dans ses replis et ses différentes loges, dans les gaînes des tendons, sous les enveloppes séreuses des muscles, comme dans le névrilème et la gaîne des vaisseaux, partout se trouvent des couches épaisses de graisse plus ou moins adhérentes et pénétrant dans l'intervalle des organes et des tissus. Toutes les membranes séreuses et même la tunique externe des artères sont formées injectées de capillaires veineux.

L'artère tibiale postérieure naissait de l'artère péronière. Dans le tendon du muscle long péronier, au niveau de son passage sous le cuboïde, existait une ossification de la grosseur d'une petite noix.

La plante du pied était rétrécie des deux côtés. La grande tête de l'astragale faisait saillie en avant et était à moitié luxée. Le ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne, les ligaments astragalo-calcanéen, calcanéo-cuboïdien, astragalo-scaphoïdien, étaient fortement tendus.

L'examen microscopique des nerfs fait avec le plus grand soin par M. le docteur Führer, professeur agrégé à l'université de Jena, nous montre les altérations suivantes:

Les rameaux musculaires du nerf saphène péronier sont profondément altérés et atrophiés. Ils sont entourés de graisse qui pénètre jusqu'à l'intérieur des fascicules nerveux; ceux-ci sont dépouillés de leur gaîne fibreuse, les tubes des nerfs ont perdu leur double contour, sont transparents et presque sans traces de granulations médullaires; ils sont élargis, comme aplatis, et plus ou moins distincts.

Le nerf tibial antérieur est également diminué de volume, environné de graisse; sa gaîne est injectée de vaisseaux capillaires veineux; cependant il est bien distinct et facile à isoler; les tubes nerveux sont encore en grande partie bien conservés et faciles à distinguer. Au contraire le nerf tibial-postérieur semble être presque aussi complétement dégénéré que le nerf saphène péronier.

4° ATROPHIE MUSCULAIRE DU BRAS DROIT; DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES FIBRES MUSCULAIRES; INTÉGRITÉ DES CORDONS NERVEUX; par M. LE GENDRE.

Sur le cadavre d'une femme qui fut envoyée de l'hôpital Necker, en janvier 1855, à l'amphithéâtre des hôpitaux, nous avons trouvé une atrophie considérable du membre supérieur droit dont la dissection nous a révélé les altérations suivantes: Le bras était tellement atrophié qu'il semblait formé seulement par la peau et les os; ceux-ci étaient aussi diminués de volume. Les articulations étaient contracturées et recourbées en divers sens; de sorte que le bras ne pouvait être relevé qu'à un angle d'environ 50 degrés; l'omoplate est portée en arrière et ne suit que difficilement les mouvements du bras. L'avant-bras est fléchi à angle presque droit, il se trouve en même temps en pronation forcée, de sorte que la paume de la main regarde un peu en dehors. L'articulation du poignet est fortement fléchie et forme une saillie pointue du côté de la région dorsale. Les métacarpiens sont rétractés des deux côtés vers la paume de la main, de sorte que celle-ci est très-concave et rétrécie. Les premières phalanges des doigts sont dans la flexion, les dernières restant dans l'extension. Le petit doigt est placé en travers des autres doigts qui lui sont superposés de haut en bas. Le pouce est dans l'adduction avec flexion de la première phalange et extension de la seconde.

Tous les muscles du bras et ceux de l'épaule sont réduits en minces couches de graisse, séparées les unes des autres par des enveloppes aponévrotiques. Ces gaînes ne sont pas épaissies, comme on les trouve dans d'autres cas, par du tissu fibreux, ni par des amas de graisse dans le tissu cellulaire; elles sont au contraire amincies.

Quant aux muscles du thorax qui viennent s'insérer à l'épaule, le grand dorsal, le petit pectoral, le trapèze, dans sa partie inférieure, ont complétement disparu, il n'en reste qu'une mince enveloppe remplie de graisse. Le grand pectoral conserve encore dans quelques parties, les supérieures notamment, l'aspect et la texture musculaires. De tous les muscles, le mieux conservé est le grand dentelé, quoiqu'il ait pâli et diminué aussi dans une grande étendue. Les rhomboïdes sont à peine reconnaissables. La partie supérieure du trapèze qui vient de la nuque se jeter sur l'épine de l'omoplate est, au contraire, très-développée. Les autres muscles du cou et de la nuque ne se trouvent pas altérés.

A l'avant-bras, les muscles long et petit supinateurs, extenseur et long abducteur du pouce, cubital postérieur, ont presque tout à fait disparu. Il reste peu de traces des muscles extenseurs communs et radiaux. Les muscles grand et petit palmaires, fléchisseurs superficiel et profond, sont bien conservés et presque à l'état normal. Le tendon du rond pronateur est fortement rétracté; ce muscle présente encore des faisceaux musculaires.

Des muscles de la main, le premier interosseux dorsal est tout à fait jaune; les autres, surtout les muscles du pouce, sont plus ou moins pâles et amoindris; cependant ils ont tous conservé encore un bon aspect musculaire, ainsi que les lombricaux. Les gaînes tendineuses dorsales des doigts sont bien développées.

Les dimensions et les parois des vaisseaux ne paraissent nullement altérées; les nerfs même des membres sont forts et épais, et ils ne démontrent même à l'examen microscopique aucune altération de texture: on y trouve une grande quantité de tubes nerveux très-serrés et bien développés.

Le nerf médian présentait à sa partie inférieure une anomalie: il contournait au-dessus du carpe les tendons fléchisseurs de dehors en dedans en passant en avant d'eux de haut en bas, et du côté radial vers le bord cubital, puis au-dessous du ligament propre du carpe, il se réfléchissait en dehors, se ramifiant en forme de patte d'oie vers le côté radial. La distribution de ses rameaux se faisait comme à l'ordinaire. Dans ce trajet, le nerf cubital, l'artère et l'arcade superficielle côtoyaient le nerf médian.

III. — PATHOLOGIE.

OBSERVATION DE MORVE AIGUE; par M. GUBLER.

La morve est, on le sait, une affection rare chez l'homme. Cependant, plus heureux ou plus malheureux que la plupart de mes collègues dans les hôpitaux, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer une demi-douzaine de cas appartenant à toutes les formes connues, et dont plusieurs offraient des particularités dignes d'attention. Un dernier fait de ce genre vient de se présenter à mon observation et m'a paru mériter de vous être communiqué.

Un jeune homme de 25 ans, d'une belle constitution et d'une bonne santé habituelle, entrait dans mon service, à l'hôpital Beaujon, le 18 juin dernier,

se plaignant d'une vive douleur dans le côté droit de la poitrine. Au moment où j'appliquai l'oreille sur la région, il se recula brusquement en poussant un cri. A une seconde reprise, et quoique je procédasse avec la plus grande douceur, l'application de l'oreille provoqua la même plainte et le même mouvement de retraite. Cette circonstance piqua ma curiosité. Ayant découvert le thorax, je constatai, le long de la gouttière vertébrale droite, une saillie peu prononcée, comme si la masse musculaire était plus dodue que du côté opposé, sans changement, sans empâtement sous-cutané. La lésion était évidemment musculaire; s'agissait-il d'une myosite rhumatismale? La profession du sujet, qui était palefrenier, me fit aussitôt songer à quelque chose de plus grave. Toutefois, rien ne justifiait d'ailleurs mes inquiétudes; il n'existait aucun autre symptôme d'affection morvo-farcineuse, et la fièvre, assez vive, avait un caractère franchement inflammatoire, qu'elle garda plusieurs jours encore. Pendant ce temps-là, le genou droit d'abord, puis le gauche, devenaient le siége d'un gonflement considérable, avec rougeur et douleur violente, comparée par le malade à une dilacération, à une corrosion par un acide, ou à une véritable brûlure par le feu. Le diagnostic flotta ainsi entre un rhumatisme articulaire et musculaire, et une maladie virulente ayant les mêmes déterminations morbides locales. Mais quelques symptômes plus caractéristiques ne tardèrent pas à le décider dans le dernier sens. Une éruption composée de papules, de vésico-pustules et de pustules apparut en différentes régions du corps. Des rougeurs circonscrites se formèrent sur le genou droit et deux bosselures fluctuantes sur la région antérieure des jambes. Enfin, les narines s'embarrassèrent, laissèrent écouler quelques gouttes de sang et de muco-pus rougeâtre. Alors l'état général devint de plus en plus grave. Le malade tomba dans le délire, puis dans le coma, et succomba le 5 juillet, deux jours seulement après la manifestation des accidents du côté des fosses nasales. La mort ayant eu lieu à cinq heures du soir, par une chaleur caniculaire, je crus devoir procéder à l'autopsie le lendemain 6 juillet, à la même heure. M. le professeur Goubaux (d'Alfort) voulut bien y assister.

Il est inutile d'entrer dans tous les détails relatifs à l'anatomie pathologique. Qu'il me suffise de dire que nous trouvâmes la série complète des altérations signalées dans la morve aiguë, à l'exception toutefois des lésions viscérales. Le genou droit était rempli d'un pus sanieux et sanguinolent; des foyers, contenant une matière visqueuse et rougeâtre, existaient en différents points du système musculaire. Les organes parenchymateux offraient des signes de congestion sanguine ou d'engouement, sans traces d'abcès. Mais les lésions les plus importantes se rencontraient dans les fosses nasales. Partout la muqueuse de ces cavités présentait une hyperémie inflammatoire bien prononcée. Les sinus maxillaires contenaient une masse volumineuse d'une substance gélatiniforme d'un jaune abricot, striée de rouge écarlate, transparente et reproduisant par conséquent l'ensemble des qualités physiques qui appartiennent aux crachats de la pneumonie. Sur la voûte des fosses nasales, surtout en avant et particulièrement à droite, on trouve des groupes de pustules en partie discrètes, en partie confluentes, environnées d'une auréole inflammatoire d'un rouge intense; quelques-unes étaient disséminées sur d'autres points de la membrane de Schneider.

J'ai fait reproduire ces lésions, pour ainsi dire pathognomoniques, par l'habile pinceau de M. Léveillé, dont mes collègues connaissent le talent. L'aquarelle que je soumets à l'appréciation de la Société rend avec une rare fidélité l'éruption que je me dispense de décrire. On pourra juger de son identité avec les altérations observées dans les mêmes circonstances chez les solipèdes, en comparant mon dessin à ceux qui m'ont été confiés par mon excellent maître, M. Rayer, et que je mets en même temps sous vos yeux.

D'après cet ensemble de symptômes et de désordres anatomiques, il était impossible de méconnaître une morve aiguë, et il me pouvait paraître superflu d'en chercher d'autres preuves. Néanmoins je priai M. le professeur Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, de vouloir bien faire inoculer à un cheval le pus des abcès sous-cutanés et musculaires. L'opération fut aussitôt pratiquée par ses ordres et donna des résultats positifs.

Eh bien! malgré ce concours de preuves incontestables, je ne pus parvenir à me procurer la dernière démonstration de la nature du mal. Une enquête officieuse dans l'infirmerie vétérinaire dépendant de l'administration des voitures à laquelle le sujet était attaché ne me fit pas découvrir le moindre indice de la source pathogénique où il avait dû puiser le germe de son affection. Ceci, pour le dire en passant, est le cas le plus ordinaire et semble devoir nous rendre moins exigeants lorsqu'il s'agit d'admettre la réalité de la morve en l'absence de la constatation de la contagion. C'est d'ailleurs une question qui peut être posée de savoir si les affections morvo-farcineuses ne seraient pas quelquefois spontanées chez l'homme. On pourrait le croire en voyant la plupart des symptômes qui leur sont propres chez les sujets que ni leurs habitudes, ni des circonstances accidentelles, n'ont jamais mis en rapport avec des animaux capables de les leur transmettre.

J'ai vu des cas de ce genre, mais j'avoue qu'en raison de la difficulté habituelle de remonter à la source, je mettrai toujours la plus grande réserve dans l'admission des faits en apparence favorables à l'idée d'une évolution spontanée. Je pense qu'il importe également d'apporter un esprit de critique sévère dans l'examen des symptômes et des lésions qui peuvent simuler celles de la morve ou du farcin. Quant au farcin, il peut être confondu avec toute affection chronique donnant lieu à des abcès multiples; mais la morve elle-même ne me paraît pas facile à distinguer de certaines maladies générales de mauvaise nature dont les principales manifestations locales auraient lieu du côté du nez et de la face. Mon embarras a été grand dans deux exemples de ce genre, dont l'un s'est présenté dans le service de mon savant maître M. Bouillaud; et l'autre dans le service de M. Barth, dont je faisais alors l'intérim. Je ne puis les exposer assez longuement à mes collègues pour les mettre à même de porter un jugement sur ces cas litigieux, je me contenterai de faire remarquer que des érysipèles graves de la tête propagés dans les fosses nasales, accompagnés de phlyctènes purulentes et même de gangrène avec du jetage sanieux, en imposeraient parfaitement pour la morve aiguë.

Il est encore une autre maladie dont quelques formes seraient aisément confondues avec celle qui fait l'objet de cette communication, je veux parler de la syphilis. J'ai vu deux fois, à très peu de distance, le coryza syphilitique secondaire s'accompagner d'une sécrétion assez abondante pour rappeler celle de la morve; et comme, en pareille circonstance, il peut exister tout à la fois des douleurs musculaires et articulaires, ainsi qu'une éruption pustuleuse phlyzaciée, on comprend que l'erreur ne soit pas toujours évitée. C'est ce qui est arrivé dans un cas récent dont je dois la connaissance à mon maître et ami M. le professeur Natalis Guillot. Au reste, cette analogie de la morve avec la syphilis n'a pas échappé à tout le monde; un autre de mes illustres maîtres, M. Ricord, a émis l'opinion que la prétendue épidémie de syphilis de la péninsule italienne, observée à la fin du quinzième siècle, pourrait bien n'avoir été autre chose que de la morve. Mais, bien avant lui, Van Helmont, commenté plus tard par Astruc, avait été jusqu'à insinuer que la maladie vénérienne provenait du commerce infâme d'un homme avec une jument farcineuse. Pendant mon internat à l'hôpital du Midi; en 1848, j'ai vu, chez M. Ricord, un malade atteint de suppurations multiples à marche lente en même temps que des lésions osseuses du crâne, et chez qui je trouvai à l'autopsie de nombreux abcès pulmonaires et d'anciens foyers apoplectiques, en partie métamorphosés, de la rate, altérations qui s'observent d'ordinaire chez les farcineux. Le malade avait été admis comme syphilitique; mais, en dernier lieu, M. Ricord pensa qu'il avait affaire à du farcin. Ainsi les lésions osseuses, communes aux deux affections, rendraient encore plus étroites les connexions qui existent entre elles.

En terminant cette communication, je crois devoir mentionner un dernier fait de maladie morvo-farcineuse, qui offrit, dans sa marche et ses symptômes, plusieurs particularités peu communes. Il s'agit d'un charretier qui souffrit pendant un an environ de collections purulentes, disséminées dans les gaînes des tendons, dans d'autres cavités synoviales, dans les muscles, et qui mourut dans le service de M. Rayer, en 1848, sans avoir présenté de jetage proprement dit, bien qu'il existât une ulcération en emporte-pièce, ayant la forme d'une cocarde, qui avait détruit la muqueuse, le tissu fibreux sous-jacent, et enfin le cartilage de la cloison. Chez ce sujet, il y avait donc coexistence de la morve chronique avec le farcin également chronique.

I. — Chimie animale.

Recherches synthétiques sur la cholestérine, sur le blanc de baleine et sur le camphre de Bornéo; par M. Berthelot.

Les recherches synthétiques exécutées depuis quelques années établissent des faits généraux de plus en plus précis entre les matières carbonées les plus simples, étudiées de préférence par les chimistes, et cette grande multitude de principes immédiats naturels formée par les organes des êtres vivants, et demeurés jusqu'à ce jour en dehors de toute classification chimique, malgré leur grande importance physiologique.

C'est ainsi que le groupe des alcools et de leurs dérivés, longtemps isolé et limité dans une série particulière, a reçu une extension immense par suite de la découverte des alcools polyatomiques : les principes les plus essentiels du règne végétal, les sucres, la mannite, la glycérine, les corps gras neutres et une foule de matières analogues, se rattachent aujourd'hui par leurs fonctions chimiques, à un petit nombre de lois et de relations fondamentales, analogues à celles qui président à la chimie des anciens alcools, mais plus variées et plus générales. La chimie organique tend ainsi à se simplifier, en même temps qu'elle s'agrandit sans cesse.

En poursuivant cette longue suite d'expériences destinées à définir le rôle et la constitution des principes immédiats naturels, et à établir entre eux des liens nouveaux et plus étroits, je suis parvenu à reconnaître la fonction réelle de plusieurs de ces principes choisis parmi les plus importants, à les rattacher directement aux composés fondamentaux, et à obtenir la synthèse de plusieurs composés naturels qui n'avaient point été jusqu'ici formés artificiellement.

Mes recherches sont relatives à la cholestérine, au blanc de baleine et au camphre de Bornéo.

1. Cholestérine. — La cholestérine, découverte d'abord dans les calculs biliaires et retrouvée depuis dans la bile, dans le cerveau et dans la plupart des liquides normaux ou pathologiques de l'économie humaine, est remarquable par sa belle cristallisation, par ses propriétés analogues à celles des graisses et des résines, enfin par sa composition.

J'ai préparé les combinaisons de la cholestérine avec les acides stéarique, butyrique, benzoïque, acétique.

Ce sont là des composés artificiels; mais divers indices font présumer qu'une étude attentive permettra de les retrouver pour la plupart parmi les principes immédiats qui font partie des animaux supérieurs.

Voici le résumé de leurs caractères pour servir de guide dans les recherches de ce genre.

Les éthers cholestériques sont solides et cristallisables, plus fusibles que la

cholestérine, plus ou moins solubles dans l'éther, très-peu solubles dans l'alcool bouillant, presque insolubles dans l'alcool froid, tout à fait insolubles dans l'eau.

Ils sont neutres et très-difficilement saponifiables. Cependant les alcalis finissent par les résondre dans leurs générateurs : acide et cholestérine.

Traités à froid par l'acide sulfurique concentré, ils se colorent en jaune orangé; au bout de quelque temps, si l'on ajoute une petite quantité d'eau, puis de solution iodée, il arrive souvent, mais non toujours, que la masse prend par places une coloration bleuâtre analogue à celle de la cholestérine soumise aux mêmes agents.

Divers faits, et notamment la présence de matières cireuses presque insolubles dans l'alcool et très-difficilement saponifiables que j'ai observées dans des liquides pathologiques où elles étaient associées à la cholestérine, me portent à croire que certains éthers de la cholestérine, son éther stéarique en particulier, pourraient exister dans l'organisation humaine. Peut-être leur présence joue-t-elle quelque rôle dans certaines manifestations subites de la cholestérine au sein des liquides et des tissus animaux; il suffirait d'admettre la préexistence de ces éthers et leur dédoublement sous des influences analogues à celles qui déterminent parfois la décomposition des corps gras neutres ordinaires à base de glycérine; tandis que la glycérine sirupeuse et soluble dans l'eau ne devient pas manifeste, la cholestérine insoluble et cristallisable apparaîtrait aussitôt. Sa manifestation dans des liquides aqueux s'expliquerait de même par le dédoublement de composés solubles analogues aux phosphoglycérates.

Mais je n'ai point encore retrouvé les matières cireuses particulières que j'avais observées autrefois avant de connaître les éthers cholestériques. Pour en établir la nature, il suffirait de les purifier en s'appuyant sur leur presque insolubilité dans l'alcool, et de rechercher si elles se décomposent par une saponification très-prolongée en acides gras et en cholestérine.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, la cholestérine présente certains liens remarquables vis-à-vis de divers principes immédiats naturels qu'elle accompagne dans l'économie : je veux parler des acides de la bile. D'après les recherches les plus récentes, ces acides peuvent être regardés comme des combinaisons de sucre, de gélatine et de taurine avec l'acide cholalique et l'acide choloïdique. Or les formules de ces deux acides sont assez voisines de celles de la cholestérine pour qu'il soit permis d'espérer les former par son oxydation.

Ce qui donne quelque valeur à ces rapprochements de formules, c'est la coexistence dans la bile des corps qu'elles représentent, et surtout la formation d'un même produit d'oxydation caractéristique, l'acide cholestérique, soit au moyen des acides de la bile, soit au moyen de la cholestérine.

Voici un rapprochement plus général et non moins digne d'intérêt. La cholestérine soumise à l'influence des agents capables de la décomposer fournit des corps qui appartiennent à deux séries de dérivés tout à fait distincts et que peu de substances sont aptes à produire simultanément. Dans les uns, le carbone et l'hydrogène sont unis à équivalents égaux ou à peu près, de même que dans le gaz olévant, l'alcool et l'acide acétique. Dans les autres, au contraire, le carbone prédomine sur l'hydrogène, de même que dans la benzine, l'essence d'amandes amères et les corps qui s'y rattachent.

Cette production simultanée de dérivés de la cholestérine appartenant à deux groupes fondamentaux distincts, mérite d'être rapprochée de la formation de deux catégories de dérivés tout semblables et simultanés dans la décomposition de l'albumine, de la fibrine et les principes azotés analogues.

II. Éthol et blanc de baleine. — Le rôle que l'éthol joue vis-à-vis des acides gras dans le blanc de baleine a été établi par M. Chevreul en se fondant sur les méthodes analytiques, mais on n'avait point encore formé artificiellement les combinaisons de l'éthol avec les acides gras proprement dits, c'est-à-dire réalisé la synthèse des principes immédiats du blanc de baleine.

Par une application nouvelle de mes procédés synthétiques, j'ai formé divers composés neutres entre l'éthol et les acides gras. J'ai préparé les éthers stéarique, butyrique, acétique de cet alcool.

La formation de l'éthol stéarique peut être considérée comme établissant complétement la synthèse du blanc de baleine, car ce dernier corps se décompose par la saponification en fournissant de l'éthol d'une part, et des acides margarique, oléique, etc., d'autre part, c'est-à-dire des acides gras analogues à l'acide stéarique et dont la combinaison avec l'éthol s'opérera sans plus de difficulté.

III. Camphre de Bornéo. — Ce camphre est sécrété par le *dryalabanops camphora*; il diffère du camphre ordinaire ou camphre des laurinées par sa composition chimique, car il renferme deux équivalents d'hydrogène de plus. J'ai réussi à former le camphre de Bornéo artificiellement par la métamorphose du camphre ordinaire.

J'ai également établi des relations nouvelles entre ces deux matières camphrées et l'essence de térébenthine.

En effet, les relations qui existent entre l'alcool et le gaz oléfiant sont les mêmes que celles entre le camphre de Bornéo et les carbures (essences de thérébenthine, de genièvre, de citron, d'oranges, etc., etc.,) si répandues dans la végétation; elles portent à penser que le camphre de Bornéo ou campbol est plus commun dans la nature qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent. On l'aura sans doute confondu plus d'une fois avec le camphre ordinaire auquel il est si analogue par ses apparences physiques. D'ailleurs certains de ses éthers forment des principes immédiats contenus dans certaines substances naturelles; c'est ainsi que dans des recherches que je poursuis en commun avec M. Buignet, j'ai obtenu du campbol en saponifiant le succin.

Il se forme sans doute par suite de la décomposition d'un composé naturel du camphre de Bornéo analogue aux composés artificiels que j'ai formés par synthèse.

C'est un nouvel exemple de ces résultats où la formation synthétique des principes immédiats précède leur reconnaissance au sein des tissus des êtres organisés, et fournit les méthodes par lesquelles cette reconnaissance peut être réalisée.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 28 juillet, sont chargés de présider les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, dans la circonscription de l'Académie de Montpellier (Écoles de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux, d'Alger) : MM. Benoit, professeur à la Faculte de médecine Montpellier; Bénard, professeur à l'École supérieure de pharmacie de la même ville.

— La mémoire d'Orfila vient d'être honorée d'une manière bien touchante par son pays natal. Un élégant médaillon en marbre de Carrare, avec le buste très-ressemblant de l'illustre chimiste dont le nom est européen, a été placé sur la façade de la maison où il est né et qu'il habita, rue de *las Morreras*, à Mahon (îles Baléares). Sous ce médaillon, on lit l'inscription suivante : *El Dr don Mateo Orfila y Rotger nació en esta casa el dia 24 de abril de 1787.* — (El Siglo medico.)

— La Société médico-chirurgicale de Bruges avait mis au concours, pour les années 1857 et 1858, une question sur l'art des accouchements, dont le sujet était abandonné au choix des concurrents. Le prix, qui consistait en une très-belle médaille en vermeille, vient d'être décerné à M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), pour un travail sur l'*Éclampsie puerpérale et son traitement.*

— Une mort prématurée vient d'enlever à la médecine qu'il honorait et à sa nombreuse clientèle, chez laquelle il laisse de profonds regrets, M. Jean-Baptiste-Ulysse Désert, docteur en médecine à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or).

— On lit dans les journaux quotidiens :

« Les ravages causés par le choléra dans certaines contrées du Mecklenbourg sont affreux. Il est des villages où la moitié des gens sont morts, des hameaux isolés où il ne reste plus personne. On manque de bois et d'ouvriers pour faire les cercueils et de porteurs pour les porter au cimetière. Les travaux agricoles sont tout à fait interrompus, et les bestiaux se nourrissent dans les champs, car il n'y a personne pour les soigner. »

— Beaucoup de médecins autrichiens ont reçu dans leurs maisons ou dans de petits hôpitaux improvisés, un nombre plus ou moins grand de blessés de l'Armée d'Italie.

Les proportions considérables qu'ont prises ces généreuses mesures accusent une grande influence du service de santé militaire de l'Autriche.

— Dans ses intéressantes lettres sur la campagne d'Italie, M. Bertberand signale, parmi les causes des maladies régnantes, l'abus des liqueurs frelatées.

« L'art de l'adulteration des vins, dit-il, a dû naître chez les cantiniers des armées : fabriquer du vin sur place n'est-ce pas un moyen sûr de se soustraire aux frais et aux risques d'un transport onéreux?

» Prenez : eau du fossé voisin, alun, jus de betterave, alcool amylique ou tout autre produit de distillation inférieure; *ana* Q. S. en raison du crû ou de l'étiquette demandés, puis mélangez dans un vieux fût.

» La recette, vous en conviendrez, est expéditive et permet encore d'affronter les rigueurs de la taxe. »

— Les colonies anglaises, en Amérique, à l'exemple de la métropole, ont appliqué le *Registration-Act*, c'est-à-dire qu'elles ont arrêté qu'aucun individu ne serait autorisé à exercer la médecine s'il ne s'était fait porter sur le *Registre*, où l'on ne peut être inscrit qu'après avoir exhibé son diplôme.

A la nouvelle-Brunswick, l'exécution de cette mesure a soulevé quelques difficultés. Un homœopathe a prétendu se faire inscrire sur la présentation d'un *homœo diplôme* (textuel), et comme on l'a refusé, il est maintenant en instance devant la justice du pays.

— Dans l'espace de peu de jours, le New-York Hospital a reçu une demi-douzaine d'individus ayant tenté de se suicider; le New-York medical Press, en signalant le fait ajoute que le nombre des empoisonnements criminels et des suicides par empoisonnement augmente rapidement à New-York.

— Le même journal annonce un cas de mort par le chloroforme au Bellevue Hospital.

Un accident du même genre, chez un malade qui se servait du chloroforme pour échapper à des accès de colique hépatique, est rapporté dans le dernier numéro de l'Archiv fuer pathologische Anatomie; ce même numéro publie un cas d'asphyxie chloroformique guéri par la faradisation du diaphragme.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES DANS L'ARMÉE.

En attendant que nos vaillants confrères d'Italie, rendus aux loisirs de la paix, enrichissent l'histoire médicale des armées en campagne des nombreux matériaux qu'ils ont dû recueillir, je viens dire quelques mots d'une question qui, pour n'être pas d'un intérêt aussi palpitant, n'en a pas moins son importance puisqu'elle touche à un point très-intéressant de notre pathologie militaire, et qu'en définitive c'est dans la vie de garnison que se forment et se conservent les soldats sur lesquels il faut pouvoir compter en temps de guerre.

On ne peut être appelé à diriger un service de fiévreux militaires sans être péniblement affecté de la fréquence et de la gravité des épanchements pleurétiques qui s'y présentent. Quoique ce fait ait déjà été signalé par plusieurs observateurs d'une grande autorité, notamment par M. Michel Lévy dans son TRAITÉ D'HYGIÈNE, et tout récemment par M. Tholozan dans la GAZETTE MÉDICALE, je ne sais s'il a obtenu toute l'attention qu'il mérite. Toujours est-il qu'il n'a été proposé jusqu'à présent, à ma connaissance, aucun remède direct à ce fâcheux état de choses. Comme M. Tholozan, j'ai observé parfois la pleurésie chronique sur le tiers de mes malades. Au moment où j'écris (juillet 1859), j'ai 14 hommes atteints sur 36 malades! Cette affection se montre en été comme en hiver : plus fréquente cependant au printemps, elle atteint les hommes rompus au service comme les recrues, les constitutions en apparence les plus fortes comme les plus faibles, et finit le plus souvent, pour peu que l'épanchement soit considérable, par amener un état cachectique, suite de la gêne de l'hématose, et la mort après plusieurs mois de souffrances.

N'existe-t-il donc aucun moyen de ramener à une proportion moins déplorable une maladie aiguë qu'on ne peut regarder, ainsi que la phthisie, comme développée sous l'inexorable loi d'une prédisposition? Rechercher ces moyens me semble, en tout cas — dût-on échouer devant les difficultés de l'entreprise — un devoir impérieux pour tous ceux auxquels est dévolue la tâche d'alléger le sort de nos braves soldats.

Établissons d'abord un point de départ.

Les épanchements pleurétiques sont infiniment plus communs dans la population militaire qu'ils ne le sont dans la population civile du même âge (voir le relevé des hôpitaux, des sociétés de secours mutuels, de la médecine cantonale, etc.).

Donc ils ont leur cause dans l'hygiène du soldat.

Maintenant, pour trouver quelles sont, dans la vie de garnison (car en temps de guerre les maladies prennent un caractère tout différent), les circonstances qui peuvent favoriser à ce point le développement de la pleurésie, commençons par analyser l'emploi de la journée du cavalier, prise comme terme de comparaison.

Le cavalier se lève à quatre heures et demie en été, vers six heures en hiver. Il se rend au pansage en pantalon de drap ou de toile, suivant la saison. Pendant cette opération, qui se pratique presque toujours maintenant dans l'écurie, il se débarrasse de sa veste : la température assez élevée du lieu, jointe aux mouvements qu'il se donne pendant près d'une heure, déterminent chez lui une diaphorèse plus ou moins abondante. Le pansage achevé, le cavalier retourne dans la chambre, le plus souvent après avoir bu aux fontaines, y avoir pratiqué quelques ablutions, lavé ses pieds, etc. Une large ventilation, indispensable pour remédier aux émanations fétides qu'on y respire, est alors pratiquée dans ces salles. Le cavalier, qui y rentre ordinairement sans avoir remis sa veste ou qui s'en débarrasse en ce moment, y est donc soumis à des courants d'air d'autant plus nuisibles qu'il est en sueur et qu'il s'agite peu, n'étant occupé alors qu'à se préparer pour la manœuvre ou pour la promenade. — Voilà déjà un moment critique pour la santé du soldat, surtout lorsque règne l'une de ces températures froides et humides si communes dans une partie de la France à la fin et au commencement de la belle saison, et d'autant plus dangereuses qu'elles alternent avec des coups de soleil très-chauds. — Au retour de la manœuvre, ce danger est plus grand encore, car le cavalier, qui transpire abondamment, ne manque guère, malgré les avertissements qu'on lui donne, de boire froid, et de rester en manches de chemise dans les chambrées ouvertes à tous les courants. Quant à la promenade, si elle a des inconvénients moindres sous ce rapport, elle en a d'autres que l'on comprend facilement quand le cavalier y est exposé sans son manteau aux vents piquants ou aux pluies froides de mars et d'avril, plus dangereuses qu'un froid sec contre lequel la peau réagit mieux. Fréquemment aussi j'ai entendu des pleurétiques me dire qu'ils avaient senti leur point de côté se développer au moment où ils revenaient du fourrage, obligés de faire le trajet parfois assez long du magasin au quartier, chargés de six à dix bottes de foin (de 5 kilogr. chacune). Je signalerai, en dernier lieu, le passage brusque d'un corps de garde chauffé à outrance, comme cela se voit souvent, à une faction prolongée dans un poste peu abrité. Je ne devrais pas être forcé d'ajouter que des hommes atteints de phlegmasies pulmonaires à un degré quelconque ne devraient pas être envoyés *à pied* et *sans manteau*, dans la mauvaise saison, de la caserne à l'hôpital, comme je l'ai vu quelquefois ; et qu'enfin ces affections ne peuvent qu'empirer, je ne dirai pas seulement dans les chambres où l'on retient souvent les hommes *en observation* pendant quelques jours, mais même dans les infirmeries qui, bonnes à recueillir des hommes atteints de légères lésions externes, sont tout à fait dépourvues de l'ensemble des ressources auxquelles il est urgent de recourir en pareil cas.

Les réflexions que je viens de présenter sont applicables, en partie, aux fantassins, exposés à des dangers du même genre, par suite de circonstances identiques ; je ne m'y arrêterai donc pas. Mais il y a dans la vie du soldat deux influences considérables dont je n'ai pas encore parlé quoiqu'elles jouent un rôle incontestable dans la pathogénie militaire, à savoir : le *régime alimentaire* et l'*agglomération*. Quelle part faut-il leur faire dans la fréquence et la gravité des épanchements pleurétiques qui atteignent notre armée? Pour mieux éclaircir cette question, signalons d'abord les caractères qu'ils revêtent chez la plupart de nos malades.

Rien de plus insidieux que la pleurésie à son début chez la plupart

FEUILLETON.

LES MAGICIENNES, LES PHILTRES (1).

Les commerces des *sagæ*, — pouvoir des magiciennes. — Les philtres aphrodisiaques : l'hippomane, etc. — Sortiléges des magiciennes, Horace et Canidie; les sorcières du mont Esquilin. — Formules des sages-femmes. — L'urtication. — Le nœud de l'aiguillette. — Mésaventure d'Ovide. — La ciguë, les substances antiaphrodisiaques.

I.

Il existait à Rome une classe de femmes nommées *sagæ*, se livrant à une foule de petits commerces, qui, habituellement, ne peuvent être exercés que clandestinement ; elles étaient à la fois magiciennes, entremetteuses et parfumeuses ; elles s'occupaient aussi des accouchements, mais plus spécialement des avortements. Leur nom *saga* a fini par désigner les femmes qui se livraient à la pratique des accouchements, les *sages*-femmes, l'adjectif restant placé avant le substantif pour éviter toute confusion, car, comme dit Sterne, « il ne faut pas être un habile grammairien pour comprendre qu'une sage-femme et une femme sage peuvent très-bien ne pas se rencontrer dans la même personne. » L'expérience de tous les jours justifie pleinement cette distinction établie par l'auteur de TRISTRAM SHANDY.

Ce sont les poëtes latins qui nous fournissent le plus de renseignements sur la multiplicité des attributions des *sagæ* ; tout ce qui avait rapport à l'amour et à la débauche était de leur compétence. Une des branches les plus lucratives de leur industrie si variée était la vente d'une foule de préparations destinées à des usages que l'on n'avoue pas volontiers : pour inspirer de l'amour à quelqu'un, ce sont les *philtres* proprements dits (φίλτρα ou ἀγώγιμα); pour envoyer à quelqu'un les songes que l'on veut (ὀνειροπομπά); pour faire haïr (μισήθρα) ; pour faire souffrir quelqu'un (παθοποιά), sans compter les philtres destinés à faire avorter, à empêcher de concevoir, etc. Les philtres qui avaient la propriété de rendre impropre à l'amour sont souvent cités par les poëtes élégiaques, qui témoignent leurs craintes à cet égard.

Nous trouvons dans une des belles élégies de Tibulle un long passage qui nous apprend quelle était l'étendue du pouvoir que l'on attribuait aux *sagæ* :

(1) Nous empruntons à un ouvrage intitulé : ÉTUDES MÉDICALES SUR L'ANCIENNE ROME, par M. le docteur JULES ROUYER, l'article qu'on va lire, plein de détails curieux. L'ouvrage renferme des recherches historiques du plus grand intérêt sur les bains publics de Rome, sur l'avortement, les eunuques, l'infibulation, la cosmétique, l'histoire des femmes qui ont exercé la médecine, etc. Nous consacrerons prochainement un article à ce curieux ouvrage.

d'entre eux. Si les choses se passaient toujours de la manière dont elles sont décrites dans les livres ou comme on les observe dans la médecine civile, c'est-à-dire qu'à un frisson initial signalant l'invasion de la fièvre succédât immédiatement une douleur pongitive de côté avec difficulté de respirer, etc., en un mot, les symptômes objectifs de la pleurésie à son début, le malade, dompté dès l'abord par le mal, ne pourrait en laisser ignorer longtemps l'existence. Mais il en va rarement ainsi. Nous avons le plus souvent affaire ici à une pleurésie *latente*, à forme subaiguë. En d'autres termes, l'homme n'est averti de sa maladie que par une douleur de côté qu'il ne trouve pas toujours assez intense pour s'en plaindre, qui dans quelques cas même semble manquer au début. L'oppression est encore peu considérable, la fièvre faible ou nulle, s'il faut en croire le témoignage de maints malades que personne n'a pu être encore appelé à contrôler; car, soit qu'il craigne d'être envoyé à l'hôpital, pour lequel il a une répugnance instinctive, soit qu'il redoute de passer auprès de ses chefs pour ce qu'on appelle dans l'argot des casernes *un clampin*, ou même de s'attirer en se plaignant — cela s'est vu — quelques jours de salle de police, le malade laisse fréquemment passer les premiers jours ou même les premières semaines sans déclarer son mal. Enfin, quand il se décide à en parler, il est, selon l'intensité des symptômes, tantôt envoyé immédiatement à l'hôpital, tantot retenu pour un, deux ou plusieurs jours soit à la chambre, soit à l'infirmerie. Voici ce que m'apprennent à cet égard mes derniers relevés: 3 malades qui ne s'étaient présentés à la visite que depuis deux jours ressentaient un point depuis dix jours; 2 autres depuis quioze; 5 malades dirigés sur l'hôpital après trois, cinq jours de chambre ou d'infirmerie, en souffraient depuis huit à trente jours; 8 autres ont déclaré l'avoir ressenti du quatrième au trentième jour; 2 d'entre eux depuis deux à trois mois! Dans d'autres cas, les choses se passent différemment. Le malade pris dès le début d'un mouvement fébrile et d'une douleur assez vive pour le mettre hors d'état de contiouer son service est envoyé à l'infirmerie, où le repos, la chaleur du lit, un vésicatoire, des ventouses, etc., le soulagent momentanément assez pour qu'il croie pouvoir retourner à ses occupations. Mais les symptômes se réveillent bientot avec une nouvelle intensité, et il entre à l'hôpital, où l'on constate pour l'ordinaire un épanchement d'une guérison au moins douteuse. On voit en ce genre des choses à peine croyables, et dont on n'a aucun exemple dans la médecine civile. J'ai en ce moment en traitement un artilleur d'une constitution jadis robuste, aujourd'hui dans un profond état de cachexie par suite d'un énorme épanchement dans la plèvre droite constaté dès le premier jour de soo entrée à l'hôpital, et qui ne s'était fait porter malade que de l'avant-veille. Il avait fait jusque-là son service! Comme je lui demandais pourquoi il n'avait pas déclaré plus tôt sa maladie, il me répondit qu'il ne sentait son point que depuis ce moment, et qu'il ne s'était pas trouvé assez souffrant jusque-là pour en parler. Il faut donc reconnaître que chez des hommes à sensibilité obtuse, ou assez énergiques pour maîtriser leurs souffrances, les choses peuvent arriver à un point extrême de gravité sans que ni le malade ni même le médecin (s'il n'ausculte et ne percute) le puissent soupçonner.

Bref, il résulte pour moi des cas malheureusement trop nombreux qui se sont présentés depuis plus de vingt ans à mon examen:

1° Que les épanchements pleurétiques sont beaucoup plus communs dans l'armée que chez les ouvriers des villes et des campagnes, bien que ceux-ci commettent à peu près les mêmes imprudences;

2° Que des épanchements très-considérables et d'une résolution difficile ou impossible se forment chez nos soldats dans un temps relativement très-court.

Mais ces circonstances spéciales n'indiquent-elles pas un défaut de plasticité du sang? Et s'il en est ainsi, faut-il attribuer l'altération de ce fluide à un régime animal insuffisant ou à l'agglomération, ou même à l'un et à l'autre?

Je n'ai pas la prétention de résoudre ces graves questions en dernier ressort; mais je signalerai les mesures qui me semblent de nature à restreindre l'étendue du mal.

1° Il serait utile (et l'utilité n'en serait pas bornée au cas particulier) de faire imprimer à la suite du livret une instruction claire et concise, indiquant au soldat les principes les plus élémentaires de l'hygiène militaire privée, et les dangers auxquels l'exposent certaines imprudences commises journellemeot. Cette instruction pourrait faire nne obligation à tout homme atteint d'un point de côté avec gêne de la respiration de se présenter dans les vingt-quatre heures à la visite du médecin (1).

2° Il serait recommandé de n'ouvrir qu'un côté des fenêtres dans les salles, et prescrit au soldat de ne pas quitter ses vêtements quand il est en sueur.

3° Les contraventions constatées aux mesures indiquées dans la susdite instruction entraineraient des punitions.

4° MM. les médecins des régiments seraient expressément invités à pratiquer la percussion et l'auscultation sur tous les hommes auxquels ils pourraient soupçonner une affection des voies thoraciques, quelque légère qu'elle soit en apparence.

5° Aucun homme atteint d'une affection interne ne pourrait être envoyé à l'hôpital, dans la mauvaise saison, à pied ou sans son manteau.

6° Le médecin consulté, au moins dans les cas douteux, ferait connaître si le manteau est nécessaire pour la promenade.

7° Il y aurait lieu de prendre telles mesures jugées convenables pour maintenir dans les corps-de-garde une température modérée et autant que possible uniforme.

8° On veillerait à ce que dans les garnisons de cavalerie, il y ait toujours des voitures et des attelages en nombre suffisant pour qu'on ne soit pas obligé d'employer les hommes au transport du fourrage.

9° Une mesure qui irait plus directement encore au but que les précédentes, mais qui soulèverait probablement des oppositions de plus d'un genre, serait l'adoption pour l'armée de gilets ou même de simples casaques de laine, sans manches, à faire porter sur la peau dans les mois de l'année où les affections chroniques sont les plus fréquentes.

(1) L'auteur de cet article s'est occupé d'un travail de ce genre, qu'il vient de soumettre à l'autorité compétente.

Nec tamen huic credet conjux tuus, ut mihi verax
Pollicita est magico saga ministerio. . . . . . . (1).

« D'ailleurs, ton époux refusera de me croire ton amant: ainsi me l'a promis une magicienne véridique après avoir mis en œuvre les recettes de la magie. Je l'ai vue faire descendre les astres des cieux; ses enchantements arrêtent le fleuve le plus rapide dans son cours; à sa voix, le sol s'entr'ouvre; les mânes sortent de leurs tombeaux; les ossements descendent du bûcher encore chaud. Par un sifflement magique, elle évoque les cohortes infernales, et avec une aspersion de lait elle les met en fuite. Elle parle, et les nuages qui assombrissaient le ciel se dissipent; elle parle, et en été la neige tombe. Seule, dit-on, elle possède les herbes malfaisantes de Médée; seule elle sait dompter les chevaux farouches d'Hécate.

» Elle a composé pour moi des chants à l'aide desquels tu pourras tromper; tu n'auras qu'à chanter trois fois. Il ne pourra rien croire de ce qu'on lui dirait de nous; il n'eo croirait même pas ses yeux s'il me trouvait dans ta couche voluptueuse.

» Mais refuse tes faveurs à d'autres, il verra tout le reste; je serai le seul au sujet duquel il ne s'apercevra de rien. »

(1) Tibulle, liv. I, el. II, v. 41.

Plus tard, Tibulle fulmine contre la *saga* et lui reproche de mal conseiller sa chère Délie, à laquelle elle propose des amants plus riches que lui:

At tu quamprimum sagæ præcepta rapacis
Desere, nam donis vincitur omnis amor (1).

» Mais toi, Délie, rejette vite les conseils d'une avide entremetteuse; les présents tuent l'amour le plus tendre. »

Hélas! la mauvaise conseillère l'emporte, et Tibulle trompé adresse des reproches à sa maîtresse; il donne même, eo passant, un sage conseil à son successeur: « Et toi, qui as la préférence aujourd'hui, crains mon sort, la fortune tourne sur nne roue si légère! »

Le passage que nous venons de citer un peu plus haut mentionne à peu près tous les enchantements, tous les sortilèges que l'on attribuait aux magiciennes; il en est très-souvent question dans les poésies de Tibulle, de Properce, d'Ovide, les triumvirs de l'amour, comme les nomme un vieux commentateur de leurs écrits.

Un grand nombre de ces magiciennes venaient de la Thessalie; cette contrée avait acquis sous ce rapport une renommée qui devait être détrônée plus tard par celle de la Bohème; ces sorcières sont quelquefois désignées

(1) Tibulle, liv. I, el. v, v. 59, ou el. VI, v. 24 (la v° élégie est divisée en deux dans quelques éditions).

Croire que la laine n'est bonne qu'aux valétudinaires et qu'on amollit l'homme en le soumettant à son emploi, est un reste de préjugé contre lequel déposent les coutumes immémoriales de peuples que nous croyons moins avancés que nous en hygiène, et qui disparaîtra quand nous adopterons des usages plus rationnels en matière de vêtements. Des ordres religieux fort austères, et qu'on n'accusera pas d'avoir poussé trop loin les raffinements de la civilisation, avaient aussi reconnu la haute importance de cette pratique; et je ne vois pas, après tout, ce que la mesure que je propose aurait de plus insolite que la ceinture de flanelle prescrite en temps de choléra ou de dyssenterie.

Les mesures préventives que je viens d'indiquer portent plutôt sur les causes occasionnelles de la pleurite dans l'armée que sur des causes prochaines ou éloignées. Mais pour combattre avec efficacité ces dernières, si tant est que cette affection ait réellement chez nos soldats un caractère diathésique, qu'elle se lie, comme je le conjecturais tout à l'heure, à un défaut de plasticité du sang, il faudrait songer aux mesures propres à diminuer les inconvénients de l'agglomération, ou même ceux inhérents à un régime animal insuffisant, bien que le régime alimentaire de la troupe pèche plutôt par le défaut de variété que par son insuffisance.

En tous cas, l'impuissance du traitement hospitalier dans un trop grand nombre de cas, indique la nécessité d'envoyer de bonne heure les hommes atteints d'épanchements pleurétiques respirer l'air de la campagne.

Ces diverses mesures insuffisantes, prises chacune en particulier, me semblent devoir, appliquées avec ensemble, affranchir une partie au moins de nos soldats du tribut onéreux qu'ils payent à la pleurite, et peut-être à bien d'autres maladies. Je les soumets donc à la sollicitude éclairée de nos confrères de l'armée dans l'espoir qu'ils nous feront connaître des moyens plus efficaces, s'il en est, d'atteindre le but que nous poursuivons tous :

Si quid novisti rectius istis, candidus imperti.
Si non, his utere mecum.

Dr C. Saucerotte,

Médecin en chef des salles militaires à l'hôpital de Lunéville.

PATHOLOGIE EXTERNE.

LE TUYAU DIAGNOSTIQUE ET LES MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE; par le docteur W. Kramer.

Le *tuyau diagnostique* n'est autre chose qu'un tube de caoutchouc vulcanisé, très-mou, de 3/8e de pouce de diamètre et long de 2 pieds environ. L'une de ses extrémités, qui doit être introduite dans le conduit auditif du malade, va en s'amincissant, tandis que l'autre a le même diamètre que le reste du tube; placée dans le conduit auditif du médecin, cette extrémité y est maintenue par sa propre élasticité. Pour reconnaître à l'aide de cet appareil les maladies de l'oreille moyenne, il faut en outre quatre cathéters de la trompe d'Eustache correspondant aux nos 1, 3, 6 et 7 de la filière de M. Charrière. Le n° 1 est assez mince pour que l'orifice de son bec ne laisse passer qu'une épingle mince; le n° 2 répond au diamètre normal de la trompe dans son point le plus étroit; les nos 3 et 4 enfin ont un volume plus considérable.

Pour procéder à l'examen de l'oreille moyenne, le médecin introduit dans son conduit auditif gauche, par exemple, la grosse extrémité du tube, et dans le conduit auditif droit du malade vis-à-vis duquel il se place, l'extrémité effilée. Si le tube n'est pas maintenu par sa propre élasticité, on le fait fixer par le malade ou par un tiers. On introduit ensuite le cathéter dans la trompe droite, et on pratique l'insufflation; les effets acoustiques de cette opération sont transmises avec toutes leurs nuances de timbre ou d'intensité à l'oreille du médecin, absolument comme si elle était appliquée directement sur celle du malade.

Lorsqu'on pratique l'insufflation d'une manière soutenue et avec une force modérée avec le cathéter n° 1 sur une oreille saine, l'air pénètre librement par la caisse jusqu'à la membrane du tympan; on entend alors un souffle soutenu, doux et pur, analogue à celui que l'on perçoit en soufflant dans l'une des extrémités du tube, l'autre extrémité étant fixée dans le conduit auditif.

Toutes les fois que l'insufflation produit des effets acoustiques différents, il faut admettre qu'il existe une affection organique de l'oreille moyenne, bien que l'exactitude de cette proposition n'ait pas encore pu être soumise au contrôle des autopsies. Les râles soit muqueux, soit sonores, indiquent évidemment soit une sécrétion muqueuse ou séromuqueuse, soit une absence complète de sécrétion; si le filet d'air qui pénètre dans l'oreille moyenne est très-mince et interrompu, le calibre de la trompe doit être rétréci; elle est imperméable si le souffle qui dénote la pénétration de l'air est tout à fait supprimé. Dans ce qui suit il m'arrivera souvent de dire, pour plus de brièveté, que l'air pénètre dans le tube, etc.; il suffit que le lecteur en soit prévenu pour éviter toute équivoque.

Dans ces recherches, on fait bien d'employer d'emblée le cathéter n° 3 pour disposer d'un courant assez énergique. Si l'air pénètre de suite et largement, on répète l'insufflation avec le cathéter n° 2, puis, si le résultat est le même, avec le n° 1. Lorsque l'air entre librement par ce numéro, on est assuré qu'il n'existe dans l'oreille moyenne, et notamment dans la trompe d'Eustache, aucun obstacle, soit fixe, soit mobile. Lorsque, au contraire, l'air ne pénètre nullement, quel que soit le cathéter employé, on fait exécuter au malade des mouvements de déglutition pour que l'air soit pressé plus énergiquement du côté de la trompe; si alors la pénétration est encore nulle, il est certain que la trompe est le siége d'un rétrécissement très-étendu et très-résistant, ou bien qu'elle est rendue imperméable par des adhérences; pour décider à laquelle de ces deux lésions on a affaire, il faut avoir recours au cathétérisme à l'aide de cordes à boyaux.

Dans tous les cas où l'air ne pénètre pas, on entend un bruissement plus ou moins lointain, suivant que l'obstacle est situé plus ou moins loin de la membrane du tympan; il n'est pas toujours facile de distin-

---

sous le nom de *strix, strygis* (1); et encore aujourd'hui il existe en Thessalie des sorcières nommées *streghe*, mot dont on retrouve facilement l'étymologie dans l'expression latine (2).

Les philtres les plus importants étaient destinés à rendre fort pour les travaux de Vénus, *ad palæstram veneream*, ou, au contraire, à produire l'effet inverse. Souvent des plantes vénéneuses entraient dans les breuvages et devenaient la cause d'affections graves, ou même de la mort. C'est ainsi que fut empoisonné un général Romain, L. Lucullus (3), et aussi, dit-on, le poëte Lucrèce.

Nous nous occuperons d'abord de la première espèce de préparations.

II.

PHILTRES APHRODISIAQUES.

Les philtres aphrodisiaques sont souvent cités par nos poëtes, qui, généralement, se défendent d'y avoir jamais recours. Une des substances les plus renommées pour ces usages est l'*hippomane*, c'est-à-dire le liquide qui s'écoule des parties génitales d'une jument qui vient d'être fécondée, ou, selon quelques autres, une petite tumeur que l'on trouve au moment de la naissance sur le front des poulains. Virgile nous décrit les cavales au moment où elles fournissent cette précieuse liqueur : « A peine leurs veines brûlantes se sont-elles enflammées des feux qu'y allume le printemps, elles volent sur quelque rocher élevé, et là, tournées vers le zéphir, elles recueillent ses douces haleines, et souvent, ô prodige! fécondées par son souffle seul, elles se précipitent à travers les rochers, les torrents et les vallées profondes. C'est alors qu'elles distillent en courant cette fameuse liqueur que les bergers ont justement nommée hippomane (1). »

Ovide exprime la même pensée dans le distique suivant :

In furias agitantur equæ spatioque remota
Per loca dividuos amne sequuntur equos (2).

« La cavale, en proie aux fureurs de l'amour, franchit, pour rejoindre le cheval, l'espace et les fleuves mêmes qui l'en séparent. »

Le même auteur parle à plusieurs reprises de l'hippomane et admet les deux opinions sur l'origine et la nature de ce singulier aphrodisiaque :

Fallitur Hæmonias si quis recurrit ad artes
Datque quod a teneri fronte revellet equi :

---

(1) Tibulle, liv. I, el. v, v. 52, et Properce, liv. IV, el. v, v. 17.
(2) Apulée parle longuement des magiciennes de Thessalie dans les premiers livres de son roman intitulé la MÉTAMORPHOSE.
(3) Pline, HIST. NAT., liv. XXV.

(1) Virgile, GÉORGIQUES, livre III, v. 280.
(2) Ovide, ART D'AIMER, liv. II.

guer ce bruit du souffle léger que l'on entend lorsqu'une même colonne d'air pénètre dans le tube.

J'ai appliqué, dans ces dernières années, cette méthode d'investigation à un grand nombre de maladies de l'oreille dans lesquelles le tympan était intact, et je n'ai jamais rencontré que les symptômes d'une inflammation catarrhale de la muqueuse, avec exsudat libre et interstitiel, ou à la fois libre et interstitiel, ou bien avec absence complète de sécrétion.

Comme la muqueuse de l'oreille moyenne et de la trompe est partout identique, on peut admettre que cette affection doit l'envahir dans toute son étendue ; c'est surtout par l'inflammation de la muqueuse qui revêt la fenêtre ronde que l'on se rendra alors compte des troubles de l'ouïe.

Je n'ai jamais constaté des signes d'inflammation phlegmoneuse de l'oreille moyenne dans les cas où le tympan n'était pas perforé. J'en dirai autant de la carie et d'autres dégénérescences graves. Quant à l'ankylose de l'étrier, à l'atrophie et à la paralysie des muscles qui meuvent les osselets de l'ouïe, affections dont l'existence est encore fort problématique, il ne serait pas possible de les reconnaître à l'aide du tuyau diagnostique.

Les *causes* de l'inflammation catarrhale de la muqueuse de l'oreille moyenne sont surtout les refroidissements, soit qu'ils agissent d'ailleurs exclusivement sur l'organe de l'ouïe, soit que leur action plus générale sur l'économie produise en même temps le coryza, la toux, une fièvre catarrhale, gastrique ou autre. Le refroidissement a lieu le plus souvent par l'effet d'un courant d'air, par la pénétration de l'eau froide dans le conduit auditif, etc.

La *marche* de l'affection est presque toujours essentiellement chronique, rarement subaiguë. Les exacerbations sont fréquentes à la suite de refroidissements réitérés, et surtout dans le courant des maladies fébriles ; l'aggravation du catarrhe de la caisse cède alors souvent en même que l'affection qui en a été le point de départ ; mais il arrive également souvent que la surdité, seul symptôme subjectif de l'affection de la caisse, s'aggrave à chaque recrudescence.

Il est rare d'observer le passage de l'une des variétés que j'ai indiquées plus haut, dans une autre ; et il est peut-être sans exemple qu'elles deviennent l'origine d'autres affections de l'oreille, telles que l'inflammation et la destruction de la membrane du tympan.

Le *pronostic* varie suivant les variétés anatomiques ; celle qui ne s'accompagne que d'un exsudat libre à la surface de la muqueuse est beaucoup plus facile à guérir que celle où l'exsudat est interstitiel. Dans tous les cas, c'est sur l'emploi des moyens locaux qu'on devra surtout compter ; alors même que le malade est atteint d'une dyscrasie des plus manifestes, le traitement de l'état général n'exerce, le plus souvent, aucune influence sur le catarrhe de l'oreille moyenne.

Ce n'est que dans les cas très-récents, datant au plus de quelques semaines, que le séjour dans un air chaud, une diaphorèse énergique et les révulsifs peuvent guérir à eux seuls cette affection, quelle que soit d'ailleurs sa variété. Étudions maintenant chacune de ces variétés à part.

I. — INFLAMMATION CATARRHALE DE L'OREILLE MOYENNE AVEC EXSUDAT LIBRE.

En pratiquant une insufflation énergique avec le cathéter n° 3, l'air pénètre immédiatement, largement et sans interruption, en produisant des râles plus ou moins abondants. Les malades éprouvent souvent une secousse manifeste pendant cette opération ; elle est presque toujours suivie immédiatement d'une diminution remarquable de la surdité et des tintements d'oreilles, qui disparaissent même souvent complétement.

Cette amélioration diminue ordinairement au bout de quelques heures ; mais en répétant les insufflations une ou deux fois par jour, on obtient souvent la guérison après un temps plus ou moins long, et après de fréquentes oscillations en bien ou en mal. Le râle muqueux est de tous les symptômes celui qui disparaît le premier ; puis l'insufflation se fait librement avec les cathéters n°s 1 et 2, ce qui prouve que l'oreille moyenne n'est plus le siége d'aucun obstacle matériel.

Dans les cas récents, on obtient souvent la guérison au bout d'un petit nombre de jours. Les cas anciens demandent toujours trois à quatre semaines de traitement, presque jamais davantage. Pour prévenir les récidives, il faut d'ailleurs surveiller l'état de l'oreille pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois après la guérison et revenir au besoin de temps en temps aux insufflations.

Dans les cas rebelles, il est avantageux, avant d'évacuer les mucosités de l'oreille moyenne par l'insufflation, d'injecter dans les trompes, à l'aide du cathéter n° 1, quelques gouttes d'une solution de gomme tiède. On remplit à cet effet le cathéter de la solution gommeuse et on bouche le pavillon ; puis on place le bec dans la trompe, on débouche le pavillon et on pratique une insufflation rapide qui fait pénétrer le liquide dans la caisse.

Lorsque la maladie récidive à plusieurs reprises, on injecte par le même procédé une solution étendue de chlorhydrate d'ammoniaque (10 à 20 centigr. sur 30 gr. d'eau) ou d'iodure de potassium (25 à 50 centigr. sur 30). Ces moyens diminuent assez efficacement la sécrétion muqueuse exagérée.

Dans les cas où l'inflammation s'accompagne de fièvre, d'élancements douloureux dans les oreilles, sans que la membrane du tympan soit affectée, on prescrit le repos au lit et on instille de l'huile d'olives tiède dans le conduit auditif. Quand on a fait ainsi cesser les douleurs, on reprend les insufflations.

Il est avantageux de mettre les malades à un régime maigre et d'entretenir la liberté du ventre ; il faut également leur interdire les lotions et les bains d'eau froide, etc. Les dyscrasies dont ils peuvent être atteints n'ont aucun rapport de causalité avec le catarrhe de l'oreille moyenne, et il peut tout au plus être utile de les combattre, après avoir obtenu la guérison à l'aide des topiques, pour prévenir les récidives.

Non faciunt ut vivat amor Medeides herbæ
Mixtaque cum magicis nænia Marsa sonis.

Il s'abuse, celui qui de la Thessalie
Invoque en ses amours la puissante magie ;
Il s'abuse, celui dont les crédules mains
Sur le front d'un coursier vont cueillir des venins :
L'amour n'obéit pas aux herbes de Médée ;
Des chants du Marse en vain son oreille est frappée (1).

Dans un autre poëme sur l'amour, Ovide donne encore des conseils très-judicieux et invite à s'abstenir des aphrodisiaques : « Pour nous embraser des feux de l'amour, la parure est un plus sûr moyen que l'art redoutable des sorcières et les herbes magiques cueillies par leurs mains. Ne vous fiez pas aux plantes ni aux philtres composés avec leurs sucs mélangés, et gardez-vous d'avoir recours à l'hippomane d'une cavale en chaleur. »

Sic potius nos urat amor quam fortibus herbis
Quas maga terribili subsecat arte manus,
Nec vos graminibus, nec mixto credite succo,
Nec tentate nocens virus amantis equæ (2).

On trouve encore dans Ovide la mention d'autres aphrodisiaques ; il semblait avoir étudié tout ce qui peut disposer à l'amour, *quidquid veneri corpora nostra parat* (1).

Sunt qui præcipiant herbas, satureia, nocentes
Sumere ; judiciis ista venena meis ;
Aut piper urticæ mordacis semine miscent
Tritaque in annoso flava pyrethra mero (2).

« Il en est qui te conseilleraient de prendre pour stimulants des plantes malfaisantes, la sarriette, le poivre mêlé à la graine mordante de l'ortie, ou le pyrèthre fauve écrasé dans du vin vieux. »

Martial en parle également dans une épigramme adressée à un vieux débauché :

Sed nihil erucæ faciunt, bulbique salaces
Improba nec prosunt jam satureia tibi (3).

---

(1) Ovide, ART D'AIMER, liv. II, v. 100. — Traduction de M. Verninac (fragments d'Ovide).

(2) Ovide, LES COSMÉTIQUES. — Il est encore question de l'hippomane dans Virgile (ÉNÉIDE, liv. IV, v. 515) ; dans Properce (liv. IV, el. V) ; dans Juvénal (sat. VI, v. 133) ; dans Tibulle (liv. II, el. V) ; dans Ovide (LES AMOURS, el. VIII) ; dans Pline (HIST. NAT., liv. XXVIII), etc.

(1) Ovide, REMÈDE D'AMOUR, v. 801.

(2) Ovide, ART D'AIMER, liv. II.

(3) Martial, liv. III, ep. 75, in Lupercum. — *Excitat ad venerem tardos eruca maritos* (Columelle).

II. — INFLAMMATION CATARRHALE DE L'OREILLE MOYENNE AVEC EXSUDAT LIBRE ET INTERSTITIEL (RÉTRÉCISSEMENT DE LA TROMPE D'EUSTACHE.)

L'air, injecté même avec force, ne pénètre qu'en petite quantité et, le plus souvent, seulement lorsque le malade exécute en même temps des mouvements de déglutition ; le souffle qu'il produit a d'ailleurs généralement un timbre *humide*. L'insufflation diminue notablement la surdité et les tintements d'oreilles ; parfois même ces symptômes disparaissent entièrement pendant quelques heures. Cette amélioration prend plus de durée à mesure que l'on répète les insufflations, et surtout dans les cas où l'on pratique des injections d'eau gommeuse. L'amendement est d'ailleurs beaucoup plus lent et se fait plus régulièrement que dans la première variété.

Dans aucun cas, on ne devra répéter les injections deux fois par jour ; on produirait ainsi presque inévitablement des tintements d'oreilles, une sensation de plénitude et de pesanteur dans la tête, de l'agitation, etc.

Il y a des cas où l'on arrive plus rapidement à insuffler l'air librement avec le cathéter n° 3 ou 4, et où cette insufflation produit une amélioration plus notable que dans les circonstances ordinaires, mais où cette amélioration est beaucoup plus fugace, ne durant qu'un quart d'heure au plus. Dans ces cas, la guérison complète demande beaucoup plus de temps, parce que l'exsudat interstitiel l'emporte sur l'exsudat libre : la trompe est alors rétrécie. Il faut, dans ces circonstances, mettre un intervalle de plus de vingt-quatre heures entre les insufflations et les faire précéder d'injections avec l'eau gommeuse.

III. — INFLAMMATION CATARRHALE DE L'OREILLE MOYENNE AVEC EXSUDAT INTERSTITIEL (RÉTRÉCISSEMENT DE LA TROMPE D'EUSTACHE.)

L'air ne pénètre que par les insufflations faites à l'aide du cathéter n° 3 ou 4, et il faut presque toujours que le malade exécute en même temps des mouvements de déglutition. La pénétration se fait d'ailleurs par un filet mince, souvent par saccades, et en ne produisant qu'un bruit très-faible; elle augmente toujours les tintements d'oreilles et la surdité, et les malades éprouvent souvent, à la suite des insufflations, une sensation de pesanteur et de plénitude dans l'oreille et dans la tête. Quand l'air ne pénètre en aucune manière dans la caisse, on y injecte une goutte d'un liquide inerte; on perçoit une bulle isolée quand cette goutte arrive dans la caisse. Dans les cas où cette injection est impossible, il faut introduire dans la trompe, à l'aide du cathéter n° 2, une corde à boyau, pour s'assurer s'il existe ou non une oblitération produite par des adhérences. Il y a d'ailleurs des cas où la trompe n'est pas oblitérée et où il est impossible d'y faire pénétrer une corde.

L'indication qui se présente naturellement dans cette variété est de chercher à obtenir la résorption de l'exsudat interstitiel ; on a vanté à cet effet le mercure, l'iode, la décoction de Zittmann, les bains russes, les eaux thermales sulfureuses, l'hydrothérapie, les applications du nitrate d'argent ou de teinture d'iode sur le pharynx et sur le voile du palais, mais tous ces moyens ne réussissent que dans les cas très-récents.

Dans les cas invétérés, les insufflations énergiques avec les cathéters n°s 3 et 4 devront être évitées à cause de leur action irritante ; on n'y aura recours que pour s'assurer des progrès de la guérison. Lorsque l'on a affaire à un sujet jeune, lorsque l'insufflation avec le cathéter n° 3 produit encore un bruit perceptible pendant les mouvements de déglutition, on injecte à l'aide du cathéter n° 1 quelques gouttes de solution de gomme, de sel ammoniaque ou d'iodure de potassium. Il faudra renoncer à ces moyens s'ils ne produisent aucun amendement au bout de deux ou trois semaines. On introduira alors dans les trompes, à l'aide du cathéter n° 2, une corde à boyau dont on a ramolli l'extrémité; on la fait pénétrer à 1 pouce de profondeur, et on la laisse séjourner pendant cinq minutes. On répète cette opération tous les jours, ou bien l'on alterne avec les injections dont il était question plus haut. Les résultats que l'on obtient par l'emploi de ces moyens ne sont pas très-brillants, mais je ne connais aucune médication qui en donne de plus satisfaisants.

IV. IRRITATION CATARRHALE DE LA MUQUEUSE DE L'OREILLE MOYENNE SANS EXSUDAT, AVEC SUSPENSION DE TOUTE SÉCRÉTION.

L'air pénètre facilement, librement, avec un son sec et pur, même par le cathéter n° 1, sans améliorer la surdité ni les tintements d'oreilles; ces deux symptômes s'aggravent sensiblement, lorsqu'on pratique une insufflation énergique avec le cathéter n° 3; les malades se plaignent alors d'une plénitude douloureuse dans les oreilles.

Il faut, dans ces conditions, chercher à rétablir la sécrétion séro-muqueuse normale; quand ce résultat est obtenu, le souffle produit par l'insufflation reprend son timbre doux. Le moyen le plus efficace est l'insufflation de quelques gouttes d'une solution étendue de potasse caustique (6 gouttes de lessive pour 30 grammes d'eau). On fait ces injections avec le cathéter n° 1; il ne faut d'ailleurs les répéter tous les jours que dans les cas où elles ne provoquent ou n'aggravent pas la sensation de plénitude dans l'oreille. Lorsqu'elles produisent ce résultat, il faut attendre, pour y revenir, que cette sensation ait disparu.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC; par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Il est des questions qui ont le singulier privilége de n'obtenir jamais une solution complète pour ce motif que, certains hommes les accaparant et les faisant servir à leur spécialité avide, la science digne a toujours de la peine à démêler, à travers des affirmations intéressées, une sérieuse et légitime signification.

« Mais les roquettes, les oignons aphrodisiaques et l'excitante sarriette ne te sont plus d'aucune utilité. »

Pline parle aussi d'une plante extrêmement curieuse pour faire naître l'amour : c'est l'éryngion blanc (*eryngion campestre*) : « On raconte des choses prodigieuses de cette plante ; la racine a, dit-on, la figure des parties naturelles de l'homme ou de la femme, elle est rare : si un homme trouve celle qui représente les parties mâles, cela le fait aimer. Telle fut la cause de la passion de Sapho pour Phaon, de Lesbos (1). »

Les sorcières ne se bornaient pas à ces sortiléges à peu près insignifiants; elles ne craignaient pas de sacrifier des enfants pour pouvoir composer leurs infâmes drogues. Horace trace un tableau très-poétique de ces infamies ; il parle d'une de ses anciennes maîtresses, Gratidie, une parfumeuse, qu'il invective à plusieurs reprises sous le nom de Canidie :

« Après s'être plaint d'une voix tremblante, l'enfant fut dépouillé de ses riches ornements. Son corps délicat eût touché le cœur d'un Thrace.

» Canidie, entrelaçant de courtes vipères à ses cheveux en désordre, ordonne d'arracher sur les tombes le figuier sauvage et le cyprès funèbre, pour brûler des plumes et des œufs de la chouette nocturne, trempés dans du sang de crapaud, des herbes qu'envoient Iolcos et l'Ibérie, fertile en poisons, et des os arrachés à la gueule d'une chienne à jeun. Sagana, la robe retroussée, asperge toute la maison d'eau de l'Averne; ses cheveux se dressent comme les dards du hérisson de mer ou comme les soies du sanglier poursuivi. Véia, que n'arrête aucun remords, gémit sur le hoyau dont elle fouille la terre à grand effort, pour y enterrer l'enfant jusqu'au menton comme un nageur dont la tête reste sur l'eau, et de là le faire mourir d'envie à la vue des mets changés sous ses yeux deux ou trois fois dans une éternelle journée; sa moelle desséchée et son foie brûlé par la faim serviront à un philtre d'amour, quand ses pupilles se seront éteintes, fixées sur les mets interdits.

» La libidineuse et masculine Folia d'Ariminium était là ; ainsi le croient l'oisive Parthénope et les bourgs environnants ; Folia, dont la voix thessalienne fait descendre du ciel la lune et les étoiles ensorcelées.

» Alors la terrible Canidie, rongeant d'une dent livide son ongle difforme, que dit-elle ou que ne dit-elle pas? « Témoins fidèles de mes œuvres, Nuit, et
» toi, Diane, qui règnes sur le silence pendant mes mystères sacrés, voici
» l'heure, le moment où il faut m'aider; c'est maintenant qu'il faut tourner
» contre la maison d'un ennemi toute votre colère, toute votre puissance.
» Pendant que les bêtes se cachent dans les forêts formidables, cédant à la
» langueur du sommeil, faites que les chiens de la voie Suburra aboient
» après le vieillard, qu'il devienne un vieux débauché, qu'il soit la risée de
» la ville celui que je frotte de cette essence, la plus exquise qu'aient encore
» préparée mes mains. Que vois-je? Pourquoi mes puissantes drogues ont-
» elles moins de force que celles de Médée, que ces herbes, qui dans sa fuite
» la vengèrent de son orgueilleuse rivale, la fille du grand Créon, quand une
» robe, présent empoisonné, brûla vivante la jeune épouse. Pourtant ni

(1) Pline, HIST. NAT., liv. XXII.

Or, parmi ces questions, il semble que, de tous les temps, aucune n'ait plus mérité de soulever la répulsion unanime des praticiens ou des savants honorables que celle de l'emploi chirurgical des caustiques.

Écoutez ce chirurgien ou cet empirique qui vante un remède pour la destruction de toutes les tumeurs, et inévitablement ce remède sera infaillible, et sa formule, conservée précieusement secrète, renfermera un médicament caustique.... Écoutez cet autre, qu'on prônera ou qui se prônera pour la guérison radicale des cancers, pour le traitement spécifique des affections charbonneuses, des tumeurs de mauvaise nature, pour l'ablation sans douleur des loupes, hémorrhoïdes, etc., toutes maladies très-fréquentes, qui doivent effrayer et pour lesquelles on s'effraye, et inévitablement encore les remèdes employés seront des remèdes secrets et des caustiques, des caustiques toujours...

AMBROISE PARÉ voulant connaître quels étaient les cautères potentiels dont se servaient les chirurgiens de Paris, « lesquels se vantaient, chacun pour soi, avoir la pierre philosophale des cautères, » n'avait encore pu rien découvrir, et cependant n'avait été « fante de diligence. » Pas un d'eux ne l'avait voulu tant favoriser que de lui départir cette pierre philosophale, disant que leurs père et frère la leur avaient laissée comme un héritage paternel. Le même chirurgien se trouvant un jour avec un philosophe, grand extracteur de quintessence, et étant tombé en propos sur les cautères potentiels, celui-ci lui dit en savoir « des plus excellents qui jamais furent. » Mais quand A. PARÉ eut constaté sur un serviteur les bons effets du remède, en vain il le pria de lui en donner la description et la manière de les faire, « il refusa tout à plat, » et enfin il n'accorda à sa prière que moyennant du velours pour faire une paire de chaussettes, à la charge « qu'il ne le dirait à personne » ni « pareillement l'écrirait. »

FABRICE D'AQUAPENDENTE, qui usait abondamment de la cautérisation, soit avec l'eau-forte, soit avec l'huile de vitriol, soit avec le feu, remarque que de son temps quelques-uns se servaient aussi de caustiques secrets pour guérir les tumeurs. Un charlatan dont il fit la rencontre traitait et guérissait les chancres ulcérés aux lèvres ou en quelque autre partie du corps avec une poudre corrosive dont il aspergeait les bords « tout joignant la partie saine ; » or cette poudre n'était qu'un sulfure d'arsenic. Ce fut un empirique qui opéra la cautérisation dans un autre fait qu'il rapporte, et au sujet duquel il avertit les jeunes chirurgiens. Il s'agit d'un gentilhomme « en âge de consistance, » ayant le genou si enflé et si enduré qu'il ne pouvait en aucune façon ni le mouvoir ni le plier ; or, ayant été appelés monsieur CAPIVACCIUS et lui pour le traiter, ils « le jugèrent incurable. » Cependant, quelque empirique lui mit un emplâtre fait d'une certaine herbe, qu'il estime être la flammule, laquelle produisit aussitôt au genou une inflammation insigne, avec rougeur, chaleur et douleur, et « de cette heure, le malade commença à remuer un peu le genou, et peu à peu il profita si bien qu'il guérit enfin de son mal. »

FABRICE DE HILDEN avait aussi ses cautères potentiels secrets. Dans une lettre de ses centuries, il s'adresse à Jean Kneffer et lui en envoie des fragments gros et petits, lui recommandant de ne les laisser que cinq, six, douze heures au plus. Ce caustique n'était pas toutefois sans inconvénient, puisque, chez un individu de Lausanne, il y eut à la suite de son emploi une hémorrhagie de la céphalique.

Mais à côté de FABRICE DE HILDEN qui adressait à son ami son cautère particulier, combien d'autres chirurgiens gardaient secrètes leurs formules de médicaments caustiques. Le nitrate acide de mercure fut longtemps une panacée pour la gangrène et un remède secret; il en fut de même du chlorure de fer, du beurre d'antimoine, du sublimé, etc. Entendez les inventeurs ou les propagateurs de ces caustiques, et les expressions les plus merveilleuses servent à vanter le remède nouveau : le sublimé, il ouvre « une voie large et profonde à l'exhalation du poison dans la morsure du chien enragé » (FABRICE DE HILDEN) ; l'eau-forte et l'orpiment mélangés de BARTHOLIN ont une action surprenante ; le caustique lunaire de BOERRHAAVE, le nitrate d'argent, caustique bien innocent aujourd'hui, il s'appelle pierre infernale ; l'esprit de nitre ou l'eau-forte dans laquelle on fait dévorer une moitié de mercure « est si doux et si prompt que ceux qui en ont une fois usé ne s'en servent plus d'autre» (SCULTET) ; le beurre d'antimoine a été un grand secret pour quelques-uns pour arrêter la gangrène, « en traçant autour de la partie affectée une ligne qui mette des bornes aux progrès du mal, » et distillé, il était d'un effet caustique extrêmement prompt, même « si jamais on avait envie de l'éprouver, je conseille de se garantir des vapeurs; je connais un très-grand homme à qui elles ont été funestes. »

Dans les cancers, on croyait qu'il existe des acides corrosifs; dès lors les charlatans, prétendant avoir un remède secret, de dire que leur escarrotique, non-seulement consume le cancéreux, mais encore absorbe les levains acides corrosifs. Aussi certains d'entre eux s'étaient-ils acquis une grande réputation. « Un particulier ayant acheté du sieur CHAUMET, chirurgien, un spécifique pour cette espèce d'ulcères qui rongent les chairs de la face, etc., « deux ans après, cet individu paraissant regretter son argent, » le frère CÔME « lui remboursa la somme de deux mille livres et fit l'acquisition de ce spécifique. » D'un autre côté, DESHAYES-GENDRON rapporte que, malgré les soins de l'abbé GENDRON, son oncle, qu'on avait appelé pour une tumeur du sein incurable dont était affectée la reine mère Anne d'Autriche, « on écouta des guérisseurs. »

A notre époque, on sait combien est grand aussi le nombre des spécialistes de la cautérisation : ici, dans les campagnes qui avoisinent Arras, c'est un empirique qui, avec des boutons caustiques arsenicaux, attaque et détruit les ulcères chancreux (VICTOR SERRÉ); ailleurs, c'est une femme du peuple qui s'occupait de détruire les engorgements squirrheux en pratiquant avec un canif des incisions très-profondes et très-rapprochées, qu'elle recouvrait ensuite avec un mélange d'orpiment et de réalgar (CANQUOIN) ; ailleurs encore, dans les plaines de la Beauce, ce sont des guérisseurs de charbon et des guérisseurs de maux auxquels des médecins associent leur destinée. Mais pourquoi ne parler que des empiriques ? Les médecins diplômés eux-mêmes n'ont-ils pas attiré à la cautérisation la répulsion dont nous parlions en commençant? Voyez, en 1835, CANQUOIN, qui mérite cependant une importante considération pour ses travaux sur le chlorure de zinc, ce sont, après des communications incomplètes aux Académies, des annonces dans les journaux politiques, puis des prospectus,

---

» herbe ni racine ne m'a échappé dans ces lieux sauvages. Il dort sur son lit, » tout trempé de mes philtres et oublie les amours ! Ah ! ah ! c'est qu'une » magicienne plus puissante a rompu ses fers. O Varus, ta tête est vouée à » mille maux, des philtres inouïs vont te rappeler à moi ; et tous les charmes » des Marses ne rappelleront pas ta raison. Je te préparerai, je te verserai » une coupe plus puissante que tes dédains. Le ciel s'étendra au-dessous de » la mer, et la terre se renversera par-dessus, on tu brûleras pour moi, » comme le bitume dans ces flammes noires. »

» L'enfant ne cherche plus à attendrir ces femmes impies ; mais ne sachant comment rompre le silence, il leur lance ces imprécations dignes de Thyeste :

« Les plus puissantes drogues licites ou illicites ne peuvent rien changer à » la justice vengeresse. Je vais vous vouer aux Furies; nulle victime ne » pourra expier ma fatale malédiction.

» Lorsque, par vos ordres, j'aurai rendu le dernier soupir, je reviendrai : » Furie nocturne, mon ombre attaquera vos faces de ses ongles crochus ; » vous saurez ce que peuvent les dieux Mânes. Je m'accroupirai sur vos poi- » trines haletantes et la peur chassera le sommeil. De rue en rue, la populace » vous poursuivra à coups de pierre, vous assommera comme de vieilles in- » fâmes. Vos membres sans sépulture seront dispersés par les loups et les » corbeaux de l'Esquilin, et mes parents désolés, hélas ! de me survivre, » jouiront bientôt de ce spectacle (1). »

(1) Horace, EPODES, V, trad. Ferd. Collet.

Plus tard, Horace demande grâce à Canidie, et la supplie de cesser les enchantements dont il est victime : « Enfin, je cède à la puissance de ton art. Grâce, je t'en supplie, par le royaume de Proserpine, par la majesté de l'implacable Diane, par les livres dont les vers peuvent détacher du ciel les astres éternels ! cesse, ô Canidie ! cesse tes imprécations ; oh ! fais tourner en sens inverse ce cercle magique (1). »

Ce cercle magique était souvent employé dans les enchantements ; en le faisant tourner rapidement dans un sens on inspirait de l'amour à une autre personne ; en le tournant en sens inverse, on produisait l'effet inverse (2).

Dans la satire VIII du livre I, Horace parle encore de ces sorcières ; une statue de Priape raconte comment elle a interrompu les enchantements de Canidie et de Sagana : « Raconterai-je comment les ombres répondant à Sagana psalmodiaient sur un ton aigu et lugubre ; comment les sorcières enterrèrent furtivement une barbe de loup avec des dents de couleuvre aux couleurs variées ; comment l'image de cire alla alimenter et accroître la flamme, et comment je me vengeai de l'horreur que m'avaient inspirée les paroles et les actions de ces deux Furies? C'est que ma fesse de bois de figuier venant à se fendre, j'ai pété comme une vessie qui crève. Et mes

(1) Horace, EPODES, XVII.

(2) Il est assez souvent question de ce cercle magique. (Ovide, LES FASTES, liv. II, v. 575. — Properce, liv. II, el. XXVIII, v. 35, et liv. III, el. VI, v, 25.) — Martial, liv. XII, ép. 57, et liv. IX, ép. 30.

puis des cessions, puis des procès, et son livre s'appelle « *traitement du cancer;* » plus tard, BEAUVOISIN remplace CANQUOIN, et ce sont encore des prospectus et des annonces et un livre; plus tard, et après eux, arrive RIVAILLÉ, et c'est encore un livre pour vanter les vertus caustiques de sa pâte semi-liquide dans les cancers encore, son emploi commode, son action sûre, et cependant la base est l'acide azotique monohydraté; plus tard encore, et de nos jours, la cautérisation s'appelle, dans les annonces des grands journaux politiques, méthode euphlogique, ou bien aussi guérison sans le secours de l'instrument tranchant; puis vient M. GIROUARD, qui, au lieu de s'enorgueillir du patronage de chirurgiens sérieux, et après avoir vanté comme un secret une pâte caustique colorée qui n'est autre que la pâte Canquoin, a recours, lui aussi, aux prospectus et aux annonces; enfin, qui le croirait? bientôt un chirurgien des hôpitaux de Paris lui-même n'hésite plus, et nous avons vu annoncer dans les journaux politiques de province, et des leçons sur les maladies cancéreuses et un livre sur l'ablation, en une seule séance par la cautérisatioo, des tumeurs les plus volumineuses du corps.

Le travail que nous allons entreprendre a pour but de rapprocher le plus près possible de la vérité les louanges qui ont été données à la cautérisation par des écrivains plus ou moins intéressés. Nous avons vu opérer M. GIROUARD, et nous avons dit ailleurs, à propos de nos amputations par les caustiques, ce qu'il fallait demander à sa méthode; nous avons lu BONNET (de Lyon) dans le livre de la cautérisation écrit par M. PHILIPEAUX, et nous avons, dans ce journal, loué sans réserve l'honnête homme racontant ses beaux résultats et ses mécomptes; nous avons étudié et appliqué le procédé d'ablation des tumeurs en une seule séance, ce que M. MAISONNEUVE appelle sa méthode aussi, et nous avons ici l'occasion de dire ce qu'il y a au fond de cette innovation dangereuse; enfin, comme peu de chirurgiens ont, à propos de la cautérisation, vu et expérimenté antant que nous, nous avons écrit ces notes, et nous osons espérer que le lecteur voudra bien nous écouter avec bienveillance, assurés que nous sommes de ne pas l'entraîner au delà des convenances et du but d'un mémoire scientifique.

Voici, d'autre part, le plan de ce travail. Nous ne nous occuperons que de deux caustiques principaux, potasse et chlorure de zinc; pour l'un et l'autre, nous décrirons les recherches expérimentales destinées à faire connaître leur action sur les tissus; nous terminerons par des déductions pratiques pour l'emploi de ces agents sur l'homme.

PREMIÈRE PARTIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION DE LA POTASSE CAUSTIQUE SUR LES TISSUS.

1° HISTORIQUE.

La potasse caustique fut un des agents de cautérisation le plus anciennement employés (nenvième siècle), et sa découverte eut pour résultat de faire tomber dans un oubli presque complet les autres moyens usités jusque-là, tels que l'arsenic sublimé, le réalgar, l'orpiment, les aluns à base de potasse ou de soude, etc.; aussi, lit-on dans les écrivains de l'école arabe qu'AVICENNE en faisait un caustique en la mélangeant avec la chaux, et qu'ALBUCASIS préparait avec elle une eau âcre qui convenait pour brûler dans la sciatique, pour consumer la luette, pour opérer les paupières dans le trichiasis, etc.

La potasse est le type des caustiques alcalins d'après la division de ETTMULLER et de BONNET (1); d'un autre côté, LUDOVIC apprend qu'il n'y en a pas de meilleure pour produire promptement escarre noire et croûte fétide qui a toutes les apparences de la gangrène; enfin THEVENIN la place dans la classe des escarrotiques, c'est-à-dire des agents qui rompent et percent la peau jusqu'à la chair, en brûlant promptement et faisant escarre comme le fer chaud.

VAN HELMONT paraît avoir le premier expérimenté l'action de la potasse sur les tissus en opérant sur des cadavres, et c'est à ces recherches que se rattachent les faits suivants: ainsi on appliqua successivement cet alcali sur la peau du côté de la graisse, et dans une autre expérience on plaça un morceau de pierre à cautère entre deux lambeaux de peau du côté de l'épiderme. Dans la première expérience, la peau prit une couleur un peu plus foncée dans le point correspondant au cautère, les poils n'y tenaient plus et s'enlevaient facilement, enfin la graisse qui touchait immédiatement la potasse était noire dans l'endroit où la pierre l'avait touchée; trois jours après, elle était devenue très-brune et molle comme de la bouillie refroidie. Le résultat de la seconde expérience ne fut pas moins intéressant. Les morceaux de peau en contact direct avec la potasse étaient devenus bruns; les poils n'y tenaient plus; en outre le tissu avait pris jusque dans la graisse, à 2 ou 3 lignes environ de profondeur, l'apparence d'une bouillie refroidie. La conclusion formulée dans un second mémoire est que toutes les fois qu'on voudra recourir aux médicaments pour arrêter le sang, il faut préférer ceux qui le coagulent et qui rétrécissent la bouche du vaisseau à ceux qui en détruisent les tissus, comme les escarrotiques; les hémorrhagies s'arrêtent, en effet, par la formation d'un caillot et ce qui en produit la destruction, puis la suppuration est inutile (PETIT).

ORFILA considère la potasse comme le poison qui perfore le plus souvent l'estomac. Il en introduisit dans ce viscère chez un chien 2 gr. 5 décigr., en douze petits fragments, dans une sonde œsophagienne pour ne pas toucher l'œsophage; la mort eut lieu dans une première expérience en vingt-quatre heures, dans une seconde en trente heures, dans une troisième en trente-six heures; à l'autopsie, l'estomac fut trouvé enflammé, ecchymosé, ulcéré, escarrifié par places. Dans les expériences de BRETONNEAU (de Tours), la muqueuse stomacale fut totalement détruite. Il est vrai que la démonstration ne fut faite que par l'existence de cicatrices épaisses, rugueuses, enfoncées, observées plus tard à l'autopsie, car l'animal ne succomba pas immédiatement après l'injection de l'agent caustique. Une dernière expérience d'ORFILA est plus concluante; on y lit: 1 gr. 7 décigr. de potasse ayant été administré à un chien, la mort eut lien le troisième

(1) 1° Caustiques alcalins; 2° caustiques acides; 3° canstiques métalliques.

---

femmes de se sanver par la ville! Canidie en perdit ses fausses dents, et Sagana, sa perruque, ses drogues et ses rubans enchantés. »

Revenons aux préparations aphrodisiaques. Celles que fabriquaient les *sagæ* contenaient une foule d'ingrédients bizarres, et jusqu'à du sang menstruel. Mais ces femmes tenaient secrète la manière de préparer ces philtres; nous connaissons cependaut, d'après Pline, un certain nombre de plantes qui pouvaient y entrer; en effet, il indique comme aphrodisiaques un assez grand nombre d'herbes: l'asperge ordinaire, l'asperge sauvage, la carotte, le raifort, le poireau, l'ail, le cresson, les graines de basilic et d'héliotrope, le safran, l'asphodèle, l'aurone (1). Le règne animal fournissait aussi son contingent; mais c'étaient plutôt des talismans, des amulettes, comme on pent en juger par l'exemple snivant: « L'anus de l'hyène attaché au bras gauche d'un homme est un philtre si puissant, qu'il suffit que celui qui le porte regarde une femme pour être suivi par elle aussitôt (2).

Une sage-femme (*obstetrix*) a laissé anssi une formnte assez bizarre: « Salpé ordonne de tremper sept fois les parties génitales d'un âne dans de l'huile bouillante et de frotter avec cette huile les parties génitales (3). »

Ajoutons encore le fiel de sanglier, la moelle de porc, les testicules de chevaux séchés et pulvérisés, — tonjonrs d'après Pline, qui parle aussi de l'hippomane: « Quant à l'hippomane, il a une telle force que, jeté dans la fonte d'une figure d'airain qui représente nne jument d'Olympie, il excite le rut le plus furieux chez les étalons qui en approchent (1). »

Les plantes que nous avons indiquées plus haut servaient à faire des potions, mais on les employait anssi en applications externes, comme le prouve nn passage de Pétrone, qui nous signale en même temps une pratique qui a acquis plus tard une certaine célébrité, l'*urtication.*

Nasturtii succum cum abrotono miscet, perfusisque inguinibus meis, viridis urticæ fascem comprehendit, omniaque infra umbilicum cœpit lenta manu cædere (2).

« Elle mélange le suc du cresson avec celui de l'aurone, et après m'en avoir arrosé, elle saisit un paquet d'orties vertes, avec lequel elle frappe doucement les parties situées au-dessous dn nombril (3). »

(1) Pline, HIST. NAT., passim,
(2) *Ibid.*, liv. XXVIII.
(3) *Ibid.*, liv. XXVIII.

(1) Pline, HIST. NAT., liv. XXVIII.
(2) Pétrone, SATYRICON, CXXXVIII.
(3) Apulée parle aussi d'nn instrument de ce genre, destiné an même usage: c'était nn fouet composé de plusieurs cordes en laine garnies de nœuds, et munies à leur extrémité d'un petit os de mouton (MÉTAMORPHOSE, liv. VIII). — Voir, pour l'histoire de la flagellation, J.-H. Meibomius, DE FLAGRORUM USU IN RE VENEREA (1643), et J. Boileau, HISTORIA FLAGELLANTIUM (1700). — Les dames romaines se soumettaient également à la flagellation,

jour; « auprès du pylore existait un trou circulaire d'environ 8 lignes de diamètre, entouré d'un rebord saillant, livide »; les vomissements avaient été « mousseux, ensanglantés, même formés de sang pur. » On pourrait d'ailleurs, ajoute ORFILA, limiter l'action caustique en saturant avec du vinaigre l'alcali resté libre, comme fit BARRUEL, ancien préparateur de chimie; il avait eu le malheur d'entraîner dans sa bouche une dissolution de potasse pure au moment où il la transvasait avec une pipette, et il dut au vinaigre seulement de se garantir des accidents ultérieurs.

Parmi les chirurgiens, il n'en est qu'un petit nombre qui aient signalé expérimentalement le mode d'action de la potasse caustique, et tous à peu près se bornent à dire que l'escarre, formée par elle, est noire, intéresse toute l'épaisseur de la peau, etc., et en outre qu'elle est d'un emploi extrêmement difficile et délicat.

Ainsi GUILLEMEAU, qui la conseille pour détruire les varices, « ce qu'il a vu premièrement pratiquer à M. LEJEUNE, chirurgien du roi et de monseigneur le duc de Guise, homme fort inventif en chirurgie, » indique seulement que la pierre à cautère brûle non-seulement le cuir, mais aussi le corps de la varice. Le même chirurgien usait aussi de la potasse dans l'hydrocèle, d'après PAUL D'ÆGINE, GUI DE CHAULIEU, etc.; il ne craignait pas alors ce que plus tard GARENGEOT déclara possible, assurant qu'il est d'expérience que la potasse, s'étant dissoute dans les eaux de l'hydrocèle, elle les avait rendues caustiques et avait causé des désordres presque irréparables. Nous dirons à ceux qui voudraient encore expérimenter aujourd'hui ce moyen, qu'il faut douter de cette donnée prétendue expérimentale, et qu'en agissant avec prudence, et en plaçant le petit morceau de potasse caustique sur la partie antérieure et inférieure du scrotum de manière à perforer la tunique vaginale et à la vider (ELSE), on peut obtenir des résultats que S. COOPER déclare préférables à ceux de l'excision et du séton.

Les chirurgiens anglais qui se servaient assez fréquemment de la cautérisation avec la potasse caustique, alors qu'en France, au commencement de ce siècle, elle était l'objet des plus incroyables reproches, ne paraissent pas avoir eu de graves motifs pour repousser son emploi; ainsi CALLISEN, GUTHRIE, LAURENCE, MACKENSIE, HOPSON, WARDROP, en faisaient fréquemment usage. Il faut dire cependant que le mode d'emploi de cet agent était tout différent de ce qu'il a été et de ce qu'il est encore fréquemment chez nous. Tandis qu'en France, en effet, on se bornait à appliquer sur le point à cautériser un morceau de potasse caustique dont le volume n'était jamais en rapport exact avec l'épaisseur des parties à cautériser, on agissait en Angleterre d'une façon toute différente; ainsi WARDROP qui, le premier, l'employa pour détruire une tumeur érectile du front, sur un enfant de 13 mois, et du volume d'une pièce de dix sous, frottait la portion centrale de la tumeur avec un cylindre caustique jusqu'à ce que la peau devînt d'un brun foncé qui est le signe de sa désorganisation. S. COOPER enseigne de même que les meilleurs chirurgiens modernes n'adoptent point la méthode qui consiste à appliquer le caustique sur la peau et à le maintenir en situation par un bandage jusqu'à ce qu'il ait obtenu l'effet désiré; « mais, après avoir couvert les parties environnantes d'un emplâtre agglutinatif, ils frottent avec le caustique, dont le bout doit être légèrement humecté, l'endroit sur lequel on désire produire une escarre. »

Ce fut seulement après 1834 que les cautiques, et parmi eux la potasse caustique unie à la chaux (caustique de Vienne), reprirent en France quelque faveur; mais on ne trouve guère que dans les livres des spécialistes de la cautérisation des documents sur l'action de la potasse sur les tissus. En pouvait-il être autrement au sein d'une école qui enseignait que si l'on attaque la tumeur par les caustiques, il faut craindre une dégénération fâcheuse (BOYER); que pour les tumeurs érectiles, ils ne sont propres qu'à produire irritation et complication cancéreuse (BEGIN); qu'ils sont incertains et infidèles (ROUX); que la cautérisation ne saurait être mise en usage par un chirurgien habile (éditeurs de SABATIER); que les caustiques vantés par CALLISEN et WARDROP sont insuffisants et hâtent les progrès du mal (VELPEAU, première édition, 1832).

Mais depuis 1834 quelle différence! Écoutons d'abord M. VELPEAU dans la deuxième édition de sa MÉDECINE OPÉRATOIRE: il déclare mal fondées les craintes de BOYER; il emploie la potasse pour la *cautérisation en nappe* et s'en sert comme du crayon de nitrate d'argent; il faut frotter sur les saillies de la tumeur, mais il importe de ne pas laisser fuser le caustique sur les parties saines; on peut enfin opérer la *cautérisation disséminée* en hérissant la tumeur d'un grand nombre de petits points de cautère, etc. Après M. VELPEAU, combien de chirurgiens il nous faudrait citer ici, les uns mettant en usage la potasse pure en crayon, les autres la potasse unie à la chaux (caustique de Vienne), d'autres le caustique FILHOS ou caustique de Vienne fondu, d'autres enfin la potasse en dissolution. En 1835, nous aurions à placer au premier rang M. TROUSSEAU attaquant par la cautérisation les tumeurs du sein et les ulcères utérins; en 1837, il faudrait citer M. TAXIL (de Toulon) imaginant un procédé de destruction des loupes que tout le monde a plus tard décrit sans citer ce chirurgien; il faudrait ensuite montrer, en 1839, BONNET (de Lyon) entrant dans cette voie de l'application des caustiques qu'il a rendue si féconde, et à sa suite, pour la guérison des varices, AUGUSTE BERARD et M. LAUGIER; puis en 1847, M. MALAPERT (de la Rochelle) substituant à la potasse solide la potasse en dissolution, comme l'a fait plus tard M. LEGRAND; aujourd'hui enfin il faudrait nommer le plus grand nombre des chirurgiens: AMUSSAT et M. JOBERT, M. NÉLATON et M. BOURGEOIS (d'Etampes), etc., en reconnaissant toutefois que si les applications chirurgicales ont été multipliées, il s'en faut beaucoup cependant que les études sur l'action de la potasse soient dorénavant suffisantes, ainsi que nous allons le démontrer dans les paragraphes suivants.

(La suite au prochain numéro.)

Enfin, d'après le même auteur, nous voyons qu'on appliquait quelquefois les substances excitantes en suppositoires, au moyen de certains appareils, images honteuses des signes de la virilité:

Profert Enothea scorteum fascinum, quod, ut oleo, et minuto pipere atque urticæ trito circumdedit semine, paulatim cœpit inserere ano meo. Hoc crudelissima anus spargit subinde humore femina mea (1).

III.

LE NOEUD DE L'AIGUILLETTE.

Ami lecteur, vous avez quelquefois
Ouï conter qu'on nouait l'aiguillette:
C'est une étrange et terrible recette.

D'un pauvre amant le feu se tourne en glace;
Vif et perclus, sans rien faire il se lasse
Dans ses efforts, étonné de languir,
Et consumé sur le bord du plaisir.

VOLTAIRE.

Les *sagæ* possédaient aussi des enchantements pour rendre impropre au service de Vénus, *ad militiam Veneream*, et nous voyons les poëtes témoigner leurs appréhensions au sujet de ces maléfices qui devaient se vulgariser plus tard sous le nom de *nœud de l'aiguillette*. Chez les Romains, deux expressions servaient à désigner ces jongleries; on disait *præligare*, lorsqu'il s'agissait d'empêcher les premières relations entre deux amants, et *nodum religare*, lorsque l'enchantement avait pour but d'interrompre des relations déjà en bonne voie.

Tibulle, après avoir parlé du pouvoir de la magicienne qu'il avait été consulter, ajoute avec moins d'assurance et de satisfaction:

Quid credam? Nempe hæc eadem se dixit amores
Cantibus aut herbis solvere posse meos (1).

« Que dois-je croire? Elle m'a dit qu'elle pouvait paralyser mon amour par ses enchantements et par des philtres. »

Ovide, s'étant trouvé en défaut auprès de sa maîtresse Corinne, nous raconte sa mésaventure dans une de ses gracieuses élégies intitulées *les*

afin de devenir fécondes. Aux fêtes de Pan, les Luperques, prêtres de ce dieu parcouraient les rues et frappaient avec des lanières de cuir les mains et le ventre des femmes qui croyaient devoir recourir à ce moyen (JUVÉNAL, SAT. II, V. 142: *Nec prodest agili palmas præbere Luperco*). — Voir OVIDE, LES FASTES, liv. II, v. 145, sur l'*origine des Lupercales*.

(1) Pétrone, SATYRICON, CXXXVIII.

(1) Tibulle, liv. I, el. II.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. REVUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHRURGICALE.

Les numéros du deuxième semestre de l'année 1858, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Remarques sur la lithotritie*; par M. Heurteloup. 2° *Invagination du colon chez un enfant*; par M. Cabaret. 3° *Cas de mort par le chloroforme*; par M. Ceccaldi. 4° *Du diagnostic de la grossesse*; par M. Mattéi. 5° *Gangrène spontanée*; par M. Fournier. 6° *Syphilis des nouveau-nés*; par M. N. Guillot. 7° *De la curabilité du cancer*; par M. Boinet. 8° *Hernie vaginale étranglée*; par M. Gignac. 9° *Note sur la colique sèche ou colique végétale*; par M. Morache. 10° *Opération césarienne pratiquée après vingt-deux mois de grossesse*; par M. Alonzo y Rubio. 11° *Colique hépatique*; par M. Beau. 12° *Gangrène spontanée à la suite de fièvres intermittentes*; par M. Lafaye. 13° *Toux nerveuse causée probablement par une chorée du diaphragme*; par M. Notta. 14° *Observations d'opération césarienne vaginale dans l'éclampsie des femmes enceintes*. 15° *De l'épilepsie*; par M. Rigodin. 16° *Affection paralytique généralisée, guérie par l'hydrothérapie*; par M. Em. Duval. 17° *Du traitement de la teigne par le sulfure de chaux*; par M. Windrif. 18° *Traitement de l'hydarthrose*; par M. Richard.

INVAGINATION DU COLON CHEZ UN ENFANT; RÉDUCTION; par M. CABARET.

OBS. — X..., garçon de 27 mois, est très-faiblement constitué et a présenté quelques lésions scrofuleuses.

Il y a six mois, cet enfant eut une entéro-colite aiguë qui dura un mois, à la suite de laquelle il demeura constipé. Le rectum commença à sortir un peu dans les efforts de la défécation. La constipation devint habituelle; elle ne fut pas combattue et la membrane muqueuse sortit graduellement au point de faire une saillie de 2 centimètres. La mère réduisait elle-même le prolapsus.

Le 10 octobre, l'enfant est pris de diarrhée, avec ténesme et selles liquides nombreuses.

Le 14, la diarrhée a diminué.

Le 17 au matin, l'enfant est réveillé par un besoin urgent d'aller à la garde-robe. Une excrétion de matières fécales s'effectue et est immédiatement suivie d'une saillie plus marquée que d'ordinaire de l'anus. Vers midi, le petit malade poussait des cris plaintifs et présentait à la région anale un bourrelet saillant d'un volume considérable.

Examinée à ce moment, la tumeur paraissait avoir 30 centimètres de longueur et 6 centimètres de circonférence. Légèrement recourbée sur elle-même, sa concavité était en avant et sa convexité en arrière. Sa base était étroitement resserrée dans l'ouverture anale; il n'y avait que contiguïté de la tumeur avec les parois de cet orifice, de sorte qu'on pouvait la circonscrire en portant un stylet entre elle et le rebord du sphincter; ce stylet pénétrait profondément dans le rectum, circonstance qui ne s'observe pas dans le prolapsus.

Les tentatives de réduction avec les doigts ayant échoué, le chirurgien eut recours à l'emploi d'une longue canule en gomme élastique, portant un renflement bulbeux assez considérable pour chasser au-dessus d'elle la portion d'intestin invaginée et la soutenir pendant quelque temps.

La rentrée de l'intestin obtenue, le chirurgien retira la canule, mais quelques coliques suivies de défécations reproduisirent l'invagination.

Le même procédé de réduction mis en usage réussit de nouveau; cette fois, pour éviter une récidive nouvelle, le renflement de la canule fut laissé à demeure, en ayant la précaution de fixer la partie inférieure de l'instrument à un bandage de corps.

Le 18 octobre, la canule fut retirée, nettoyée et remise en place.

Le 19, l'instrument fut définitivement enlevé.

Des bains, des lavements de ratanhia furent administrés, on prescrivit le sirop d'iodure de fer, et bientôt la guérison de l'enfant fut complète et radicale.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE APRÈS VINGT-DEUX MOIS DE GROSSESSE; par M. ALONZO Y RUBIO.

OBS. — Une femme était entrée à l'hôpital depuis quelques mois avec un développement considérable et uniforme du ventre. Une tumeur rénitente, uniforme faisait saillie hors du détroit supérieur du bassin, occupait entièrement l'hypogastre et s'élevait au-dessus de l'ombilic. Le col était développé, dur; il y avait en même temps un écoulement utérin mucoso-purulent et fétide.

Depuis vingt-deux mois la malade se sentait enceinte; à la fin du neuvième mois, elle avait eu des douleurs et avait rendu du sang.

Tout récemment on reconnut dans la matière fétide du flux utérin des parties osseuses telles que phalanges, portions de vertèbres. La partie supérieure de la tumeur abdominale communiquait à l'ombilic par un trajet fistuleux d'où la pression faisait sortir des bulles de gaz fétides mêlées à un pus clair et puant.

On essaya d'abord de dilater le col utérin à l'aide de morceaux d'éponge préparée qu'on appliqua pendant plusieurs jours, mais sans résultat.

Une sonde introduite par la fistule ombilicale pénétra à peu près verticalement et rencontra, à 5 centimètres environ, des surfaces arrondies, mais molles.

L'introduction d'un instrument quelconque par cette fistule présentait de grandes difficultés; cependant, après l'avoir dilatée à l'aide de l'éponge, on essaya d'y introduire des pinces de différentes dimensions. Ces tentatives infructueuses achevèrent de démontrer qu'il n'y avait qu'à opter entre l'opération césarienne ou l'incision du col.

L'opération césarienne fut préférée en raison des difficultés qu'aurait présentées la dilatation du col.

Celle-ci fut pratiquée le 16 juin. L'opérateur commença son incision à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et la termina à trois travers de doigt du pubis. On arriva sans accident jusqu'au globe utérin, qui avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale, et on pénétra dans l'utérus d'où s'échappèrent aussitôt des gaz très-fétides.

L'incision de l'utérus étant convenablement étendue, la main y fut introduite et fit l'extraction d'un grand nombre de pièces du squelette dégarnies de leurs parties molles, principalement des os des extrémités et de ceux de la tête. Les autres parties du squelette appartenant au cou et au tronc étaient recouvertes d'une pulpe charnue en état de dissolution putride.

Amours; il expose avec une certaine complaisance que cela est tout à fait en dehors de ses habitudes :

> At nuper bis flava Chie, ter candida Pitho,
> Ter Libas officio continuata meo;
> Exigere a nobis angusta nocte Corinnam
> Me memini numeros sustinuisse novem.

Enfin, pour expliquer un phénomène aussi insolite pour lui, il se demande si l'art n'est pas intervenu :

> Num mea Thessalico languent devota veneno
> Corpora? Num misero carmen et herba nocent?
> Sagave Puniceâ defixit nomina cera,
> Et medium tenues in jecur egit acus (1)?

« Est-ce la vertu magique d'un poison thessalien qui engourdit aujourd'hui mes membres? Est-ce un enchantement, une herbe vénéneuse, qui me réduit à un si triste état, ou une sorcière aurait-elle gravé mon nom sur de la cire rouge, et m'aurait-elle enfoncé des aiguilles minces dans le foie? »

Tibulle se charge de répondre à son ami et de lui indiquer la cause, plus naturelle, de son échec :

> Non te carminibus, non te pollentibus herbis
> Devovit tacito tempore noctis anus.
> . . . .
> Sed corpus tetigisse nocet, sed longa dedisse
> Oscula, sed femori conseruisse femur (1).

« Ce n'est pas un enchantement, ce ne sont pas des herbes malfaisantes qui t'ont ensorcelé pendant la nuit. La véritable cause de ton malheur, c'est d'avoir trop souvent touché le corps de ta maîtresse, de l'avoir tenu dans des embrassements trop prolongés, de t'être plu à son contact. »

Nous devons dire que la cause invoquée par Tibulle nous semble très-logique, surtout après les énumérations que donne Ovide, à propos de Libas, de la blonde Chié, de la blanche Pitho et de la belle Corinne elle-même.

Nous trouvons dans le passage d'Ovide que nous venons de citer une des premières mentions de l'acupuncture, *tenues in jecur egit acus*; dix-huit siècles plus tard, on devait tenter d'introduire cette pratique dans la thérapeutique, en lui attribuant des propriétés à peu près aussi chimériques que celle dont parle le poëte de L'ART D'AIMER. — C'était, du reste, de l'acupuncture en effigie que l'on pratiquait autrefois; le sujet soumis à l'expérience n'était autre que la petite statuette en cire rouge, *puniceâ cera*, sur laquelle on écrivait le nom de celui qu'elle était censée représenter.

L'herbe dont parle Ovide dans ce même passage paraît être la ciguë; il la nomme plus loin, dans la même élégie :

(1) Ovide, LES AMOURS, liv. III, el. VII.

(1) Tibulle, liv. I, el. VIII (ou el. IX de certaines éditions).

Après avoir extrait tous ces débris, le chirurgien fit des injections émollientes dans l'utérus de manière à nettoyer complétement sa surface interne. On rapprocha avec des bandelettes agglutinatives.

Il n'est pas dit dans l'observation quel fut le résultat définitif.

TAILLE SUS-PUBIENNE ; par M. TISSEIRE.

L'auteur cite, en commençant, cette appréciation de M. Pétrequin, sur la taille sus-pubienne : « On sait trop bien que la crainte seule de l'infiltration urineuse l'a fait presque abandonner, malgré la facilité de sa manœuvre; » et c'est précisément pour éviter cette complication qu'il a imaginé le procédé suivant.

On exécute les premiers temps de l'opération comme dans les procédés ordinaires; mais le calcul une fois retiré, au lieu de laisser la vessie béante au fond de l'abdomen, on pratique la suture des bords de la plaie vésicale.

On s'arme d'une aiguille courbe enfilée d'un assez long fil; mais le nœud qui arrêtera ce fil à la plaie doit se trouver à 25 centimètres de l'extrémité de ce fil, afin que la partie réservée, puisse être attirée en dehors de la plaie. On commence alors une suture à points très-espacés. Parvenu à la moitié de la plaie, on fixe au fil primitif, au ras des chairs, un fil de couleur, et avec celui-ci on accomplit l'autre moitié de la suture. Celle-ci terminée, on débarrasse le fil de son aiguille et on fait un nœud au ras de la plaie. On ne coupe pas le fil, qui doit être en reste de 25 centimètres au moins, et on l'attire au dehors de la plaie avec le fil médian de couleur, ainsi que le fil réservé à l'autre extrémité de la plaie vésicale. Ces trois liens sont fixés lâchement hors de la plaie antérieure à un petit volume de sparadrap.

Pendant les sept à huit jours suivants, il faut maintenir une sonde dans la vessie pour évacuer complétement l'urine. Alors on enlève les fils en se servant du fil de couleur comme conducteur pour aller couper le fil de la suture à son milieu. On retire les fils en tirant sur chacun d'eux. Dès ce moment on cherche à obtenir la réunion de la plaie abdominale au lieu de l'entraver.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

EXPÉRIENCES FAITES A L'INFIRMERIE DE L'HÔTEL IMPÉRIAL DES INVALIDES, AVEC LA POUDRE DÉSINFECTANTE DE COAL-TAR ET DE PLATRE, DANS LE SERVICE DES BLESSÉS; par M. BONNAFONT.

(Commission des désinfectants : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Sur l'invitation de M. Faure, médecin en chef de l'hôtel impérial des Invalides, la poudre de coal-tar et de plâtre, préparée par les soins de M. Languois, pharmacien en chef, selon la formule donnée par M. Velpeau, a été expérimentée à la *salle de la Valeur* sur plusieurs blessés, dont deux seulement sont l'objet des réflexions qui suivent. Le premier est un invalide atteint d'un vaste ulcère au pied gauche, résultant d'une gangrène sénile qui a détruit toutes les parties molles des phalanges, une grande étendue de celles de la région plantaire, en mettant à nu toutes les phalanges et la moitié des métatarsiens; la suppuration, entretenue par des lambeaux d'aponévrose et de tendons, ainsi que par des os sphacélés, était très-abondante et d'une fétidité extrême. Le second malade présentait une vaste escarre gangréneuse, également sénile, qui embrassait toute la région métatarso-phalangienne du pied gauche d'où s'échappait une odeur très-infecte, mais donnant peu de suppuration.

Afin de donner à ces expériences les garanties de vérité que M. Faure et moi désirions, il fut prescrit à tous les chirurgiens de garde d'inscrire sur leur rapport les résultats des pansements du soir, ainsi que les phénomènes qu'ils auraient observés. Ces observations prises successivement par tous les médecins de l'hôtel, jointes à celles que je prenais moi-même à chaque pansement du matin, durant une période de trente-deux jours, nous ont paru suffisantes pour formuler un jugement sur ce mélange; mais afin d'abréger et pour ne pas répéter ce qui a été dit à ce sujet depuis l'intéressante communication de M. Velpeau, nous croyons pouvoir résumer les expériences faites dans notre service par les conclusions suivantes :

1° La poudre de coal-tar et de plâtre a la propriété incontestable de détruire ou de masquer l'odeur qui s'exhale des plaies.

2° Le degré d'action de ce mélange est en raison inverse de la quantité de suppuration produite d'un pansement à l'autre.

3° Cette poudre ne possède que peu ou point de propriétés absorbantes. La preuve en est que si l'on en applique une couche un peu épaisse sur une plaie ou ulcère fournissant une suppuration abondante, celle-ci, après avoir imbibé la couche de poudre le plus immédiatement en contact avec elle, rend le mélange imperméable, et le reste du pus sécrété demeure ainsi cloîtré dans la plaie. Pendant que ce phénomène se passe à l'intérieur, le restant de la poudre et le linge à pansement qui la recouvre conservent leur sécheresse.

4° Quand on renouvelle le pansement dans les conditions qui précèdent, l'odeur du coal-tar est la seule qui domine d'abord; mais aussitôt que la poudre est enlevée, la suppuration qu'on trouve accumulée sur la plaie n'a perdu que peu ou point de son odeur. Cette observation a pu être faite et vérifiée plusieurs fois, mais beaucoup mieux au pansement du matin qu'à celui du soir. Cette différence s'explique par l'intervalle qui existe entre chacun d'eux.

5° Si l'on n'a pas mis une couche suffisante de poudre, ou que la suppuration soit assez abondante pour la traverser et pour imbiber la charpie et le linge du pansement, il y a cela de remarquable que le pus qui a traversé la couche de coal-tar n'a perdu que fort peu son odeur spécifique, laquelle domine celle de la poudre tant que celle-ci n'a pas été mise à découvert.

6° Il résulte de ce qui précède que l'odeur du pus n'est nullement détruite, mais seulement masquée par celle du coal-tar; ces deux odeurs ne seraient donc, s'il est permis de s'exprimer ainsi, que juxtaposées.

7° Tout mode de pansement d'une plaie qui suppure abondamment, et qui ne réunit pas les conditions essentielles d'absorber le pus au fur et à mesure qu'il est sécrété, est essentiellement vicieux et difficilement applicable à un grand service de blessés, à cause de la nécessité de renouveler trop souvent les pansements. Or on sait combien dans un grand service militaire, et en campagne surtout, il est difficile de panser deux fois seulement les blessés dans les vingt-quatre heures.

8° Comme toutes les poudres, celle de coal-tar exige en outre un certain temps pour être enlevée des surfaces de la plaie, et rend ainsi les panse-

---

Tacta tamen veluti gelida mea membra cicuta
Segnia propositum destituere suum.

« Mes membres, appesantis comme s'ils avaient été touchés par la froide ciguë, ne purent remplir leur office. »

Martial confirme l'opinion émise par Ovide sur les propriétés que l'on attribuait à la sinistre ombellifère.

Il existait aussi des cérémonies capables de rendre sa vigueur première au malheureux *prœligatus*; nons en trouvons la description dans Apulée, l'auteur de la MÉTAMORPHOSE (ou l'ANE d'or) : « Prenez sept tiges de pied de lion séparées de leurs racines, et faites-les bouillir dans de l'eau au déclin de la lune. Lavez le patient avec cette eau, à l'entrée de la nuit, devant le seuil de sa porte, hors de sa maison; et lavez-vous-en aussi, vous qui lui rendez cet office. Brûlez ensuite de l'herbe d'aristoloche, parfumez-en l'homme et rentrez tous deux à la maison sans regarder derrière vous, et il sera incontinent délié ou délivré (1). »

Pétrone raconte également des cérémonies mises en usage pour venir au malheureux *veneficio contactus* : « La vieille tire de son sein un réseau tout bigarré, de fil retors, qu'elle attache autour de mon cou. Ensuite elle pétrit avec sa salive la poussière qu'elle prend sur le doigt du milieu, et malgré ma répugnance, mon front en est stigmatisé; elle invoque le dieu des jardins et m'ordonne de cracher trois fois, de jeter par trois fois dans mon sein de petits cailloux qu'elle a magiquement préparés et teints de pourpre; puis ses mains interrogent l'organe malade. Celui-ci, plus prompt que la parole, obéit à l'appel et remplit les mains de la vieille. Alors, tressaillant de joie : tu vois, dit-elle, tu vois... mais ce n'est pas pour moi que j'ai fait lever le lièvre (1). »

C'est encore dans Pline que nous trouvons le plus de renseignements sur les substances que leurs propriétés antiaphrodisiaques, réelles ou supposées, destinaient à rentrer dans la préparation de ces philtres.

La plante la plus renommée était la nymphæa, et cette réputation s'est continuée jusqu'à nos jours : « Ceux qui prennent du *nymphæa alba* pendant douze jours perdent la faculté du coït (liv. XXV, 37). Le *nymphæa heraclea* peut éteindre à jamais les désirs amoureux; mais son action dure quarante jours lorsqu'on n'en prend qu'une seule fois. » (Liv. XXV, 60.)

Le *vitex agnus castus* mérite aussi d'être mentionné : « Les Grecs le nomment *lygos* ou *agnos*, parce que les femmes d'Athènes, pendant les Thesmophories, temps où elles observent une exacte continence, jonchent leur lit de feuilles de cette plante. Elle réprime les ardeurs vénériennes, et par cette propriété surtout combat les araignées-phalanges, dont la piqûre excite les organes génitaux. » (Lib. XXIV.)

(1) Apulée, de Madaure, DE HERBARUM VIRTUTIBUS HISTORIA.

(1) Pétrone, SATYRICON, CXXXI.

ments plus longs; c'est encore là un inconvénient qui mérite d'être pris en sérieuse considération pour le cas surtout où le médecin a plusieurs malades à panser dans un temps donné; il faut noter cependant que le mélange de coal-tar et de plâtre s'enlève bien plus facilement que les autres mélanges pulvérulents.

9° La poudre de coal-tar a cela de commun encore avec toutes les poudres carbonifères, qu'elle salit ce qu'elle touche, et enlève ainsi aux pansements tout caractère de propreté. Il y aurait peut-être avantage, si cela n'était si coûteux, d'imiter MM. Poinçot et Malapert (de Poitiers), en renfermant, comme ils l'ont fait pour leur poudre désinfectante, celle de coal-tar, dans des sachets en gaze de dimensions diverses; ces sachets ont l'avantage d'en simplifier l'application, de rendre la poudre plus perméable au pus, et de l'empêcher surtout de se répandre.

10° Quant à l'action de ce topique sur les surfaces ulcérées, blafardes, elle est incontestablement salutaire; mais il serait difficile, d'après les essais faits aux Invalides, d'assurer que cette propriété fût supérieure à celle des poudres simples ou composées, employées depuis longtemps dans les mêmes cas.

Ces conclusions ont été rédigées d'après les observations prises en commun par MM. Ossian Henry, chef de clinique, Dronet, Daussure et Harmand, attachés au service des blessés.

— M. Grimaud (d'Angers) lit un mémoire sur le tétanos, son siége et son traitement. (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

SUR L'ACTION DÉSINFECTANTE DE LA SOLUTION DE PERCHLORURE DE FER; extrait d'une lettre de M. Deleau.

M. le docteur Terreil a communiqué, à la séance du 16 août 1859, une série de faits pratiques sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des plaies dites suppurantes. Je suis loin de lui faire un reproche de ne pas connaître mes expériences, publiées depuis longtemps dans l'Union médicale de la Gironde, sur l'action désinfectante de la solution du perchlorure de fer contre l'excrétion purulente des plaies de toute nature et d'ignorer la puissance antiputride de cet agent précieux sur le pus ingéré dans les voies digestives des animaux. Mais je ne puis garder le silence sur l'injustice commise à l'égard de la solution normale préparée par feu M. Soubeiran, et utilisée journellement avec succès dans les hôpitaux et les prisons de la Seine. Elle a toute l'efficacité du perchlorure de fer, sans qu'elle apporte une action corrosive sur les parties organiques mises en contact avec elle. Ma solution rivalise d'action avec cette dernière dans son efficacité; mais je ne puis avoir confiance dans les solutions normales perchloroferriques préparées généralement dans le commerce.

Cette note est renvoyée à l'examen des commissaires précédemment désignés pour la question des désinfectants : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.

— M. Etienne adresse une note concernant les divers *mélanges désinfectants* proposés depuis quelques années, et qui présentent dans leur composition plus ou moins de rapport avec celui de MM. Corne et Demeaux. Il cite en particulier celui que M. Bayard avait soumis en 1844 à la Société d'encouragement, mélange en proportions déterminées de sulfate de fer, d'argile ferrugineuse et de sulfate de chaux, avec addition de goudron de houille en quantité variable suivant les cas. (Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

DE LA FÉCULE VÉGÉTALE ET ANIMALE SOUS LE RAPPORT DE L'INFLUENCE TRANSFORMATRICE QU'EXERCE SUR ELLE LA LUMIÈRE SOLAIRE; DE LA DEXTRINE, DU SUCRE DE CANNE, DE L'ACIDE OXALIQUE SOUS LE MÊME RAPPORT; DE QUELQUES SUBSTANCES QUI ANNIHILENT OU ACCROISSENT CETTE ACTION SOLAIRE; par MM. Niepce de Saint-Victor et L. Corvisart.

Voici les cinq dernières conclusions de ce mémoire :

Le sucre animal que, depuis la découverte de M. Cl. Bernard, on tend avec juste raison à considérer comme jouant un rôle aussi important dans l'économie que le sucre dans les plantes, vient d'un amidon animal.

Suivant les expériences directes que nous avons tentées, la fécule animale (matière glycogène) s'use et se transforme en sucre plus rapidement et plus abondamment sous l'influence de la lumière qu'à l'obscurité; mais l'azotate d'urane entrave et n'active pas l'influence solaire sur la fécule animale.

La fécule animale reste dans le foie sans devenir sucre pendant l'hiver chez les grenouilles. La plus haute richesse du sucre de foie chez elles coïncide avec l'époque de la maturation des fruits, fin juin, juillet, août. (Recherches propres de M. le professeur Schiff, entreprises à un autre point de vue que le nôtre, mais qui nous fournissent de précieux éléments de jugement.) La matière glycogène peut être immobilisée dans le foie, comme l'amidon végétal dans les tubercules ou les graines, si les grenouilles sont entièrement soustraites à la lumière; il ne se produit point alors de sucre. On pourrait expliquer comment l'abondante présence de la matière glycogène dans le tissu cutané du fœtus disparaît de ce tissu aussitôt après la naissance par un brusque passage de l'obscurité à la lumière.

On doit rappeler néanmoins, soit qu'il ne soit nécessaire que d'une lumière faible, ou que l'action de celle-ci soit corroborée par la présence de certains sels ou de certains ferments, que, chez la plupart des animaux et chez l'homme, les fonctions amylogéniques comme les glycogéniques n'éprouvent jamais l'intermittence hivernale.

Les actions de la lumière que nous avons ébauchées sont généralement lentes. On sait d'ailleurs combien cette action de lumière, journellement faible, met de temps à concourir à la formation du blé, à la maturation des fruits, etc., et cependant combien en somme elle est puissante. Donc si, sans augmentation de lumière, certaines substances d'un côté doublent, triplent ou sextuplent les effets de l'action solaire, par exemple sur la formation du sucre animal ou végétal; si, de l'autre, sans diminution de l'intensité solaire, d'autres substances annihilent ou entravent l'usure, par exemple de l'amidon sous l'action solaire, on ne peut se dissimuler que des études très-analytiques dirigées dans cette voie ne soient fort utiles tant pour la physiologie végétale que pour l'agriculture, et peut-être tout autant pour la médecine. Il suffit de rappeler le diabète et l'influence de l'insolation sur la scrofule. Les actes intimes de nutrition sont, en effet, bien peu connus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. JULES CLOQUET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de la justice transmet :

Un dossier relatif à un meurtre commis au moyen d'un coup de feu et suivi d'incendie du cadavre. Il demande à cette occasion que l'Académie fasse instituer des expériences pour résoudre la question suivante : Déterminer avec autant de précision que possible, d'après l'état du cadavre et les circon-

« Les crottes de souris en topique ont pour les hommes une propriété antiaphrodisiaque. » (Lib. XXVIII, 78.)

Un lézard qu'on a fait mourir dans de l'urine d'homme est antiaphrodisiaque pour celui qui a rendu l'urine. Ajoutons à cela l'aneth, le pourpier sauvage, la partie droite d'un poumon de vautour, les moineaux ou les œufs de moineaux, la fiente d'escargot, le testicule droit du coq, la poussière dans laquelle une mule s'est vautrée (1).

— On lit dans les journaux allemands une déclaration datée de Koenigsberg, 29 juillet 1859, et signée Rathke et de Wittich, d'après laquelle la réunion des naturalistes et des médecins allemands, qui devait avoir lieu cette année à Koenigsberg, est remise, à cause des événements politiques, au mois de septembre 1860.

— Au dernier meeting de la Société anglaise de statistique, présidée par le docteur Farr, le docteur Guy a lu un travail sur la durée de la vie des gens de lettres, et il a été amené par les chiffres à conclure que les travaux littéraires ne sont pas un obstacle à la longévité. D'après ses recherches, au seizième siècle, la moyenne de la durée de la vie des écrivains a été de 64 ans; au dix-septième siècle, de 63 ans; au dix-huitième siècle, de près de 65 ans.

(1) Pline, Hist. nat., liv. XXX et XX.

La moyenne de la durée de la vie dans l'aristocratie, depuis un siècle, d'après l'Annual Register, est de 67 ans 3 mois; dans la haute bourgeoisie, de 70 ans 3 mois; dans les professions relevées, de 68 ans 9 mois; dans le commerce, de 68 ans 9 mois; dans l'armée et la marine de 67 ans 6 mois; dans la classe des littérateurs et des savants, de 66 ans 6 mois; dans celle des artistes, de 66 ans. La moyenne de la durée d'existence des gens mariés des classes susénoncées est de 63 ans 9 mois, et celle des célibataires de 62. Il résulte de là, dit le Morning Chronicle, que la meilleure condition d'existence en Angleterre est celle de la haute bourgeoisie, qui réunit aux avantages du confort aristocratique ceux de l'activité physique et morale. (Journ. des connaiss. méd.).

— On a fait à l'hospice des aliénés de Zurich (Suisse) l'essai de surmonter la résistance de certains malades pour la nourriture, en les soumettant à l'effet du chloroforme, et cela avec un plein succès, puisqu'il n'a pas été nécessaire de renouveler plus de deux ou trois fois cette opération.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour l'internat sera ouvert le lundi 19 octobre prochain.

Le registre d'inscription, ouvert depuis le 15 septembre, sera clos le 3 octobre.

stances relevées dans le rapport, le temps qu'a duré l'incendie qui a brûlé le cadavre. (Comm. : MM. Adelon, Larrey, Gavarret, Devergie, Tardieu.)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département de la Haute-Loire ;

2° Un rapport de M. Bourdin sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année à Pesmes (Haute-Saône) ;

3° Un mémoire de M. le docteur Hullin sur une épidémie de croup qui a régné à Mortagne, en 1858 ;

4° Un rapport de M. le docteur Laroche sur les épidémies qui ont régné, en 1858, dans l'arrondissement d'Angers (Comm. des épid.).

— La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Bouré (de Clermont-Ferrand) sur l'emphysème sous-cutané comme complication de la fièvre typhoïde (Commissaires : MM. Louis, Barth, Beau) ;

2° Une note de M. Lecœur, professeur à l'École de médecine de Caen, sur les alcooliques en chirurgie (Comm. : MM. Gimelle, Larrey) ;

3° Une note sur la constitution médicale régnante et sur l'esprit d'Hippocrate, par M. le docteur Pons (de Bèze) (Comm. des épid.).

— M. le Président, sur la demande de M. le docteur Handoogel, ouvre un pli cacheté déposé par ce médecin dans la séance du 2 juin 1857, et donne lecture de la note qui y est contenue. Elle est relative à des expériences faites dans le but de faire passer certains médicaments (iode, fer, zinc, arsenic, etc.) dans le lait des animaux.

— M. Depaul présente une observation intitulée : « Fracture des os de la jambe observée chez un enfant né d'une mère ayant fait une chute au troisième mois de sa grossesse ; » par M. le docteur H. Bennist. « (Commiss. : MM. Bouvier, Depaul.)

— M. le Président annonce que M. le docteur Lawrence, associé étranger, assiste à la séance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la chorée, reprise par M. Bouvier dans l'avant-dernière séance.

La parole est à M. Trousseau.

Discussion sur la chorée.

M. Trousseau, après avoir rappelé les conclusions du rapport de M. Bouvier, s'attache à y répondre en développant les quatre propositions suivantes :

1° Depuis plus de trois siècles, on a désigné sous le nom de danse de Saint-Guy des névroses de formes très-différentes, ainsi que M. Bouvier l'admet lui-même.

2° Depuis près d'un siècle, c'est-à-dire dès trente ans avant Bouteille, l'expression chorée, sans épithète, sert à désigner des névroses de formes très-diverses.

3° Cette erreur existe encore aujourd'hui.

4° Sydenham a désigné exclusivement sous le nom de danse de Saint-Guy l'affection qui est encore nommée de cette manière aujourd'hui, et que MM. Blache et Bouvier, et d'autres médecins avec eux, appellent spécialement chorée.

Si, ce que j'espère démontrer, dit l'orateur, ces propositions sont vraies, l'Académie conviendra qu'il est nécessaire de donner à l'affection en question un nom spécifique ; que ce soit celui de danse de Saint-Guy, ou tout autre, peu m'importe. Je demande seulement qu'on ne mette pas à la place d'un nom spécifique un nom générique comme celui de chorée.

M. Bouvier exagérait quelque peu en soutenant que le nom de danse de Saint-Guy ne servait, au quinzième et au seizième siècle, qu'à désigner des chorémanies ; parmi les pèlerins qui allaient demander leur guérison à saint Weit, il y avait aussi de véritables chorées, des paralysies, des tremblements de diverse nature, des hystéries, beaucoup de maladies convulsives ; l'exaltation religieuse qui amenait ces malades à la chapelle de Saint-Weit entraînait souvent à sa suite ces danses qui firent ensuite donner le nom de danse de Saint-Guy à toutes les affections guéries par l'invocation du saint de ce nom.

C'est ainsi qu'à une époque plus rapprochée de nous, on nommait *King's evil* les affections qui étaient censées guérir par l'imposition des mains du souverain en Angleterre ; à l'époque où ce nom fut créé, il était loin de désigner exclusivement, comme aujourd'hui, les écrouelles, puisque nous lisons dans l'Histoire d'Angleterre de Macaulay, qu'en 1686, Jacques II guérit, dans une ville peu populeuse, 22000 malades atteints du *King's evil*. Outre les écrouelles, ce nom embrassait diverses maladies de la peau, des os, des affections cancéreuses, etc. C'est seulement plus tard que les médecins ont dégagé de cet amas de maladies dissemblables la scrofule (cutanée surtout), qui est aujourd'hui désignée seule par le nom de *King's evil*.

Ce que ces médecins ont fait pour ce nom, Sydenham l'a fait, vers la fin du dix-septième siècle pour le nom synthétique de danse de Saint-Guy ; il a séparé des innombrables affections qu'on appelait ainsi la maladie que MM. Bouvier et Blache appellent aujourd'hui *chorée* et lui a réservé le nom de *chorea Sancti Viti*. Mais, contrairement à l'opinion de M. Bouvier, cette dénomination spécifique n'était pas nouvelle, puisque Sydenham dit que c'est cette expression qui sert à désigner généralement (*vulgò*) la chorée en question.

Pour prouver que les médecins contemporains ne sont pas autant d'accord sur le sens qu'il faut attacher au mot *chorée*, que le pense M. Bouvier, M. Trousseau cite diverses observations de Bernt, Frank et Bouteille lui-même, désignées par ces auteurs par les noms de *chorea saltatoria, rotatoria, circumrotatoria, festinans*, etc., et qui sont loin de rentrer dans la *chorée* telle que l'entend M. Bouvier ; dans deux cas que M. Trousseau a observés en commun avec M. Hortetoup et avec M. Béhier, ces médecins rattachaient également à la chorée (saltatoire) des affections dans lesquelles lui-même ne voyait en aucune façon une danse de Saint-Guy.

M. Bouvier avançait que Bouteille, le premier, a appelé *chorée* la danse de Saint-Guy de Sydenham ; mais cette expression avait déjà été employée dans le même sens par Ewart en 1786, par Salt en 1793, et par Salmon en 1796.

Pour remédier à la confusion qui règne encore dans les esprits relativement aux diverses chorées, il faut donc en venir à désigner chacune par un nom spécifique ; c'est le seul moyen de mettre de l'ordre dans la nosologie, le diagnostic, le traitement, etc , de ces diverses affections.

Avant de terminer, M. Trousseau revient en quelques mots sur la fréquence des troubles intellectuels dans la chorée. En admettant, avec M. Blache, que ces troubles ne sont pas très-fréquents, M. Bouvier oublie qu'ils ont été signalés par tous les auteurs. Sans doute, il ne s'agit pas de troubles aussi graves que l'idiotie, l'imbécillité, etc., mais de certaines modifications du caractère, d'une irritabilité, d'une susceptibilité, etc., particulières. Ce sont là des troubles qui sont déjà assez sérieux, parce qu'ils se trouvent au commencement de la plupart des vésanies. Si l'on ne les a pas constatés très-souvent, c'est parce qu'on s'en remettait aux renseignements fournis par les parents, qui sont toujours disposés à trouver leurs enfants pleins d'esprit. M. Trousseau déclare que, depuis deux mois, il a pris des renseignements sur les choréiques qu'il a rencontrés, auprès de leurs domestiques ou de leurs médecins, etc., et que, chez la grande majorité de ces malades, l'intelligence était plus ou moins affaissée.

M. Piorry : M. Trousseau, en arrangeant une danse de Saint-Guy de sa façon, tombe dans l'erreur que l'on n'évitera jamais si l'on s'obstine à constituer des maladies unitaires sans tenir compte des conditions anatomiques et physiologiques dans lesquelles se trouvent les malades. J'ai vu bon nombre de danses de Saint-Guy, dans le sens adopté par M. Trousseau, et elles différaient tellement entre elles par l'intensité, la durée, la nature de l'affection, par l'état de l'intelligence, l'âge des malades, etc., qu'il aurait fallu les subdiviser encore à l'infini, si la division des maladies pouvait reposer sur la base sur laquelle M. Trousseau s'étaye pour créer sa danse de Saint-Guy. Preuve évidente, une fois de plus, que, pour individualiser, ce n'est pas un ensemble de symptômes qu'il faut dénommer, mais ce sont les états organopathiques qu'il faut prendre en considération. Il faut oublier tous ces vieux noms qui consacraient autant d'erreurs. La tâche du médecin est celle-ci : il faut qu'il sache dire : un homme est malade, avec tels symptômes, telles lésions, tels phénomènes physiologiques et pathologiques ; il faut qu'il sache en quoi ce malade diffère de l'homme sain, et cherche dans la raison et dans l'expérience les moyens de remédier aux troubles physiologiques, etc. Hors de là, il n'y a point de progrès, et il est impossible de comprendre l'homme anatomique et physiologique.

Dans tout ce que vient de nous dire M. Trousseau, je ne trouve d'ailleurs aucune idée nouvelle ; mais ce que M. Trousseau appelle danse de Saint-Guy n'est nullement une maladie simple ; elle englobe sous une dénomination commune des lésions de l'encéphale, de la moelle, des nerfs, etc., qui n'ont pas même en commun une série de phénomènes toujours la même.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Lecture. — Désinfection des plaies.

M. Bonnafont, membre correspondant, donne lecture d'une note sur la *découverte du mélange désinfectant de plâtre et de coal-tar improprement nommé poudre Corne et Demeaux*.

Dans cette note, M. Bonnafont établit :

1° Que le mélange désinfectant de plâtre et de coal-tar était connu depuis au moins 1846 ;

2° Que M. Bayard paraît en être l'inventeur, puisque la Société d'encouragement, sur le rapport d'un de ses membres les plus compétents, lui a décerné à cet effet une médaille d'argent ;

3° Que MM. Corne et Demeaux n'ont fait que le retirer de l'oubli où il était tombé depuis cette époque.

En supposant, ajoute l'auteur, ce que j'admets sans peine, que ce mélange leur fût inconnu, il leur restera toujours la part assez grande et très-méritoire d'en avoir étendu l'application à la thérapeutique.

M. Bouley fait remarquer que la découverte de M. Bayard avait apparemment passé inaperçue, puisque la Société d'encouragement elle-même a voté à M. Corne une médaille d'or pour ses recherches sur les applications du plâtre au coal-tar. M. Bayard, d'ailleurs, ne s'était occupé que de la désinfection des fosses d'aisances ; et l'idée de l'emploi du coal-tar en chirurgie appartient tout entière à MM. Corne et Demeaux, et, à ce titre, il est de toute justice que le mélange de plâtre et de coal-tar porte leurs noms.

M. Bonnafont répond qu'il ne conteste nullement le mérite qu'ont MM. Corne et Demeaux d'avoir les premiers pansé des plaies avec ce mélange, mais que la formule de ce mélange n'en appartient pas moins à M. Bayard, et non à MM. Corne et Demeaux.

M. Larrey pense qu'il faut savoir gré à M. Bonnafont d'avoir élucidé cette question historique, et il s'élève contre la tendance que l'on pourrait avoir à exagérer les services rendus par le coal-tar pour la désinfection des plaies. Les expériences que M. Larrey a fait instituer dans les hôpitaux de Milan et

de Brescia dès qu'il eut reçu la nouvelle de la découverte de MM. Corne et Demeaux lui ont démontré que la poudre Corne donne quelquefois, comme on l'a dit, de bons résultats comme désinfectant et comme agent modificateur des plaies, mais que ces résultats sont loin d'être aussi avantageux qu'on aurait pu le croire d'après quelques publications trop enthousiastes de ce nouveau topique.

M. Robinet prend la parole pour protester contre l'interprétation erronée que certaines feuilles politiques ont donnée aux paroles qu'il a prononcées dans la récente discussion sur le désinfectant Corne. On lui a fait dire qu'en thérapeutique il n'admettait que les faits qu'il comprenait ; il était loin de croire qu'on pût prêter un sens aussi ridicule aux réserves qu'il avait faites relativement à l'efficacité de la poudre Corne.

M. Robinet ajoute que cette poudre a dû sans doute en grande partie son succès à cette circonstance qu'on avait mis de côté l'indication de désinfecter les plaies, mais que, parmi les nombreux agents désinfectants, il en est plus d'un qui eût tout aussi bien réussi si des expériences suffisantes avaient été faites.

M. Bouley remercie M. Robinet d'avoir plaidé, peut-être sans le vouloir, la cause de MM. Corne et Demeaux, en reconnaissant que leur invention a été le point de départ d'un grand nombre de recherches sur la désinfection des plaies. Que la poudre Corne reste ou qu'elle soit remplacée plus tard par quelque autre agent, les inventeurs auront toujours le mérite d'avoir soulevé dans le monde médical un mouvement utile.

M. Bonnafont dit, en réponse à M. Robinet, que les expériences nombreuses qu'il a faites avec diverses substances désinfectantes lui ont donné des résultats à peu près identiques à ceux qu'il a obtenus avec le mélange de plâtre et de coal-tar.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNUAIRE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES DE LA PEAU ; par MM. P. Diday et J. Rollet, chirurgiens en chef de l'Antiquaille à Lyon. — Paris, 1858. Chez J. B. Baillière.

L'école syphiliographique de l'hôpital du Midi a créé un grand nombre d'élèves : ils couvrent aujourd'hui le sol de l'Europe, disons même du monde. Mais les plus rapprochés du maître ne sont pas demeurés les plus fidèles à ses doctrines : c'est même autour de lui que sont nés et qu'ont grandi ses plus infatigables adversaires. Pour nous dégager des influences un peu passionnées qui tiennent la parole aujourd'hui dans les diverses tribunes ouvertes à ces questions, à Paris, nous ne pouvons mieux faire que d'aller les étudier au dehors, dans des travaux portant sans doute la marque de l'origine commune, mais où brille en même temps la plus incontestable indépendance : nous voulons parler de l'école ou des écoles de l'Antiquaille à Lyon, chef-lieu d'une contrée richement douée pour l'observateur en syphiliographie.

Elle nous envoie à cet effet, sous forme de publication qui doit être annuelle, un volume que nous nous sommes empressé de lire, et que chacun sans doute s'empressera d'étudier avec le même intérêt.

Nous y rencontrons d'abord un excellent article de M. Rollet, ayant pour titre : Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique, et dans lequel la nature de cette obscure affection est étudiée avec toute liberté dans les vues et un esprit remarquable d'analyse.

C'est tout, en effet, dans cette question, que la détermination de la nature de la maladie ; sa solution devant amener à sa suite la précision des idées quant au traitement, et particulièrement sur une certaine méthode de traitement que les doctrines humorales anciennes ont trop préconisée, comme les doctrines localisatrices l'ont, sinon trop combattue, du moins repoussée sans causes suffisamment vérifiées : nous voulons parler du rappel de l'écoulement, conséquence obligée de la théorie de la métastase.

Cette théorie de la métastase avait, comme il ressort de l'analyse à laquelle se livre M. Rollet, sa raison d'être dans la nature véritablement spéciale de la maladie. Il est incontestable, dit le chirurgien de l'Antiquaille, que le rhumatisme observé dans le cours d'une blennorrhagie n'est pas une simple coïncidence, mais bien une espèce particulière de rhumatisme. La preuve en est dans les circonstances suivantes :

Premièrement, l'arthrite se présente dans le cours d'une blennorrhagie beaucoup plus fréquemment que toute autre maladie intercurrente quelle qu'elle soit.

Secondement, survenue dans le cours d'une première blennorrhagie, elle se répète chez le sujet à chaque récidive de la maladie sexuelle ; enfin elle reparaît à chaque exacerbation de l'écoulement.

Voilà certes des arguments qui ont une valeur ; mais il en est un autre sur lequel on a généralement peu insisté et qui n'est pas moins digne d'attention. L'auteur le qualifie de radical et de singulier, et nous sommes loin de l'en blâmer. Le rhumatisme blennorrhagique, dit-il, est excessivement rare, si tant est qu'il existe, *chez la femme*. Cette particularité ouvre, en effet, un abîme entre le rhumatisme proprement dit et l'arthrite blennorrhagique. Elle tient en même temps sous sa dépendance une quantité de corollaires.

Si l'on ajoute à ces considérations les réflexions suivantes, on ne trouvera donc pas du tout téméraires les conclusions de l'auteur voulant établir une distinction formelle entre les deux sortes d'arthrites dont il s'agit ici. Ainsi le rhumatisme blennorrhagique, outre qu'il est souvent mono-articulaire, et qu'en tous cas il se généralise peu, a une fixité beaucoup plus grande que le rhumatisme vulgaire, ne se déplaçant ni aussi vite, ni aussi complétement que lui. Il paraît aussi, à s'en rapporter à la fréquence plus grande des hydarthroses qui le terminent, avoir plus de propension que le rhumatisme vulgaire à se fixer sur les synoviales.

M. Rollet ajoute à ces considérations un nouvel ordre de preuves qui peuvent avoir une valeur, mais dont le caractère démonstratif est cependant loin d'être sans contestations possibles. Nous voulons parler des ophthalmies qui s'observent si souvent aussi en cours de blennorrhagie, et dans lesquelles notre confrère croit reconnaître une iritis plutôt qu'une simple conjonctivite. Mackenzie a été en plusieurs cas de son opinion et a décrit une iritis qu'il nomme gonorrhéique. M. Sichel n'en reconnaît pas de cette sorte. Quoi qu'il en soit, M. Rollet s'efforce donc de rattacher à l'influence rhumatico-blennorrhagique un certain nombre d'ophthalmies dont il fixe le siége dans la membrane de Demours. Cette tentative, faite avec talent, a pour elle certaines possibilités ; disons pourtant que le caractère de la certitude lui manque essentiellement.

Mais ce point de la question est subsidiaire. La proposition de M. Rollet démontrée ajouterait certainement à la valeur de son opinion générale ; mais, en l'état, on ne peut la considérer que comme un aperçu philosophique.

En résumé, la nature spéciale de l'arthrite de la blennorrhagie n'est donc pas contestable, et en cela se trouve légitimée, excusée plutôt, la doctrine de la métastase. Mais au point de vue du fait, elle ne l'est plus ; car M. Rollet tire d'un très-grand nombre de cas la démonstration du point de fait suivant : que l'apparition des arthrites de cette espèce, loin de coïncider généralement avec une diminution de l'écoulement urétral, répond, au contraire, à la période ou au moment de la plus grande acuité ; qu'elle s'exaspère comme et avec cet écoulement et non pas en raison inverse de ses progrès. Ces résultats de l'observation condamneraient, s'ils doivent passer dans la science, la méthode thérapeutique du rappel de l'écoulement.

Et quant à la nature elle-même de la maladie, il faut donc la considérer comme une dépendance de la blennorrhagie, mais non comme une manifestation obligée de la pénétration du virus blennorrhagique, puisqu'elle manque chez la femme. Il est plus rationnel de la considérer, avec M. Rollet, comme le résultat d'un retentissement particulier et spécial sur certains tissus de l'économie, de l'altération d'un point profond de l'urètre, ainsi qu'on le voit dans la fièvre intermittente qui suit le passage d'une sonde et la déchirure probable de quelques points de la muqueuse.

Des vues dont nous venons de donner un aperçu, M. Rollet tire de très-judicieuses conclusions quant à la thérapeutique : nous renvoyons le lecteur pour ce détail à cet excellent travail.

Ce chapitre est suivi d'une leçon clinique très-intéressante de M. Diday, sur la manière de pratiquer, de façon utile et complète, les injections urétrales profondes. Cette leçon, éminemment pratique, nous a paru faite pour ouvrir une voie toute nouvelle dans le traitement des écoulements chroniques *quelconques*, depuis les écoulements blennorrhéiques jusqu'aux pertes séminales ; ou plutôt pour placer dans les mains du chirurgien un moyen aisé et assuré de mettre en contact avec toute la surface de la muqueuse urétrale, depuis le méat jusqu'à la prostate, le liquide modificateur. Nous recommandons instamment cet article simple à tous les praticiens.

Un travail de revue qui porte le titre d'Annuaire de la syphilis, ne pouvait éviter de présenter en plus d'un point les indices du trouble qui existe dans l'école en matière de doctrine. Loin de fuir la responsabilité de leur opinion, les auteurs de ce recueil semblent plutôt l'avoir consacré presque en entier à la discussion de ces doctrines. *Discussion* n'est peut-être pas ici le mot qui convient ; il ne dit pas assez. Les travaux dont la réunion forme cet in-octavo sont plus que des dissertations ou des pages de critique, ce sont de bonnes et sérieuses recherches expérimentales ou d'observation, reliées entre elles par

une puissante critique. Ce sont de vrais travaux d'école dignes de toute l'attention des syphiliographes. Maîtres et élèves s'y donnent rendez-vous, ne craignent pas le choc mutuel de certaines contradictions de détail qui, loin de nuire à l'ensemble, montrent la sincérité de l'œuvre commune.

L'école nouvelle de l'Antiquaille est ouvertement dualiste; elle tient sérieusement debout le drapeau qui lui a été apporté jadis par son principal chef, M. Diday, de l'hôpital du Midi; c'est une fille de cette dernière école, fille quelquefois un peu insubordonnée, mais d'autant plus à respecter dans ses convictions. Mais pour être dualiste, l'école de Lyon n'est ni obstinée ni aveugle; elle précise elle-même les points douteux ou dissemblables qui peuvent encore tenir en échec la doctrine dualiste, et ses recherches ont pour principal objet leur solution expérimentale. Y a-t-il une ou deux espèces de chancres? tel est le titre expressif d'un des chapitres de M. Diday, chapitre dans lequel, par des considérations de science historique, il conclut par une éclatante affirmation, laissant cependant l'aveu de l'existence de deux pierres d'achoppement qui peuvent encore entraîner l'adoption complète et expresse de la doctrine, mais sont trop peu consistantes pour lui faire faire la culbute.

L'un de ces faits consiste dans la circonstance rare, mais réelle, objectée à la doctrine du double virus, de l'inoculation d'un chancre induré sur le sujet qui le porte, fructueuse longtemps encore après l'époque à laquelle la doctrine fixe la possibilité de cette reproduction, et produisant alors un chancre mou. Ce fait bien constaté, établissant aux lois posées une exception non absolument rare, ne laisse pas que de gêner la doctrine du double virus. M. Diday essaye de secouer l'embarras apporté par cette donnée expérimentale, au moyen de la conception hypothétique suivante. Il suppose qu'un vénérien confirmé, porteur d'ulcérations infectantes primitives ou secondaires, peut s'être exposé à la contamination ultérieure à l'absorption par leur surface de pus de chancre mou, et nomme chancre *induroïde* le résultat de ce mélange. Si cette supposition devait être vérifiée, il serait concevable que du pus de cet ulcère mixte produisît, par des inoculations ultérieures, un chancre mou sur le sujet infecté, une *infection* sur le sujet indemne.

M. Laroyenne, ex-interne de l'Antiquaille, a soumis à l'expérimentation directe les idées du maître. Dans un mémoire spécial sur cette question de la dualité du virus, ce jeune syphiliographe rapporte quatre observations précises où des chancres indurés, inaptes à reproduire sur les sujets qui les portaient une nouvelle pustule, ont acquis cette propriété quelques jours après le dépôt, sur leur surface, du pus de chancre mou, et malgré les pansements habituels, y compris la modification des surfaces au nitrate d'argent. Ils donnaient naissance alors, sur ces mêmes sujets, à des chancres mous: M. Laroyenne n'a pas cru devoir rechercher ce qu'ils pouvaient produire par des inoculations sur des sujets indemnes, mais il n'est pas illogique de penser que leur transport y eût été moins innocent.

Dans ce même travail, M. Laroyenne rapporte dix-neuf observations destinées à vérifier la loi de Ricord sur l'impossibilité d'inoculer avec succès le pus du chancre infectant sur le sujet qui le porte: ces dix-neuf observations sont effectivement concluantes, et s'ajoutant au nombre de celles connues déjà, elles permettent de soupçonner quelque chose de particulier et d'exceptionnel dans les cas rares où on a pu obtenir une inoculation en apparence efficace. La théorie, depuis vérifiée par M. Laroyenne, de chancre mixte ou induroïde, peut rendre raison de ces divergences délicates.

La seconde des objections lancées à la doctrine de la dualité était tirée des propriétés et de la personnalité singulière du chancre siégeant sur la peau de la tête. Comment expliquer que cette région se montrât éternellement réfractaire au chancroïde, et que toutes les ulcérations qu'elle offrait fussent du genre infectant? Cela n'indiquait-il pas que le virus chancreux était unique, et comme tel, capable de produire ici un chancroïde, là un chancre, suivant les conditions locales qu'il rencontre?

Comme nous ne faisons pas ici de la syphiliographie didactique, nous ne reproduirons pas les arguments opposés des deux dogmes sur ce terrain exceptionnel de la région céphalique. Disons seulement que ce point de science reçoit des travaux que nous venons de lire et qu'on doit aux écoles de MM. Diday et Rollet de sérieux éléments de clarté. Après avoir exposé les expériences acquises et qui démontrent l'inoculabilité à la lancette du chancre mou sur tous les points de la région céphalique, ces écoles sont très-logiquement conduites à conclure que: parfaitement inoculable par les plaies, le pus des chancroïdes trouve dans l'épiderme de la joue ou l'épithélium de la muqueuse buccale un rempart qu'il ne franchit pas d'ordinaire. Ajoutez à ces considérations le moindre nombre d'occasions de contact de cette région avec les ulcères non infectants. L'état généralement aigu de ceux-ci est souvent un obstacle à ce contact, eu égard aux précautions et à la sollicitude même du sujet qui les porte. Comme le dit très-bien M. Diday, la résistance au *contact* n'est point la résistance à la *piqûre*. Ce côté de la question nous semble avoir fait un grand pas dans cette discussion critique éminemment calme et scientifique.

Cette étude de l'inoculation, faite avec indépendance d'esprit, montre en outre combien ont souvent été exagérées les appréciations auxquelles, dans toutes les écoles de syphiliographie, ont donné lieu les séries diverses de résultats constatés. Si on la rapproche de l'histoire de la communicabilité de la syphilis congénitale, on demeure convaincu qu'il est impossible de conclure justement et *à priori* d'une inoculation par *piqûre* à celle produite par le *contact*. Elle engage à reviser avec soin les conclusions en apparence les plus formelles, même celles qui se sont vues extemporanément transformées en lois fiévreusement votées. Les résultats de cette étude frappent un peu sur tout le monde: sur les uns, en montrant la validité générale de la doctrine de l'hôpital du Midi; sur les autres, en ce qu'ils ont donné l'habituel exemple de trop d'affirmation et d'une généralisation trop absolue, mathématique même, de faits soumis, il est vrai, à certaines lois générales, mais à des lois quelquefois faibles devant les idiosyncrasies et les énergies variables des tissus. Si un homme tout seul était, sur semblables sujets, arrivé d'emblée à la vérité *une* en matière de biologie pathologique, ce serait un demi-dieu. C'est déjà très-beau d'avoir classé en propositions générales susceptibles de passagères exceptions l'ensemble des faits les plus fréquents dans l'histoire d'un aussi terrible fléau.

Remercions MM. Diday et Rollet de l'entreprise habilement conduite et déjà féconde qu'ils ont commencée dans cette ligne intéressante. En reprenant froidement ces mêmes questions, si chaleureusement controversées ailleurs, ils ont certainement rendu à la science et à l'art un signalé service.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

— On lit dans la GAZETTE DE MÉDECINE DE MOSCOU:

« Nous possédons en ce moment à Moscou l'académicien français Leroy-d'Étioles, célèbre dans les annales de la lithotritie. La semaine qu'il passe parmi nous ne sera pas sans fruit pour nos chirurgiens: presque chaque jour ils ont l'occasion d'admirer l'adresse remarquable avec laquelle il procède à cette opération dans l'un de nos hôpitaux ou même en ville. De plus, nous avons pu nous familiariser personnellement avec l'emploi de quelques instruments nouveaux destinés au broiement de corps étrangers dans la vessie ou à leur extraction de cet organe. Sous ce rapport, l'esprit inventif de M. Leroy-d'Étioles ne connaît pas de bornes, et il est véritablement impossible de ne pas admirer la perfection à laquelle sont parvenus ses instruments, non moins que l'aimable empressement avec lequel le respectable professeur les décrit et en indique l'usage à chacun des assistants. »

— On lit dans le JOURNAL DE SAINT-PÉTERSBOURG:

« Par un oukase adressé au chapitre des ordres impériaux et royaux de Russie, S. M. l'empereur a daigné, en témoignage de sa bienveillance particulière, conférer l'ordre de Saint-Stanislas de la 2e classe, avec les insignes ornés de la couronne impériale, à M. Leroy-d'Étioles, docteur en médecine. »

(C'est l'équivalent du grade de commandeur dans la Légion d'honneur.)

L'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg a élevé M. Leroy-d'Étioles à la dignité de membre honoraire: l'élection a eu lieu à l'unanimité des suffrages.

— Un concours pour la place de chef-interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sera ouvert le samedi 24 décembre prochain. Le jury d'examen sera composé des neuf docteurs chefs de service à l'hôpital Saint-André, auxquels seront adjoints deux médecins et deux chirurgiens honoraires.

Le programme du concours comprend quatre épreuves:

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale;

2° L'examen clinique de deux malades atteints d'affections internes, avec dissertation sur ces cas;

3° L'examen analogue de deux cas de maladies externes;

4° Une épreuve opératoire ayant pour objets: 1° une opération chirurgicale, précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent; 2° une opération obstétricale avec démonstration.

La durée des fonctions du chef-interne sera de trois ans. Pendant ce temps, il sera nourri, logé, chauffé et éclairé; il recevra un traitement annuel de 1,200 fr.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

EMPIRISME ET RATIONALISME.

Deux plaidoyers, l'un pour le rationalisme, l'autre pour l'empirisme, ont fait luire pendant quelques instants la discussion qui, ouverte ou latente, demeure continuellement pendante entre ces deux doctrines. Le rationalisme, tel qu'il a été exposé, faisait de larges et fréquents emprunts à l'empirisme, puisqu'il citait comme siens le mercure, la quinine, la digitale, etc. Nous nous plaisons à croire que cette prétention aura été vaine au jugement des esprits impartiaux. Rien ne procède moins du rationalisme que la découverte et l'emploi de ces médicaments, et jusqu'à ce qu'il ait été prouvé que leur application en thérapeutique est une conséquence logique de l'étude organique, anatomique et physiologique des maladies, nous les considérerons comme du domaine de l'empirisme.

Sans doute il serait beau que l'étude d'une maladie conduisît infailliblement à son traitement; mais il n'en est point ainsi, et ceux qui prétendent ne faire que de la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle, ne pourraient nous expliquer comment l'étude organique de la fièvre paludéenne et de la phthisie a justifié pour eux l'emploi du sel marin dans la première et de l'iode dans la seconde.

L'empirisme et le rationalisme sont-ils donc exclusifs l'un de l'autre? Non, selon nous, et chacun d'eux doit avoir sa place dans la médecine. Le rationalisme a sa place dans l'étiologie et la prophylaxie, dans l'hygiène publique et privée et dans la partie mécanique de la chirurgie. Mais la thérapeutique presque entière, à part quelques médications fondées sur les notions chimiques, est du domaine de l'empirisme.

Remonter, une par une, aux causes d'une maladie, élucider sa filiation, déterminer ses affinités et ses antagonismes, rechercher toutes ses métamorphoses depuis le germe diathésique ou toxique jusqu'à la maladie et à la lésion, voilà une œuvre de rationalisme.

Opposer à la présence de ce germe des conditions contraires à son évolution, tant dans l'individu qu'autour de lui, rompre les affinités, créer des antagonismes, c'est encore un travail de rationalisme. Nais même dans la prophylaxie il y a des exceptions en faveur de l'empirisme, et il est des faits, dont nous ignorons la raison d'être, qui sont préservatifs, nous ne savons ni pourquoi ni comment, de certaines maladies. Et, chose étonnante, ces préservatifs empiriques sont plus sûrs que toutes nos tentatives de prophylaxie rationnelle. Tels sont les faits de la préservation par la vaccine, de certaines autres préservations encore contestables par d'autres virus et venins animaux et par des poisons, enfin les antagonismes réciproques existant entre quelques maladies.

Les lois de l'hygiène découlent du rationalisme. Placer les populations dans des conditions fondamentales favorables à la santé du plus grand nombre, éloigner les causes accidentelles et transitoires qui pourraient y porter atteinte, tenir compte des phénomènes physiques, chimiques, géologiques et météorologiques qui devront avoir de l'influence sur l'homme sain ou malade, les faire tourner au profit de sa santé ou empêcher qu'ils ne s'accomplissent à ses dépens, voilà encore du rationalisme.

Dans la chirurgie opératoire, c'est encore le rationalisme qui dirige. Vider une collection liquide anormale, amputer un membre dont la conservation est impossible ou périlleuse, placer dans des conditions de juxtaposition et d'immobilité pendant un temps déterminé, des os rompus, extraire le cristallin devenu opaque, couper un tendon rétracté, enlever un os nécrosé et conserver le périoste qui le reproduira, voilà où nous a conduit et où nous éclaire toujours de plus en plus l'étude anatomique, physiologique et organique.

Mais en dehors de ces branches de la médecine, dans le domaine de la thérapeutique proprement dite, l'anatomie, la physiologie, l'organicisme ne nous éclairent en rien et nous n'avons pour nous guider que l'observation et l'expérience de faits dont nous ignorons la raison d'être, et c'est là notre empirisme. Empirisme qui sera victorieux sur ce terrain toutes les fois que le rationalisme viendra l'y attaquer. La thérapeutique, c'est la partie faible de notre science pour le dogmatisme médical; c'est là que les théories et les descriptions s'arrêtent et que les faits les remplacent, et c'est cependant la partie la plus importante de la médecine, celle sans laquelle elle n'aurait pas sa raison d'être et sans laquelle elle ne serait qu'une curiosité stérile. Mais, par une conséquence naturelle, c'est cette partie de la médecine que dédaigne l'école qui se dit organo-physiologique et rationaliste. La thérapeutique n'est pour cette école qu'une formalité obligée, mais sur laquelle elle ne compte pas. Aussi voyez dans les concours quelle maigre place elle occupe! Après un luxe de diagnostic et d'anatomie pathologique qui déborde viennent quelques courtes, vagues et banales indications thérapeutiques qui laissent subsister intacte l'attente d'une vérification anatomique des lésions signalées au diagnostic.

La thérapeutique est la partie la plus négligée de nos études médicales actuelles, et, il faut avouer, hélas! que le dogmatisme ne nous y rend guère plus forts que le vulgaire étranger à la médecine.

La médecine organo-physiologique fait la guerre surtout à la spécificité dans les maladies et dans les médicaments. Cependant elle ne confond pas la syphilis avec la lèpre et la fièvre typhoïde quant à leur cause, et elle ne considère pas comme indifférent l'emploi du mercure ou de l'antimoine. Nier les actions spéciales des médicaments, ce serait nier toute la thérapeutique et ce serait aussi nier l'évidence: ce serait nier le vomissement par l'ipécacuanha et l'émétique, le tétanisme par la strychnine, le narcotisme par l'opium. De l'action spéciale à l'action spécifique, y a-t-il donc si loin? L'action spéciale est un acte physiologique modifiant des fonctions dans leur état normal; l'action spécifique est un acte thérapeutique modifiant des fonctions dans un état anormal qu'on nomme maladie.

Les actions électives sont aussi incontestables que les actions spéciales. Le phosphore qui nécrose les maxillaires, le mercure qui fait saliver, le plomb qui donne la colique qui porte son nom, la belladone qui dilate les pupilles, ont bien un pouvoir occulte qui leur fait choisir à l'un un os entre toutes les pièces du squelette, à l'autre un appareil de glandes entre tous les appareils sécréteurs, à un troisième l'in-

---

FEUILLETON.

DES EUNUQUES (1).

La castration, sa fréquence; — à quelle époque remontait cette pratique barbare; Sémiramis. Diverses espèces d'eunuques. — Pays qui fournissaient le plus d'eunuques. — Fonctions des eunuques. — Lois contre la castration. — Punition de l'adultère. — Castration des femmes.

I.

Parmi les monstruosités que nous dévoile l'étude des mœurs romaines, il n'en est peut-être pas de plus atroce que celle dont nous allons nous occuper; sous l'empire, il existait à Rome un nombre très-considérable d'eunuques destinés à la satisfaction des plus honteuses passions. Outre les malheureux qui furent ainsi privés des attributs de la virilité, combien d'autres succombèrent aux suites des opérations employées pour cette infâme pratique! On comprend alors cette malédiction prononcée par Ovide:

Qui primus pueris genitalia membra recidit,
Vulnera, quæ fecit, debuit ipse pati (1)!

« Celui qui le premier retrancha aux enfants les organes génitaux, méritait lui-même de subir cette opération! » Malheureusement la peine du talion ne lui était pas applicable, car ce fut Sémiramis, au dire de Claudien et d'Ammien Marcellin:

Semiramis quæ teneros mares castravit omnium prima... (2).

« Ce fut Sémiramis qui la première établit l'usage de castrer les jeunes enfants. Les historiens rapportent que c'est l'expédient dont elle se servit lorsqu'elle voulut monter sur le trône après la mort de Ninus, son mari, afin que ceux qui devaient l'approcher n'eussent dans leur voix et leur extérieur rien qui pût déceler cette usurpation. » Ce passage n'est pas clair, et en outre il y a là une idée assez singulière, qui est de prêter à Sémiramis une connaissance anticipée des effets de la castration. La même idée est exprimée par Claudien, mais avec la même obscurité:

Prima Semiramis astu
Assyriis mentita virum; ne vocis acutæ

(1) Nous empruntons encore à l'ouvrage intitulé: ÉTUDES MÉDICALES SUR L'ANCIENNE ROME, par M. le docteur JULES ROUYER, l'article plein de détails intéressants qu'on va lire.

(1) Ovide, LES AMOURS, liv. II, el. III, v. 3.
(2) Ammien Marcellin, liv. XIV.

testin entre tous les conduits excréteurs, à la dernière l'iris parmi toutes les membranes contractiles.

Est-ce l'anatomisme, le physiologisme, l'organicisme et tout ce qui constitue, dit-on, le rationalisme, qui eût prévu et découvert cela? Non; c'est l'empirisme, cet empirisme si maltraité. Et, à défaut de la prévision et de la découverte, le rationalisme est-il du moins en mesure de donner l'explication du fait? Pas davantage. N'ayant en cela rien découvert, ne pouvant pas expliquer, il en est réduit, ni plus ni moins que l'empirisme, à constater.

Qui fait révoquer en doute l'existence de la spécificité des médicaments? c'est le petit nombre des spécifiques, dont le chiffre authentique n'est encore que 2 : mercure et quinine. Eh bien! nous croyons que c'est parce que nous ne connaissons encore que très-imparfaitement les propriétés des médicaments, que nous croyons si restreint le nombre des spécifiques. Un jour viendra où nous reconnaîtrons un médicament dans chaque plante et dans chaque corps inorganique, sans compter ceux qui seront produits par le règne animal. Et dans chaque médicament on distinguera, outre son action spéciale, qui sera sa raison d'être, une action élective, soit faible, soit énergique, soit apparente, soit latente, soit immédiate, soit consécutive, variant à l'infini avec toutes les conditions de variété que comportent la flore et la faune, la minéralogie et la chimie. Dans cet avenir, que nous espérons pour la thérapeutique, le nombre des remèdes spécifiques et prophylaxiques (c'est avec intention que cette faute est commise) ne devra pas être inférieur au nombre des causes spécifiques morbides; et peut-être aussi alors le rationalisme aura-t-il fait assez de progrès pour pouvoir se servir avec connaissance de cause et en s'expliquant les comment et les pourquoi, des ressources que l'empirisme aura créées.

Ne reconnaître la maladie que dans la lésion organique et la nier en dehors de ce signe visible et palpable, ce serait méconnaître les faits que les organiciens eux-mêmes sont forcés d'admettre sans contestation, tels que l'hérédité et l'incubation des maladies, faits qui ont acquis le droit de chose jugée de par le bon sens public et aussi de par le bon sens médical. Qu'est-ce que cette cause qui, dans l'hérédité du cancer et de l'aliénation mentale, reste des trente et cinquante années latente, sans effets, sans signe aucun de son existence? N'est-ce pas ce qu'on prétend ridiculiser sous le nom de force, de génie, de ferment? Qu'importe le nom si la chose existe? Cette même entité, génie, force ou ferment, n'existe-t-elle pas encore à un état inconstatable et indépendant de toute lésion des organes pendant le temps qui s'écoule entre le moment où une maladie a été contractée et le moment où elle se développe pendant la période d'incubation? Cette dynamique occulte n'est donc pas si chimérique qu'on veut le prétendre, et les organiciens qui, nous le pensons, admettent comme tout le monde, l'hérédité et l'incubation en pathologie, la reconnaissent implicitement, comme ils admettent aussi implicitement l'empirisme dans leur thérapeutique dès qu'ils emploient un modificateur dont ils ne peuvent expliquer l'action ni par les lois physiques ni par les lois chimiques.

Que le rationalisme et l'empirisme vivent donc en paix; ils ont chacun et séparément leur domaine en médecine; ils y sont d'une utilité et d'une importance égales, et les médecins qui se prétendent rationalistes exclusifs ne peuvent pas plus se passer de l'empirisme que ceux qui se proclament uniquement empiriques et sceptiques ne peuvent se passer du rationalisme, même dans ce que la médecine a de plus matériel, c'est-à-dire dans la pratique au lit du malade.

Dr Henri Almès.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur Gallois.

(Suite. — Voir les nos 35, 36 et 37.)

CHAPITRE V.

DE L'OXALURIE DANS LA DYSPEPSIE.

En décrivant les symptômes de l'oxalurie, j'ai fait ressortir, avec intention, l'importance que certains auteurs avaient attachée à la dyspepsie, qu'ils considéraient comme un accident dû à l'oxalurie. Il me paraît plus probable, au contraire, que l'excrétion de l'oxalate de chaux n'est qu'un phénomène accessoire de la dyspepsie. En effet, n'est-ce pas à celle-ci qu'il convient de rapporter les digestions laborieuses qui s'accompagnent d'un abondant dégagement de gaz, l'irrégularité des fonctions de l'intestin, la diminution ou la perte de l'appétit, les vomissements, la diarrhée ou la constipation, et dans certains cas les douleurs épigastriques? N'est-ce pas encore à la dyspepsie que se rattachent l'amaigrissement, les palpitations, la perte des forces, et fréquemment l'hypocondrie et la mélancolie? Du reste, on jugera plus facilement si mon opinion est fondée, quand on aura lu les observations qui suivent, et qui, au lieu d'être intitulées observations d'oxalurie, me semblent plutôt devoir être considérées comme des observations de *dyspepsie avec oxalurie*.

AFFECTION SYPHILITIQUE ANCIENNE; MAUVAISES DIGESTIONS; AMAIGRISSEMENT; HYPOCONDRIE; EXCRÉTION D'OXALATE DE CHAUX CONCOMITANTE.

Obs. I. (Golding-Bird.) — Il s'agit d'un homme d'environ 40 ans, d'un caractère triste et mélancolique. Il y a quatre ans, il a contracté un mal qui fut considéré comme syphilitique et qui, traité par de fortes doses de mercure et d'iode, fit tomber le sujet dans un état de cachexie très-prononcé. Il est profondément découragé, et comme il a une toux fréquente, qui est due à l'allongement de la luette, il se croit atteint de tubercules pulmonaires, qui l'emporteront infailliblement, s'il ne succombe auparavant au progrès de la syphilis. Palpitations augmentant par l'ingestion des aliments et par l'exercice, colon distendu par des gaz, constipation, douleurs dans la région de l'estomac et des reins, irritabilité extrême, flux abondant d'urine, appétit vorace. L'urine de la nuit est acide, pâle, pesant 1029; elle contient beaucoup de mucus, une grande quantité d'urate d'ammoniaque en suspension et beaucoup d'oxalate de chaux. L'acide nitrique y fait naître une abondante cristallisation de nitrate d'urée. Le malade est soumis à l'usage d'une mixture composée d'acides nitrique et chlorhydrique, dans de l'infusion de serpen-

---

Mollities, lævesque genæ se prodere possent
Hos sibi conjunxit similes (1).

Mais si Sémiramis ne put être punie comme le souhaitait Ovide, elle le fut plus sévèrement; car elle fut assassinée précisément par un de ses eunuques qu'arma contre elle son fils Ninias.

D'après Cicéron, la castration aurait une origine beaucoup plus ancienne :

Vetus hæc opinio Græciam opplevit, exsectum Cœlum a filio Saturno.... (2).

« La Grèce a été longtemps imbue de cette vieille croyance que Célus (*ou* le Ciel) a été châtré par son fils Saturne. »

Avant d'aller plus loin, il est bon, je crois, d'indiquer les diverses opérations qui étaient pratiquées pour faire des eunuques, et ceux-ci étaient alors désignés par des noms différents : les *castrati* étaient ceux auxquels tous les organes extérieurs de la génération avaient été enlevés; les *spadones* (de σπάω, *extraho*) étaient privés des testicules; enfin les *thlibiæ* (de θλίβω, *premo*) conservaient les organes virils, mais les testicules étaient écrasés, et rendus impropres à remplir les fonctions auxquelles ils sont destinés. (On désigne quelquefois ces derniers sous le nom de *thlasiæ*, de θλάω, *frango*).— Les premiers étaient beaucoup plus recherchés et coûtaient fort cher; encore aujourd'hui, en Orient, où cet ignoble usage a persisté, leur prix est sextuple de celui des eunuques ordinaires.

L'opération pratiquée pour obtenir les *thlibiæ* rappelle celle qui est usitée en médecine vétérinaire et connue sous le nom de *bistournage*. Hippocrate décrit la manœuvre que l'on faisait pour obtenir ce troisième genre d'eunuques : « L'enfant était placé dans un bain, on lui froisse peu à peu les testicules entre les doigts, assez de temps pour en meurtrir la substance et en détruire enfin l'organisation; ou bien l'on contourne le cordon des vaisseaux spermatiques au point d'intercepter le cours des liquides destinés à la nutrition des parties, et le testicule ne tarde pas à dégénérer en squirrhe ou sarcocèle (1). » On se servait aussi, pour arriver au même résultat, d'un procédé moins barbare : on couvrait le scrotum du suc épaissi de ciguë, qui à la longue produisait le même effet (2).

II.

Un grand nombre d'eunuques venaient de la Perse :

Persarum ritu, male pubescentibus annis
Subripuere viros, exsectaque viscera ferro

(1) Claudien, *contre Eutrope*, I, v. 339.
(2) Cicéron, De natura deorum, liv. II, xxiv.

(1) Hippocrate, De genitura.
(2) Marcellus Empiricus, De medicamentis empiricis.

taire sucrée avec dn sirop de gingembre. Il prend, en ontre, des pilnles d'aloès et d'opinm, et trois verres par jour de vieux vin de Xérès. Sons l'influence de ce traitement, continué pendant deux mois, les accidents se dissipent et la santé renait.

GASTRORRHÉE, DYSPEPSIE, VOMISSEMENTS D'ALIMENTS A DEMI DIGÉRÉS, ACCIDENTS NERVEUX QUI SEMBLENT INDIQUER UNE AFFECTION DE L'UTÉRUS; OXALURIE CONCOMITANTE.

Obs. II. (Bird.) — Femme âgée de 35 ans, qui a longtemps souffert d'une gastrorrhée et qui, depuis plusieurs mois, éprouve nne vive donleur de reins. L'appétit est vif, la soif intense et le dégagement de gaz abondant. Pen de temps après le repas, un liquide limpide, provenant de l'estomac, s'écoule abondamment, et nne heure après il y a nn vomissement, dans leqnel les aliments sont rejetés à demi digérés et mêlés à des grumeaux de matière noire. Il y a, en outre, constipation. L'urine est acide, pâle, rendne tronble par la présence d'une certaine qnantité d'nrate d'ammoniaque; elle contient, en ontre, de l'épithélium et de gros octaèdres d'oxalate de chaux; densité 1030; elle donne beaucoup de nitrate d'urée. Traitement par les opiacés et les toniqnes d'abord, pnis par l'acide nitro-mnriatique, dans l'infusion de serpentaire. Gnérison en nn mois.

DYSPEPSIE AVEC AMAIGRISSEMENT CONSIDÉRABLE; INSOMNIE, DÉCOURAGEMENT PROFOND; EXCRÉTION D'OXALATE DE CHAUX CONCOMITANTE.

Obs. III. (Begbie.) — Abbé, âgé de 36 ans, tempérament sanguin, très-dyspeptique et nerveux, pâle et amaigri. L'appétit est vif, mais dépravé; le sommeil est perdu; la pean est sèche et rude, la langue blanche, les fonctions de l'intestin irrégulières. Le malade est en proie au plus profond découragement. L'urine est ambrée foncée, transparente, acide, légèrement phosphatique; elle contient de l'nrée en excès et beaucoup d'oxalate de chaux. Le traitement a consisté dans l'administration de l'acide nitro-mnriatique, à la dose de vingt gouttes, deux ou trois fois le jour. A un moment donné, le malade se plaignant d'une violente gastralgie, l'acide est suspendu, et on conseille dix grains de bismnth blanc, à prendre trois fois le jonr. Les aliments prescrits sont le lait, les végétaux amylacés et la viande en petite quantité; point d'aliments sucrés. Quand le mieux est prononcé, le malade prend, de denx mois l'un et alternativement, une infusion végétale amère, additionnée de carbonate de potasse et, comme précédemment, de l'acide nitro-mnriatique.

DYSPEPSIE, HYPOCONDRIE AVEC PHÉNOMÈNES NERVEUX, CONSTIPATION, MATIÈRES FÉCALES FRÉQUEMMENT MÊLÉES DE SANG; EXCRÉTION CONCOMITANTE D'OXALATE DE CHAUX.

Obs. IV. (Begbie.) — Homme de 35 ans, un pen adonné anx plaisirs, sangoin et scrofuleux; digestions laborieuses, perte de l'appétit, de l'embonpoint et des forces; éruption de papules sur la poitrine, pesanteur an creux de l'estomac, avec dégagement de gaz dans ce viscère; langue blanche, palpitations, sommeil agité, esprit toujours inqniet et livré à l'hypocondrie. Le malade est constipé, les matières fécales sont décolorées et fréquemment mêlées de sang. Urine, de couleur ambrée foncée, contenant un excès d'nrée; densité 1040. Le microscope y démontre beaucoup d'épithélinm et de cristaux octaédriques d'oxalate de chanx. Le traitement interne consiste dans l'administration de l'acide nitro-muriatiqne, avec des doses répétées d'huile de ricin; le traitement externe dans les bains chauds et les fomentations tièdes sur la peau. A une certaine période du traitement, on remplace l'acide nitro-muriatique par de l'infusion de serpentaire, additionnée de faibles doses de carbonate de potasse. Plns tard, on ordonne alternativement et mois par mois les acides et l'infusion végétale.

ATTAQUE DE GOUTTE, PLUS TARD DYSPEPSIE AVEC PALPITATIONS ET DIVERS ACCIDENTS NERVEUX; ÉRUPTION DE FURONCLES ET DE PUSTULES CHARBONNEUSES; DOULEUR DANS LE DOS, LES REINS ET LA VESSIE, AVEC INCONTINENCE MOMENTANÉE DE L'URINE; OXALURIE CONCOMITANTE.

Obs. V. (Begbie.) — Homme de 45 ans, né d'un père gontteux. Il eut une première attaque de gontte rhumatismale, qui fut guérie par l'arsenic, puis il devint dyspeptique et hypocondriaque. Langue sale, fonctions de l'intestin irrégulières, abondant dégagement de gaz dans les voies digestives, étourdissements, palpitations, éruption de furoncles et de pustules charbonneuses, principalement snr le tronc et sur les cnisses. Douleurs de reins et de vessie, avec incontinence momentanée de l'urine. Urine de couleur ambrée foncée, 1030, sans sédiment apparent, mais contenant néanmoins de nombrenx cristaux octaédriqnes d'oxalate de chaux. On conseille l'usage régulier de l'acide nitro-muriatique, une douche d'ean salée et des vêtements chauds.

DYSPEPSIE INTENSE ET HYPOCONDRIE; PLUS TARD, TUBERCULES PULMONAIRES, TUMEUR MALIGNE DU REIN DROIT, PLEUROPNEUMONIE ET MORT; PRÉSENCE DE L'OXALATE DE CHAUX DANS L'URINE.

Obs. VI. (Begbie.) — Jenne avocat qui avait été sujet tonte sa vie à la dyspepsie. Une amélioration notable avait été obtenne par l'acide nitro-muriatiqne, quand il survint nne pleuropnenmonie qui emporta le malade. La présence de l'oxalate de chaux avait été signalée dans l'urine. L'antopsie révéla l'existance de tubercules pulmonaires et d'nne tumeur maligne du rein droit.

Obs. VII. (Maclagan.) — Avant de rapporter les observations de cet auteur, qui sont très-courtes, je dirai une fois pour tontes que les qualités de l'urine n'y sont pas indiqnées; mais chez tous les malades il devait y avoir excrétion d'oxalate de chaux, puisque l'auteur les présente comme atteints d'oxalurie.

Ecclésiastiqne, mince, pâle; dyspepsie avec beauconp de gaz, un pen de gastrodynie et un grand abattement du système nervenx. On ordonne de l'acide nitro-muriatique dans nne infnsion de gentiane et de houblon; alimentation avec du poisson et de la viande tendre. Abstinence de travail, et promenades pendant un mois dans le pays natal.

Obs. VIII. (Maclagan.) — Artiste. Dyspepsie ancienne avec diarrhée; on administre de faibles doses de morphine; plus tard de l'acide nitro-muriatique dans une infusion amère. On défend les mets sucrés et les liqueurs fermentées.

Obs. IX. (Maclagan.) — Jeune fille depnis longtemps dyspeptique, très-émaciée et très-pâle; donleur abdominale vive avec nn pen de leucorrhée. Sinapisme snr le ventre deux fois par semaine, et acide nitro-muriatique dans une infusion de serpentaire ou de houblon.

Obs. X. (Maclagan.) — Marchand de liqueurs, vigoureux, actif, tempérant. Il a eu des attaques de dyspepsie, auxquelles il est snjet de temps en temps; la langne est sale et la bonche manvaise. On prescrit un mélange de poudre de rhubarbe, de poivre de colombo et de soude, et l'abstinence des boissons alcooliques.

Obs. XI. (Maclagan.) — Marchand. Constitution pléthorique, bronchite chronique légère. Il y a six mois, le sujet a éprouvé de la dyspepsie avec un dépôt d'acide urique sans oxalate. Il est maintenant dyspeptique; la langue est sale; il y a des douleurs dans la région dn foie. On prescrit de la rhubarbe et de la soude, et l'abstinence des liqueurs fermentées.

Obs. XII. (Maclagan.) — Agent de change. Dyspepsie habituelle, qui s'ac-

---

In venerem fregere. . . . .
Quærit se natura nec invenit. . . . (1).

« Suivant la coutume des Perses, ils enlevèrent aux jennes gens les attributs de la virilité, et les rendirent impropres aux travaux de Vénus. Alors la nature se cherche, et ne se tronve pas. »

On pratiqnait également cette opération dans l'île de Délos, où existait une sorte d'entrepôt d'ennnques :

Molles, veteres, Deliaci manu recisi (2).

Hérodote parle aussi du trafic des esclaves qni se faisait dans l'île de Chios: « Hermotime ayant été fait prisounier par des eunemis fut vendn à Panionins de l'île de Chios. Cet homme vivait d'nn trafic infâme : il achetait des jeunes garçons bien faits, les faisait ennnques et les menait à Éphèse où il les vendait très-cher.... Panionins, qui vivait de ce trafic, fit eunnques nn grand nombre de jeunes garçons et entre antres Hermotime! » Ce fut cet Hermotime qui acquit ensuite une si grande faveur anprès de Xerxès : il profita de sa position pour se venger cruellement de Panionius : il le fit venir auprès de lui, avec ses quatre enfants, le força à faire sur ceux-ci la même opération, et fit châtrer ensuite Panionins lui-même par ses propres enfants (1).

Le même auteur raconte le fait suivant : Périandre, tyran de Corinthe, avait envoyé à Sardes trois cents enfants des meilleures maisons de Corcyre pour en faire des eunnques; mais ceux qui les conduisaient furent obligés d'aborder à Samos, et les Samiens les sauvèrent en les faisant pénétrer dans nn temple, asile inviolable où ils échappèrent au triste sort qui les menaçait (2).

Enfin nons tronvons encore un antre passage d'Hérodote qui indique jusqu'à quel point était poussé l'nsage de faire des ennuques : « De Babylone et dn reste de l'Assyrie, la Perse recevait mille talents d'argent et cinq cents jeunes eunnques (3). »

Claudien parle également dn commerce des eunuques en Assyrie, il dit qu'Entrope, après avoir été opéré, fut vendu dans un des marchés de ce pays :

Inde per Assyriæ trahitur commercia ripæ (4).

Pour compléter ce qui est relatif à ce sujet, ajoutons que les Troglodites

(1) Pétrone, Satyricon, 119.—Voir également Claudien, *in* Eutropium, lib. I, v. 342 et v. 47.
(2) Pétrone, Satyricon, 23.

(1) Hérodote, liv. VIII, cv et cvi.
(2) Hérodote, liv. III, xlviii.
(3) *Ibid.*, liv. III, xcii.
(4) Claudien, *in* Eutropium, liv. I, v. 58.

campagne quelquefois de vomissements. On prescrit la glace pour arrêter le vomissement. La gastrodynie et les rapports acides sont dissipés par un mélange d'acide cyanhydrique, de solution de potasse et de teinture de colombo.

Obs. XIII. (Maclagan.) — Domestique. Elle éprouve de la dyspepsie, qui s'accompagne de rapports acides et d'un abondant dégagement de gaz. L'intestin fonctionne irrégulièrement. On conseille la rhubarbe et la soude, les pilules de rhubarbe composées et le vin de Xérès.

Obs. XIV. (Maclagan.) — Professeur. Constitution pléthorique, tempérament nerveux. Il est ordinairement bilieux, dyspeptique, et il vomit quelquefois. On lui conseille de manger de bonne heure et d'une manière régulière, et d'aller à la campagne.

Obs. XV. (Maclagan.) — Banquier. Dyspepsies fréquentes avec perte d'appétit momentanée et passagère; fonctions de l'intestin régulières. On lui conseille tous les jours de la viande bien cuite, deux verres de vin de Xérès à dîner, et l'abstinence des liqueurs fermentées.

Obs. XVI. (Maclagan.) — Artiste très-pléthorique, dyspepsies fréquentes, peu d'appétit. On lui ordonne un mélange de rhubarbe, de colombo et de soude.

Obs. XVII. (Maclagan.) — Femme mariée; elle n'est plus réglée; elle se plaint de dyspepsie avec palpitations, dégagement de gaz dans le tube digestif et faiblesse générale. Il y a, en outre, un peu d'œdème des paupières. On lui conseille de prendre, deux fois le jour, un mélange de citrate de quinine et de fer.

Obs. XVIII. (Maclagan.) — Officier en retraite. Dyspepsie avec tympanite et perte d'appétit; esprit très-inquiet. On prescrit 5 grains de rhubarbe tous les soirs, pour régulariser les garde-robes, une infusion amère, des pilules d'assa-fœtida composées, et une nourriture peu animalisée.

Obs. XIX. (Maclagan.) — Etudiant en médecine, dyspeptique depuis longtemps, beaucoup de gaz dans le tube digestif et de la gastrodynie tout le jour. Prendre un mélange de rhubarbe, soude, colombo et bismuth; vivre de poisson et de viande bien cuite.

Obs. XX. (Maclagan.) — Chimiste. Dyspepsie avec tympanite, aigreurs, gastrodynie, intestin paresseux, esprit très-inquiet. On prescrit d'abord de la rhubarbe et de la soude, et ensuite de l'acide cyanhydrique et de la solution de potasse. Pour régulariser les selles, on administre des pilules de rhubarbe composées, avec de l'extrait de jusquiame.

Obs. XXI. (Maclagan.) — Homme marié, légèrement dyspeptique; il se plaint surtout d'un impétigo de la face, traité sans succès par l'acétate de potasse et les laxatifs. Infusion de serpentaire avec acide muriatique, pilules d'aloès et d'extrait de noix vomique; nourriture azotée.

Obs. XXII. (Maclagan.) — Ouvrière. Dyspepsie, paresse de l'intestin; rhubarbe et soude, pilules de rhubarbe composées; nourriture plus azotée.

Obs. XXIII. (Maclagan.) — Marchand, né de parents scrofuleux. Dyspepsie et constipation, infusion amère acidulée, nourriture reconstituante. Les accidents ayant persisté à un certain degré, on prescrit infusion de quassia et acide nitrique, huile de foie de morue.

Obs. XXIV. (Maclagan.) — Femme veuve, constitution pléthorique, dyspepsie avec aigreurs, abondant dégagement de gaz et irritabilité nerveuse générale. On prescrit de l'acide hydrochlorique dans de la teinture de colombo.

Obs. XXV. (Maclagan.) — Voyageur du commerce. Dyspepsie violente, rapports acides après le repas, gastrodynie continuelle, système nerveux très-déprimé, beaucoup d'anxiété. On prescrit de la rhubarbe, de la soude, du colombo et du bismuth.

DYSPEPSIE, DOULEURS VIVES D'ESTOMAC, VOMISSEMENTS DE GRUMEAUX NOIRS, SELLES ÉGALEMENT NOIRES, COULEUR JAUNE VERDATRE DE LA PEAU, CRISTAUX OCTAÉDRIQUES ET EN SABLIER; GUÉRISON PAR LE NITRATE D'ARGENT.

Obs. XXVI. (James Gray.) — James Fleck, âgé de 48 ans, éprouve une douleur vive à la région épigastrique. Cette douleur présente des paroxysmes, qui s'accompagnent souvent de vomissements de grumeaux noirs. En même temps, la peau est froide et couverte de sueur. Les selles sont noires, et il y a parfois de la douleur dans la région des reins. On conseille de prendre un doux apéritif, et un verre d'infusion de colombo trois fois le jour. Cette médication ne procure aucun soulagement. L'urine est acide, de couleur ambrée foncée; elle contient un grand excès d'urée, et le microscope y montre de nombreux cristaux octaédriques d'oxalate de chaux, avec des lamelles d'épithélium. On prescrit de l'acide nitro-muriatique dans de la teinture de colombo, et des lotions d'eau tiède, le matin, sur tout le corps. Le malade se rétablit; mais, l'année suivante, il éprouve une rechute, et c'est de l'oxalate de chaux en sablier qui se présente dans son urine. Doux apéritif et teinture acidulée de colombo; point d'amélioration; on prescrit alors dix gouttes de vin de colchique toutes les six heures et un demi-grain de sulfate de zinc matin et soir. L'état du malade s'aggrave; son moral est de plus en plus affecté, et il ne peut plus prendre de nourriture. On prescrit alors un grain de nitrate d'argent toutes les six heures. Une amélioration notable se manifeste, les paroxysmes sont moins violents et moins fréquents. L'urine du matin contient de l'oxalate de chaux octaédrique et en sablier. On continue le nitrate d'argent, à la dose d'un demi-grain, et une cuillerée à thé de teinture acidulée de colombo soir et matin. La guérison a lieu sous l'influence de ces moyens.

DOULEURS D'ESTOMAC AVEC DÉGAGEMENT DE GAZ; AIGREURS ET PARFOIS VOMISSEMENTS; GUÉRISON PAR LA TEINTURE ACIDULÉE DE COLOMBO ET LE NITRATE D'ARGENT.

Obs. XXVII. (James Gray.) — John Anderson, 34 ans, d'un tempérament nerveux, a perdu l'appétit; il éprouve de la gastralgie, du pyrosis, des palpitations et de la douleur de reins. Après le repas, il se produit dans l'estomac un abondant dégagement de gaz, et parfois des vomissements. L'urine est d'une couleur jaune pâle; elle pèse 1042 et contient de l'oxalate de chaux octaédrique, des sabliers, une petite quantité d'urate d'ammoniaque et des lamelles d'épithélium. Le traitement a consisté en teinture acidulée de colombo toutes les quatre heures, un grain de nitrate d'argent soir et matin, un bain tiède, et abstinence de nourriture végétale.

ICTÈRE, GASTRALGIE, VOMISSEMENTS NOIRS, AMAIGRISSEMENT CONSIDÉRABLE, TUMEUR DE LA RÉGION ABDOMINALE; GUÉRISON PAR LE NITRATE D'ARGENT.

Obs. XXVIII. (James Gray.) — M. J., âgé de 43 ans, d'un caractère mélancolique, eut une attaque de jaunisse, avec vomissements et douleurs d'estomac. L'ictère disparut, mais la gastralgie et les vomissements persistèrent; il se montra une petite tumeur à la région épigastrique, et le sujet maigrit et s'affaiblit beaucoup. Il consulta alors James Gray. A ce moment, la gastralgie est vive; elle revient sous forme de paroxysmes, et il y a souvent des vomissements de matières couleur de café noir. La langue est blanche à la base, rouge à la pointe; il y a parfois de la douleur à la région lombaire, à la partie antérieure et interne des cuisses, et le sommeil est complétement perdu. L'urine du matin est d'une couleur brun noirâtre; sa densité de 1038; elle contient du mucus, des lamelles d'épithélium, de l'urate d'ammoniaque et de l'oxalate de chaux en sablier. On prescrit un demi-grain de nitrate d'ar-

---

faisaient châtrer les enfants qui étaient difformes (1); — que chez les Juifs il était défendu de châtrer les hommes et même les animaux (2).

III.

La castration était pratiquée par des barbiers, *tonsores*, on même par ceux qui faisaient particulièrement le commerce des eunuques, les *mangones*. Martial glisse dans une de ses épigrammes une insinuation qui pourrait faire croire que quelquefois les médecins châtraient des sujets chez lesquels cette opération n'était pas nécessaire :

Curandum penem commisit Baccara Græcus
Rivali medico; Baccara Gallus erit (3).

« Le Grec Baccara a confié son organe aux soins d'un médecin qui aime la même femme que lui : Baccara sera châtré. » (Il y a là un jeu de mots : « Baccara le Grec deviendra Gaulois, » *Gallus*, on bien : « sera châtré comme un prêtre de Cybèle, » *Gallus*.)

C'était à un âge fort peu avancé que la castration était faite, comme le disent Martial et Claudien, en employant les mêmes expressions : *ab ubere raptus puer* (1).

. . . . . Rapitur castrandus ab ipso
Ubere; suscipiunt matris post viscera pænæ (2).

« On l'enlève au sein maternel pour le châtrer; un supplice cruel l'attend au moment de sa naissance. »

Nous verrons plus loin que, par un raffinement ignoble, le sujet destiné à être eunuque était quelquefois choisi parmi des jeunes gens arrivés à la puberté.

IV.

Les eunuques étaient fort recherchés par les Romains, mais surtout par les Romaines, *ad securas libidinationes*, dit saint Jérôme; Martial indique cette raison très-clairement :

Cur tantum eunuchos habeat tua Gellia quæris,
Pannice. — Vult futui Gellia, non parere (3).

« Tu demandes, Panniens, pourquoi Gellia ta femme aime tant les eu-

(1) Diodore de Sicile, liv. III.
(2) Flavius Josèphe, ANTIQUITÉS JUDAÏQUES, IV, VIII, 40.
(3) Martial, liv. XI, ép. 75.

(1) Martial, liv. IX, ép. 9.
(2) Claudien, *in* EUTROPIUM, lib. I, v. 45.
(3) Martial, liv. VI, ép. 67, *ad Pannicum, de Gellia uxore*.

geut toutes les six heures, des frictions sur la peau, et une alimentation modérément nutritive. Au bout de quelques jours, le malade peut garder ses aliments, et la tumeur a entièrement disparu. (James Gray suppose qu'elle était due à la contraction spasmodique de la partie supérieure du muscle droit de l'abdomen.)

Obs. XXIX (Kuchenmeister). — Depuis quatre ans, troubles digestifs avec diarrhée, amaigrissement extrême et hypocondrie. L'urine est acide et contient une grande quantité de cristaux d'oxalate de chaux. La guérison a été obtenue à l'aide du phosphate de chaux uni au carbonate de la même base et au lactate de fer.

ANTÉCÉDENTS SYPHILITIQUES; DYSPEPSIE; HYPOCONDRIE; OXALURIE CONCOMITANTE; TRAITEMENT PAR L'EAU DE VICHY.

Obs. XXX (communiquée par M. le docteur Davaine). — M. X., âgé de 30 ans, a eu des chancres de la verge, qui ont nécessité un traitement antisyphilitique très-modérée, à cause de l'intolérance de l'estomac. A la suite d'exercices trop violents et de l'abus des femmes, les forces diminuent, l'amaigrissement est très-marqué, et les digestions, de plus en plus laborieuses, s'accompagnent de ballonnement du ventre. La langue est blanche, très-chargée, le pouls fréquent, la peau chaude; il y a en outre des pollutions nocturnes qui déterminent une impuissance momentanée. Un médecin consulté diagnostique une chloro-anémie, avec dyspepsie et hypocondrie, et conseille le vin de Séguin, les pilules de Vallet et le séjour à la campagne.

A la suite de ce traitement, le malade éprouva du mieux, mais ne se sentant pas encore tout à fait bien, il vint réclamer les soins de M. Davaine.

L'urine examinée fut trouvée contenir une grande quantité d'acide urique cristallisé et d'oxalate, et le malade fut soumis à l'usage de l'eau de Vichy naturelle. Après quinze jours d'emploi de ce médicament, la proportion d'acide urique et d'oxalate avait diminué notablement, et le malade était sensiblement mieux. Il cessa donc l'eau de Vichy, mais il ne tarda pas à retomber dans l'état où il était primitivement, et l'oxalate de chaux, ainsi que l'acide urique, reparurent en grande proportion dans son urine. On essaya pendant quinze jours, et sans le moindre succès, le valérianate d'ammoniaque, puis on en revint à l'eau de Vichy. M. le docteur Davaine avait déjà pu constater la diminution, dans l'urine, de l'oxalate calcaire et de l'acide urique, quand M. X. contracta une blennorrhagie qui le força de nouveau de suspendre l'usage de l'eau minérale alcaline pour reprendre les médicaments destinés à combattre l'écoulement uréthral.

DYSPEPSIE AVEC ICTÈRE ET MENACE DE GRAVELLE.

Obs. XXXI (recueillie par l'auteur). — M. Ch., âgé de 56 ans, d'un tempérament sanguin, et aimant beaucoup la bonne chère, a ressenti quelques douleurs de reins au mois de mai 1858. En même temps les digestions devinrent laborieuses et s'accompagnèrent d'un abondant dégagement de gaz, de régurgitations et parfois de vomissements. Il survint un amaigrissement très-prononcé, puis de l'ictère. Son urine examinée alors était acide, trouble, de couleur brun foncé, et prenant, en présence de l'acide nitrique, la coloration caractéristique des urines bilieuses. Au microscope, j'y trouvai beaucoup d'acide urique cristallisé et aggloméré, et beaucoup d'oxalate de chaux également aggloméré, et qui paraissait coloré par de la bile. Je n'ai pu suivre le malade, parce qu'il n'habitait pas Paris; mais la disposition agrégée qu'affectaient les cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux, me fait croire que cet homme est prédisposé à la gravelle, s'il continue à s'adonner aux plaisirs de la table.

Les observations que je viens de rapporter prouvent que l'oxalurie accompagne assez souvent la dyspepsie, ou, autrement, que la dyspepsie est une condition morbide dans laquelle on observe assez communément l'excrétion de l'oxalate calcaire. De plus, je répéterai encore ici, en y insistant à dessein, que la plupart des accidents qu'on avait imputés à l'oxalurie doivent être rapportés à la névrose de l'estomac. C'est elle, en effet, qui engendre les bâillements, les éructations fréquentes, les renvois acides, les nausées, les borborygmes, les douleurs vives d'estomac, la cardialgie, le pyrosis, les vomissements, et enfin les troubles sympathiques divers, tels que palpitations, céphalalgie, malaise général, impossibilité de se livrer au travail, découragement profond, et quelquefois hypocondrie plus ou moins prononcée. J'ajoute que si l'excrétion de l'oxalate de chaux était la cause de tous les désordres mentionnés dans les observations que je viens de résumer, elle se traduirait toujours par la même série de symptômes; or je démontrerai tout à l'heure qu'il n'en est rien, et que je n'ai constaté aucun de ces symptômes chez plusieurs malades qui expulsaient régulièrement tous les jours des quantités assez considérables d'oxalate de chaux. En résumé, au lieu de faire de l'oxalurie une maladie s'accompagnant d'accidents dyspeptiques, on ne doit, à mon avis, la considérer que comme un phénomène de la dyspepsie elle-même. Quant aux moyens qu'il convient d'employer, dans les cas de dyspepsie avec oxalurie, on peut les résumer à peu près de la manière suivante : infusion amère dans la journée; avant le repas, une petite quantité d'un extrait tonique tel que celui de quassia ou de quinquina; après le repas, quelques cuillerées d'un vin généreux; alimentation substantielle et convenablement graduée; exercice modéré; bains froids, lotions froides, ou fomentations toniques sur l'épigastre. Or c'est précisément à ces indications que se sont conformés les praticiens dont nous venons d'analyser les observations. Un des médicaments qu'ils conseillent le plus souvent, c'est l'acide nitro-muriatique dans de l'infusion de houblon, de serpentaire ou de quassia, et il paraît avoir joué un rôle utile dans le traitement de la dyspepsie avec oxalate de chaux.

Je ne puis invoquer mon expérience personnelle à propos de l'acide nitro-muriatique; mais il est une autre classe de médicaments que j'ai beaucoup expérimentés : ce sont les alcalis, et je n'hésite pas à dire qu'ils peuvent être comptés au nombre des plus efficaces, quand il s'agit de faire disparaître l'oxalate de chaux des urines. Il sera facile de s'en convaincre par la lecture des observations que je vais rapporter tout à l'heure, mais je puis néanmoins entrer tout de suite dans quelques détails à cet égard.

L'alcali auquel j'ai eu recours est le bicarbonate de soude dissous dans l'eau gazeuse, à la dose de 4 à 5 grammes par litre, ce qui constitue l'eau de Vichy artificielle des hôpitaux. Cette dissolution, administrée à la dose moyenne d'une bouteille dans la journée, aux malades qui rendaient de l'oxalate de chaux, a réussi à peu près constamment, dans un espace de temps plus ou moins court, à faire disparaître de leurs urines les cristaux octaédriques de ce sel, et j'ai répété les expériences assez de fois, et dans des conditions assez variées, pour qu'il ne fût pas possible d'attribuer ce fait au hasard ou à une simple coïncidence. C'est ainsi, par exemple, qu'après avoir constaté la présence continue de l'oxalate calcaire dans l'urine d'un malade, pendant plusieurs semaines, je voyais disparaître en quelques

---

nuques? — C'est qu'elle veut se livrer aux plaisirs de l'amour sans avoir d'enfants. »

Dans une autre épigramme, Martial fait encore allusion à cette *qualité* des eunuques.

> Omnes eunuchos habet Almo, nec arrigit ipse,
> Et queritur pariat quod sua Polla nihil (1).

« Almo n'a que des eunuques chez lui; il est lui-même impuissant, et il s'étonne que sa femme ne devienne pas grosse! »

Juvénal aussi exprime une pensée analogue avec plus d'énergie :

> Sunt quas eunuchi imbelles ac mollia semper
> Oscula delectant, et desperatio barbæ,
> Et quod abortivo non est opus. . . . . (2).

> D'autres aiment l'eunuque et ses molles délices,
> Ses baisers féminins, sans barbe et toujours lisses,
> Qui donnent le plaisir sans la fécondité (3).

Mais tout en évitant les inconvénients qui nécessitaient pour elles l'emploi des abortifs, les dames romaines tenaient à ne perdre aucun avantage, et Juvénal nous indique pourquoi la castration n'était pratiquée, dans certains cas, que quand les sujets avaient déjà atteint un certain âge, — (*ut mentulatiores essent*) :

> Illa voluptas
> Summa tamen, quod jam calida matura juventa
> Inguina traduntur medicis, jam pectine nigro.
> Ergo expectatos, ac jussos crescere primum
> Testiculos postquam cœperunt esse bilibres
> Tonsoris damno tantum rapit Heliodorus.
> Conspicuus longe cunctisque notabilis intrat
> Balnea (1).

« Mais afin que la volupté n'y perde rien, elles ne les livrent au fer qu'après que leurs organes, ombragés d'un poil déjà noir, se sont bien développés; alors Héliodorus les opère, au seul préjudice du barbier; celui que l'on fit ainsi façonner est sûr, dès qu'il entre dans les bains, de s'attirer tous les regards. »

Juvénal indique que l'on choisissait les jeunes gens beaux et bien conformés :

> Nullus ephebum
> Deformem sæva castravit in arce tyrannus,

(1) Martial, liv. X, ép. 91.
(2) Juvénal, sat. VI, v. 366.
(3) Jules Lacroix, Satires de Perse et de Juvénal, traduites en vers français, 1 vol. gr. in-8. Firmin Didot, 1846.

(1) Juvénal, sat. VI, v. 368.

jours les cristaux de ce sel sous l'influence de l'eau de Vichy artificielle. Puis, dès qu'on venait à la suspendre, l'oxalate ne tardait pas à reparaître pour cesser de nouveau de se montrer dès que le malade était remis à l'eau alcaline. Ce que je dis de l'eau de Vichy artificielle, je le répéterai de l'eau minérale naturelle. J'ajoute maintenant que si l'on veut que la disparition de l'oxalate calcaire des urines soit un phénomène durable, il faut ordinairement administrer l'eau alcaline d'une manière assez prolongée, et à dose suffisante, pour que la réaction acide de l'urine diminue notablement.

Je ne dis rien du nitrate d'argent, que James Gray considère comme un spécifique de l'oxalate de chaux en sablier, si ce n'est que cette opinion aurait besoin d'être confirmée par de nouvelles expériences. Quant au succès obtenu par le docteur Kuchenmeister, il n'a pas lien de surprendre, car nous connaissons tous l'utilité du phosphate de chaux uni à un carbonate de la même base et à un sel de fer, quand il s'agit de combattre certaines formes de dyspepsie. Dans ce cas, le phosphate de chaux a guéri l'oxalurie en guérissant la dyspepsie elle-même, mais il n'a point agi directement sur les cristaux d'oxalate calcaire.

En résumé, dans les formes de dyspepsie qui s'accompagnent d'oxalurie, la médication générale sera la médication tonique. On la variera, suivant les indications particulières fournies par le malade. Mais si, pour une raison quelconque, on désire s'attaquer directement au symptôme oxalurie, on recourra avec succès à l'eau de Vichy, administrée en hoisson et en hains, et on aura soin d'en prolonger suffisamment l'usage pour éviter les rechutes.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC; par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

2° DE L'ACTION DE LA POTASSE CAUSTIQUE SUR LES TISSUS, D'APRÈS MM. CANQUOIN, GIROUARD, PHILIPEAUX, etc.

Mais avant d'entrer dans des détails étendus sur les expériences qui font le sujet de ce mémoire, il est juste que nous signalions au lecteur les faits qui résultent des travaux antérieurs aux nôtres, et, comme nous l'avons dit plus haut, se rencontrent surtout dans les mémoires et dans les livres publiés spécialement sur l'emploi de la cautérisation en chirurgie.

Or c'est le but que nous avons voulu remplir en séparant de l'historique général le présent paragraphe, dans lequel nous allons résumer aussi fidèlement que possible les recherches de nos devanciers.

Nous allons parler en premier lieu du TRAITÉ DE LA CAUTÉRISATION écrit par CANQUOIN; or voici comment ce chirurgien résume l'action de la potasse :

« La potasse pure et anhydre est un caustique doué d'une grande énergie, n'occasionnant qu'une douleur très-supportable, sans réaction sensible de la part des régions sur lesquelles on l'applique, susceptible de pénétrer à 3 centimètres environ de profondeur, à moins qu'elle ne rencontre une artère ou une veine dans son trajet; mais elle est difficile à diriger par suite de son extrême déliquescence, qui lui fait franchir, malgré toute espèce de précaution, les limites du mal qu'on attaque, et elle peut produire des hémorrhagies subites par l'ouverture des vaisseaux même d'un petit calibre. Elle est en outre incertaine dans sa marche, qui se trouve toujours enrayée par la rencontre des tissus graisseux qu'elle vient alors à saponifier, etc. »

Après le livre de CANQUOIN, nous aurions à puiser, en suivant l'ordre chronologique, dans le traité où M. BEAUVOISIN expose les heureux résultats de sa méthode de cautérisation; car dans ce traité, ainsi que dans le précédent, sont exposés aussi les effets de la potasse caustique sur les tissus. Cependant, pour éviter des redites sans nécessité, nous passerons outre, non sans citer ce passage de GUI DE CHAULIAC : « Après lui vient immédiatement Théodore qui, ravissant tout ce qu'a dit Brun avec quelques fables de Hugues de Lucques son maître, en a fait un livre. »

C'est en réalité à M. le docteur GIROUARD que l'on doit d'avoir, le premier, assez complétement tracé l'action de la potasse sur les tissus profonds, dans un mémoire lu, en 1833, au sein de notre association médicale d'Eure-et-Loir, et publié en 1854 dans le JOURNAL DE CHIRURGIE de M. MALGAIGNE. Avant ce travail, l'un de nous avait, il est vrai, signalé, dans une note sur la pustule maligne, l'action de la potasse sur les muscles et sur le tissu cellulaire, mais il y avait loin de ces indications assez vagues aux faits très-précis présentés par le chirurgien dont nous voulons parler. Il ne s'agit, il est vrai, dans ce travail, que du caustique de Vienne, mais d'une part, dit M. GIROUARD, c'est à la potasse que le caustique de Vienne doit son action puissante, et d'autre part, la chaux ne fait que circonscrire cette action et la modérer. Le chirurgien, passant ensuite à l'étude physiologique pour ainsi dire de ce remède, l'observe dans ses applications sur la peau, puis sur le tissu cellulaire, puis sur les muscles et sur les vaisseaux, enfin sur le sang; de là les données suivantes :

1° Le caustique de Vienne agit sur la peau en formant çà et là de petits points ronds d'un gris noirâtre qui semblent avoir leur siége aux ouvertures folliculaires du derme; puis ces points gagnant en profondeur et en largeur finissent par se réunir, et au hout de quinze à vingt minutes, toute la surface est convertie en une escarre de 4 à 5 millimètres d'épaisseur; si on le laisse agir plus longtemps, il atteint, an hont de trente minutes, 9 millimètres de profondeur; enfin, laissé plus longtemps encore, il cesse de pénétrer, fait tomber l'escarre en deliquium, ou hien la transforme en une gelée noirâtre.

2° Sur le tissu cellulaire lâche et nullement graisseux, l'action du caustique de Vienne est très-rapide; il y a formation d'escarre noire qui ne tarde pas à tomber en deliquium.

3° Il n'en est pas ainsi sur le tissu cellulaire graisseux; s'il y a heaucoup de graisse, action faible, et il faut attendre, pour faire pénétrer le caustique plus profondément, que la suppuration ait entraîné

Nec prætextatum rapuit Nero loripedem, nec
Strumosum atque utero pariter gibboque tumentem (1).

« Ce ne fut jamais l'enfant difforme que le fer cruel d'un tyran priva des sources de la vie : jamais Néron, parmi les jeunes patriciens, n'enleva ni le hoiteux, ni le scrofuleux, ni le bossu. »

Les eunuques ne servaient pas seulement pour les femmes, et l'on pouvait dire d'eux avec raison : *inter fœminas viri et inter viros fœminæ.*

Il est quelques eunuques qui ont acquis une certaine célébrité et dont le nom est parvenu jusqu'à nous avec celui de leurs maîtres : Hermotime et Xerxès, Bagoas et Alexandre, Photin et Ptolomée, Ménophile et Mithridate, Narsès et Justinien, Eutrope et Arcadius, etc.

Les eunuques étaient écartés des sacrifices comme des présages de mauvais augure, et surtout ils ne ponvaient être prêtres. « On doit écarter des sacrifices comme étant de mauvais augure les prêtres dont le corps n'est pas intact (*non integri corporis*). On tient compte de cette considération pour les victimes, à plus forte raison doit-on le faire pour les sacrificateurs (2). »

Il faut cependant en excepter les prêtres de Cybèle, les *Galli* qui se châtraient eux-mêmes avec des tessons et non avec le fer :

Mollia qui rupta secuit genitalia testa (3).

(1) Juvénal, sat. X, v. 306.
(2) Sénèque, CONTROVERSES, II, 4.
(3) Juvénal, sat. VI, v. 514.

Lucien parle cependant de l'emploi des instruments tranchants, en décrivant les cérémonies de l'initiation à ce honteux sacerdoce : « Alors le jeune homme qui doit être initié quitte ses vêtements, et, poussant de grands cris, vient an milieu de la troupe, où il tire une épée et se fait eunuque lui-même. »

Quelques femmes ne craignirent pas de se marier avec des eunuques; Juvénal ne manque pas d'attaquer un tel scandale :

Quum tener uxorem ducat spado. . . .
Difficile est satiram non scribere. . . . (1).

« Quand un eunuque efféminé ose se marier... il est bien difficile de se refuser à la satire. »

Martial parle aussi d'une femme qui était mariée avec un eunuque :

Cum sene communem vexat spado Dindymus Eglen
Et jacet in medio sicca puella toro.
Viribus hic operi non est, hic utilis annis :
Ergo sine effectu prurit uterque labor.
Supplex illa rogat pro se miserisque duobus
Hunc juvenem facias, hunc, Cytherea, virum (2).

« L'eunuque Dindymus tourmente son Églé qu'il partage avec un vieillard,

(1) Juvénal, sat, I, v. 22 et 30.
(2) Martial, liv. XI, ép. 82.

cette graisse; dans les cas ordinaires, l'escarre noire est formée seulement au bout de trente minutes, et cette espèce de « savonule, en séjournant sur les parties, les protége, empêche l'infiltration du caustique, etc. »

4° Le caustique de Vienne appliqué sur les vaisseaux en brise constamment l'organisation; cependant le tissu artériel résiste plus que le sang veineux. Si le vaisseau est de médiocre volume, il est scarrifié au bout de quinze à vingt minutes; si ce sont des capillaires, ils sont détruits à l'instant même et le sang s'écoule. Toutefois, quand le caustique de Vienne agit sur des vaisseaux du premier genre, on peut empêcher l'action caustique par des ablutions aqueuses; alors les tuniques se dessèchent, et le sang cesse de traverser le vaisseau.

5° Le caustique de Vienne s'infiltre facilement dans le tissu musculaire; en dix minutes, il atteint 5 millimètres de profondeur; en vingt minutes, 10 millimètres; alors il cesse de pénétrer, mais agissant sur l'escarre, il la fait tomber en deliquium.

6° Quant à l'action sur les tissus osseux, fibreux, fibro-cartilagineux, elle est faible: sur le sein même normal ou sur les glandes axillaires indurées, il faut plusieurs applications successives pour donner lieu à une escarre de 5 à 6 millimètres; en outre, il attaque si irrégulièrement les productions squirrheuses que presque toujours il les contourne et les dissèque en détruisant le tissu cellulaire qui les environne, etc.

Il nous reste à parler maintenant du grand traité de la cautérisation de M. Philipeaux, lequel est en réalité le compendium pratique pour l'emploi chirurgical des agents caustiques. Or, il s'en faut beaucoup que ce livre, au sujet de la potasse, contienne des renseignements aussi précis que ceux que nous venons de résumer d'après M. Girouard. Après des généralités sur l'action des caustiques sur le cadavre, généralités dans lesquelles le chimiste qui a présidé à l'œuvre de M. Philipeaux se montre un peu trop théoricien et pas assez pratique suivant nous, l'auteur arrive aux caustiques alcalins, et parmi eux il étudie en première ligne la potasse caustique. Voici le résumé de ses observations:

1° La potasse a moins de promptitude dans son action que le caustique de Vienne, puisque, dans vingt minutes, ce dernier donne lieu à une escarre qui demande douze heures d'application pour être obtenue avec la potasse.

2° L'effet de la potasse est produit ordinairement au bout de quatre à cinq heures, surtout quand on l'applique sur les tissus cellulaire et musculaire; mais sur la peau, il existe un temps plus long.

3° Si la peau était préalablement dénudée par un vésicatoire, suivant la méthode du docteur Geoghégan, elle produirait son effet en un laps de temps qui ne dépasse pas vingt minutes.

4° Quant à l'action réelle sur les tissus, voici ce qui se produit:

a. Sur la peau, la potasse pénètre par petites plaques isolées d'abord, et qui se réunissent bientôt pour donner lieu à une escarre dont l'étendue est double de celle du caustique; noire à son centre, elle est légèrement blanchâtre à ses bords; primitivement molle, elle ne tarde pas à devenir sèche par la dessiccation.

b. Sur le tissu cellulaire sous-cutané, elle le convertit en bouillie en formant une escarre noirâtre, très-molle, très-étendue et sans délimitation bien distincte.

c. Sur le tissu musculaire, elle donne lieu à une escarre analogue à celle qu'elle produit sur la peau; mais cette escarre est beaucoup plus molle, moins étendue en profondeur. M. Ferrand explique cette différence en disant que la potasse, étant avide d'eau, affaiblit ainsi son action en présence des liquides du tissu cellulaire quand on agit sur des muscles.

d. Un morceau de potasse jeté sur le sang le dissout avec élévation de température; la potasse paraît bien en premier lieu former un coagulum sanguin, mais ce coagulum se dissout bientôt si le caustique est en quantité suffisante.

5° Le mode d'application de la potasse par dilution (Bourgeois), c'est-à-dire en promenant circulairement sur les parties un crayon de potasse pour former une escarre, a tous les inconvénients attachés à la potasse sans avantages.

3° DESCRIPTION DE NOS EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DE LA POTASSE CAUSTIQUE SUR LES TISSUS DES ANIMAUX VIVANTS.

Si le lecteur a consenti à lire les documents précédents, il a dû reconnaître un certain nombre de différences essentielles entre les recherches de chacun des observateurs dont nous avons rapporté les travaux; ainsi, sans insister sur l'apparence des escarres, ces observateurs varient: 1° sur la rapidité d'action de la potasse, puisque les uns indiquent vingt minutes pour la production d'une escarre, et les autres près de douze heures; 2° sur la possibilité de régulariser la pénétration, les uns blâmant le procédé de dilution (Philipeaux), les autres considérant qu'il n'en est pas de meilleur (S. Cooper, Velpeau, Bourgeois); 3° sur la douleur produite, Canquoin indiquant, par exemple, que la douleur est très-supportable, etc.; 4° sur la tendance aux hémorrhagies, Girouard donnant le conseil, pour les éviter, de laver les tissus à grande eau quand on opère sur des vaisseaux de moyen volume, Canquoin disant qu'elle expose toujours aux hémorrhagies subites, qu'elle est difficile à diriger, etc.

Or c'est la solution de ces questions que nous allons demander actuellement à l'expérimentation.

a. PREMIÈRES EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX (1851).

Exp. I. — La première expérience que nous ayons faite sur les animaux avec la potasse caustique avait lieu sur une vache chez laquelle nous avions mis à nu le muscle grand fessier, à la partie supérieure de la cuisse. Puis l'aponévrose d'enveloppe étant complétement enlevée, nous passâmes le bâton caustique sur les fibres musculaires de haut en bas et obliquement d'avant en arrière, en travers de la direction des fibres. L'animal n'accuse pas de douleur; à mesure que la potasse se liquéfie et tend à se répandre au delà de la ligne de cautérisation, un aide l'enlève avec un morceau de ouate; puis les fibres musculaires deviennent peu à peu plus transparentes et prennent une coloration rosée; quelques-unes *éclatent* bientôt; enfin, au bout de deux minutes, une masse charnue de 2 centimètres environ d'épaisseur fut coupée en agissant sur le muscle tantôt directement à sa surface, tantôt par pénétration du crayon entre les fibres.

Exp. II. — Sur la même vache, nous essayâmes ensuite de faire pénétrer un crayon caustique dans les interstices musculaires de la cuisse directement d'arrière en avant, et en le poussant avec lenteur à la matière d'un tire-bouchon. Une demi-minute après, pénétration du crayon à 5 centimètres de pro-

---

mais elle reste à sec entre eux deux; l'un est privé de ses forces, l'autre est trop vieux. Elle te demande pour elle et pour eux, ô Vénus! de rendre à l'un la jeunesse, à l'autre la virilité. »

L'eunuque Eutrope était également marié, comme nous l'apprend ce vers de Claudien:

Et mora pudicæ
Conjugis eunuchi celebrabat vota mariti (1).

V.

L'usage des eunuques se propagea tellement à Rome que Domitien dut défendre la castration: *Castrari mares vetuit. Spadonum qui residui apud mangones erant, prætia moderatus est* (2). « Il défendit que l'on châtrât les hommes, et réduisit le prix des eunuques qui étaient encore chez les marchands. »

Martial parle également à plusieurs reprises de cette prohibition qui fut faite par Domitien:

Non spado jam, nec mœchus erit, te præside quisquam (3).

Non puer avari sectus arte mangonis
Virilitatis damna mœret ereptæ (1).

« L'enfant n'est plus châtré par un trafiquant avide, et n'a plus à regretter la perte de sa virilité. »

Cet édit de Domitien fut encore confirmé par une loi de l'empereur Nerva, son successeur (Xiphilin).

Malheureusement ces lois cessèrent rapidement d'être observées, et l'on vit de nouveau les eunuques se multiplier à Rome, surtout sous Héliogabale, qui leur accorda des récompenses et leur donna des charges importantes. Alexandre Sévère les ramena au rang des esclaves: « Il chassa d'auprès de lui les eunuques et voulut qu'ils servissent sa femme à titre d'esclaves. Tandis qu'Héliogabale avait été esclave des eunuques, Alexandre les réduisit à un certain nombre et borna leur service dans le palais aux bains des femmes. Il leur ôta non-seulement les charges de receveur et d'intendant qu'Héliogabale leur avait données, mais aussi celles qu'ils exerçaient auparavant. Il disait que les eunuques étaient un troisième genre de l'humanité, qu'ils ne méritaient pas d'être employés ni même regardés par des hommes, et qu'ils étaient à peine dignes de servir des femmes de distinction (2). »

Plus tard encore le nombre des eunuques était devenu tellement considérable, qu'Aurélien dut fixer, d'après les revenus déclarés au sénat, le nombre

(1) Claudien, *in* Eutropium, liv. I, v. 89.
(2) Suétone, Vie de Domitien, vii; Ammien Marcellin (liv. XVIII) félicite également Domitien d'avoir pris cette mesure.
(3) Martial, liv. VI, ép. 2.

(1) Martial, liv. IX, ép. 7.
(2) Lampridius, Vie d'Alexandre Sévère, xxii.

fondeur, et formation d'un canal dans lequel put pénétrer sans la moindre difficulté le doigt indicateur.

Exp. III. — Enfin, sur la même, le crayon caustique ayant été enfoncé dans la direction des vaisseaux profonds de la cuisse, il y eut une abondante et rapide perte de sang qu'on ne put empêcher qu'en bourrant le canal formé par la potasse caustique avec des lanières de pâte de chlorure de zinc appuyées de bourdonnets de charpie.

b. DEUXIÈMES EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX (1858).

Lorsque nous reprîmes, en 1858, nos expériences sur l'action de la potasse, nous opérâmes uniquement sur des lapins, et les expérimentations portèrent successivement sur les différents tissus de l'économie. En outre, quelques-unes furent faites aussi sur des cadavres, pour nous rendre compte nettement de la possibilité de dissolution des escarres.

Exp. IV. — Le 15 juillet, nous taraudons avec un crayon de potasse *la peau* du dos d'un lapin que nous avions préalablement rasée. Il a fallu *trois minutes* pour la perforer jusqu'aux tissus sous-jacents. L'ouverture est complète, comme si elle avait été opérée par un emporte-pièce, seulement les bords sont taillés un peu en biseau aux dépens de la surface externe.

Voici ce qui se passa dans cette destruction de la peau : l'épiderme prit le premier une coloration brune et fut rapidement détruit ; puis le derme devint un peu transparent à sa surface et devint brun lui-même ; puis, à travers cette transparence, de petits vaisseaux apparurent et prirent rapidement une coloration noirâtre ; puis ils furent détruits eux-mêmes, mais sans donner lieu à de l'écoulement sanguin ; enfin, la peau étant perforée, nous suspendîmes la cautérisation. Mais *deux minutes après, et après le lavage* de la plaie, *un sang noirâtre suinta de l'orifice du petit vaisseau escarrifié*, mais s'arrêta bientôt de lui-même.

L'ouverture faite à la peau avait seulement un peu plus d'étendue que les dimensions du crayon ; et quatre heures après, elle était sèche, sans tuméfaction des tissus environnants, etc.

Pendant l'opération, l'animal n'avait présenté aucun signe de douleur.

Exp. V. — Le même jour, nous opérons par taraudage avec un cylindre de potasse sur *toute l'épaisseur de l'oreille droite* d'un autre lapin ; et en quatre minutes, nous obtenons une perforation complète, qui comprend ainsi *peau externe, fibro-cartilage et peau interne.*

Les phénomènes qui eurent lieu pendant cette perforation étaient les suivants : destruction rapide de l'épiderme en un liquide onctueux au toucher, avec coloration brunâtre, puis transparence successive des diverses couches du derme que la cautérisation traverse ; puis apparaissent des vaisseaux sanguins semblables à des nervures de feuilles et remplis de sang se colorant en noir à mesure que la cautérisation les envahit ; enfin, destruction complète et perforation comme avec un emporte-pièce, les parties cautérisées ayant successivement disparu par le frottement du crayon caustique et par le lavage avec un tampon de ouate humide à mesure que marchait la destruction.

Enfin, une minute après la fin de l'opération, *hémorrhagie due au vaisseau principal de l'oreille* et arrêtée par une ligature médiate.

Quatre heures après, les bords de la partie cautérisée sont secs et parcheminés ; on observe en outre que l'escarre s'est étendue autour de la perforation, à 1 centimètre environ ; et dans la profondeur de cette escarre qui est un peu transparente, on voit très-distinctement des vaisseaux remplis de sang desséché.

Exp. VI. — Dans cette expérience, il s'agissait de rechercher le mode d'action de la potasse déposée sur les tissus et laissée à demeure, comme on opère quelquefois pour faire des cautères.

Nous introduisîmes en conséquence, sous la peau externe de l'oreille d'un lapin, 10 centimètres de potasse caustique occupant 1 centimètre environ d'étendue.

Escarrification instantanée de la peau externe, du cartilage et de la peau interne, qui présente une coloration gris foncé.

Injection rapide de tous les vaisseaux de l'oreille.

Après dix minutes, l'escarre s'est élargie d'un tiers par suite de la fusée de la potasse dans l'épaisseur de l'oreille.

Alors, à cause de la transparence normale des tissus, exagérée encore par l'action de la cautérisation, on aperçoit le vaisseau principal de l'oreille se colorer en noir, dans une longueur de 2 centimètres vers la pointe d'oreille ; on voit même la solution de potasse se transfuser dans l'intérieur du canal.

Puis, une minute après, *destruction complète du vaisseau* et *hémorrhagie* qu'on ne peut arrêter que par une ligature en masse.

Quatre heures après, l'escarre desséchée comprenait toute l'épaisseur de l'oreille ; sa forme était irrégulière ; elle avait 2 centimètres et demi d'étendue, c'est-à-dire 1 centimètre de plus que le point primitif sur lequel la potasse avait été appliquée. Il n'existait pas de perforation.

Exp. VII. — Comme il était assez curieux de suivre attentivement le mode de destruction des tissus par la potasse, nous essayâmes, dans cette septième expérience, de placer l'oreille de l'animal vivant sur le porte-objet du microscope, et de surveiller l'action de la potasse avec le grossissement d'une forte loupe de l'instrument.

Voici ce que nous indiqua cet examen :

1° Au moment où la peau est touchée par la potasse, il y a dépôt d'une matière blanche qui, brusquement, empêche de voir les parties situées au-dessous ; 2° le lavage à l'eau fait disparaître cette couche opaque ; 3° le contact nouveau de la potasse la reproduit encore et le lavage l'enlève, et ainsi de suite jusqu'au ramollissement complet ; 4° sur les vaisseaux, rétraction d'abord du tissu, puis brusquement coloration du sang en noir, puis enfin extravasation par un pertuis ramolli du canal.

La matière blanche dont nous venons de parler est-elle formée par de la potasse, ou résulte-t-elle de la production d'une matière savonneuse que l'eau dissout ensuite ? C'est ce que nous n'avons pu déterminer.

Exp. VIII. — Le 20 juillet, nous continuons nos expériences sur la potasse caustique en étudiant leur action sur le tissu musculaire.

Dans ce but, après avoir taraudé la peau qui recouvre la fesse gauche d'un lapin et avoir perforé en deux minutes cette peau, comme il a été dit dans les expérimentations précédentes, nous mettons à nu les muscles de la région fessière correspondante. Alors nous cautérisons cette masse en la taraudant avec un cylindre de potasse, et après cinq minutes nous parvenons jusqu'à la face externe de l'os iliaque par une solution de continuité en forme de conduit.

Mais l'animal, qui n'avait pas ressenti de douleurs au commencement de l'opération, s'agite tout à coup avec la plus grande énergie ; des cris perçants se font entendre, et ils se continuent pendant tout le cours de l'opération.

Enfin, deux minutes après, des gouttes de sang rutilant s'écoulent sans jet de la surface de la plaie ; puis au contact de la potasse, il devient noir, et bientôt son abondance nous oblige à intervenir. Il s'arrête alors aisément au moyen d'un tamponnement avec de la charpie exécuté dans la trouée faite par la cautérisation.

Que s'est-il passé dans toute la manœuvre de l'action du cylindre caustique ?

Au contact de la potasse, il ne s'est d'abord produit ni modification de transparence, ni changement de couleur ; mais quelques minutes après, les

---

des eunuques que pouvait posséder un citoyen romain ; leur prix était alors très-élevé (1).

VI.

La castration fut aussi, dans quelques cas, pratiquée comme punition d'un adultère : ce fut le triste sort que subirent Carbo Attienus, qui fut surpris en flagrant délit par Bibieuus, et Marcus Pontius que surprit également P. Cervius (2).

Martial fait en deux endroits des allusions à cette peine de l'adultère :

Uxorem armati futuis, puer Hyle, tribuni,
Supplicium tantum dum puerile times ;
Væ tibi dum ludis : castrabere. — Jam mihi dices :
Non licet hoc. — Quid tu quod facis, Hyle, licet (3)?

« Tu te débauches avec la femme d'un tribun militaire, jeune Hylus, parce que tu ne crains du mari que la punition qu'on inflige aux petits jeunes gens de ton âge ; mais prends garde à toi, tu seras châtré. — Cela n'est plus permis, dis-tu, — mais ce que tu fais est-il donc permis ? »

Quis tibi persuasit nares abscindere mœcho ?
Non hac peccatum est parte, marite, tibi.
Stulte, quid egisti ? Nihil hic tua perdidit uxor (1).

« Qui donc t'a conseillé de couper le nez à l'amant de ta femme ? Ce n'est pas cet organe qui t'a causé du tort. Pauvre sot !... »

Horace parle aussi d'un adultère qui fut puni par une castration très complète :

Accidit ut cuidam testes, caudamque salacem
Demeteret ferrum (2).

VII.

Nous ne trouvons qu'une indication de l'usage de la castration chez les femmes, mais sans détails sur ce sujet. Un historien grec, Xanthus, dit que cette opération fut pratiquée d'abord en Lydie. Le texte de cet historien était perdu, mais on le connaît par deux citations sur ce sujet empruntées à d'autres auteurs ; les voici :

« Xanthus dit qu'Adramites, roi de Lydie, fit le premier châtrer des femmes, et qu'il s'en servit en place d'eunuques » (cité par Athénée, *Deipnosophistes*, liv. XII, ch. II).

(1) Fl. Vopiscus, Vie d'Aurélien, XLVIII.
(2) Valère Maxime, De dictis factisque memorabilibus, lib. VI, 1.
(3) Martial, liv. II, ép. 60.

(1) Martial, liv. III, ép. 85.
(2) Horace, Satires, liv. I, sat. II.

fibres musculaires ont subi une dissolution complète et pris une coloration grisâtre; en outre, par suite du taraudage, le cylindre de potasse avait enroulé à sa pointe des fibres blanches qui avaient l'aspect de la ouate; enfin, ces filaments délayés dans l'eau se sont immédiatement dissous en partie, et le lendemain la dissolution était complète.

Exp. IX. — Dans une autre expérience, le même jour, nous mettons de nouveau à nu la masse musculaire de la région fessière, pour rechercher si la potasse qui paraît s'infiltrer dans les fibres musculaires environnant la partie cautérisée a fait subir à elles-mêmes la destruction par le caustique.

Mais, le lendemain, il est manifeste qu'il n'existe autour de l'excavation produite par la potasse qu'un simple liséré noirâtre, la cautérisation s'étant ainsi circonscrite assez nettement, soit par sa formation avec la partie détruite d'un composé nouveau dépourvu d'action caustique, soit parce que la potasse dissoute s'est épuisée en partie après avoir touché les chairs sur lesquelles elle avait opéré déjà.

La démonstration fut encore plus complète le 24 juillet. L'excavation formée par la potasse était alors, en effet, presque fermée, et en incisant ses bords jusque sur les parties saines, on constatait que les bords étaient très-superficiellement escarrifiés d'une part, et d'autre part que la peau était déjà adhérente au tissu cellulaire sous-jacent et aux muscles sur la limite même du conduit formé par la cautérisation.

Exp. X. — Expérience sur les *ligaments*. Après avoir incisé la peau de la cuisse gauche en arrière, nous mettons à nu le ligament rotulien inférieur. Notre but est de le couper par la cautérisation. Le ligament perd d'abord sa couleur nacrée pour passer à la couleur grise ambrée; il devient ensuite transparent; enfin, la destruction n'est complète qu'avec une extrême lenteur.

Exp. XI. — La section du ligament sous-rotulien ayant mis à nu l'articulation du genou, nous essayons l'action de la potasse sur le *cartilage* d'encroûtement de l'extrémité inférieure du fémur. Il perdit alors rapidement sa couleur nacrée et son poli; mais sa destruction n'eut lieu qu'après un temps très-long et beaucoup plus long encore que celui qui avait été nécessaire pour diviser le ligament sous-rotulien.

Exp. XII. — Il n'en fut pas de même sur le *tissu de la cornée*. Dans cette expérience, le crayon de potasse passé légèrement sur la cornée y produisit immédiatement une opacité superficielle. Puis cette couche albuginée ayant été enlevée parfaitement avec une ouate sèche, la cornée reprit immédiatement sa transparence; enfin ces deux manœuvres, applications du crayon caustique et frottement avec une ouate, ayant été répétées à trois reprises, la cornée s'amincit notablement, et il se produisit une perforation par laquelle s'écoulèrent les humeurs de l'œil.

Exp. XIII. — Dans nos expériences antérieures, il avait déjà été question de l'action de la potasse sur les vaisseaux de moyen volume; mais il était intéressant de renouveler l'expérimentation sur une *artère de gros calibre*; nous choisîmes en conséquence l'artère crurale.

Elle fut complétement mise à nu chez un lapin du côté gauche et nous dûmes la maintenir un peu soulevée par une sonde cannelée pour que l'action caustique se manifestât avec la plus grande évidence.

Voici ce qui se passa: Au contact de la potasse, les parois de l'artère prirent d'abord une transparence inaccoutumée; puis le vaisseau s'amincit un peu et sembla comme s'étendre en diminuant un peu de calibre; puis le sang qui le remplissait prit une coloration noire dont il fut impossible d'observer la limite supérieure et inférieure; enfin l'artère s'étant réduite à un très-petit volume se rompit, et de son bout supérieur jaillirent immédiatement des flots de sang que nous dûmes arrêter par la compression.

Exp. XIV. — La présente expérience est un corollaire de la précédente et a pour objet de mettre en relief le mode d'action de la potasse sur le sang. Nous appliquons une pastille de potasse sur du sang tiré d'une veine et figé; aussitôt la couleur rouge passe au noir d'encre dans une étendue d'un demi-centimètre autour de la pastille. Enfin, une demi-heure après, toute la potasse étant dissoute dans le sérum formé, il en résulte un caillot noir, durci, en forme d'escarre, dépassant de 5 millimètres le point où la potasse avait été appliquée, et ceci explique peut-être pourquoi les hémorrhagies produites par la potasse s'arrêtent si facilement au moyen du tamponnement, comme nous le dirons dans la suite.

Exp. XV. — Nous allons terminer ces récits par l'action de la potasse *sur les os*.

Après avoir fait une incision transversale sur le côté gauche de la tête, et le péricrâne étant mis à nu, nous taraudons avec un crayon de potasse l'os pariétal gauche dans une étendue d'un centimètre de diamètre.

La potasse dissout d'abord facilement le péricrâne; puis par le frottement avec le crayon l'os devient d'un blanc d'émail, ensuite d'un blanc mat, enfin d'un blanc veiné et piqueté de points rougeâtres. Quand on passe le doigt sur la surface de l'os, il est onctueux et a le poli du marbre. On voit, en outre, bientôt les ouvertures béantes des canalicules laisser suinter une petite gouttelette de sang noir; mais il nous est impossible, ce qui devait être prévu d'ailleurs, de détruire l'os jusqu'à la dure-mère. Un mois après, l'escarre superficielle produite n'était pas encore détachée.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les cahiers de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1857, contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Des convulsions idiopathiques des muscles de la face*; par M. Deconde. 2° *Observation de luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière*; par M. Journez. 3° *Observations de maladie vésicale*; par M. Petithan. 4° *De l'occlusion palpébrale dans certains cas de kératite*; par M. Binard. 5° *De l'action du café*; par M. Scohy. 6° *Fractures multiples*; par M. Wibin. 7° *Observation de polyurie*; par M. Declercq. 8° *De l'emploi de l'opium dans certains troubles fonctionnels du cerveau*; par M. Binard. 9° *Des helminthes*; par M. Gastin. 10° *Des urines à l'état physiologique*; par M. Eymael.

DÉFAILLANCES QUI SURVIENNENT PARMI LES TROUPES EN MARCHE PENDANT LES GRANDES CHALEURS.

Dans une conférence tenue par les officiers de santé militaires, à Bruxelles, cette question a été agitée. Voici comment elle a été résolue. Lorsqu'au début d'une revue, les hommes, immobiles et n'ayant subi aucune fatigue, tombent dans les rangs, ils présentent presque toujours tous les phénomènes de la syncope.

Lorsqu'au contraire, dans les marches et les manœuvres, les hommes sont épuisés par la chaleur et la fatigue, leur respiration devient bientôt incomplète et insuffisante, et il se produit un état d'asphyxie

---

» Xanthus raconte que Gygès, roi de Lydie, fit le premier châtrer des femmes pour s'en servir en leur conservant plus longtemps la jeunesse et la beauté, *ut iis semper ætate et forma florentibus uteretur*.» (cité par Suidas et Hesychius) (1).

Je me rappelle avoir lu dans un historien ancien, dont le nom m'échappe, l'histoire d'un châtreur d'animaux qui aurait coupé et enlevé la matrice à sa fille qui exerçait le métier de fille publique; — mais les témoignages relatifs à la castration des femmes sont très-rares et peu clairs. Il est probable qu'il ne s'agissait que de la résection du clitoris trop développé, ou des petites lèvres hypertrophiées; cette dernière opération notamment était pratiquée autrefois et l'est encore fréquemment dans certains pays.

— Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel des pharmaciens en chef des hôpitaux de Paris:

M. Fordos a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. Regnault, nommé directeur de la pharmacie centrale.

M. Joulie a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Fordos, nommé pharmacien de l'hôpital de la Charité.

M. Adam a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Joulie, nommé pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine.

(1) Voy. les Fragmenta historicum græcorum, édit. de Firm. Didot, 1841, t. I, p. 39.

— Par décret du 8 septembre, MM. Dufresné, médecin-major au 56e régiment de ligne, et Dupont, vétérinaire, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Le puits gelé de Brandon (Vermont) est une des curiosités naturelles du Nord-Amérique. MM. Jackson et Blake viennent de l'examiner attentivement et de donner quelques renseignements à M. Elie de Beaumont.

Ce puits a 10m,46 de profondeur; il a été creusé à travers un gravier gelé qui a été rencontré à la profondeur de 15 à 20 pieds au-dessous de la surface.

Au moment où MM. Jackson et Blake l'ont visité, le puits était incrusté de glace dans toute sa partie inférieure et ne contenait d'eau liquide que sur une hauteur de 5 pieds.

Cette eau gèle quelquefois; elle vient d'en bas, au fonds du puits, dans une couche de sable qui n'est pas gelée.

Le massif de calcaire gris bleuâtre qui supporte le gravier porte les traces très-marquées des efforts d'un transport violent, et présente l'aspect des roches moutonnées.

Sur sa surface se trouvent des blocs de roches qui n'appartiennent pas à la contrée.

Les mêmes observateurs l'intention de continuer leurs recherches, et d'examiner deux autres puits gelés qu'on a dit exister, l'un à Pioga, sur la rivière Susquehanna (New-York), et l'autre à Strasford (Connecticut), afin de découvrir, s'il est possible, l'origine de la glace des couches gelées.

lente et progressive, qui finit par mettre l'homme dans l'impossibilité de continuer sa marche.

Alors on observe une grande faiblesse du pouls et de la respiration, la résolution des forces musculaires et une suspension plus ou moins complète des fonctions du système nerveux. Il faut, dans ces cas, débarrasser le malade de tout ce qui gêne la respiration, le placer à l'ombre, la tête un peu élevée, réveiller l'action nerveuse par des lotions froides à la face et par des frictions excitantes. La saignée générale ne semble pas indiquée dans les premiers moments, parce qu'elle pourrait achever l'épuisement des forces. Toutefois, une petite saignée de 3 ou 4 onces, pratiquée lorsque les premiers moyens n'ont pas réussi à ranimer le malade, peut être utile en évacuant une partie du sang fortement carbonisé et en facilitant ainsi la réaction.

II. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES.

Les cahiers de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1857 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la civilisation et de ses rapports avec la cause et le traitement de la folie en Europe*, par M. Parigot. 2° *Du traitement de la pustule maligne par le fer rouge*, par M. Putégnat. 3° *De la valeur de quelques agents employés pour remédier aux accidents de l'éthérisation*, par M. Plouviez. 4° *Des erreurs de diagnostic dans les maladies, surtout chez les femmes*, par M. Delhaye. 5° *Plaie de tête compliquée*, par M. Delstanche. 6° *Écrasement de la face*, par M. Beaupoil. 7° *Réflexions sur le traitement des fractures obliques et compliquées des membres inférieurs*, par M. Uytterhoeven. 8° *Observation d'une tumeur fongueuse de l'iris*, par M. Vallez. 9° *Bronchite aiguë intermittente*, par M. Bougart. 10° *Du typhus abdominal des enfants*, par M. Friedrich. 11° *Métamorphoses des vorticelliens*, par M. d'Udekem. 12° *De la corectopie colobomateuse congéniale*, par M. Vallez. 13° *De l'eau froide en chirurgie*, par M. Beaupoil. 14° *De l'introduction des médicaments dans l'organisme au moyen du courant galvanique*, par MM. Pélikan et Saveliff. 15° *De la doctrine des esprits surnaturels en philosophie et en médecine*, par M. Parigot. 16° *Observation de hernie étranglée*, par M. Demagny.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR FONGUEUSE OU VASCULAIRE DE L'IRIS ; par M. VALLEZ, médecin à Bruxelles.

OBS. — M. C., ancien inspecteur d'octroi, âgé de 67 ans, doué d'une bonne constitution, portait depuis un an, sur l'œil gauche, une excroissance bosselée, d'un noir de jais et de la grosseur d'un pruneau. Dans l'espoir d'en obtenir la résolution, le malade avait fait usage de plusieurs collyres ; mais bien loin de diminuer, la tumeur s'était accrue sensiblement au point que les paupières ne pouvaient plus la recouvrir. Elle cachait complétement la cornée, paraissait fortement adhérente à cet organe, n'occasionnait aucune douleur, si ce n'est une gêne mécanique, et donnait au malade un aspect hideux.

Quoique cette tumeur fût volumineuse, eu égard à son siége, elle était néanmoins sans inflammation aiguë, de même que l'œil et les paupières.

On comprima plusieurs fois de suite et en tous sens cette végétation ; mais comme elle présentait toujours une égale résistance, on augura qu'elle était adhérente à l'œil par une large surface. On supposa donc que le bulbe oculaire était fortement compromis, et l'opération fut proposée. Cependant avant de recourir à l'instrument tranchant, on trouva un autre moyen : l'excroissance fut cernée avec une ligature. Le succès fut complet ; la tumeur céda tout à coup à la ligature et se détacha comme un fruit mûr. Une hémorrhagie s'ensuivit. Dès que celle-ci fut arrêtée, on vit que le champignon irien était sorti de la coque oculaire, à la région du cercle ciliaire, du côté temporal. On cautérisa fortement la plaie avec le nitrate d'argent. On fit des applications froides permanentes sur l'œil ; et, afin d'éviter les adhérences anormales du bulbe avec les paupières et de faciliter la chute de l'escarre, on fit toutes les deux heures des instillations, à l'aide d'un pinceau en blaireau, d'un collyre composé d'acide citrique et de glycérine.

En peu de jours, l'inflammation traumatique avait disparu. La pupille a conservé sa forme normale, ainsi que ses mouvements. La vision s'est rétablie si bien, que cinq semaines plus tard l'opéré voyait parfaitement.

Quatre mois se sont passés depuis l'opération, et rien n'annonce qu'il doive y avoir repullulation.

OBSERVATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE RÉDUITE PAR LE PROCÉDÉ SEUTIN ; par M. DEMAGNY.

OBS. — Le nommé P..., laboureur, demeurant à Martragny, était atteint depuis deux ans de hernie inguinale droite ; grosse comme un œuf, elle rentrait facilement dès que le malade se couchait sur le dos. Honteux de son infirmité, il l'avait cachée et ne se servait d'aucun moyen contentif.

Le 30 décembre, vers dix heures du matin, il reçut un coup de pied de cheval dans la région épigastrique et fut renversé sur le siége. La hernie prit un volume beaucoup plus considérable, mais le malade ne souffrait pas. Il ne se coucha que vers huit heures du soir, sans s'occuper de sa hernie qui se réduisait toujours durant la nuit. Il fut réveillé à onze heures par des coliques très-vives dont la hernie était le point de départ.

Le docteur Blatel arriva à minuit et fit des tentatives de réduction. Malgré un taxis répété souvent jusqu'à six heures du matin, la réduction ne put être obtenue.

Des vomissements étaient survenus, le ventre était météorisé et très-douloureux à la pression ; la face était grippée ; la hernie, grosse comme le poing, très-enflammée, ne permettait plus de tentatives de taxis. On se disposa à faire la kélotomie.

Arrivé près du blessé à neuf heures, M. Demagny trouvant dans sa position une raison de craindre un commencement de péritonite, résolut d'essayer le procédé de réduction de M. Seutin.

En reposant doucement la hernie en bas et en dedans, il put, sans trop de peine, engager le bout de l'indicateur droit sous le bord externe de l'anneau qui céda promptement à une pression plutôt douce et continue que forte et brusque.

Bientôt l'orifice de l'anneau dévint tellement lâche et fuyant devant la pression du doigt qu'il parut suffisamment dilaté.

On essaya le taxis, mais en vain.

De nouvelles tentatives de dilatation furent faites sur l'anneau, et bientôt on entendit un craquement très-manifeste. C'était l'orifice externe qui avait cédé. Un nouvel effort ouvrit avec le même bruit l'orifice interne, et dès lors la hernie rentra comme par enchantement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

TÉTANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ SANS SUCCÈS PAR LE CURARE ; lettre de M. MANEC.

Un cas de tétanos traumatique vient de se présenter dans mon service à l'hôpital de la Charité, et j'ai cru devoir essayer le curare, recommandé dans une récente communication faite à l'Académie. Dans ma longue pratique chirurgicale n'ayant jamais vu guérir de malade affecté de cette espèce de tétanos, je me suis attaché à employer ce nouveau moyen avec d'autant plus de prudence que l'observation de M. Vella qui a servi de base à la savante discussion qui a eu lieu dans l'Académie, laisse beaucoup à désirer relativement à la dose du médicament employé.

L'absence de M. Claude Bernard ne me permettant pas, pour cette tentative sur l'homme, de recourir à son expérience sur les effets du curare, je me suis adressé à un de mes collègues des hôpitaux, M. Vulpian, qui, lui aussi, a beaucoup expérimenté ce poison sur les animaux. C'est avec son concours que j'ai fait cet essai qui malheureusement a complétement échoué sur notre malade, qui a succombé samedi dernier dans la nuit, trente heures après l'invasion du tétanos traumatique.

J'ai fait recueillir avec soin cette observation que j'aurai l'honneur de communiquer lundi prochain à l'Académie avec tous les détails que son importance actuelle exige.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Un rapport de M. le docteur Colson sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Commercy, en 1858. (Comm. des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une nouvelle note de M. Lemaire sur les propriétés désinfectantes de l'émulsion de coal-tar par la teinture alcoolique de saponine. (Comm. : MM. Larrey, Bouley, Velpeau.)

2° Une note de M. le docteur Cabanes (de Béziers) sur l'emploi du coal-tar, comme désinfectant, en mélange avec divers objets de pansement usuels (farine, graisse, charpie, etc.). (Même commission.)

3° Un travail de M. le docteur Robert Uvedale West intitulé : « Études statistiques de certaines influences sur l'état puerpéral de la mère. » (Comm. : MM. P. Dubois, Depaul, Danyau.)

4° Un mémoire de M. le docteur Léaudand (de la Trinidad) sur l'exomphale chez l'enfant nègre. (Comm. : MM. Cruveilhier, Barth, Depaul.)

5° Une observation de gangrène de la bouche consécutive à la fièvre typhoïde, recueillie par M. Laurent-Féraud, chirurgien de deuxième classe de la marine, et envoyée par M. le professeur Barallier. (Comm. : MM. Huguier, Bonvier, Blache.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Delacroix, secrétaire archiviste de la Société d'encouragement, qui déclare que cette Société n'a point décerné une médaille à M. Corne,

— M. Robinet présente, au nom de M. Boinet, un mémoire intitulé : « De l'iode comme désinfectant dans les suppurations fétides, sanieuses, virulentes et de mauvaise nature, etc. »

L'auteur rappelle que, dès l'année 1839, il a préconisé les préparations d'iode comme agents antiseptiques.

— M. Depaul offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur J. Rouyer, une brochure intitulée : Études médicales sur l'ancienne Rome.

M. Rouyer, dit M. Depaul, très-connu dans la presse médicale par de nombreuses et intéressantes publications, étudie dans ce travail les bains publics de Rome, les magiciennes, les philtres, l'avortement, la castration, l'infundibulation, la cosmétique, les parfums, et enfin l'histoire des femmes qui ont exercé la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

— M. Larrey, chargé de faire un rapport sur un travail de M. Lecoeur, relatif à l'emploi des alcooliques en chirurgie, déclare que ce travail ayant été publié à la suite d'une deuxième édition d'un mémoire de MM. Bataillhé et Guillet, il n'y a pas lieu de faire un rapport.

RAPPORTS. — REMÈDES SECRETS.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées par l'Académie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la chorée.

La parole est à M. Bouvier.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA CHORÉE.

M. Bouvier : Permettez-moi, en commençant, d'écarter tout d'abord trois petites récriminations de mon excellent collègue M. le professeur Trousseau.

1° M. Trousseau vous a dit que je l'avais accusé de n'avoir pas lu Bonteille. J'ai eu beau chercher dans mes souvenirs, dans mes notes, dans mon discours imprimé, je n'y ai rien trouvé de pareil. J'ai toujours été convaincu, comme je le suis encore, que M. Trousseau avait dû lire Bonteille avant moi, et mieux que moi.

2° Suivant mon honorable ami, je l'aurais *défié* de citer un auteur moderne qui multiplie comme lui les espèces de *chorées*. Voici mes propres paroles : « Quant à moi, je ne connais pas d'auteur moderne qui, ainsi que M. Trousseau, fasse des *chorées* de telles et telles affections. » Est-ce là un défi? *Je n'en connais pas, moi*, c'est-à-dire que d'autres peuvent en connaître; que M. Trousseau peut en connaître; nous verrons tout à l'heure s'il en connaît.

3° Enfin, M. Trousseau a supposé que j'avais attaqué, par *prétérition*, ses opinions sur l'état mental dans la chorée. Mon collègue se fonde sur ce que j'ai déclaré « m'associer purement et simplement *aux éloges et aux critiques contenus dans le rapport de M. Blache.* » Or il n'est nullement question de M. Trousseau ni de ses opinions dans ces éloges et ces critiques.

J'arrive à des choses un peu plus sérieuses.

M. Trousseau abandonnera volontiers le nom de *danse de Saint-Guy*, pourvu qu'on lui en donne un autre pour l'*espèce* que ce nom représente, suivant lui, le mot *chorée* devant désigner le *genre*. De mon côté, je ne tiens pas davantage au nom de *chorée*. Je pense à cet égard comme en 1853; je disais alors :

« Quel rapport y a-t-il entre ces phénomènes (ceux de l'ancienne *chorea sancti Viti*) et les mouvements convulsifs, désordonnés, involontaires, de notre chorée? Aucun; les deux affections n'ont de commun que le nom. Pourquoi leur laisser cette dernière apparence de similitude qui expose sans cesse à attribuer à l'une ce qui n'appartient qu'à l'autre? Sans doute, il n'est pas facile de changer le langage reçu... Mais que du moins, *en attendant la bonne fortune d'un nom assez court, assez euphonique pour remplacer le nom de la chorée moderne*, que du moins on la sépare entièrement dans le cadre nosologique de l'ancienne *chorea sancti Viti*, etc. »

Ainsi, vous le voyez, ce n'est que faute de mieux que je désire conserver le nom de *chorée*.

Dira-t-on, *myotirbie?* C'est un mot un peu long et d'un sens bien vague.

Dira-t-on, avec Sauvages, *scélotyrbe?* Ce serait consacrer une erreur de ce grand nosologiste, car la scélotyrbe de Galien n'est pas la chorée, c'est une sorte de paraplégie.

Maintenant, pourquoi ai-je préféré *chorée* à *danse de Saint-Guy?* Par la même raison que Bouteille : parce que l'absurdité du mot *danse* choque moins dans le latin francisé, et parce qu'on est dispensé d'ajouter les mots *de Saint-Guy*, qui sont un non-sens.

D'ailleurs, quoi qu'en dise M. Trousseau, le nom de *chorée* est aussi bon pour désigner l'*espèce* que pour dénommer le *genre*. Il n'y a là aucune confusion possible, comme le craint mon savant collègue. Il suffit d'une épithète pour s'y reconnaître.

Un dernier mot, je vous prie, sur cette question de nomenclature. M. Trousseau paraît croire que le nom de *danse de Saint-Guy* ne s'applique pas habituellement au genre *chorée*, qu'on ne l'entend que de l'*espèce*, c'est-à-dire de la chorée vulgaire. Cela est peu conforme au langage des auteurs. Ces divisions, que M. Trousseau vous a lui-même rappelées, et qui se trouvent dans les ouvrages de Bernt, de Bouteille, de Jos. Frank, ce sont des divisions de la *danse de Saint-Guy*, de la *chorea sancti Viti*, aussi bien que de la *chorée* tout court, car les auteurs emploient indifféremment toutes ces expressions pour désigner une seule et même chose. Sydenham, à la vérité, n'a appliqué le nom de *chorea sancti Viti* qu'à notre chorée vulgaire; mais c'est tout simplement parce qu'il n'en connaissait pas d'autres; son *genre*, à lui, n'avait qu'une *espèce*, les autres sont venues depuis.

Ceci m'amène à répliquer à mon honorable collègue sur la question de nosologie.

Pour prouver la nécessité de procéder par genres et par espèces, mon savant ami vous a rappelé les espèces établies par les nosologistes modernes, et les névroses différentes auxquelles on a appliqué et un applique encore le nom de *chorée*.

Je rappellerai à mon tour que, à l'exemple de M. Sée, j'ai reconnu, moi aussi, un genre *chorée*, divisé en deux espèces, qui sont :

1° La chorée vulgaire, gesticulatoire;

2° La chorée rhythmique ou anormale.

Je ferai seulement remarquer que cette dernière espèce se sous-divise en de nombreuses variétés.

Mais j'ai reproché à mon éminent collègue d'avoir trop multiplié les chorées, d'avoir trop élargi son genre, en y rangeant des affections qu'aucun auteur moderne, du moins à ma connaissance, n'avait appelé des *chorées*. Examinons si les faits produits par M. Trousseau répondent suffisamment à ce reproche.

Mon excellent collègue a cité Bouteille, Joseph Frank et Bernt. Il ne s'est pas arrêté à Bouteille, dont il fait peu de cas.

Bernt et Frank ont décrit une *chorea circumrotatoria*, une *chorea rotatoria*, une *chorea circumambulatoria*, une *chorea procursiva seu festinans*, une *chorea saltatoria*. N'est-ce pas la preuve, dit M. Trousseau, de l'étendue que les auteurs, même modernes, donnent au genre *chorée*, et du grand nombre de névroses qu'ils y font entrer?

Comment M. Trousseau n'a-t-il pas vu que toutes ces espèces de chorées ne sont que des variétés de la chorée rhythmique; qu'elles sont comprises, par conséquent, dans la division que j'ai admise, et qu'elles ne le justifient nullement d'avoir appelé *chorée* la choréomanie hystérique, le tarentisme, le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, la *paralysis agitans*, l'ataxie locomotrice progressive?

En définitive, mon savant collègue ne nous a pas fait connaître d'auteur moderne qui tienne pour des chorées les affections qu'il regarde comme telles; il n'est pas étonnant que, de mon côté, je n'aie pu en trouver. Un dernier point me reste à discuter.

A entendre M. Trousseau, j'aurais eu tort de séparer aussi complétement l'ancienne chorée, la chorée avant Sydenham, de la nouvelle, de la chorée après Sydenham. L'ancienne chorée ne serait pas une pure choréomanie, ce serait un mélange de plusieurs névroses confondues pêle-mêle. Sydenham aurait le mérite d'avoir débrouillé ce chaos, d'en avoir tiré la vraie chorée, celle que nous connaissons sous ce nom. Le peuple, en effet, continue M. Trousseau, ne pouvait faire un diagnostic certain des maladies qui réclamaient l'intercession de saint Guy, et l'on se rendait à la chapelle d'Ulm pour des paralysies, des hystéries, de vraies chorées, des folies, etc. Un nom commun, celui de *chorea sancti Viti*, fut donné à toutes ces affections; il fut inspiré par les danses étranges qu'excitait, chez tous ces malades, l'invocation du saint.

J'aurais bien voulu m'éclairer aux mêmes sources que mon honorable collègue; malheureusement M. Trousseau, sans doute pour ménager vos instants, a mis une telle discrétion dans l'indication des textes où il doit avoir puisé, que je n'ai pas pu remonter à une seule autorité qu'il ait citée. Force m'a été de m'en tenir aux sources connues, et c'est avec des textes qui sont partout, que je viens vous présenter à mon tour l'histoire de la chorée du moyen âge, telle qu'il m'a été donné de la comprendre.

Les plus anciens documents sur la *chorea sancti Viti* sont des légendes et des chroniques, dont les récits sont naturellement entachés de la superstition des époques.

Ainsi, il est d'abord question, au onzième siècle, d'une vingtaine d'individus des deux sexes atteints de manie dansante pour avoir encouru la malédiction d'un prêtre en dansant et en criant dans un cimetière. Au treizième, plus de cent enfants, saisis de la même fureur, vont en sautant et en dansant d'Erfurt à une lieue de là, à Arnstadt, où ils tombent épuisés de fatigue. A Utrecht, 200 danseurs, considérés comme des possédés, se démènent sur un pont, et ne se calment qu'au passage du saint-sacrement.

Au quatorzième siècle, en 1374, et même dès 1373, ces danseurs abondent en Allemagne, en Hollande, en Flandre, en Lorraine. Les récits se multiplient; ils ont permis à M. Hecker de donner une description fort détaillée de cette sorte de danse épidémique. « Des troupes d'hommes et de femmes, dit-il, réunis par un délire commun, offraient au peuple, dans les rues et dans les églises, un étrange spectacle. Se tenant par la main, ils dansaient des heures entières, jusqu'à ce qu'épuisés ils tombassent à terre. »

Cet état s'accompagnait de tympanite, d'extase, d'hallucinations; il était souvent précédé ou suivi de convulsions. On l'attribuait au diable, et on le traitait par les exorcismes.

Le nombre de ces pauvres fous était considérable. Rien qu'à Metz, suivant un chroniqueur,

Dans la ville y eut des dansants,
Tant grands que petits, onze cents.

Leur foule se grossit, à la vérité, des vagabonds, des débauchés de l'un et de l'autre sexe; mais ceux-ci n'étaient pas en majorité.

Au commencement du quinzième siècle, en 1418, l'Alsace eut son tour; une

très-ancienne chronique rapporte le fait en six vers allemands qui commencent ainsi :

Strasbourg vit sautants et dansants
D'hommes et femmes plusieurs cents.

Comme ceux des siècles précédents, ces insensés dansaient avec fureur dans les rues, sur les places publiques. Les magistrats les firent conduire dans des chapelles voisines dédiées à saint Guy. Là, leur frénésie était, dit-on, suspendue par l'influence des cérémonies religieuses.

Je n'ai pas encore fait parler les médecins : c'est qu'en effet, à cette époque, ils gardent un silence presque absolu sur cet état singulier. Et pourtant la *chorea sancti Viti* était déjà tellement connue et redoutée du peuple, qu'elle entrait, comme la peste, dans une formule d'imprécation usuelle ; on disait : « Que la danse de Saint-Guy te prenne ! » comme on a dit longtemps : « Que la peste t'étouffe ! » Mais cette affection, attribuée alors à des causes surnaturelles, ne paraissait pas être du ressort de la médecine. Ce n'est qu'à dater du seizième siècle qu'il en est question avec quelque détail dans les écrits de nos devanciers.

Othon Brunsfeld, dans son ONOMASTICON MEDICINÆ (1524), et Paracelse, sont les premiers qui en traitent. Brunsfels assimile la maladie au corybantisme ou à la fureur fanatique des anciens corybantes ; Paracelse ne nous apprend aucun fait nouveau, et il décrit d'une manière tout à fait insuffisante les trois sortes de chorées ou *danses* qu'il établit.

Je vous fais grâce de Monavius (1576) et de quelques autres, qui n'ont dit qu'un mot de la *chorea sancti Viti*.

Des renseignements plus précis nous sont fournis par Schenck, de Grafenberg (1585). Ils s'accordent pleinement avec les relations des chroniqueurs et des historiens. Le langage de Schenck se ressent encore de la vive impression que ce fléau avait laissée dans l'esprit des populations. Il appelle ce mal : *rara et horrenda insaniæ species, qua corrupti miro saltandi furore agitantur, unde sancti Viti nomen invenit.*

Schenck retrace, d'après la tradition ou les récits des auteurs, ce qui s'était passé du temps de ses pères. C'est toujours le même tableau. Des bandes furieuses, hommes, femmes, enfants, vieillards, couraient de tous côtés et dansaient à en perdre haleine, si l'on ne les arrêtait à temps. Ils y mettaient une telle violence qu'on en voyait se briser le corps contre les murs, ou se précipiter, sans s'en apercevoir, dans les rivières qui se trouvaient sur leur passage.

Quelques faits analogues paraissent s'être produits à une époque plus rapprochée de Schenck ; il dit, en effet : « Une chose qui semble tenir du prodige, c'est qu'on vit des femmes sur le point d'accoucher se livrer aux mêmes fureurs, avec une bande autour du ventre, sans dommage pour leur enfant ; ce qu'on croirait à peine, ajoute-t-il, *si cela n'était confirmé par des exemples plus récents.* »

Il est aisé de voir que ces détails concernent uniquement la manie dansante et non les autres névroses dont M. Trousseau vous a parlé.

Enfin, ce qui achève bien de montrer l'idée nette que Schenck se faisait de la maladie, c'est un long parallèle qu'il établit entre cette vésanie et l'*enthusiasmos* de plusieurs auteurs grecs, sorte d'extase attribuée à l'inspiration divine, et aussi accompagnée de sauts et d'agitation musculaire.

Félix Plater (1602), contemporain de Schenck, comprend comme lui la danse de Saint-Guy, qu'il nomme *saltus Viti*.

Il raconte avoir vu à Bâle, dans sa jeunesse, une femme qui dansa ainsi publiquement, presque sans interruption, pendant un mois, quoiqu'elle en eût la plante des pieds toute meurtrie. Le bourgmestre lui avait fait donner des hommes vigoureux pour danser avec elle, l'un après l'autre, jour et nuit, *qui alternatim, uno fesso, altero succedente, cum ea dies noctisque tripudiarunt.* Lorsqu'elle était forcée de s'asseoir pour prendre un peu de nourriture ou de sommeil, *elle agitait encore ses membres comme si elle dansait.* Cette dernière circonstance, également notée par d'autres auteurs, explique peut-être comment on a confondu, plus tard, cette choréomanie avec notre chorée. Cette femme finit par tomber dans une grande prostration et entra à l'hôpital, où elle guérit.

« Quelques Arabes, dit Plater, ont voulu faire de cette maladie une espèce de convulsion ; mais *il n'y a ici aucune convulsion des membres*, il n'y a qu'un esprit dérangé, que des désirs pervertis... »

On le voit, Félix Plater, qui ne paraît pas avoir connu notre chorée convulsive, n'en avait pas moins parfaitement posé le caractère distinctif des deux affections, trop oubliées depuis.

Après le seizième siècle, la *chorea sancti Viti*, déjà fort rare du temps de Schenck et de Plater, ne se montre plus qu'isolément et à de longs intervalles ; elle a entièrement perdu son caractère en apparence épidémique. Mais nous trouvons dans les écrits des médecins de nouveaux témoignages sur la chorée des siècles précédents.

Horst ou Horstius (1623), qu'on appelait dans son temps l'*Esculape de l'Allemagne*, n'a parlé qu'incidemment de la danse de Saint-Guy dans sa réponse à Eckoldt, que j'ai déjà cité. Mais on a donné plus tard une telle importance au peu qu'il en a dit, qu'il ne sera pas inutile de ramener son récit à ses véritables proportions, comme M. Roth a déjà tenté de le faire.

(Horst raconte qu'il a causé avec quelques femmes qui vont tous les ans en pèlerinage depuis plus de vingt ans à une chapelle de saint Guy, dans le district d'Ulm, où elles dansent jour et nuit, l'esprit égaré, jusqu'à ce qu'elles tombent à terre comme en extase, etc. Horst compare ces femmes aux tarentistes. C'est cette relation de Horst qui, très-diversement commentée, a donné lieu à des interprétations erronées dont M. Bouvier cherche ici à établir le véritable sens.)

Les seules conséquences que je tirerai de l'article de Horst, continue M. Bouvier, c'est qu'au commencement du dix-septième siècle tout vestige de la *chorea sancti Viti* n'avait pas encore disparu ; c'est qu'à l'occasion de la chapelle d'Ulm, comme des autres chapelles dont j'ai parlé, il n'est question dans les auteurs que de pèlerins dansomanes ; c'est enfin que Horst, comme Schenck, comme Phil. Camerarius, comme Félix Plater, appelait danse de Saint-Guy une pure choréomanie, qu'il ne confondait pas avec l'affection hommée aujourd'hui chorée. Et, en effet, son livre contient un exemple de cette dernière affection, de notre chorée vulgaire, qui lui a été communiqué par Eisenmenger sous le nom de *tremor singularis*, et Horst se garde bien d'y voir une *chorea sancti Viti*.

Une soixantaine d'années nous séparent encore de Sydenham. Il y a beaucoup d'auteurs dans cet intervalle. Je ne vous entretiendrai plus que de Rodolphe Camerarius, Sennert, Willis et Wedel.

Jean-Rodolphe Camerarius est, comme Horst, du commencement du dix-septième siècle. Pour écrire son article sur la chorée, il s'est contenté de copier littéralement ce qu'en avaient dit Félix Plater, Horst et Monavius ; il est donc de leur avis.

Sennert est encore un contemporain de Horst. Il définit la *chorea sancti Viti* : un désir continuel et insensé de danser, *perpetuum et insanum saltandi desiderium* ; il se borne à résumer en quelques lignes les principaux traits de cette vésanie.

Willis est du même temps que Sydenham, mais ses écrits sont un peu antérieurs à ceux de l'Hippocrate anglais. Il parle de la danse de Saint-Guy d'après Horst, dont il reproduit la description. Il trouve, comme lui, que cette affection a de l'affinité avec le tarentisme. Willis donne dans un autre chapitre deux observations de notre chorée vulgaire, et, de même que Horst, il ne songe nullement à les rapporter à la *chorea sancti Viti*.

Wedel, savant professeur à Iéna, fit soutenir sous sa présidence, en 1682, par son élève Profius, une thèse sur la chorée. Quelle chorée? demandera-t-on. Veuillez remarquer la date, et vous serez en état de répondre à cette question. 1682 ! Sydenham n'avait pas encore publié sa SCHEDULA MONITORIA, ou LETTRE SUR UNE NOUVELLE SORTE DE FIÈVRE, dont la première édition n'a paru que quatre ans plus tard, en 1686, et dans laquelle il parle pour la première fois de ce qui est devenu notre chorée. Donc la chorée de Wedel est celle de tous les auteurs qui ont précédé Sydenham ; c'est la *chorea sancti Viti* du moyen âge ; c'est, en un mot, la choréomanie, et ceci, je crois, répond péremptoirement à cette assertion de M. Trousseau, que notre chorée vulgaire a été désignée sous ce nom dès le milieu du dix-septième siècle.

Pour Wedel, la danse de Saint-Guy est, comme pour les médecins que j'ai cités jusqu'ici, un désir insensé et insatiable de danser, *insana et insatiabilis saltandi libido*.

Notre auteur traite du tarentisme en même temps que de la chorée ; il emprunte ici des vues judicieuses à Grubius ou Grube, médecin de Lubeck, auteur d'un TRAITÉ SUR LA MORSURE DE LA TARENTULE, publié en 1679. Grube, en effet, ayant observé un cas qui appartient à notre chorée vulgaire, insiste avec Plater sur la différence qui existe entre cette sorte d'affection convulsive et la *chorea sancti Viti*. « Il y a, dit-il, certaines espèces de convulsions qui revêtent quelques apparences de la danse de Saint-Guy ou du tarentisme, mais qui, en réalité, en diffèrent beaucoup... Dans un cas, les malades sont excités à danser par le trouble de la raison ; dans l'autre, l'esprit est sain et les membres sont seulement agités de mouvements involontaires surprenants, qui simulent grossièrement une espèce de danse. »

« Dans ce dernier cas, dit de son côté Wedel, les malades sont si loin de danser qu'ils tremblent bien plutôt, et que, toutes les fois que par nécessité ou pour se distraire, il leur faut marcher, ils se meuvent avec peine. »

Tout cela se disait, s'imprimait à côté de Sydenham, qui n'y fit pas attention.

Ce grand homme a-t-il donc, comme le soutient M. Trousseau, le mérite d'avoir débrouillé le chaos des chorées? Ne serait-il pas plus exact de dire qu'il l'a plutôt créé ? Voyons encore une fois, je vous prie, ce qui lui revient dans tout ceci.

Sydenham a vu cinq cas de notre chorée vulgaire, ou de cette espèce de convulsion que Willis, que Grube, que Wedel ont, de son vivant, nettement distinguée de la chorée. Il a retracé en moins de vingt lignes les principaux symptômes qui l'ont frappé chez ses cinq malades. C'est ce qu'on est convenu d'appeler l'*admirable description* de Sydenham. Quant à moi, je reconnaîtrai seulement que cette description, tout incomplète qu'elle est, a le mérite d'être la première qui soit basée sur une analyse même imparfaite d'un certain nombre de faits.

Mais qu'a fait encore Sydenham? Il fallait une étiquette à ces faits. C'est ici qu'il s'est mépris, tranchons le mot, grossièrement. Sydenham a donné à une maladie qui n'avait pas de nom le nom d'une affection qui n'avait avec la première qu'une grossière ressemblance. Telle est l'origine de la *chorea sancti Viti Sydenhami*.

M. Trousseau vous a rappelé que Sydenham désigne ainsi la maladie qu'il décrit : *Quædam convulsionis species quæ chorea sancti Viti vulgo appellatur*, une certaine espèce de convulsion appelée *communément danse de Saint-Guy*. Appelée *communément, vulgo*, par qui? Sydenham aurait bien dû le dire ; il nous eût épargné, à M. Trousseau et à moi, la peine de le chercher, et de le chercher en vain. La thèse de Wedel ou de Profius nous donne peut-être la clef de ce *vulgo appellatur*. On y lit, en effet, article *Diagnostic* : « Comme il existe d'autres mouvements ou tremblements qui ont avec la *chorea sancti Viti* une certaine affinité, ou qui sont *vulgairement* considérés comme semblables, *vel VULGO reputantur pro iisdem*, il est à propos d'indiquer des signes

certains à l'aide desquels on puisse reconnaître infailliblement en quoi et à quel point ces affections diffèrent.

Il résulte de ce passage, rapproché de celui que j'ai cité plus haut, que, en 1682, le *vulgaire* des praticiens commettait quelquefois la faute d'appeler *danse de Saint-Guy* l'espèce de mouvements convulsifs décrite peu après par Sydenham. L'auteur anglais aura suivi le vulgaire cette fois, au lieu de le redresser.

Maintenant, en quoi Sydenham aurait-il débrouillé un chaos? Rien n'était plus clair que l'histoire de l'ancienne danse de Saint-Guy; il n'y avait là rien à débrouiller. Il y avait un chapitre de pathologie à créer avec les observations des auteurs ou avec de nouveaux faits. Sydenham a créé ce chapitre avec ses observations propres. Voilà son mérite, je le reconnais, je le proclame. Mais cela n'efface pas son tort d'avoir été si peu au courant de la littérature médicale de son époque, et d'avoir détourné un nom de maladie de son acception véritable sous l'influence d'une fausse application de ce nom par des médecins obscurs.

Ce qui est résulté de cette erreur de Sydenham, vous le savez déjà, c'est une confusion qui s'est prolongée jusqu'à nos jours, une confusion telle, que voici un mois que mon bon ami M. Trousseau et moi nous ne pouvons venir à bout de nous entendre.

Veut-on une nouvelle preuve des suites regrettables de cette méprise? Je vous ai cité un savant dont le nom est européen, M. Hecker. On lui doit de beaux travaux sur les épidémies du moyen âge, sur la chorée en particulier. Eh bien! son œuvre, des plus remarquables à tous autres égards, est entachée de cette hypothèse, savoir : que l'ancienne chorée se serait peu à peu transformée; que ses symptômes, en s'affaiblissant par degrés, l'auraient en quelque sorte transfigurée, et qu'elle serait ainsi devenue la chorée moderne, la chorée sydenhamienne. A cela une réponse suffit : notre chorée actuelle existait de son côté, alors que l'ancienne chorée sévissait du sien. Les faits rassemblés par M. Roth le prouvent surabondamment. Mais M. Hecker a été trompé par ce mot fatal, par cette dénomination identique de deux choses différentes que l'on doit a Sydenham. Ai-je donc eu tort de l'accuser de nous avoir plongés, à ce point de vue, dans un vrai chaos?

Je ne crois pas nécessaire d'appuyer sur de nouvelles autorités l'opinion que j'ai émise, et qui a été attaquée par M. Trousseau, sur la nature purement choréomaniaque de l'ancienne danse de Saint-Guy. Cette opinion, qui était celle de Sauvages dans le siècle dernier, est généralement adoptée dans le nôtre. Il me suffira de rappeler que c'est celle de MM. Hecker, Alfr. Maury, Sée, Roth, et de tous les aliénistes, de M. Calmeil, par exemple, dont j'ai le livre sous la main. Si l'on a admis que l'épilepsie, l'hystérie et d'autres névroses, figuraient dans les scènes choréiques du moyen âge, ce n'est qu'à titre de complications, de prodromes ou d'effets consécutifs; ces affections n'ont jamais fourni les traits caractéristiques de la maladie.

Aucun nouvel orateur n'ayant demandé la parole, M. le Président déclare la discussion close.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'INFLUENCE DE LA NAVIGATION ET DES PAYS CHAUDS SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. JULES ROCHARD, chirurgien en chef de la marine.

En 1855, au nombre des questions proposées par l'Académie de médecine pour sujets de prix, se trouvait la suivante : « Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans les pays chauds et les voyages sur mer exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. » Le prix fut décerné à M. Jules Rochard, chirurgien en chef de la marine, auteur du mémoire dont nous allons reproduire ici et discuter les principales propositions, et qui figure parmi ceux de l'Académie pour l'année 1856.

« Il est un certain nombre de croyances, dit M. le docteur Rochard, que les générations médicales se transmettent sans les contrôler, qui prennent droit de domicile dans la science, et s'y perpétuent jusqu'au jour où l'esprit d'examen s'en empare pour leur faire subir l'épreuve des faits. On reconnait alors, avec une certaine surprise, que des opinions qui semblaient avoir de si profondes racines ne reposent en réalité que sur des bases peu solides, et l'analyse terminée, on s'étonne de trouver si peu de chose au fond du creuset. La confiance qu'inspirent à beaucoup de médecins les voyages sur mer et l'habitation des pays chauds, dans le traitement de la tuberculisation pulmonaire me paraît être de ce nombre » — c'est-à-dire très-peu justifiée; et telle est en effet la conclusion qui ressort impérieusement du travail de M. Rochard.

Ce travail est d'une nature tout à fait statistique, quoique présentant en même temps plus d'une appréciation expressément médicale ou physiologique. Cette qualité, la nature numérique du mémoire, doit rendre en général très-circonspect dans l'accueil à faire aux conclusions, car les chiffres, en matière d'histoire naturelle, sont d'un maniement si difficile; cependant, quand un esprit scientifique préside à leur groupement et s'attache à n'opérer que sur des unités semblables, il faut savoir leur reconnaitre une valeur que n'ont pas toujours les observations isolées, le poids qui s'attache aux enseignements des grands nombres. Le mémoire dont nous nous occupons ici nous paraît avoir droit à être classé dans cette catégorie. Les calculs nous ont paru indépendants de toute idée préconçue, l'opinion de l'auteur semblant être née des chiffres plutôt que prévenue d'avoir pesé sur eux.

M. Rochard divise son travail en deux parties, division indiquée d'ailleurs par la position même de la double question proposée. Il étudie successivement au même point de vue de leur influence sur la tuberculisation, premièrement les voyages sur mer, secondement le séjour dans les pays chauds. Nul n'était plus à même qu'un chirurgien de la marine d'apporter à ses confrères du continent des données sur une double question qu'on doit s'étonner, vu l'abondance des éléments d'observation, de n'avoir pas vu résoudre depuis longtemps déjà d'une manière absolue : il semble que le répertoire des archives de la médecine n'avait qu'à ouvrir la main pour en faire pleuvoir la vérité ou les vérités. Les relevés statistiques des hôpitaux de la marine, ceux de l'inscription maritime, les rapports déposés à la fin de chaque voyage, de chaque campagne, de chaque station, par les officiers de santé, en descendant à terre, auraient dû nous renseigner plus tôt. Quoi qu'il en soit, rendons grâce au confrère éclairé qui a su rompre un silence trop prolongé et nous révéler les conclusions de tous ces éléments officiels.

Ces conclusions, commençons par le dire, sont de point en point exactement contraires à la croyance médicale et populaire. Loin d'être avantageux au phthisique, les voyages sur mer lui sont désastreux; loin d'être à conseiller aux phthisiques, l'émigration dans les pays tropicaux est à déconseiller, et tellement, que la pratique, imposée par les faits à nos confrères des colonies, les conduit, comme par la main, à renvoyer en France les sujets atteints de phthisie pulmonaire.

Nous voilà loin, n'est-il pas vrai, des opinions courantes? Combien y en a-t-il parmi nous, sur ce continent, qui eussent hésité, le cas échéant, à conseiller à un malade de cette catégorie l'embarquement pour un voyage de long cours, dans le double but de procurer à son malade le voyage maritime et le séjour sous des latitudes plus favorisées? Car l'immense majorité des voyages conduit les navigateurs dans des régions plus ou moins tropicales, et les y maintient pendant la durée presque totale des traversées.

Mais, nous demandera-t-on, quelles sont les bases précises de ces convictions nouvelles que la science doit se former? De même que vous nous accusez d'avoir accepté trop légèrement les idées toutes faites de nos devanciers, ne sommes-nous pas également fondés à admettre que vous accueilliez avec trop de facilité les propositions perturbatrices introduites par le récent travail de M. Rochard?

Ces bases, les voici : ce sont les relevés sanitaires de la vie du marin, et qui le prennent à sa naissance pour ne l'abandonner qu'à son tombeau (en tant que marin). « Cette classe d'hommes, dit notre judicieux confrère, passe son existence entière dans la triple condition dont l'Académie demandait d'étudier l'influence : changement continuel de lieu, navigation incessante, séjour habituel dans les pays chauds. Leur vie n'est, pour ainsi dire, qu'un long voyage qui commence au sortir du berceau et qui se termine lorsqu'une vieillesse prématurée les rend impropres à leur rude métier. Ils séjournent habituellement sous la zone torride : toutes les campagnes les y conduisent, toutes les stations les y retiennent. A part quelques petits bâtiments affectés à la surveillance des pêches qui se font sur nos côtes et à Terre-Neuve, sauf quelques rares voyages de circumnavigation, la presque totalité de notre personnel maritime se répartit dans la Méditerranée et entre nos stations du Levant, des côtes d'Afrique, de l'Indo-Chine, des mers du Sud et de l'Océanie, du Brésil et de la Plata, de la Guyane et des Antilles. »

L'administration de la marine tenant entre ses mains le livret, pour ainsi dire, de chacun de ses hommes depuis 16 jusqu'à 60 ans, et cette population demeurant presque constamment sur mer ou dans les pays chauds, devait donc pouvoir nous dire, dès la première interrogation, ce qu'on devait conserver ou rejeter de la croyance générale en la vertu préservatrice de la mer et des tropiques à l'endroit de la phthisie du poumon.

Or voici ce qui ressort du dépouillement raisonné entrepris par M. Rochard dans les archives du corps de santé distingué auquel il a

l'honneur d'appartenir. Par cette épithète de « raisonné, » nous entendons qualifier le soin pris par l'auteur de faire entrer dans ses chiffres les hommes congédiés ou réformés pour cause de phthisie latente ou confirmée et qui peuvent être suivis par le contrôle de l'inscription maritime, avantage que ne possède pas l'administration de l'armée de terre. Nous entendons encore l'appréciation des influences diminutives du chiffre de la phthisie, et exercées par les épidémies tropicales intercurrentes. Toutes données appréciables dans la marine, et heureusement appréciées dans ce travail.

Nous ne reproduirons pas ici les tableaux statistiques fournis par notre laborieux confrère ; mais nous énoncerons ce premier résultat : « En ne tenant compte que des décès causés par la phthisie, cette maladie, pour les marins, est à la mortalité générale comme 29 à 261 ou comme 1 est à 9 ; proportion beaucoup plus forte que celle offerte par l'armée de terre et qui est de : 1 sur 13,6. Encore doit-on remarquer que l'on a fait ici défalcation des congés de convalescence ou de réforme dont le poids en phthisiques est fort notable. Et cependant ce tableau nous donne un tiers de victimes de plus dans la marine que dans l'armée ! »

Conclusion difficile à concilier avec la conviction traditionnelle ; et qu'on n'objecte pas que si la mortalité est si grande dans les hôpitaux de la marine, c'est que la maladie, suspendue pendant la navigation, a repris, et de plus belle, à terre ; M. Rochard ne laisserait pas cet argument sans réponse. « Loin de suspendre ses ravages à bord, ajoute-t-il, la tuberculisation pulmonaire y marche plus vite qu'à terre; la mort des phthisiques, loin d'y être un fait extrêmement rare, est, au contraire, un fait déplorablement commun. »

Démonstration en est faite par le dépouillement des rapports de fin de campagne, qui apportent comme résultat : 1 décès par phthisie en mer sur 7,591, proportion presque double de celle de l'armée de terre, ou 1 sur 364 matelots par an, quand l'armée de terre ne donne que 1 sur 578 soldats (1).

Il est donc dorénavant établi que la phthisie, dans l'armée de mer, dans nos différentes stations, presque toutes sous la zone torride, fait deux fois plus de victimes que dans l'armée de terre, en garnison. Mais d'autre part, si nous ne nous trompons, la phthisie de l'armée n'est-elle pas numériquement le double de ce qu'elle est chez l'adulte civil !

Conseillons donc encore les voyages sur mer et sous les tropiques comme prophylactique de la tuberculisation !

Mais d'où viennent de telles divergences entre la réalité et l'opinion générale? Probablement de quelque observation incomplète ou faite à la légère et communiquée ensuite à quelque autorité médicale. Laennec plus qu'un autre a contribué à répandre cette erreur. Phthisique lui-même, peut-être avait-il pris un espoir pour une vérité; l'esprit humain y est enclin.

D'autre part, on sait l'influence fâcheuse des rhumes, bronchites ou catarrhes sur le développement de la maladie de poitrine; or l'opinion générale est encore que la vie de bord est exempte le plus souvent de ces maladies; c'est aussi une erreur; mais enfin on y croit à cette erreur, et elle a eu sa part dans le chemin qu'a pu faire l'autre croyance.

L'une et l'autre sont renversées par les chiffres singulièrement probants, rapportés par M. Rochard.

L'action bienfaisante des climats chauds, considérés indépendamment du voyage de mer, forme l'objet de la seconde partie des recherches de notre confrère. Sur celle-ci également, les conclusions scientifiques, se trouvent en parfait désaccord avec l'opinion. « Envisagés dans leur ensemble, les pays chauds accélèrent la marche de la tuberculisation pulmonaire au lieu de la ralentir. C'est une vérité incontestable en ce qui concerne les régions tropicales. Sur les confins de ces régions, il est pourtant, de l'aveu de l'auteur, quelques points isolés qui doivent à des circonstances locales l'avantage d'une température uniforme, d'une atmosphère douce, exempte de perturbations, qui les rend incontestablement utiles aux phthisiques. Telles seraient Madère, Hyères, Venise, Pise, Nice et Rome.

Que sont ces quelques points comparés à l'immensité des régions habitées et dont la température est réellement élevée? N'est-il pas clair qu'une telle disproportion révèle bien évidemment des qualités spéciales dans la climatologie locale de ces points privilégiés. Cette réflexion nous paraît éminemment judicieuse et met en lumière le *desideratum* des appréciations diverses émises sur ces localités. Ce *desideratum* n'est-il pas dans les avantages de l'uniformité de la température jointe à son degré tempéré. Ces qualités sont connues de tous et saillantes dans l'île de Madère, particulièrement, exclusivement même dans la partie adoptée par les tuberculeux, et qui est tout à fait défendue des vents du nord et de l'est.

Ainsi en est-il d'une station objet de grandes controverses : Nice. Nice, au point de vue qui nous occupe, est double ; il y a Nice ville, Nice bruyante, animée, joyeuse, dansante, humide souvent et presque constamment coupée par le vent ; puis il y a Nice campagne, ou plutôt Nice colline, la Nice des Romains, distante d'un kilomètre de l'autre, et qui en diffère par 10 degrés de latitude par la climatologie. Ici jamais de vent, sauf un peu de sirocco l'été et du mistral en retour en avril ou mai, encore est-ce rare; température uniforme sous des berceaux d'oliviers, pas d'humidité, le pied toujours sec et l'air embaumé. Dans la première, les phthisiques meurent à l'envi ; dans la seconde, ils se conservent. Différence : variations extrêmes de température d'un côté, constance de l'autre. De ceci nous pouvons témoigner personnellement, ayant séjourné cinq ans dans cet endroit charmant.

Mais revenons au fait de science, il est instructif. La chaleur tropicale est donc favorable au développement de la maladie de poitrine. Comment cela, si elle exclut d'autre part les rhumes, les pneumonies, les pleurésies? Ici se place, en effet, une observation précieuse au point de vue non-seulement de l'hygiène, mais de la nature de l'affection.

Quoique privée du secours qu'elle trouve sur le continent européen dans les affections aiguës de la poitrine, la tuberculisation pulmonaire, sous la zone torride, marche deux fois plus vite qu'en Europe, et fait deux fois plus de victimes sur le même chiffre d'Européens. M. Rochard croit trouver à ce fait une explication dans la raréfaction relative de l'air déterminée par l'élévation de la température. « Pour la production de l'hématose, dit-il, il faut qu'il passe dans le poumon une quantité d'oxygène donnée, et comme la capacité pulmonaire n'augmente pas avec la température, il est nécessaire, pour l'équilibre, que la poitrine se remplisse plus souvent dans le même laps de temps. » Il nous semble que l'équilibre, qui a pour objet le maintien de la chaleur animale, obéit à une autre loi. Dans les pays plus chauds, la combustion interne, l'oxygénation, n'a pas besoin de conserver le même type d'activité que dans les pays plus froids. Il y a sous la zone torride moins besoin d'oxygène, et par conséquent les mouvements de la respiration n'ont pas besoin de se voir augmentés pour fournir au sang la quantité qu'il en réclame pour la combustion interstitielle.

La véritable raison de la mauvaise influence des pays chauds sur les sujets tuberculeux ou prédisposés à l'être, M. Rochard l'entrevoit ailleurs. Les pays chauds, dit-il quelque part, exercent sur toute la constitution une action déprimante; la constitution des Européens se modifie peu à peu sous la zone torride. Il suffit d'un coup d'œil pour reconnaître les nouveaux débarqués. Au bout de quelques années il s'établit un état d'*anémie* compatible avec la santé, mais qui doit venir en aide à l'appauvrissement tuberculeux.

Voilà, en effet, un point de vue neuf et important, et que notre confrère met à nos yeux en entière évidence. Les maladies débilitantes fréquentes sous les tropiques, y sont très-souvent suivies d'éruptions, de manifestations tuberculo-pulmonaires. C'est, ajoute M. Rochard, que tout mouvement fébrile, quelle qu'en soit la cause, fièvre ou phlegmasie, hâte la marche de la tuberculisation, et ainsi fait tout ce qui tend à débiliter? Parlez-moi de bonne statistique faite par un bon esprit médical. Tout ici est bien d'accord, science et faits.

Nous nous arrêterons dans ce compte rendu d'un travail que nos lecteurs trouveront nécessairement comme nous-même, des plus importants, tant par son sujet que pour la manière dont il a été traité. Recherches patientes et exactes analysées par un esprit critique des plus sages. Ce travail, ils le trouveront dans le Bulletin de l'Académie, 2e série, 1856, et dans le numéro d'octobre 1856 des Annales d'hygiène et de médecine légale ; nous nous féliciterons d'avoir contribué à vulgariser les enseignements qu'il contient, enseignements que nous regrettons, pour notre compte, de n'avoir pas reçus plutôt.

Giraud-Teulon.

(1) Les relevés de la marine anglaise conduisent absolument aux mêmes conséquences. On peut consulter à cet égard un article critique inséré dans la Gazette Médicale (2 octobre 1841), sur le travail du docteur Wilson.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ÉPIDÉMIE HYSTÉRIQUE RELIGIEUSE A BELFAST (IRLANDE).

Lorsque, dans l'enceinte de l'Académie de médecine, nous entendions, il n'y a encore que peu de jours, les relevés paléographiques présentés par M. Bouvier, pour servir à l'histoire de la *danse de Saint-Guy*, notre esprit se prenait de commisération à l'égard de ces malheureuses populations assez peu développées encore pour offrir de semblables désordres à l'état épidémique. C'était, avouons-le, du luxe de sentiment. L'esprit humain, en sa marche incessante dans les voies ouvertes à la perfectibilité, peut bien nous offrir de siècle en siècle des types améliorés, des unités plus ou moins nombreuses, chez lesquels brille le feu céleste du progrès moral et intellectuel; mais il ne continue pas moins à étaler au pied des races humaines le niveau constant de ses infirmités.

Entraînées par l'esprit d'imitation, un des instincts sociaux de notre espèce, une de ces qualités-défauts qui sert le plus au développement social progressif, cédant aux sollicitations de la passion religieuse, ou à la pression de toute autre énergie maladive, les populations du moyen âge s'ébranlaient par époques : au quatorzième siècle, pour suivre le torrent des convulsionnaires de saint Guy; au dix-septième siècle, elles se précipitaient au cimetière de Saint-Médard, comme dans l'antiquité on les voyait se ruer aux mystères de Cybèle. Ne les méprisons point : nous possédons leurs équivalents. A côté des merveilles industrielles enfantées par le génie de notre âge, le dix-neuvième siècle nous offre aussi, en pays civilisé, des épidémies de chorée : les danseurs de Strasbourg et d'Ulm ont leurs vis-à-vis dans les hystériques de Belfast et du Cornwall.

Expliquons-nous par le narré des faits.

Sous le titre significatif « *d'Hysterical religion*, » nous trouvons dans le BRITISH MEDICAL JOURNAL (17 septembre), l'histoire d'une influence répandue sur deux centres de propagande religieuse : Belfast (Irlande), Cornwall (Angleterre). Cette influence consiste dans une manie de nature hystérique et d'apparence épileptique, qui rappelle, dit son historien anglais, la « dancing mania » du moyen âge et qui se répand, sous l'empire de l'esprit d'imitation et l'excitation de la contagion mystique, parmi la population des jeunes filles et femmes travaillées par l'esprit de prosélytisme. « Oui, s'écrie avec douleur l'historien de ces misères, en ce moment, en plein dix-neuvième siècle, nous voyons s'accomplir des *phénomènes épidémiques* où il est impossible de méconnaître le caractère d'une double altération physique et intellectuelle, le cachet d'un double état morbide de l'esprit et du corps; et dans lesquels le fanatisme (l'excès de zèle, dit l'auteur) et l'ignorance contemplent avec respect la manifestation d'une influence surnaturelle de l'esprit sacré de la religion. Sans prétendre nier qu'une communauté, une assemblée de personnes pieuses puisse, de temps à autre, éprouver un développement inaccoutumé du sentiment religieux, nous devons cependant exprimer notre conviction que les scènes que l'on nous rapporte sont outrageantes pour la dignité de la raison humaine. » Voir, en effet, dans une assemblée de fidèles, des membres de la congrégation se livrer tout d'un coup, et au milieu de la considération presque jalouse des assistants, à des excès sans nom d'agitation de la voix et des membres, portés jusqu'à l'épuisement de l'individu, c'est un spectacle peu en harmonie avec les principes que peut avouer une religion destinée à améliorer l'humanité. Ces fureurs musculaires sont en effet de la compétence des médecins : quand elles se manifestent, on doit penser que le chef spirituel a perdu tout contrôle sur la raison de ses ouailles ou sur la sienne propre.

Dans le cas que nous allons rapporter, et dont a été témoin un membre éclairé de l'Église anglaise, le révérend Stopford, archidiacre de Meath, nous devons croire que le pasteur réunissait cette double condition, qu'il ne possédait la clef ni de sa raison, ni de celle de son troupeau. La scène se passait à Belfast, dans le nord de l'Irlande, dans un lieu « famous for cases » célèbre par ces sortes d'aventures :

Le prédicateur, avant de donner son texte, commence par inviter l'assemblée, dans la supposition où il se manifesterait quelque « cas, » à vouloir bien ne pas s'en troubler et laisser aux bedeaux le soin d'y pourvoir, tout étant préparé à cet effet dans la sacristie. Cela dit, il débute, fixant dramatiquement l'attention tremblante de ses auditeurs sur un spectre imaginaire : « Votre état est aussi désespéré que l'enfer peut le souhaiter!... » Sur le coup, une pauvre fille tombe et crie en s'agitant. Quelque empressement se formant autour d'elle, il ajoute : « Voilà Dieu qui se manifeste dans cet individu. » Après le sermon, continue M. Stopford, j'obtins accès dans la pièce où avait été transportée cette fille, conformément aux dispositions annoncées par le prédicateur. La chambre était petite, étroite, étouffée; l'air et l'eau y manquaient. Le spectacle faisait pitié. La jeune fille était une enfant de 15 à 17 ans, d'une apparence faible et amaigrie, ses petites mains souillées de terre et portant les marques d'un travail dur et pénible; sa peau délicate et transparente, sa chevelure, ses cils longs et noirs; le cou portait des traces de scrofule. La physionomie, cependant, marquait une intelligence supérieure à celle habituellement rencontrée dans sa classe, excepté chez de jeunes filles faibles et maladives. On y lisait douloureusement l'expression « non terrestre » de la catalepsie hystérique. Chaque mouvement de la tête, des mains, chaque expression des traits, chaque grondement avaient le même caractère hystérique. L'agitation, le désordre des mouvements avait cessé; ses lèvres seules en offraient la trace, mais on ne l'entendait plus. Elle avait parlé, tout le temps, du diable occupé à recueillir des âmes pour les jeter en enfer : « Arrière! tu n'auras pas la mienne, » s'écriait-elle par instants; exactement l'impression même faite par le discours entendu sur un esprit fragile. J'appris que c'était la troisième attaque éprouvée, et que chacune était plus grave que la précédente, aggravation qui n'a évidemment rien de surprenant. »

Cette observation, dit avec justesse l'écrivain anglais, peut servir de clef pour l'intelligence d'un grand nombre de faits de même ordre et qui prennent naissance dans des exagérations du sentiment religieux. Il y reconnaît, non sans fondement, l'existence d'une cause prédisposante évidente dans les conditions hygiéniques déplorables des malheureuses qui les manifestent.

« Le régime des ouvrières des filatures consiste souvent unique-

---

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

III.

EAUX MINÉRALES SALÉES, NATURELLES ET ARTIFICIELLES. PROMENADE A SALINS, BEX, LAVEY, ETC.

On voit de temps en temps, non pas seulement dans les salles des scrofuleux de l'hôpital des Enfants, mais dans la ville, chez des parents riches, dans de beaux appartements, de pauvres petits êtres chétifs, rabougris, pâles, offrant dans toute leur personne les traits les plus saillants de la constitution lymphatique exagérée. Une grosse tête sur un petit corps, des cheveux blonds et fins, de grands yeux bleus, doux, humides, un nez élargi à la base, relevé au bout, toujours amplement garni de mucosités, une bouche grande aux lèvres saillantes, et puis de mauvaises dents cariées avec gonflement des gencives et salive abondante : tel est l'ensemble de ce portrait qui ne laisse aucun doute sur l'existence de la scrofule, et présente au médecin un problème difficile à résoudre : maintenir la vie dans une organisation vicieuse et modifier aussi complétement que possible une constitution qui est la source d'une foule de maux menaçants.

Si beaucoup d'enfants, dans les classes pauvres, deviennent scrofuleux par la privation de bons aliments, parce qu'ils habitent dans des locaux froids et humides, parce qu'ils ne subissent pas l'influence salutaire de la chaleur et de la lumière, il en est d'autres à qui l'on prodigue ces éléments de la santé, et chez lesquels on voit cependant se développer tous les attributs de la constitution lymphatique. C'est qu'il y a des tempéraments héréditaires, des vices constitutionnels que les circonstances ambiantes les plus favorables sont impuissantes à réformer, et qui entraînent fatalement à une perte prompte et certaine des individus qui portent la peine des conditions fâcheuses au sein desquelles ils sont nés.

Il n'est personne qui n'ait observé ces malheureux enfants. Les soins les plus attentifs, les recherches d'un luxe princier, la direction la plus habile d'une hygiène qu'on croirait souverainement efficace en pareil cas, rien ne prévant contre un vice organique primordial, et l'on voit se développer des ganglions sous-maxillaires, des engorgements cervicaux, des abcès, des suppurations, et cette pauvre créature, en dépit de tant de précautions superflues, succombe avant l'âge, ou survit quelquefois portant les stigmates indélébiles d'un mal qui fait le désespoir des familles non moins que la honte de celui qui en est affecté.

Quelquefois cette cachexie strumeuse envahit plus particulièrement certains organes, les altère, les détruit, et détermine des infirmités déplorables. Les yeux et les oreilles subissent de grands désordres, et les praticiens q

ment en pain et en thé; au travail treize heures sur vingt-quatre, elles sont souvent retenues à l'atelier jusqu'à longtemps après minuit, dans des salles combles, mal ventilées. On les entend souvent chanter encore après une heure du matin. »

Aux dispositions préparées à l'avance par des natures dont le système nerveux est surmené, dont le régime est depuis longues années insuffisant, le sang portant trop souvent, en outre, la marque de vices héréditaires, ajoutez comme à Belfast, comme à Redruth en Cornouailles, l'influence volontaire et stupide d'un clergé mystiquement fanatique, que ne peut-on voir sortir d'une semblable alliance! Car, il faut le dire, si les sujets sont malheureusement trop bien préparés pour cet état de maladie, le mérite de son explosion doit en être tout entier reporté sur la sottise et l'aveuglement des illuminés qui dirigent spirituellement (quel mot!) ces pauvres gens. A Belfast, comme à Redruth, et sans doute comme au moyen âge, ces attaques hystériformes font partie intégrante du mouvement religieux qui les développe et qui porte pour le moment dans le Royaume-Uni le nom de « revivification » (*revivalism*). Ces accès spasmodiques y sont intentionnellement produits, encouragés par l'homme, comme manifestation bénie de la grâce; des centaines de pauvres filles des manufactures prient journellement pour obtenir la faveur d'être *frappées* à leur tour. Et il n'y a point de doute que tant d'autres lieux devenus autrefois célèbres par les scènes de convulsions qui s'y sont produites, ne les aient vues naître, comme en Irlande aujourd'hui, sous l'excitation intentionnelle du fanatisme et des prédications mystiques.

C'est là un point de diagnostic ou plutôt d'étiologie que nous croyons avoir été trop négligé dans la discussion intervenue devant l'Académie de la rue des Saints-Pères. Il nous paraît que les orateurs qui y ont pris part se sont trop attachés à la lettre des descriptions historiques, nécessairement imparfaites et confuses, de l'avis général, aussi bien qu'à la valeur symptomatographique des dénominations.

Il nous semble difficile que le caractère épidémique présenté par les affections musculaires dont il s'agit ici, ait reposé au moyen âge sur des éléments notablement différents de ceux qui servent de base aux épidémies de même ordre de notre époque. Où trouvons-nous un *substratum* convenable pour toutes les sortes de manifestations musculaires convulsives épidémiques? Particulièrement dans l'hystérie ou dans des états pathologiques du même genre, et presque exclusivement dans ces états-là, si l'imitation et l'influence morale de contagion ou d'entraînement doivent y jouer un rôle. Sur qui, au moyen âge, ont donc dû plus aisément agir les influences mystiques et imitatrices? Assurément sur des hystériques. Le plus grand nombre des sujets parmi les danseurs de la chapelle de Saint-Guy devaient donc, à notre sens, appartenir à la famille étiologique des hystériques proprement dites et des états nerveux musculaires mal déterminés encore qui peuvent leur être assimilés.

Et si l'on nous reprochait de ne pas nous arrêter assez sur le caractère séméiotique des mouvements désordonnés que nous représente la danse de Saint-Guy, spécifique de M. Trousseau, si l'on nous objectait que cette danse-là, ces spasmes-là n'ont pas le caractère reconnu généralement aux manifestations hystériques, nous ne verrions pas là une objection irréfutable. La forme du désordre musculaire la plus profonde, la plus accusée, la plus irremédiable, a pu traverser seule les âges avec un nom propre, les autres se perdant et se confondant en route dans le dédale des noms et des doctrines, troublés par l'instabilité des formes.

La chorée profonde, incrustée dans des sujets plus malades que les autres, et résistant aux éléments ordinaires de guérison, y compris les bénédictions du saint, a pu demeurer pour les médecins et les peuples le type d'un désordre plus général ou moins stable, s'usant et s'effaçant avec les causes qui lui avaient donné naissance. Cette explication est assurément plus facile à admettre que l'idée d'un changement absolu de nature dans la maladie, quand la cause probable, l'épidémie morale, est demeurée la même.

Et serions-nous même conduits par des descriptions plus détaillées des épidémies du moyen âge à reconnaître des différences incontestables dans le caractère de la danse, ou plutôt de la manifestation nerveuse anormale exprimée par le système musculaire, nous n'abandonnerions pas encore pour cela le thème rationnel que nous défendons ici avec Hecker et Sydenham, non par simple obstination, pourtant, mais par cette considération que la forme générale d'une épidémie de cet ordre a un élément très-important et peut-être un peu négligé dans cette étude : la *tendance imitatrice*. Il ne nous répugne aucunement d'admettre que des sujets hystériques prédisposés et soumis à un entraînement d'ordre psychique, aient subitement et involontairement adopté comme expression de leur désordre musculaire le premier exemple qu'ils ont eu sous les yeux. D'où, très-naturellement, de notables différences dans la forme convulsive propre à chaque épidémie.

Le fameux exemple de Boerhaave vient à l'appui de cette manière de voir. A Belfast nous voyons ces jeunes filles prier la Divinité de les frapper *comme* leurs compagnes. La tension d'esprit, l'extase mystique qui doit accompagner semblable prière, ne doivent-elles pas se fondre, s'identifier mentalement avec le tableau des scènes dont elles ont été témoins? De là à l'explosion d'un accès calqué sur les précédents, il nous semble que la distance est courte.

Nous croyons que ces considérations peuvent avantageusement être pesées dans l'histoire reprise à nouveau de la danse de Saint-Guy et de toutes les chorées, et que la distinction sera faite entre le caractère sporadique et la qualité épidémique qu'elles peuvent offrir à l'observateur ou à l'historien.

On ne peut douter que toute l'histoire de cette maladie ne se ressente d'une division de cette nature, et que le traitement n'y puise des directions avantageuses.

Les chorées épidémiques se rattachant alors le plus souvent à des tendances hystériques ou de l'ordre mobile de cette affection, seront à étudier par groupes différents entre eux par des nuances. Quant à la chorée sporadique, depuis son expression la plus légère jusqu'à son type le plus désolant, qui est la maladie spécifique de M. Trousseau, il y a là, croyons-nous encore, un sujet digne de toute l'attention des pathologistes. Nous avons dans nos précédents articles indiqué les points sur lesquels cette étude nous semblait encore essentiellement imparfaite.

GIRAUD-TEULON.

---

s'occupent du traitement de ces affections locales en voient tous les jours de nombreux exemples, et pour peu qu'ils ne se bornent pas à la médecine purement empirique de certains spécialistes, que les connaissances médicales ne leur fassent pas trop défaut, ils ont bientôt compris que la guérison de ces maladies locales n'est possible qu'en modifiant profondément l'économie à l'aide d'agents thérapeutiques doués d'une grande énergie.

Il n'y a pas longtemps qu'on avait soumis à mon examen un jeune garçon âgé de 5 ou 6 ans, réunissant au plus haut degré tous les caractères de la cachexie strumeuse. Le mal avait envahi l'oreille gauche, il y avait eu abcès de la caisse, otorrhée abondante, fétide; la région mastoïdienne s'était tuméfiée, la suppuration s'était fait jour par trois ou quatre ouvertures, la peau s'était ulcérée partout où le décollement du périoste et l'exfoliation osseuse s'étaient produits; de sorte que ce malheureux enfant portait sur la région latérale de la tête une de ces maladies aussi dangereuses que dégoûtantes.

Il était évident que l'altération locale n'était que la conséquence d'un état général, et que l'on ne pouvait espérer d'en modifier la nature que par des moyens énergiques. Rien ne manquait à cet enfant, les soins les plus intelligents lui étaient prodigués, mais au milieu des avantages que donne la fortune à ses favoris, il fallait un élément nouveau, quelque chose qui pût revivifier cette existence si frêle, et, dans une consultation avec mon honorable confrère et ami le docteur Blache, il fut décidé que l'on tenterait l'action des bains salés à l'aide des eaux mères, et l'établissement de Salins fut désigné par nous. Bien que nouveau, cet établissement avait fourni à M. le docteur Léger, médecin des hôpitaux de Paris, des résultats tellement heureux, nous attachions un si grand prix aux assertions d'un homme non moins éclairé que consciencieux, qu'il nous parut éminemment utile de soumettre notre petit malade à l'usage de ces bains, dont la composition peut être graduée à volonté. La famille s'empressa de suivre nos conseils, et après un mois de séjour à Salins j'eus peine à reconnaître cet enfant, tant sa santé générale s'était améliorée. Il était transfiguré, son teint, ses allures, tout annonçait une vitalité nouvelle; il avait pris depuis longtemps l'habitude d'incliner la tête du côté de la maladie d'oreilles, la souffrance avait déterminé une sorte de torticolis permanent, la tête ne pouvait se mouvoir sur le col, l'enfant se tournait tout d'une pièce et l'on craignait que les surfaces articulaires de la région cervicale fussent déformées par suite de cette position vicieuse.

Les bains, les douches avaient produit un tel changement dans la nature du mal local, que l'enfant, ne souffrant plus, avait repris peu à peu la liberté de ses mouvements, et que la tête bien d'aplomb sur ses épaules, était mue en tous sens. La plupart des ulcérations de la peau s'étaient cicatrisées, le gonflement de la région mastoïdienne avait presque disparu, la suppuration était devenue rare, elle était épaisse, inodore, et tout indiquait que les exfoliations osseuses avaient été remplacées par de bonnes cicatrices.

Il y avait là un changement si considérable, l'enfant avait obtenu un tel bénéfice de ce traitement, qu'on ne pouvait assez admirer la prodigieuse efficacité du remède auquel on devait attribuer cette résurrection. Aussi n'hésitâmes-nous pas à prescrire une nouvelle saison de bains, et la seconde épreuve n'a pas paru moins favorable que la première.

PHYSIOLOGIE.

SUR L'APPARITION PRÉMATURÉE DES DENTS, par le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux, etc.

M. Sappey a communiqué à la Société de biologie (avril 1859) l'observation d'une petite fille âgée de 3 semaines, chez laquelle il a constaté l'existence de deux incisives moyennes et de l'incisive latérale droite à la mâchoire inférieure. L'incisive latérale gauche était en voie d'éruption.

La relation de ce fait, dont l'authenticité ne peut être mise en doute, m'engage à publier plusieurs observations analogues que j'ai recueillies, et à exposer le mécanisme de cette apparition précoce des dents.

Schenck (DE DENTIBUS, obs. 407) cite les noms d'Arsamen, de Papyrius, de Curius *Dentatus*, qui étaient nés avec des dents, et plusieurs autres exemples tirés d'auteurs qui n'ont d'autre garant que la tradition. Haller (PHYSIOLOGIÆ ELEMENTA, t. XVII, p. 19) reproduit ces citations, en y en ajoutant quelques autres encore.

Joseph Franck rappelle les noms fournis par l'histoire, de Richard II, roi d'Angleterre, de Louis XIV, de Mazarin, venus au monde avec plusieurs dents ou avec toutes leurs dents. D'après lui, l'auteur des LETTRES A SOPHIE serait né (chose fort exceptionnelle) avec des dents molaires. Lui-même rapporte un exemple qui lui est propre et qu'il a observé à Wilna le 6 avril 1828.

Nous pourrions facilement allonger la liste des faits de ce genre, la plupart fort contestables. Mais laissons de côté ceux qui sont du domaine de la pure curiosité pour nous occuper de ceux qui peuvent présenter quelque intérêt au point de vue pratique.

Il faut d'abord les séparer en deux catégories :

1° Les enfants naissent avec des dents, ou ces dents paraissent peu de temps après la naissance ; elles se développent régulièrement et ne tombent qu'à l'époque de la seconde dentition.

2° Ou bien ces dents sortent prématurément, tombent au bout d'un temps ordinairement assez court, par suite d'un travail pathologique qui va être examiné bientôt, et sur lequel nous pensons attirer pour la première fois l'attention.

Dans la première série, nous n'avons à citer que deux faits qui nous appartiennent :

Le premier, d'une petite fille, mademoiselle P..., chez laquelle, à l'âge de 2 mois et demi, apparurent deux incisives latérales supérieures. Ces dents se développèrent régulièrement, et le reste de la dentition se fit avec assez de rapidité.

Le second a été recueilli sur un garçon âgé de 3 mois. A cette époque, deux incisives médianes inférieures étaient déja parues, et leur évolution se fit comme à l'ordinaire.

Avant cet âge, nous n'avons aucun autre exemple à signaler. Il n'en est point de même pour la seconde catégorie, où nous verrons les dents paraître beaucoup plus tôt pour tomber rapidement.

Nous allons transcrire avec détail cinq observations, dont quatre ont été prises à l'hospice des Enfants trouvés et une dans notre pratique particulière.

OBS. I. — Romain, enfant du sexe masculin, atteint de muguet et d'engorgement pulmonaire. A l'âge d'un mois et demi, le 30 mars 1842, on voit apparaître une saillie rougeâtre à la partie moyenne de la mâchoire inférieure. Le 1er avril il en sort une incisive médiane gauche, blanche, de volume normal, mais très-mobile; elle est au centre d'un bourgeon noirâtre, très-boursouflé. Le lendemain, cette dent est tombée; il reste un tubercule mou, sortant de la cavité alvéolaire; autour, la muqueuse gengivale est grisâtre et ulcérée. Le 3, ce tubercule a disparu et a laissé une cavité conique sur la ligne médiane.

La fièvre et l'amaigrissement continuent; l'enfant succomba le 13 avril, aux progrès des maladies indiquées plus haut et dans le détail desquelles il était inutile d'entrer ici. A l'autopsie, on trouve la cavité du maxillaire inférieur vide, plus de trace du bulbe dentaire; les autres alvéoles étaient remplis et présentaient la disposition que l'on observe d'ordinaire à cette époque de la vie.

OBS. II. — P....., fille âgée d'un mois le 8 juin. On remarquait déjà depuis quelques jours, une ulcération grisâtre sur la ligne médiane de la mâchoire inférieure. Au fond de cette ulcération, on voit apparaître deux petites dents incisives médianes, plates, peu saillantes, légèrement dentelées et déjà mobiles.

Le 9 juin, elles deviennent plus saillantes; elles sont d'un blanc grisâtre et se trouvent placées au centre de cette ulcération, qui s'étend encore.

Le soir, cette petite fille succombe à une pneumonie. A l'autopsie, on constate l'existence des deux dents déjà décrites; il est facile de les extraire, et elles se présentent sous la forme de deux cornets; le follicule de l'incisive gauche est boursouflé et très-rouge, celui de droite l'est moins. La portion voisine du maxillaire inférieur est grisâtre et ramollie; les autres dents sont dans leur état normal.

OBS. III. — D..., garçon âgé d'un mois et demi, succombe le 19 juillet 1842, à une double pneumonie; il n'avait point été observé pendant la vie. A l'autopsie, on voit une dent incisive médiane inférieure et droite, faisant saillie hors de l'alvéole; elle est placée au milieu d'une ulcération, elle est blanche, se détache facilement sous forme de cornet à parois minces, et laisse voir un corps d'un rouge noirâtre, de forme globuleuse, qui dépasse la gencive.

L'incisive médiane gauche faisait, hors de l'alvéole, une saillie moins prononcée, elle reposait aussi sur un champignon noir et comme gangrené. La portion de l'os maxillaire inférieur qui correspondait à ces deux dents était manifestement cariée et se détachait par petits fragments ramollis. La gencive était profondément ulcérée. Les autres dents étaient à l'état sain.

OBS. IV. — Ragoude, fille entrée à l'infirmerie pour un muguet confluent. Elle avait un mois le 10 juillet, lorsqu'on remarqua qu'au milieu d'une ulcération placée à la partie moyenne de la mâchoire inférieure apparaissaient les deux incisives médianes; elles étaient très-saillantes et elles étaient déjà tombées le lendemain; elles sont remplacées par deux petits corps d'un gris noirâtre, arrondis, saillants et comme étranglés à leur base.

Le 13 juillet, ces deux corps existent et présentent toujours le même aspect.

Le 14, ils commencent à diminuer de volume et à s'affaisser.

Le 16, ils ont disparu, mais l'ulcération reste.

Le 17, elle s'étend et prend une coloration plus foncée. La lèvre inférieure, au point correspondant et près de la fossette du menton, devient rouge et douloureuse.

Le 21, l'ulcération s'est encore étendue; en même temps se manifestent

---

D'autres malades, bien moins gravement atteints, furent dirigés par moi vers Salins, et un beau jour, me trouvant un peu de liberté, je résolus d'aller voir par moi-même comment on procédait à l'application de ce médicament dont j'avais admiré l'efficacité dans des circonstances où la plupart de nos moyens d'action échouent si souvent. Donc, je pris le chemin de fer de Lyon, je m'arrêtai à Dijon pour me diriger vers Dôle, et là je trouvai un embranchement de cette ligne qui me conduisit à Salins, au milieu des montagnes du Jura, là où l'on n'aurait jamais cru qu'il fût possible de faire courir une locomotive traînant à sa suite un long chapelet de wagons remplis d'une foule de voyageurs. Mais on commence à se familiariser avec ce miracle d'une industrie nouvelle. La Suisse elle-même compte aujourd'hui bien des kilomètres de railways, et avant peu ses cantons les plus alpestres subiront le nivellement des ingénieurs.

Salins n'est qu'à 442 kilomètres de Paris; on y va en moins de neuf heures, et l'on se trouve ainsi transporté tout à coup dans une région montagneuse, dont les beautés pittoresques agissent très-favorablement sur l'esprit des gens habitués au climat parisien. N'est-ce donc rien aux yeux de l'homme de l'art que ce changement radical du milieu ambiant, et l'air pur que l'on respire sur des collines ombragées de sapins, l'action vivifiante du soleil qui plonge dans les vallées et développe l'arome des plantes, ne constituent-ils pas des modifications de l'économie, favorables surtout aux personnes qui vivent au sein des cités populeuses et dans des conditions d'insalubrité notoire? Ne suffit-il pas de passer quelques jours dans des localités si heureusement partagées pour se sentir plus alerte, plus fort, plus gai? On mange avec plus d'appétit, on digère plus aisément, on dort mieux, tous les organes semblent fonctionner avec une activité nouvelle, et la vie devient de plus en plus facile à mesure qu'on fait des progrès dans cette heureuse acclimatation.

Si les adultes éprouvent un tel bénéfice, il est plus grand encore pour les enfants dont la constitution débile se prête mieux aux influences atmosphériques; aussi voit-on tous les jours des changements extraordinaires s'opérer parmi eux et une vie nouvelle apparaître dans des conditions qui semblaient ne laisser aucun espoir de guérison. Mais ces retours à la vie et à la santé sont plus prompts, plus complets quand on a recours à l'emploi de certaines eaux minérales qui conviennent merveilleusement à des natures appauvries. La cachexie strumeuse cède rapidement à des bains chauds dans lesquels on mélange une certaine quantité *d'eaux mères*, c'est-à-dire du résidu de l'évaporation de l'eau salée. Que l'on me permette d'entrer à cet égard dans quelques détails nécessaires.

Salins est une vieille ville, très-vieille même, et dont on parle déjà dans le dénombrement des cités gauloises, fait par Ptolémée, en l'an 150 de l'ère chrétienne. M. le docteur Germain, à qui l'on doit d'intéressants travaux sur les antiquités de son pays, pense même que Strabon, au temps d'Auguste, veut parler de la source salée de cette localité quand il dit : *Ex sequanis optima suilla Romam perferuntur*, les meilleures salaisons de porc viennent de la Séquanie; car d'anciens historiens désignent Salins sous le nom de *Salinæ sequanarum*. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'à une époque fort reculée on reconnut que dans le fond de la vallée où existe maintenant la ville de Salins,

les symptômes d'une pneumonie dn côté droit, à laquelle elle succombe le 24 jnillet.

On constate l'nlcération de la mâchoire inférieure, déjà décrite pendant la vie ; elle correspond à deux dents iucisives tombées. Les alvéoles correspondants sont vides et compris dans l'ulcération ; l'os maxillaire ne parait point altéré dans cet endroit.

Obs. V. — D....., garçon âgé de donze jours, nous est présenté le 9 mars 1849 ; i' avait depuis quelque temps une tuméfaction de la lèvre supérieure, à la partie moyenne. Cette saillie fait de rapides progrès. Une antre saillie, d'un noir violet, apparait à la gencive supérieure, du côté gauche ; elle correspond à l'incisive supérieure gauche et laisse échapper un pus jaunâtre quand on la presse. — Lotions émollientes.

Deux ou trois jonrs après notre visite, il sort par cet abcès une dent incisive ayant la forme et la grosseur d'une dent régulièrement développée ; elle a la forme d'nn cornet à minces parois, est aplatie et terminée à son bord libre par de petites saillies ; elle est partout recouverte d'émail.

Le 27 mars : Depuis quelque temps la grosseur a beaucoup diminué, mais il s'est formé nne autre tumeur plns en baut et plus en debors ; elle est plns volumineuse et s'est ouverte la veille : il en est sorti une dent toute semblable à la première, c'est l'incisive latérale gauche. Au point correspondant existe nne saillie rouge. Il s'échappe de la narine gauche du pns en assez grande abondance. La partie moyenne dn maxillaire supérieur est mobile et on pent le déplacer facilement avec une légère pression. L'enfant tette bien et parait médiocrement souffrir.

7 avril, les abcès sont cicatrisés et la partie mobile de l'us maxillaire s'est consolidée : Ecoulement de pns par la narine gauche.

Le 28, les points par lesquels les dents se sont échappées sont cicatrisés ; encore uu léger éconlement un peu fétide par la narine gauche. L'enfant se développe bien.

Examiné de nouveau le 31 janvier 1850, à l'âge de onze mois. — A l'âge de huit mois les deux incisives inférieures médianes ont paru, puis, il y a quatre jours, une incisive snpérieure médiane et droite. Les deux incisives supérienres gauches sont, bien entendu, absentes, il existe une dépression très-prononcée à la place qu'elles occupaient. La canine supérieure gauche commence à percer la gencive, aiusi que la dent correspondante du côté opposé.

Le 9 juillet 1851, la première molaire supérieure du côté gauche a paru il y deux mois ; celle de droite n'est poiut encore sortie.

Le 9 novembre 1857, nous l'examinons de nouveau : l'incisive médiane gauche a paru à la mâchoire supérieure, l'autre ne se montre point encore.

En février 1859, l'incisive latérale supérieure gauche n'existait point, la canine avait pris sa place.

Comme on le voit par la lecture de ces cinq observations, les dents ont paru :

15 jours après la naissance,		1 fois.
1 mois	—	2 fois.
1 mois et demi	—	2 fois.

Une fois à la mâchoire snpérieure : c'étaient les incisives médiane et latérale du côté gauche.

Quatre fois à la mâchoire inférieure : c'étaient les incisives médianes droite et gauche, deux fois ; une fois l'incisive médiane gauche et une autre fois l'iucisive médiane droite.

Leur chute a suivi presque immédiatement leur apparition.

Ordinairement on commençait à s'apercevoir de l'existence d'une ulcération grisâtre dans la portion de gencive qui correspondait aux dents qui devaient bientôt paraitre. Après la sortie et la chute des dents, un tubercule arrondi et saillant, d'un rouge foncé, violacé et souvent noirâtre, se développait aussitôt ; l'ulcération continuait à s'étendre et à envahir l'os maxillaire, que l'on trouvait ramolli et manifestement carié. Une fois des fragments de l'os se sont détachés, une fois aussi l'inflammation ulcéreuse s'est étendue aux téguments du menton.

Il est facile ici d'expliquer le mécanisme par lequel ces dents apparaissent d'une manière prématurée : il s'agit d'une affection du follicule dentaire, qui, en se développant outre mesure par l'effet d'un travail inflammatoire, ulcére le tissu de la gencive en chassant la dent au debors ; celle-ci, formée d'une faible couche de matière dure réduite à l'état d'un simple cornet, ne tarde pas à tomber. L'inflammation alors s'arrête ou persiste, envahissant la gencive et jusqu'à l'os maxillaire, et se termine le plus souvent par la gangrène du follicule dentaire, qui apparait au fond de l'ulcération et tombe bientôt à son tour.

A l'autopsie, on trouve alors l'alvéole vide, tandis que les autres sont sains et présentent la disposition normale.

Dans les quatre premières observations, les enfants ayant rapidement succombé à des maladies intercurrentes, l'observation a dû se borner aux faits que nous venons de résumer.

Une seule fois j'ai pu, pendant un grand nombre d'années, à plusieurs reprises, et aujourd'hui encore je puis examiner l'enfant qui fait l'objet de la cinquième observation.

Chez lui la suppuration s'est longtemps prolongée ; le maxillaire supérieur a été envahi, en partie nécrosé, et est devenu mobile ; un écoulement purulent et fétide s'est établi dans la narine correspondante. Au bout d'un mois la cicatrisation a eu lieu.

A partir du huitième mois de l'existence, la dentition s'est faite avec régularité : les deux incisives gauches n'ont pas paru. A l'âge de huit ans l'incisive médiane gauche a fait son apparition ; mais deux ans plus tard l'incisive latérale n'existait point encore.

Les anomalies de la dentition s'observent le plus habituellement chez les enfants rachitiques et d'une constitution épuisée. Aussi, dans l'espace d'nne année passée à l'hospice des Enfants-Trouvés, j'ai pu recueillir quatre faits de ce genre, tandis que depuis cette époque un seul s'est offert à moi dans une pratique de près de vingt années. On sait en effet dans quelles fâcheuses conditions se trouvent placés les enfants reçus dans cet établissement ; ce qui explique, pour ce point de pathologie comme pour tous les autres, les énormes différences que l'on signale dans la pratiqué nosocomiale et dans la pratique civile.

---

sur le bord d'un torrent à qui ses allures ont fait donner le nom de *la Furieuse*, il existait une source d'eau fortement salée. Or chacnn sait combien le sel est nécessaire à la vie, quel rôle il joue dans l'alimentation ordinaire. On dut chercher à tirer parti de cette richesse, et bientôt des habitations se groupèrent autour de cette fontaine. Le sel qui se déposait sur ses bords indiqua sans doute le moyen d'en obtcnir davantage : on soumit l'eau à une évaporation artificielle, et, dès le quatrième siècle, des documents authentiques prouvent que l'on venait chercher en ce pays du sel cuit, *sal coctile*.

Ainsi, la découverte d'une source salée dans nn désert, au milieu de montagnes escarpées, a été la cause de la fondation d'une petite ville dont la prospérité restreinte tient à des causes d'une autre nature. Mais cette source, qui a été ensevelie sous des avalanches de pierres et sons des alluvions dues aux débordements de *la Furieuse*, a été l'objet de travaux considérables, et ceux qui pénètrent sous les voûtes immenses de l'ancien établissement, qui datent dn onzième siècle, admireront comme moi les efforts tentés à différentes époques ponr recueillir le liquide précieux qui produit chaque année 50,000 quintaux métriques d'un sel blanc comme la neige et d'une extrême pureté.

Mais le sel obtenu par évaporation artificielle, *ardore flammorum lympha defæcata*, laisse après lui un résidu non cristallisable par ta simple chaleur, et qni, sous le nom d'*eaux mères*, contient certains principes dont la science moderne va tirer un bon parti. Aussitôt qne les chimistes eurent découvert l'iode et le brome, on ne tarda pas à reconnaître que ces substances devaient avoir, et avaient en effet, une activité remarquable, et que l'on en pourrait obtenir de grands avantages dans le traitement de certaines maladies. L'expérience a démontré la justesse de ces prévisions ; et ainsi se sont trouvées expliquées les merveilleuses cures dues à certaines eaux minérales dans lesquelles ces agents énergiques se trouvaient contenus en quantité plns ou moins grande. Chacun savait que Balaruc, Bourbonne, Niederbronn, en France, Kreuznach, Wiesbaden, Hombourg, en Allemagne, stations thermales célèbres par leurs propriétés curatives dans les affections lymphatiques, contiennent une grande quantité de chlorure de sodium ; mais un ne tarda pas à remarquer que toutes ces eaux salées contenaient en proportion variable des iodures et des bromures de soude et de potasse, et que c'était surtout à ces sels que l'on devait attribuer leur efficacité dans le traitement de la scrofule. On savait également que dans tous les pays où sourdent ces eaux salines se rencontrent des bancs de sel gemme exploités depuis des siècles, que quelquefois ce sont des sources chargées d'une assez grande quantité de sel marin pour que l'on puisse les exploiter utilement, et bientôt on s'aperçut que les résidus de cette grande fabrication possédaient des propriétés bien plus énergiques. De là la coutume de mêler aux bains de certaines localités, peu riches en chlorure de sodium, une quantité variable d'eaux mères, et depnis longtemps cette pratique est familière à Kreuznach, à Nauheim, à Ems et à Wiesbaden. On compose ainsi des bains gradués en rapport avec les effets que l'on veut obtenir et avec la constitution du malade.

Cette manière d'agir a un grand avantage, puisqu'elle permet de proportionner exactement le degré de force du bain à la nature du mal auquel il doit remédier et aussi à la susceptibilité du malade. J'ai vu à Salins des

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

(Suite. — Voir les nos 55, 56, 57 et 59.)

CHAPITRE VI.

DE L'OXALURIE DANS LA SPERMATORRHÉE; ÉTUDE MICROSCOPIQUE DU SPERME.

Golding Bird raconte que la connexion qui existe entre l'oxalate de chaux et les spermatozoïdes lui fut pour la première fois révélée par le docteur Wolff (de Bonn), dans une conversation qu'il eut avec cet éminent praticien. C'est M. Donné, en France, qui a signalé le premier la fréquence des cristaux d'oxalate de chaux dans le produit de la sécrétion urinaire, chez les sujets atteints de spermatorrhée, et voici comment il s'exprime à ce propos : « Quand il existe des zoospermes » dans l'urine, *on y trouve ordinairement, si ce n'est toujours, des » cristaux d'oxalate de chaux.* » Ailleurs il dit : « L'oxalate de chaux » se dépose aussi en excès dans l'urine des adultes, sans qu'on puisse » attribuer cette production à l'usage de substances riches en acide » oxalique. Cette circonstance se montre à peu près constamment » chez les personnes affectées de pertes séminales, de telle sorte que » lorsqu'on rencontre des cristaux de ce sel dans l'urine d'un homme » qui n'a fait usage ni d'oseille, ni de végétaux ou de fruits, dans lesquels on puisse soupçonner la présence de l'acide oxalique, on doit » être sur ses gardes relativement aux pertes de semence ; non pas que » l'oxalate de chaux cristallisé ne puisse se trouver dans l'urine indépendamment de cette cause, mais du moins peut-on affirmer » qu'il s'y montre presque toujours, lorsque l'urine contient du » sperme. »

On convient généralement, avec M. Donné, que l'oxalate de chaux se montre souvent dans l'urine des sujets affectés de pertes séminales; mais ce que l'on ignore encore, c'est l'explication du phénomène. La première pensée qui devait se présenter à l'esprit, c'est que les cristaux d'oxalate de chaux existaient tout formés dans le sperme. C'est pour élucider cette question que j'ai entrepris les expériences suivantes :

1° J'ai pris du sperme dans les vésicules séminales de l'homme, et je l'ai examiné au microscope. Or jamais je n'y ai observé de cristaux d'oxalate de chaux.

2° J'ai fait une autre série d'expériences sur du sperme frais; j'y ai observé des myriades de spermatozoïdes, des globules spermatiques, des lambeaux d'épithélium, mais pas un seul cristal octaédrique d'oxalate de chaux. La question était donc résolue, et on ne pouvait admettre que l'oxalate de chaux que l'on rencontre, en même temps que les zoospermes, dans l'urine des sujets atteints de spermatorrhée, provînt de la liqueur spermatique elle-même.

3° Enfin une autre preuve que j'invoquerai à l'appui de cette opinion, c'est que, ayant examiné l'urine de plusieurs sujets qui avaient eu des pollutions nocturnes accidentelles, je n'y ai point rencontré de cristaux octaédriques, quoiqu'il fût facile d'y déceler la présence de nombreux animalcules.

Si les cristaux d'oxalate de chaux trouvés dans l'urine des sujets affectés de pertes séminales n'avaient point été fournis directement par le sperme, il était encore permis de se demander si la liqueur spermatique ne contenait point de l'acide oxalique, susceptible de donner secondairement naissance à des octaèdres d'oxalate de chaux. Pour vérifier ce fait, je pris du sperme frais, dans lequel je venais de constater l'absence complète de cristaux, et après l'avoir conservé trois jours dans un tube de verre fermé, je l'examinai au microscope. J'observai alors les phénomènes suivants : Sa réaction, qui était primitivement légèrement alcaline, devint de plus en plus prononcée, et le liquide se divisa en deux couches : une couche supérieure plus claire et presque translucide, et une couche inférieure d'un blanc laiteux, dense et très-visqueuse. Cette matière, recueillie avec une pipette et placée sous le champ du microscope, fut trouvée remplie de cristaux, dont il s'agissait de déterminer la nature.

J'ai cherché dans différents auteurs ce qui avait été dit de ces cristaux, et je n'ai trouvé qu'un chimiste anglais, Simon, qui leur consacre une phrase conçue à peu près dans ces termes : « Vauquelin a annoncé que quand le sperme est abandonné pendant quelques temps à lui-même, il s'y forme des cristaux que Berzélius a pensé être du phosphate ammoniaco-magnésien. »

Ces cristaux différaient un peu les uns des autres par leur forme. Les uns étaient des rhomboèdres à angles plus ou moins aigus, ordinairement très-réguliers, et ressemblaient à du carbonate de chaux rhomboédrique, ou encore à certaines formes de phosphate ammoniaco-magnésien; les autres avaient une forme losangique parfaitement régulière, et ressemblaient par conséquent aux cristaux d'acide urique qu'on observe si souvent dans l'urine. Pour essayer de découvrir la nature de ces cristaux, j'ai eu recours au procédé qui a été indiqué par M. Leconte, et qui est basé sur ce que l'acide urique, en présence de l'acide nitrique, se décompose avec un abondant dégagement de gaz. Une première préparation fut traitée par l'acide acétique, sous le champ du microscope, et je vis immédiatement tous les cristaux disparaître sans effervescence, ce qui prouvait qu'on n'avait point affaire à du carbonate de chaux. Une seconde préparation, traitée par l'acide nitrique, se conduisit de la même manière, c'est-à-dire que les cristaux disparurent, et qu'il n'y eut aucun dégagement de gaz. De ces expériences, je suis porté à conclure que les cristaux de sperme, qui se dissolvent sans effervescence dans les acides acétique et nitrique, sont des cristaux phosphatiques, et probablement du phosphate ammoniaco-magnésien. Les cristaux losangiques qui simulent l'acide urique sont des formes dérivées du rhomboèdre.

En résumé, si les cristaux d'oxalate de chaux n'existent point tout formés dans le sperme frais, ils ne sont point susceptibles de s'y développer non plus, en vertu d'une formation secondaire. D'où il résulte

---

enfants chez lesquels une peau fine et essentiellement absorbante ne permettait pas de porter bien loin la dose d'eau mère. Dans le plus grand nombre des cas, un adulte peut très-bien supporter l'immersion, pendant une heure et plus, dans un bain contenant 64 grammes de bromure de potassium et plus de 3 kilogrammes de chlorure de sodium. On comprend l'importance d'un médicament de ce genre, les heureux effets qu'il doit exercer sur des personnes débiles et l'énergique impulsion qu'il communique à la plupart des fonctions de l'économie. Aussi voit-on, comme je l'ai dit, de véritables transformations organiques s'opérer en peu de temps.

Ajoutez à cela les conditions atmosphériques dont j'ai parlé, les soins expérimentés de médecins attentifs, et enfin un établissement où l'on a réuni tous les perfectionnements possibles dans la disposition des cabinets de bains, et l'on ne s'étonnera pas des résultats obtenus. J'ai vu surtout une piscine où les enfants se baignent, nagent, s'amusent au milieu d'une masse d'eaux salines, et qui me paraît destinée à produire des effets remarquables chez des malades trop souvent enclins à l'inertie musculaire, que le moindre exercice fatigue, pour qui l'on craint le refroidissement et qui, vivant dans cette réserve exagérée, perdent tout droit à une existence heureuse et solide. On trouve encore dans cet établissement un local destiné aux applications hydrothérapiques, de sorte que les malades ne manquent d'aucun des moyens les plus propres à modifier profondément les constitutions les moins bien douées.

On a prétendu que les eaux contenant en abondance le chlorure de sodium ne pouvaient être employées en boisson; mais l'expérience est là pour démontrer le contraire. Il faut sans doute que le sel ne s'y trouve pas dissous en trop grande quantité; l'eau de mer, par exemple, n'est pas potable; témoin la fatale expérience tentée par le czar Pierre le Grand, qui vit mourir la plupart des matelots qu'il avait voulu habituer à la boire. Mais si cette eau contient près de 42 grammes de sels de soude et de magnésie par litre, ce qui la rend absolument réfractaire aux puissances digestives, il n'en est pas de même d'un grand nombre de sources dont la teneur en principes salins est infiniment moindre. L'eau de la saline de Carlshalle, à Kreuznach, ne contient par litre que 6 grammes de chlorures; à Lons-le-Saulnier, la source exploitée en a 10; à Salins, la proportion de sel a dépassé ce chiffre de beaucoup; mais depuis qu'à l'aide de forages on a immergé la couche salifère, l'eau que l'on retire des puits à l'aide de pompes en possède beaucoup moins, et de nouvelles sources, destinées spécialement à l'usage de l'établissement thermal, n'offrent que 2, 3 et 4 millièmes de matières salines. Il en résulte que l'on possède des eaux chlorurées à tous les degrés désirables, et que les malades les plus délicats, les plus faibles peuvent les boire impunément. C'est là un immense avantage et qu'apprécieront les médecins dont les clients ne peuvent pas toujours aller au loin en chercher de semblables.

Et puis vous trouverez dans cet établissement un médecin inspecteur, M. le docteur Dumoulin, qui connaît bien l'agent thérapeutique dont il dirige l'emploi, qui sait en varier les doses en raison des circonstances, et qui convient à bien des malades gravement affectés d'une foule de lésions différentes d'origine et de développement. M. le docteur Germain, qui habite Salins depuis longues années, n'est pas moins habile à manier ces eaux salu-

que ceux qu'on observe dans l'urine des personnes atteintes de spermatorrhée ne peuvent être rapportés à la liqueur spermatique. Jusqu'aujourd'hui la présence de l'oxalate calcaire dans l'urine des tabescents n'a point été expliquée d'une manière satisfaisante. M. Donné la fait dépendre d'une irritation symphatique des organes excréteurs de l'urine, produite par la perte de semence. Ceci posé, analysons quelques observations de spermatorrhée avec oxalate de chaux.

SPERMATORRHÉE AVEC PERTE DE L'EMBONPOINT ET DES FORCES; DOULEURS DE REINS; EXCRÉTION D'OXALATE DE CHAUX PAR LES URINES.

OBS. I (Golding Bird). — Homme de 31 ans, corroyeur. Depuis deux ans, diminution de l'embonpoint, des forces et des facultés mentales; puissance génitale presque éteinte; fréquemment, pendant le sommeil, des pertes séminales qui affaiblissent le sujet et le rendent mélancolique. Il ressent en même temps de la douleur de reins, des pesanteurs d'estomac. Les nuits sont agitées, l'appétit est faible, il y a des palpitations fréquentes, avec dégagement de gaz dans les voies digestives. L'urine de la nuit est d'une couleur ambrée foncée, acide; sa densité est de 1030, et elle contient de magnifiques cristaux octaédriques d'oxalate de chaux. On ordonne des pilules de colchique, de l'acide nitrique dilué dans de la décoction de quina, et une alimentation reconfortante.

An bout d'un mois de ce traitement, l'amélioration est prononcée et les pertes séminales ont cessé. On ordonne un mélange de vin de colchique et de mixture de gentiane.

PERTES SÉMINALES FRÉQUENTES; DIARRHÉE; AMAIGRISSEMENT; PRÉSENCE D'OXALATE DE CHAUX DANS L'URINE, SOUS LA FORME ORDINAIRE ET SOUS LA FORME DE SABLIERS.

OBS. II (Golding Bird). — Charpentier de marine, âgé de 58 ans. Depuis un an, douleurs de reins, diarrhée, affaiblissement considérable de la puissance génitale, pollutions nocturnes fréquentes. Urine claire, ambrée, 1017, sans dépôt apparent, contenant des cristaux cubiques d'oxalate de chaux, mêlés à des sabliers et à de l'acide urique.

Le traitement consiste dans l'emploi de l'acide nitro-muriatique. On conseille en outre une nourriture de facile digestion, et une ceinture de flanelle autour des reins.

Sous l'influence de ce traitement, la diarrhée cesse et les forces reparaissent. On prescrit alors des pilules de sulfate de zinc et d'opium. Malgré ce traitement, le malade accuse encore une douleur localisée entre la dernière vertèbre lombaire et le sacrum. Cette douleur revient surtout le soir, et augmente sous l'influence de la fatigue. Il y a encore fréquemment la nuit des pertes séminales. Golding Bird ordonne de continuer l'usage du sulfate de zinc, et de diriger une fois par semaine une douche d'eau froide sur les organes sexuels et les reins.

POLLUTIONS NOCTURNES; PRÉSENCE D'OXALATE DE CHAUX DANS L'URINE.

OBS. III (Maclagan). — Il s'agit d'un artisan enclin à l'onanisme, et dont la physionomie est triste et languissante. Il a des pollutions nocturnes, par le simple froissement des couvertures. Pour remédier à ces accidents, on passe de temps en temps une bougie dans le canal; on prescrit de la teinture de chlorure de fer et des douches, et on conseille une nourriture succulente. Une amélioration graduelle ne tarde pas à se manifester.

Dans les observations que je viens de présenter, et qui avaient été données comme des exemples d'oxalurie, il est évident que l'excrétion de l'oxalate de chaux n'était qu'un phénomène accessoire, et que le symptôme principal était la spermatorrhée. Aussi les auteurs, sans s'en douter, ont-ils dirigé une partie du traitement contre cet accident. C'est qu'en effet ce sont les pollutions nocturnes ou diurnes involontaires qui doivent, avant tout, fixer l'attention du médecin, car, quand elles se répètent fréquemment, elles exercent l'influence la plus fâcheuse sur les fonctions génitales de l'homme, et elles peuvent engendrer la stérilité ou même l'impuissance. Les agents destinés à les combattre varient avec les causes qui les ont produites et qui les entretiennent. C'est ainsi que, dans certains cas, on guérira la spermatorrhée en faisant cesser des habitudes de masturbation, ou en faisant observer la contineoce; dans d'autres, il suffira de vaincre une constipation opiniâtre, d'expulser des oxyures, d'exciser des hémorrhoïdes ou une bride du rectum, de faire disparaître un herpès præputialis... pour guérir des pertes séminales qui dataient parfois de très-longtemps. Enfin je dois parler aussi d'un mode de traitement qui a réussi souvent entre les mains de Lallemand (de Montpellier), et qui a été tout récemment préconisé par M. Ségalas, c'est la cautérisation au nitrate d'argent. En effet, quand les pollutions sont causées on entretenues par l'inflammation chronique de la membrane muqueuse de la portion prostatique de l'urètre, très-souvent une seule cautérisation suffit pour en amener la guérison, et, dans les cas rebelles, une seconde cautérisation, suivie de bains sulfureux et de quelques soins hygiéniques, a presque toujours réussi, entre les mains de M. Ségalas, à ramener la fonction à l'état normal.

En résumé, en guérissant la spermatorrhée, on fera cesser, dans l'immense majorité des cas, l'excrétion de l'oxalate de chaux, qui était sous la dépendance des pertes séminales, et on n'aura presque jamais à s'occuper sérieusement du symptôme oxalurie. Cependant, si la spermatorrhée s'accompagnait de phénomènes dyspeptiques qu'il fût urgent d'attaquer directement, on recourrait avec avantage aux agents propres à les combattre, et entre autres aux alcalis.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC; par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

(Suite. — Voir les nos 38 et 39.)

4° OBSERVATIONS SUR L'ACTION DE LA POTASSE SUR LES TISSUS CHEZ L'HOMME.

Ainsi renseignés expérimentalement sur l'action de la potasse sur les différents tissus des animaux, nous avions à compléter nos recherches sur l'emploi de ce caustique chez l'homme, dans les diverses

---

taires, et il a publié d'estimables travaux sur leur composition et leurs propriétés. On peut donc en toute confiance envoyer des malades à Salins, ils jouiront des ressources de tout genre que l'on rencontre dans les établissements thermaux les plus renommés de l'Allemagne. Ils y trouveront mieux encore, par exemple un repos complet, des plaisirs tranquilles, une société choisie et toutes les douceurs d'une hospitalité de bon goût.

P. MENIÈRE.

La suite au prochain numéro.)

— Un décret impérial reconnaît la Société de chirurgie comme établissement d'utilité publique et lui en confère les privilèges. La Société a voté d'unanimes remercîments à MM. Conneau et Larrey, dont la haute influence n'a pas peu contribué à lui obtenir cet avantage, d'ailleurs si mérité.

La Société de chirurgie, qui a été fondée en août 1843 par dix-sept chirurgiens des hôpitaux, et dont le premier président fut Bérard jeune, se compose aujourd'hui de trente-cinq membres titulaires, sept membres honoraires, dont MM. Velpeau et Cloquet, onze membres de l'Académie de médecine, quarante-six correspondants nationaux, presque tous à la tête des principaux hôpitaux civils et militaires de France, seize associés étrangers, et vingt-huit correspondants étrangers: en tout, cent quarante-trois membres.

Pendant les quinze années qui viennent de s'écouler, malgré tous les événements qui se sont succédé, jamais elle suspendu ses séances; loin de là, elle a toujours travaillé avec ardeur. Dans cette période, elle n'a publié quatre volumes et demi in-4° de mémoires, et huit in-8° de procès verbaux. Encourageant en dehors de son sein les jeunes travailleurs, elle a fondé un prix annuel pour la meilleure thèse en chirurgie, donné des prix sur des questions proposées par elle; enfin, elle a su réunir dans son sein et faire participer à ces travaux presque tous les noms les plus illustres de la chirurgie moderne. (GAZ. HEBD.)

— M. Grabowsky écrit au COURRIER D'ODESSA pour appeler l'attention publique sur le lac de Golaïa-Pristane, dont les boues possèdent, dit-il, des vertus curatives qui ne le cèdent point à celles des fameuses boues du lac de Sak, près d'Enpatoria, en Crimée. Le village de Golaïa-Pristane est situé sur les bords du Dniéper, dans le district du Dnieper, du gouvernement de Tauride. Le lac salant en est à une distance d'une demi-versté, et jusqu'à l'année 1845 on en tirait du sel; mais après l'inondation de cette année, l'exploitation du sel y avait cessé. Depuis lors les habitants lui attribuaient des vertus curatives, et, en effet, l'analyse de ces boues, faite par un médecin connu de Kherson, y a fait reconnaître, outre divers sels alcalins, la présence de l'iode et du brôme. L'auteur de la lettre et beaucoup d'autres personnes de Kherson ont été guéries, par ces boues, de maladies cutanées et principalement d'affections scrofuleuses.

applications que nous avions à faire de la cautérisation dans notre service chirurgical. Ces observations avaient d'ailleurs ici cette signification qu'elles devaient ultérieurement nous servir à déterminer, pour la troisième partie de ce mémoire, dans quelles limites il faut compter sur les avantages de ce caustique.

Obs. I. — La première application expérimentale que nous fîmes de la potasse chez l'homme eut pour objet de rechercher lequel des deux caustiques, potasse ou caustique de Vienne, agissait le plus rapidement sur la peau saine; c'était chez un malade affecté de mal vertébral, et deux larges cautères devaient être posés de chaque côté de la colonne lombaire. L'un de nous devait agir par dilution avec un caustique Filhos de 3 centim. de diamètre, et l'autre avec des cylindres de potasse promenés lentement sur la peau, mais du volume seulement des cylindres ordinaires. Le caustique Filhos avait été mouillé à l'alcool, et la potasse était de temps en temps humectée dans l'eau.

Au début, il n'y eut pas de douleur plus intense d'un côté que de l'autre; le maniement du caustique Filhos était plus facile; il n'était pas, en effet, nécessaire de retirer de temps en temps le cylindre caustique pour laver la surface cautérisée, comme on était obligé de le faire pour la potasse dans le but de régulariser convenablement l'action caustique. Enfin, à la fin de l'opération, il nous sembla que le malade accusait une douleur un peu plus vive du côté cautérisé avec la potasse.

Quant au résultat anatomique, il fut le suivant:

Au bout d'un quart d'heure, il y avait cautérisation complète de la peau avec le caustique Filhos. Un dépôt blanc, dû probablement à la chaux, avait constamment recouvert la partie escarrifiée; le caustique s'était à peu près également distribué sur toutes les surfaces de la peau; toutefois il était manifeste que dans les points correspondant aux ouvertures normales du derme, il se produisait des îlots de cautérisation, lesquels s'étaient complétement réunis en une cautérisation unique après sept à huit minutes. L'escarre était d'un brun grisâtre un peu transparent.

La potasse avait, de son côté, terminé son action caustique après dix-huit minutes environ, y compris les instants pendant lesquels il avait fallu laver la place cautérisée et humecter le cylindre. Pas de cautérisation apparente d'abord, si ce n'est une forte onctuosité de l'épiderme; puis se montrent quatre ou cinq petits points bruns transparents dans un cercle de 3 centim. de diamètre; et puis peu à peu encore les points grandissent, mais irrégulièrement; ils se réunissent enfin en une escarre unique et molle; elle était moins brune que celle produite par le caustique Filhos, mais plus transparente; à travers cette transparence, on apercevait quelques rares vaisseaux capillaires remplis de sang noir, et qui ne donnèrent pas de sang. Ajoutons que chaque fois qu'après le lavage de la partie cautérisée on appliquait de nouveau le cylindre de potasse, la surface escarrifiée se couvrait d'une nappe blanchâtre, qui disparaissait en continuant la cautérisation, pour faire place à une transparence presque complète, et ainsi après chaque lavage nouveau et après chaque cautérisation nouvelle.

Comme nous expérimentions chez l'homme, nous n'avons pas essayé de produire la dissolution des escarres faites par les caustiques, comme cela avait été expérimenté chez les animaux.

Obs. II. — Un homme étant entré à l'Hôtel-Dieu pour un vaste abcès froid profond siégeant à la région fessière, nous résolûmes d'ouvrir cet abcès et de traverser les muscles avec le cylindre de potasse. Dans ce but, nous traçâmes d'abord à l'encre sur la peau une ligne verticale partant de la crête iliaque à l'union de son tiers moyen avec son tiers postérieur et longue de 6 centim. environ. Puis laissant cette ligne un peu en avant, nous promenâmes le cylindre de potasse parallèlement à elle pour faire une escarre linéaire de même étendue.

Le cylindre glisse d'abord sur la peau sans la modifier en apparence; puis se montrent cinq petits points transparents représentant assez bien le contour des ouvertures folliculeuses du derme, mais agrandies. On essuie la surface, on mouille le crayon, on le promène de nouveau; les points s'élargissent. Au bout de dix minutes, il resta à peine quelques parties de la peau intactes. On continue, enfin, d'agir sur ces points surtout, et la cautérisation se complète; enfin, après un quart d'heure, nous obtenons une escarre linéaire de la longueur voulue et ne mesurant pas 1 centimètre en largeur. Autour d'elle, la peau est seulement plus rouge qu'à l'ordinaire et enflammée.

On incise immédiatement cette escarre au lieu d'essayer de la dissoudre, puis quelques gouttes de sang noir suintent çà et là des bords de l'ouverture. Sans nous y arrêter, nous continuons la cautérisation sur le tissu cellulaire. Après une minute, les filaments cèdent, les lèvres de la plaie s'écartent; la plaie mesure en largeur, à la partie moyenne, 3 centimètres.

Cautérisation nouvelle et linéaire, d'abord sur l'aponévrose, puis sur les muscles, à chaque contact du crayon, frémissement involontaire des fibres musculaires; puis coloration rosée, puis coloration noire due à quelques gouttes de sang; enfin, destruction par amincissement graduel.

Pour activer l'opération, après six minutes, nous introduisons par taraudage le cylindre de potasse dans le centre des fibres, là où l'abcès paraît le plus saillant. Ce cylindre forme à son pourtour une trouée noirâtre; puis, à mesure qu'il pénètre par taraudage, il s'enroule de fibrilles musculaires devenues comme cotonneuses; enfin, après deux minutes, un jet de pus apparaît.

Nous supprimons alors la cautérisation et nous remettons au lendemain l'agrandissement de l'incision. Cet agrandissement fut opéré avec le bistouri, et les bords de la plaie furent cautérisés avec le chlorure de zinc.

Remarquons que cette longue et profonde incision n'avait pas exigé plus de vingt cinq minutes, et que le malade n'accusa de vives douleurs que dans le taraudage des fibres musculaires.

Obs. III. — Un jeune homme présentait au pied une tumeur blanche, et plusieurs incisions avaient été faites à ce malade en dehors de l'hôpital, et de ces incisions s'écoulait un pus sanieux, indice d'une affection articulaire et osseuse. Un stylet s'introduisait par les fistules qui avaient été produites soit dans la direction de l'articulation tibio-astragalienne, soit dans celle des articles des os du tarse; enfin la mobilité de toutes les parties était telle qu'il fallait songer à l'amputation de la jambe.

Un de nous voulut cependant tenter la guérison par les caustiques en souvenir d'une des belles observations de ce genre qu'on trouve dans le livre de M. Bonnet (Philipeaux); seulement, au lieu de procéder avec le feu, on devait faire des trouées avec la potasse.

Or voici quelle était en quelques secondes l'action de ce caustique qui fut, dans ce cas, appliqué une dizaine de fois au moins : immédiatement où la potasse pénétrait dans une des ouvertures fistuleuses et fongueuses, le malade éprouvait une douleur excessive; une masse noirâtre et onctueuse s'accumulait autour du crayon caustique; dans ce milieu fongueux le doigt pouvait alors pénétrer avec la plus grande facilité. Il n'y avait jamais d'écoulement brusque de sang, cela ne se produisait, en effet, que quelques instants après la cautérisation, mais non pas pendant son cours; souvent même il nous arriva, en voyant le sang s'écouler après l'application caustique, de revenir à l'emploi du crayon. Le sang se coagulait, prenait une coloration noire, cessait de couler; ainsi nous avions le temps de faire préparer des bourdonnets de charpie qu'on enfonçait rapidement dans les trouées faites par la potasse.

L'observation suivante est une nouvelle preuve que la potasse peut être utilisée encore pour empêcher les hémorrhagies, à la condition, avant qu'elle se produise, de recourir à un tamponnement énergique. Cela nous arriva fréquemment dans nos amputations par les caustiques, mais le fait va se présenter encore plus démonstratif ici.

Obs. IV. — Un jeune enfant de 2 ans environ fut amené à l'Hôtel-Dieu pour une double tumeur fongueuse, sanguine, dont une très-volumineuse et à peu près du volume d'une tête de fœtus, siégeait à la face externe du tiers inférieur de la cuisse droite, et l'autre au devant de la rotule. Le volume des tumeurs, l'âge de l'enfant et d'autres considérations fondées sur la plus ou moins grande profondeur des parties malades, nous engagèrent à opérer la destruction par les caustiques au lieu de recourir à une amputation de la cuisse au tiers supérieur. Or voici comment nous utilisâmes dans ce cas la potasse. La peau ayant été détruite circulairement par le caustique de Vienne, nous faisions pénétrer le cylindre de potasse dans la masse de la tumeur, de la circonférence vers le centre (*cautérisation radiée* de Maisonneuve). Quand la trouée était faite et avant que l'écoulement de sang ne se produisît, ce qui arrivait invariablement après quelques instants, on remplissait le trou soit de charpie sèche formant une sorte de mèche, soit de pâte Canquoin, et il n'y eut lieu dans aucun cas à de l'écoulement de sang abondant.

Mais, n'est-ce pas, dira-t-on, au chlorure de zinc que l'on doit attribuer la non-production de l'hémorrhagie plutôt qu'à la potasse même? Non, comme la suite de l'observation va le démontrer.

La destruction de la tumeur ne marchait pas à notre gré aussi rapidement que nous pouvions le desirer, et un jour, dans la crainte de voir l'affaiblissement continu de l'enfant compromettre sa vie, nous procédâmes à l'ablation par écrasement de la tumeur dont le pédicule n'avait plus que très-peu d'épaisseur. N'oublions pas que la tumeur était de nature fongueuse sanguine, et que le petit volume seul de la partie à détruire nous empêchait de redouter une abondante perte de sang. Le sang suinta, en effet, après l'écrasement, en nappe mais sans jet; *application de pâte Canquoin et compression*. Une demi-heure après, toutes les pièces de l'appareil sont couvertes de sang; il s'écoule avec une coloration d'un rouge rutilant des circulaires les plus superficielles des bandes destinées à la compression. Nous enlevons l'appareil, nous faisons une nouvelle application de caustique au chlorure de zinc, le sang devient d'un rouge vif, se coagule un peu d'abord, puis reparaît en coulant par nappe. Alors nous rappelant ce que nous avions déjà observé précédemment à propos de la potasse, nous n'hésitons pas dans notre choix; nous promenons rapidement le cylindre caustique sur toute la surface saignante : il en résulte un magma noir, épais, onctueux, d'où il ne s'écoule pas une goutte de sang liquide. Rapidement ensuite nous recouvrons la surface cautérisée de pâte Canquoin. Il ne se montra plus de sang pur ni sur les pièces extérieures ni sur les pièces profondes de l'appareil compressif.

5° Expériences sur les tissus des cadavres.

Nous n'avons fait sur les tissus des cadavres qu'une seule expérience. Elle avait uniquement pour but de rechercher si, comme l'ont prétendu MM. Jaumes et Ferrand, il y a une différence entre l'action de la potasse sur le cadavre et sur le vivant au point de vue de la solubilité

des escarres. Sur le vivant, en effet, avait-on dit, l'escarre à la potasse est un *savon insoluble*; et d'autre part, sur le cadavre, elle forme un *savon soluble*. Or comme nous avions la preuve que les escarres sur le vivant étaient solubles, puisque nous avions pu perforer la peau sans laisser de traces d'escarre, nous avions à vérifier s'il n'y avait pas, dans l'assertion de M. Ferrand, et ensuite de M. Philipeaux, une erreur de texte seulement.

Voici le récit de cette expérience, que nous donnons assez longuement; nous la faisions suivre de l'examen au microscope du tissu escarrifié, dans l'intention de faire servir cette donnée à la comparaison que nous ferons plus tard entre la potasse caustique et le chlorure de zinc.

Exp. XVI. — Nous plaçons sur un morceau de muscle de veau du volume environ d'une noix deux pastilles de potasse caustique, et nous abandonnons l'opération à elle-même en recouvrant le vase d'une lame de verre.

Pénétration lente de la potasse : au bout de quatre minutes seulement, elle s'est creusé sur le muscle un petit godet superficiel où celui-ci apparaît d'une coloration violacée et plus transparent que dans ses autres parties.

L'opération est continuée, et vers le soir seulement, après quatre heures environ, l'action de la potasse est épuisée et la pénétration de la masse est complète. Il en est résulté une matière sèche, violacée, d'une dureté presque pierreuse; le tissu musculaire est en outre à peine reconnaissable; enfin, une substance comme butyreuse et jaunâtre entoure la masse musculaire durcie.

Alors, prenant cette masse, nous la soumettons, d'une part, à l'examen au microscope, d'autre part à une sorte d'expérimentation chimique.

Au microscope, elle présente une transparence parfaite; les faisceaux musculaires, malgré l'épaisseur de la couche examinée, se montrent les uns à côté ou au-dessous des autres parfaitement apparents et assez distincts. Çà et là dans la préparation se présentent en outre des cristaux losangiques, mais les fibrilles musculaires ont disparu; on continue seulement de reconnaître leurs ondulations ou stries transversales, lesquelles sont extrêmement pâles. A un degré plus avancé d'altération, on ne retrouve plus aucun indice de ces stries; les cristaux losangiques sont plus nombreux; il ne reste plus qu'une trame fibreuse élastique présentant un nombre considérable de fibrilles anastomosées et contournées de mille manières.

A l'expérimentation chimique, cette masse présentait les caractères suivants: elle était insoluble dans l'alcool à froid et à chaud; il se produisait seulement dans ce liquide, à force de tenter la dissolution, un dépôt comme albumineux. Mais elle se dissolvait avec la plus grande facilité dans l'eau; puis l'alcool l'en précipitait complétement; enfin, à ce degré, elle demeurait insoluble dans l'eau à chaud et à froid. Enfin, une des dissolutions de la masse musculaire dans l'eau ayant été soumise à l'évaporation lente, elle donna lieu à la production d'une masse floconneuse, comme cristalline, mais irrégulière, sans odeur et sans saveur, dont nous ne pûmes connaître la composition.

6° Conclusions de la première partie.

1° La potasse caustique est un moyen de cautérisation extrêmement rapide.

2° Elle peut escarrifier toute l'épaisseur de la peau recouverte de l'épiderme en quinze minutes; elle peut perforer une masse musculaire et volumineuse en six à dix minutes; elle produit, dans le tissu cellulaire et dans les tissus fongueux, une trouée immédiate; elle détruit rapidement les vaisseaux; elle a une action plus lente sur les tissus fibreux; elle n'a presque pas d'action sur les os.

3° La potasse agit sur les tissus en les dissolvant : on peut, par dissolution des escarres, trouer la peau comme avec un emporte-pièce; sous son contact, les fibres musculaires, les tuniques des vaisseaux, s'amincissent, s'étirent, se dissolvent, éclatent enfin; le sang touché par la potasse se coagule d'abord, et son cours s'arrête, puis il se dissont et s'écoule enfin; on peut, avec la potasse, trouer la cornée; on peut détruire les ligaments et les cartilages, mais avec une extrême lenteur; on ne peut pas dissoudre le tissu osseux.

4° Malgré cette activité de destruction, on peut limiter l'action de la potasse; sur la peau, on peut tracer une incision linéaire, à la condition de ne pas laisser fuser la dissolution de potasse au delà des limites de la ligne qu'on veut suivre : dans la profondeur des chairs, le tissu cellulaire excepté, l'action de la potasse se circonscrit elle-même, soit en s'épuisant pour dissoudre l'escarre produite, soit en s'étendant dans les liquides, soit en formant avec les tissus un composé non caustique.

5° La potasse produit rapidement la destruction des vaisseaux et facilite les hémorrhagies; mais comme son premier effet est de coaguler le sang, et comme ce coagulum soustrait à l'action de la potasse se durcit beaucoup, il est facile de s'opposer aux dangers d'hémorrhagie; il faut pour cela, quand la potasse a agi sur le sang, soustraire immédiatement celui-ci à son action et ne pas laisser le coagulum se dissoudre; pour cela, il faut tamponner *immédiatement*, soit avec une ouate sèche, soit avec une ouate imprégnée de vinaigre, soit avec des lauières de caustique Canquoin. On peut même aussi utiliser la potasse pour arrêter les hémorrhagies, en formant rapidement un coagulum dont on assure la durée par un des moyens indiqués tout à l'heure.

6° La potasse peut même dissoudre les escarres qu'elle a produites; mais il est plus simple, chez l'homme, de les inciser. Il faut faire cette incision quand l'escarre est récente, car alors seulement elle est très-molle et elle devient assez rapidement d'une extrême dureté.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ACTION SIMULTANÉE DU CURARE ET DE LA NOIX VOMIQUE; par MM. Martin-Magron et Buisson.

A la suite d'un travail dont les conclusions ont été publiées par la Gazette Médicale, nous avons cru pouvoir établir la proposition suivante :

« L'antagonisme qu'on a signalé entre le curare et la strychnine ne nous parait pas exister; ces deux poisons ne diffèrent que par des nuances qui disparaissent le plus souvent avec les doses et le mode d'administration. »

M. le professeur Bernard vient de faire connaître, au nom de M. Vella, une observation qui, pour des esprits prévenus, pourrait paraître infirmer la proposition qui vient d'être énoncée. Nous demandons la permission de faire comprendre comment il n'en est rien. Et tout d'abord, nous sommes portés à croire que, dans cette observation, il s'agit d'un véritable tétanos. Nous ne connaissons pas M. Vella, mais nous avons l'honneur de connaître M. Salleron, homme aussi instruit qu'honnête, et dont le diagnostic doit être pris en très grande considération; nous admettons donc qu'il s'agit d'un tétanos guéri pendant l'administration du curare. Cette observation est d'autant plus intéressante que le résultat obtenu est en opposition absolue avec ce que pouvaient faire prévoir les paroles suivantes, consignées à la page 376 des Leçons sur les substances toxiques, etc., par M. le professeur Bernard : « Les » effets du curare peuvent-ils contre-balancer l'influence de la strychnine et empêcher la mort? En d'autres termes, ces deux corps peuvent-ils être considérés comme capables de se servir de contre-poisons l'un à l'autre? Pour nous rendre compte de la réalité ou de l'absence de cette action réciproque, nous avons déjà dit que nous avions » donné à des animaux ces deux substances mélangées en diverses » proportions : les animaux sont toujours morts. *Et ils ont succombé » plus rapidement que lorsque la strychnine ou le curare étaient administrés seuls*; mais jamais ils n'ont eu de convulsions, même lorsqu'une faible proportion de curare était associée à une quantité relativement considérable de strychnine. On peut donc neutraliser le » symptôme, mais c'est tout ce qu'on peut faire. L'inefficacité de son » action montre que, dans l'empoisonnement par la strychnine, la » mort n'est pas causée par le tétanos seul.

» Le curare employé dans le tétanos ferait cesser les convulsions. Il » ne guérirait pas pour cela. »

Si donc M. Vella a réellement guéri un tétanos, l'honneur qui lui en revient est en rapport avec la responsabilité qu'il a encourue. Mais l'observation du médecin italien prouve-t-elle, comme ont paru le croire quelques physiologistes, qu'il y a antagonisme entre l'action du curare et celle de la strychnine? En aucune façon. Il n'est pas démontré que le tétanos traumatique ait la même origine que le tétanos strychnique. Il est très-probable que le premier est la conséquence de l'irritation primitive des nerfs en rapport avec la plaie; Marshall-Hall, M. Brown-Séquard, M. Bonnefin, etc., ont montré, contre l'opinion de MM. Stannius et Bernard, que le tétanos strychnique résultait de l'augmentation primitive de l'excitabilité de la moelle, et nous pensons que les expériences dans lesquelles nous avons empoisonné directement cet organe ne laissent guère de doute à cet égard. Les symptômes des deux tétanos sont, du reste, bien en rapport avec cette manière de voir. Dans le premier, il y a généralement contraction *permanente* d'un nombre plus ou moins considérable de muscles avec des exacerbations qui se manifestent par des convulsions générales; dans le second, il y a aussi des convulsions générales, mais dans l'intervalle de ces convulsions tous les muscles sont au repos, et ils

n'entrent de nouveau en contraction *qu'après* qu'une excitation extérieure vient solliciter une nouvelle crise. On comprend donc qu'un *topique*, paralysant les extrémités sensitives des nerfs, appliqué sur la plaie directement, et dans la première période du mal, puisse guérir le tétanos traumatique sans pour cela guérir le tétanos strychnique. Mais admettons avec M. Vella que le curare arrête ce dernier comme il pourrait, à la rigueur, guérir le premier, cela prouve-t-il l'antagonisme en question? Nous disons : le curare agit sur la moelle comme la strychnine; la strychnine agit sur les extrémités motrices comme le curare, c'est-à-dire que l'un et l'autre augmentent l'excitabilité de la moelle et diminuent l'excitabilité des extrémités. Voilà le fait fondamental que nous croyons avoir démontré, et qui dénote la *similitude d'action*. Mais *en général* la strychnine agit sur la moelle avec plus d'intensité que le curare, et ce dernier agit sur les extrémités avec plus d'intensité que la strychnine. Voilà la *nuance* que nous avons signalée et que nous faisons disparaître, en variant la dose ou le mode d'administration.

Supposons maintenant qu'une certaine dose de strychnine donnée dans certaines conditions de circulation, agisse comme 2 sur la moelle et comme 1 sur les extrémités; qu'une certaine dose de curare agisse comme 2 sur les extrémités et comme 1 sur la moelle; ces deux doses administrées en même temps, si *elles ne sont pas suffisantes pour paralyser entièrement les extrémités* ou *tuer la moelle*, empêcheront les convulsions sans faire périr l'animal. Et pourtant elles auront agi chacune de son côté pour augmenter l'activité de la moelle et diminuer celle des extrémités, c'est-à-dire d'une manière analogue. Voilà ce qui est possible et ce que M. Vella a vu arriver. Mais la grande difficulté est de trouver ces doses; peut-être, chez les animaux, y parvient-on par tâtonnements, mais on en tue certainement un grand nombre avant de réussir; ajoutons que si la dose de strychnine a été très-forte, la mort est à peu près inévitable; que si la dose a été faible, il y a quelque témérité à affirmer qu'elle aurait tué l'animal si l'on n'avait fait intervenir le curare. Ce n'est donc qu'avec une grande réserve qu'il faut appliquer ces données physiologiques à la thérapeutique humaine. Cette réserve est commandée surtout par ce fait, que l'action mortelle du curare n'est pas le plus souvent précédée de symptômes qui permettent de prévenir l'effet fatal.

Dans un certain nombre de cas, pendant dix minutes, un quart d'heure, le poison paraît ne produire aucun effet; puis survient tout à coup un petit tremblotement ou des convulsions qui précèdent la mort d'une ou deux minutes, si l'on n'a pas recours à la respiration artificielle. Ajoutons enfin que, comme l'ont vu MM. Vulpian, Pélikan, etc. sur les grands animaux, la mort arrive presque toujours avant que les nerfs moteurs aient perdu leur excitabilité.

Nous venons de faire l'expérience suivante :

Exp. — A deux heures, on injecte du curare sous la peau d'un gros lapin.

A deux heures dix minutes, l'animal *paraît* mort; le cœur bat encore.

Nous pratiquons la respiration artificielle jusqu'à cinq heures, et pendant tout ce temps, les nerfs, excités par une pile de Bunsen montée au vinaigre, déterminent des contractions musculaires.

A cinq heures, nous cessons la respiration artificielle.

A cinq heures huit minutes, le cœur ne bat plus; les nerfs sont encore excitables.

Paris, 19 septembre 1859.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

III. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les livraisons de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1857 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Remarques sur le traitement du trichiasis*, par M Anagnostakis. 2° *De l'extraction de la cataracte par incision linéaire, et de l'extraction scléroticale*, par M. Stœber. 3° *Note sur le synchisis étincelant*, par M. Gros (de Boulogne). 4° *Observation d'amaurose albuminurique*, par M. Ponti. 5° *De l'hémorrhagie provenant de l'intérieur de l'œil*, par M. White Cooper. 6° *Extraction linéaire accidentelle*, par M. Quadri. 7° *De l'ulcère de la face interne de la cornée*, par le même. 8° *Simplification dans le traitement des cataractes*, par M. Guépin. 9° *Nouvel ophthalmotrope*, par M. Ruete. 10° *Observations d'affections oculaires peu communes*, par M. Windsor. 11° *Nouveaux procédés pour l'amputation des staphylômes de la cornée et pour l'extirpation des ptérygions*, par M. Carron du Villards. 12° *De la lunette panoptique*, par M. Serre (d'Uzès). 13° *Remarques pratiques sur l'opération de la cataracte*, par M. Pétrequin (de Lyon). 14° *Note sur la guérison du glaucôme*, par M. A. de Graeffe.

REMARQUES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DU TRICHIASIS; par le docteur ANAGNOSTAKIS.

Au premier degré du trichiasis, la méthode la plus rationnelle, celle qui procure en général le résultat le plus durable, consiste à rendre aux cils déviés leur courbure normale; mais les moyens préconisés dans ce but, tels que la gomme, le collodion, le vernis de gomme laque, sont insuffisants. L'auteur en propose un autre, c'est la *frisure*.

« Pour friser les cils déviés, dit-il, j'ai fait construire un petit instrument en fer qui ressemble beaucoup au fer à friser ordinaire des coiffeurs. L'une des branches en est cylindrique, l'autre cannelée pour recevoir la première. Les deux branches se tiennent écartées au moyen d'un ressort.

» L'œil étant recouvert d'un morceau de papier légèrement humecté et fendu à son milieu, je fais passer tous les cils de la paupière à travers cette fente semi-circulaire, puis, saisissant le friseur dont les branches sont suffisamment chauffées, je frise tous les cils en haut. Cette manœuvre innocente est répétée de temps en temps jusqu'à ce que les cils déviés finissent par reprendre leur courbure normale. J'ai souvent essayé ce moyen avec succès. Quoique d'une exécution fort délicate, il a l'avantage de ne pas effrayer les malades, ce qui fait qu'on peut l'appliquer même aux plus pusillanimes et aux plus coquets. »

REMARQUES PRATIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT ET PAR BROIEMENT; par M. PÉTREQUIN.

L'auteur, dans ce travail, résume les résultats de sa pratique sur cette intéressante question de chirurgie opératoire.

Il s'occupe d'abord de l'époque la plus opportune pour l'opération de la cataracte; il ne veut pas qu'on y procède de trop bonne heure, et à ses yeux il ne suffit pas que les malades ne puissent plus vaquer à leurs affaires : « Le travail pathologique, dit M. Pétrequin, sous l'influence duquel se produit la cataracte, est un travail lent qui a toujours à son début une forme irritative, susceptible d'agir sur les différentes membranes de l'œil..... Il ne faut donc pas opérer au milieu de ce travail de fluxion congestive; il serait dangereux d'ajouter une cause traumatique à ce molimen morbide, à cette sorte d'épine inflammatoire. » Il ne faut pas non plus attendre que la vue soit complétement abolie. Quant à l'époque de l'année, il pense que la question de saison spéciale, plus convenable pour les grands hôpitaux, où les malades sont mieux surveillés par séries d'opérés, devient à peu près indifférente pour la clientèle civile, où, à part les chaleurs excessives de l'été, on peut en tout temps donner aux malades tous les soins possibles avec tout le succès désirable.

M. Pétrequin décrit ensuite avec détails les procédés opératoires qu'il emploie, soit pour l'*abaissement*, soit pour le *broiement*, indiquant à fur et mesure les règles à suivre et les écueils à éviter. La statistique qu'il a fournie dans sa CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON (1850, p. 12), militent en faveur soit du procédé opératoire mis en usage (voy. ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE, 1857, *Appareil oculaire*), soit de la méthode thérapeutique à laquelle il a recours, veillant à ce que l'inflammation traumatique ne dépasse pas les limites d'une réaction modérée.

EXTRACTION LINÉAIRE ACCIDENTELLE; par M. QUADRI.

L'auteur fut demandé par une demoiselle, qui, à la suite d'un coup de ciseaux dans l'œil gauche, avait complétement perdu la vue de ce côté. Il constata une cataracte et une légère hernie de l'iris avec déplacement de la pupille vers la blessure. L'irritation oculaire fut combattue par les antiphlogistiques et l'atropine, et, une fois la pupille dilatée, le cristallin fut trouvé complétement divisé en deux mor-

ceaux. Comme la hernie était très-petite, on l'abandonna aux forces de la nature, d'autant plus que le cristallin semblait se résorber. Après quelques jours, la hernie augmenta, et, par son élévation beurtant contre les paupières, produisit une irritation assez sensible. On l'excita avec des ciseaux; immédiatement sortirent par la blessure des morceaux de cristallin ramolli qui étaient venus pousser l'iris en debors. Le chirurgien imagina de faire sortir le cristallin par cette ouverture d'une ligne et demie; il exerça une légère pression avec les doigts en divers sens, et bientôt le cristallin sortit ramolli et opaque. L'œil fut fermé, et quelques jours après la malade était guérie de la cataracte sans autre accident.

IV. PRESSE MÉDICALE BELGE.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1857, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur le traitement préservatif et curatif de la phthisie*, par M. Fossion. 2° *Remède contre les gerçures du sein*, par M. Van Holsbeck. 3° *Des erreurs de diagnostic au point de vue de la syphilis*, par M. Thiry. 4° *Etudes sur la vaccine*, par M. Marinos. 5° *Des symptômes et du traitement du goitre kystique et du goitre akystique*, par M. Pétrequin (de Lyon). 6° *Fièvre intermittente guérie par une infusion concentrée de café acidulé avec du suc de citron*, par M. Van Holsbeck. 7° *Du traitement de Zitman dans quelques cas de syphilis rebelle*, par M. Thiry. 8° *Observations de croup*, par M. Briboria. 9° *Du traitement de la dyssenterie*, par M. Anciaux. 10° *Entropion double des paupières*, par M. Thiry. 11° *De l'importance de l'hématologie*, par M. Burggrave. 12° *De la méningite cérébrale*, par M. Henriette. 13° *De l'électricité dans le traitement de l'hydrocèle*. 14° *Observation de fistule à l'anus*, par M. Thiry.

DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE; par M. RODOLFO RODOLFI.

M. Pétrequin a publié dans la GAZETTE MÉDICALE, 1859, numéro du 22 janvier, un mémoire particulier sur la guérison de l'hydrocèle par un traitement électrique. Voici le procédé décrit par M. Rodolfo Rodolfi :

Le malade est couché sur son lit, le siége assez élevé et les cuisses légèrement fléchies, il est maintenu dans cette position par quelques aides.

L'appareil opératoire se compose :

1° D'une pile de Bunsen à deux éléments, ou mieux de celle de Daniel à trois ou quatre éléments;

2° De deux fils de cuivre de grosseur ordinaire et long de 50 à 60 centimètres, ou mieux de deux rubans de cuivre enveloppés d'une substance isolante;

3° Deux aiguilles fines d'acier ou de platine avec pointes très-aiguës; ces aiguilles sont longues de 30 millimètres et larges de 1 millimètre; elles sont munies, à 6 millimètres de leur extrémité supérieure, d'un rebord circulaire destiné à empêcher leur pénétration accidentelle dans la tumeur;

4° De deux capsules de cuivre munies chacune de deux vis de pression, la première assure le fil conducteur dans une ouverture qui lui est destinée, la seconde fixe l'extrémité de l'aiguille reçue dans une autre ouverture de la capsule.

L'opération s'accomplit en quatre temps :

1° Implantation des aiguilles dans la tumeur;
2° Etablissement d'un courant électrique;
3° Changement des pôles;
4° Extraction des aiguilles.

L'opérateur se place du côté correspondant à l'hydrocèle, assure à l'aide de la vis de pression les aiguilles dans leur capsule respective, et en les tenant comme une plume à écrire, les implante dans la tumeur à la plus grande distance possible l'une de l'autre, en ayant soin d'en faire diverger leurs pointes. Pendant le temps de l'opération, un aide tend la tumeur en la comprimant entre les deux mains appliquées au-dessus du testicule. Cette compression ne doit être abandonnée qu'à la fin de l'opération, car on a pour but de faire plonger les aiguilles dans une quantité abondante de liquide et d'empêcher que le mouvement vermiculaire produit par les contractions du dartos ne détermine la convergence des aiguilles ou ne les dirige vers le testicule qu'elles pourraient blesser. L'opérateur établit ensuite le courant électrique en introduisant les extrémités des deux fils de cuivre dans les trous pratiqués dans les capsules et les y fixe avec la vis de pression. Au bout de cinq minutes, on opère le changement des pôles en mettant en contact avec le pôle positif l'aiguille qui d'abord se trouvait sous l'influence du pôle négatif, *et vice versâ*. Cela fait, on laisse agir l'appareil électrique pendant vingt minutes environ, puis on extrait les aiguilles en usant de précaution, surtout avec celle qui est restée plus longtemps au contact du pôle positif, car elle présente toujours une surface très-rugueuse par suite de son oxydation profonde.

L'auteur cite quatre observations où la méthode a donné un succès complet dans trois cas, incomplet dans le dernier où il y eut reproduction partielle du liquide, ce qui parut tenir à une application défectueuse du nouveau moyen.

DE L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE; par M. CAJETAN PERTUSIO.

Dans cette note, l'auteur rend compte d'une discussion soulevée au sein de l'Académie royale de Turin sur l'arthrite blennorrbagique. Dans cette discussion, M. Pertusio et deux de ses collègues, MM. Borelli et Frola, ont défendu énergiquement les idées de M. Thiri sur ce point, c'est-à-dire qu'ils ont nié l'existence de l'affection rhumatismale en tant que maladie dépendant de la blennorrbagie. Les arguments invoqués à cette occasion n'ont rien appris de nouveau : ils ont pu avoir quelque valeur à une certaine époque; mais depuis lors cette même question a fait l'objet d'un travail important, publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, et dont il sera rendu compte ici prochainement, travail où l'auteur, M. Rollet, a rassemblé un grand nombre de faits, réfuté les objections les plus sérieuses, accumulé les preuves, en un mot présenté la question sous un tel jour, que maintenant il n'est pas plus possible de nier l'arthrite que l'épididymite blennorrhagique.

V. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les cahiers de septembre, octobre, novembre et décembre 1857 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des données pratiques que peut fournir l'examen des urines dans les maladies*; par M. A. Paul. 2° *Observation d'urémie*; par M. Lesseliers.

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les livraisons de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1857 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Accouchements laborieux*; par M. Besseurs. 2° *Du traitement opératoire de l'hydrocèle*; par M. Pétrequin. 3° *Traitement de certaines formes de tumeurs sanguines*; par le même.

DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE L'HYDROCÈLE; par le professeur PETREQUIN (de Lyon).

Dans cette note, l'auteur passe successivement en revue les principaux moyens de traitement qu'on a conseillés dans l'hydrocèle. Il donne la préférence à l'injection iodée, mais non pas à l'injection avec la teinture d'iode étendue d'eau distillée, telle qu'on la pratique habituellement. Cette injection est défectueuse au point de vue chimique et peut manquer son but dans l'application pratique.

« En versant, dit-il, la teinture d'iode pure dans le liquide de l'hydrocèle, on ne remarque pas de coagulation d'albumine; il se fait un précipité d'iode. En ajoutant dans l'eau distillée, où la teinture d'iode se décompose et précipite, quelques gouttes d'acide chlorhydrique, on voit la dissolution se reproduire et le liquide devenir clair et net. On obtient le même résultat avec la potasse; l'iodure de potassium a la même action que la potasse. Dès lors le problème se trouve résolu. On a l'avantage de réunir dans un même liquide les qualités qu'on a attribuées séparément à chacun d'eux. Il ne reste plus qu'à fixer les doses convenables. J'ai expérimenté avec succès une combinaison de 20 à 25 grammes de teinture d'iode, et de 1 à 2 grammes d'iodure de potassium avec environ 10 à 12 grammes d'eau ou d'eau-de-vie camphrée. Pour asseoir définitivement ces proportions, il a fallu réunir les observations pratiques et comparatives de plusieurs années; mais je puis dire que, sous le rapport chimique, elles satisfont aux indications à remplir et ne font pas défaut sous le rapport clinique. »

L'auteur conseille, en outre, l'emploi d'un trois-quarts à robinet, déjà signalé dans sa CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON (in-8°, 1850).

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les cahiers de septembre, octobre, novembre et décembre 1857 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur l'emploi du perchlorure de fer dans quelques cas de métrorrhagies*; par M. Fromont. 2° *Observation de tumeur enkystée de la partie moyenne de la jambe*; par M. Caytan.

VIII. ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

Les livraisons de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1857 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi des frictions sur le cuir chevelu avec la pommade de Nahn dans l'hydrocéphalie tuberculeuse*; par M. Lesueur. 2° *Épilepsie par des habits trop serrés*; par M. Ceysseus. 3° *Note sur l'adénite avec accidents cholériformes simulant la hernie étranglée*; par M. Liégey. 4° *Otite purulente avec encéphalo-méningite*; par M. Zandick. 5° *De la dyssenterie*; par M. Macarin. 6° *Note sur l'otorrhée catarrhale*; par M. Liégey. 7° *Épidémie de rougeole*; par M. Zandick. 8° *Du tétanos des nouveau-nés*; par M. Coutenot. 9° *Emploi du sulfate de cuivre dans le traitement de certaines ophthalmies*; par M. Rouault. 10° *Traitement de l'hydrocèle par excision*; par M. Vandommelen. 11° *Observation de paraplégie guérie par l'électricité*; par M. Marchand. 12° *Mémoire sur le prurit vulvaire*; par M. Imbert-Gourbeyre. 13° *Études sur la vaccine*; par M. Bertherand. 14° *Tumeur bénigne énorme chez une femme*; par M. Rouault. 15° *De l'application du forceps avec introduction d'une seule main*; par M. Hatin.

DU TÉTANOS DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur COUTENOT, professeur à l'école de Besançon.

OBS. — Une dame Françoise Fisher, demeurant à Besançon, rue Saint-Paul, 34, après une grossesse facile accouche heureusement à terme, pour la sixième fois le 5 avril 1856, d'un garçon bien conformé. Bonne nourrice d'habitude, elle donne le sein à son jeune enfant, et, selon la coutume de beaucoup de femmes de la classe ouvrière, elle y joint quelques cuillerées d'une semoule légère que l'enfant digère bien; les fonctions intestinales sont régulières, et le nourrisson offre les plus belles apparences de santé.

Le 15 avril (il avait dix jours), il prend le sein avec difficulté et ne va pas du ventre.

17 avril. Impossibilité de prendre le sein, malgré des efforts réitérés; la mâchoire inférieure est immobile et ne peut être élevée ni abaissée par la force; l'intervalle des axes maxillaires admet la langue, mais non le mamelon; l'enfant boit avec la cuiller quoique la déglutition soit laborieuse. Au dire de la mère, le cri est étouffé et inaccoutumé. Les muscles du tronc sont durs, la tête très-légèrement portée en arrière, le rachis un peu incurvé, les membres supérieurs collés au tronc, l'avant-bras en pronation, les doigts fléchis fortement, les membres inférieurs parallèles, durs, contractés. Si l'on saisit le petit malade par un bras ou une jambe, on le soulève d'une seule pièce comme un corps congelé; aucune flexion possible. Le ventre est tendu, il urine peu et n'a point eu de selles depuis le 15. Le cordon est tombé la veille, et l'ombilic n'est point enflammé. La respiration est régulière, le pouls normal à 180 environ. La peau de tout le corps est fraîche, marbrée; les extrémités sont froides et la face quelque peu vultueuse. (Bains tièdes avec décoction de morelle, 30 grammes; huile de ricin et sirop de nerprun, 10 gram.; huile de jusquiame, 15 grammes; huile camphrée, 15 grammes; teinture thébaïque, 4 grammes, en frictions sur les mâchoires et le rachis.)

18 avril. L'allaitement à l'aide de la cuiller et la déglutition se font facilement; la mâchoire peut être légèrement abaissée avec le doigt, cependant malgré ses cris étouffés et ses insistances, l'enfant ne peut saisir le mamelon. Purgation copieuse, insomnie. (Potion avec extrait de belladone, 0,01; eau de mélisse, 50; sirop, 10; une cuillerée à café à chaque heure; bains, frictions *ut suprà*, lavement huileux, cataplasme sur le ventre.)

19 avril. Même état. (Potion avec extrait de belladone, 0,02; eau de mélisse, 40; sirop, 10; bains, lavement, cataplasmes, frictions sur la poitrine avec atropine, 0,01; axonge, 30.)

20 avril. Les muscles masséters, ceux des membres supérieurs sont plus tétaniques que jamais; pas de selles, pas de mydriase, on nourrit l'enfant à l'aide d'une canule. (Même prescription.)

21 avril. Tout l'appareil musculaire est contracté et dur comme la pierre, le cri est plus étouffé: cependant la déglutition s'opère encore; la muqueuse buccale est violacée; un petit vomissement difficile, une selle très-solide; les battements du cœur sont nets. (Potion avec extrait de belladone, 0,05; eau de mélisse, 50; sirop simple, 12; lavement huileux; friction d'atropine.)

22 avril. L'enfant a vomi quelques cuillerées de la potion; opisthotonos; vultuosité de la face; la contraction tétanique s'étend jusqu'au pénis; le cri est plus étouffé; respiration anxieuse; cependant la déglutition a lieu, quoique difficilement; l'ingestion des liquides alimentaires s'opère toujours par une canule; peau violacée, refroidie aux extrémités; pas de mydriase. L'enfant semble avoir toute sa connaissance; insomnie. (Extrait de belladone en potion, 0,10 centigrammes; le reste comme précédemment.)

23 avril. La nuit a été meilleure; le cri est plus facile, mais le tétanos est toujours universel, avec opisthotonos très-marqué; pas de mydriase. Je veux moi-même administrer la potion; je me rends chez la mère chaque jour une fois, et elle m'apporte ensuite deux fois l'enfant dans la journée. (Extrait de belladone, 0,20 centigrammes; eau commune, 40 grammes; sirop, 10 gr.; bains de vapeurs.)

Le même jour, six heures du soir, l'enfant a dormi pour la première fois; la peau est également chaude, et les muscles, quoique contractés, sont moins durs au toucher; battements du cœur nets, à 180; respiration et déglutition plus faciles; pas de selle; pas de dilatation pupillaire. (Nouveau bain de vapeurs; nouvelle potion avec extrait de belladone, 0,20 centigr.)

Du 24 au 26 avril, pas d'amélioration, mais pas d'aggravation. L'amaigrissement est très-marqué; on a continué jusqu'au 25 inclusivement la potion à 0,30 centigrammes d'extrait de belladone, sans effet mydriatique; mais il y a eu quelques vomissements. Le nombril est complétement cicatrisé. (Bains de vapeurs. La potion est supprimée.)

27 et 28 avril. L'appareil musculaire est manifestement moins dur; un commencement de souplesse à la mâchoire, puis aux membres supérieurs. Il reste de l'opisthotonos; l'enfant ne peut pas encore teter, mais, avec la canule, il prend du lait et même de la semoule; selle régulière. (Bains de vapeurs.)

29 et 30 avril. Souplesse plus marquée. (Bains de vapeur.)

1er mai au soir. L'enfant prend le sein pour la première fois; malheureusement la mère n'a plus de lait; mais, par la succion réitérée, elle en obtint dès le surlendemain. Dès ce jour, tous les symptômes tétaniques disparurent successivement.

Une remarque curieuse que j'ai été à même de faire plusieurs fois avec la mère, pendant ce jour et les suivants, c'est que les parties du corps de l'enfant qui venaient à se trouver exposées au froid ou à l'air libre, se contractaient immédiatement, crampes tétaniques partielles qui cédaient à la friction et au réchauffement.

Le 8 mai, la guérison était confirmée.

OTITE PURULENTE INTERNE DROITE, AVEC LÉSION CÉRÉBRALE; par le docteur ZANDYCK, de Dunkerque (Nord).

OBS. — Le sujet de cette observation est un homme de 32 ans, Augustin Casteleyn, cordonnier; tempérament lymphatico-sanguin; habitudes sobres et très-régulières, celles d'un bon père de famille.

Avant 1849, époque à laquelle il eut une cholérine grave; son état général et ses facultés intellectuelles n'avaient jamais rien offert de particulier.

En août 1851, il fit un voyage à Paris.

Durant la nuit, au retour, il éprouva, dans le train du chemin de fer, un froid humide, dont l'action vive et subite porta sur la partie droite de la tête.

Immédiatement l'oreille devint le siége d'une légère douleur, accompagnée de céphalalgie vague, de tuméfaction, de rougeur de la conque et de bourdonnements, contre lesquels Casteleyn se borna à quelques pédiluves sinapisés.

Puis il se fit un écoulement liquide qui n'était d'abord que de l'eau, et peu à peu se transforma en pus jaunâtre, sans odeur.

Des injections émollientes et des révulsifs tarirent la sécrétion au bout d'un mois.

Pendant ce temps, Casteleyn n'avait nullement souffert de la tête.

Au commencement de novembre 1851, il se plaignit de migraines assez fréquentes, d'abord éloignées les unes des autres, puis plus rapprochées.

Cet état augmenta progressivement jusqu'au 25 décembre.

25 décembre. Fièvre, pouls plein, langue sèche, élancements dans les régions pariétale et mastoïdienne droites. Empâtement assez prononcé vers la suture temporo-pariétale; gonflement sensible à la région mastoïdienne.

4 janvier. Fluctuation sensible le long du pariétal droit; on pratique une incision qui donne lieu à l'écoulement d'une grande quantité de pus.

13. Grande amélioration.

20. Céphalalgie très-vive; agitation; délire; articulation continuelle de mots inintelligibles. Pouls à 110; perte de connaissance.

21, 22, 23 et 24. Tous ces symptômes vont en s'aggravant, malgré un traitement antiphlogistique et dérivatif très-énergique.

25. Mort, après un accès convulsif.

AUTOPSIE vingt heures après la mort.

Deux incisions circulaires et longitudinales mettent à découvert le trajet de l'abcès externe; l'ancienne cicatrice est aussi divisée; aucun vestige de décollement à la région mastoïdienne droite.

Au premier aspect, les os du crâne paraissent sains. Le périoste est ensuite gratté avec soin à la suture sagittale, à l'union du temporal droit avec le pariétal et à l'apophyse mastoïde; aucune trace extérieure de périostite ni de carie des os.

A l'intérieur, dure-mère injectée, épaissie, gonflée, très-adhérente au niveau des sutures; on ne l'enlève qu'avec difficulté à ces endroits, du coronal, des pariétaux et de la portion écailleuse des temporaux.

Sa surface interne est aussi, en quelques points, soudée aux méninges.

Arachnoïde et pie-mère pareillement congestionnées.

Les vaisseaux externes de la partie supérieure du cerveau sont gorgés de sang noir et épais.

La substance blanche de l'hémisphère droit ramollie, aspect fortement cendré.

Un peu de sérosité dans le ventricule latéral droit.

Le plexus choroïde, qui tapisse la partie postérieure de ce ventricule est extrêmement rouge, injecté, très-enflammé; il est évidemment le siége d'une méningite partielle bien prononcée.

Autour des nombreux vaisseaux qui se réunissent dans cette méninge, nous découvrons une exsudation plastique, puriforme, qui nous met sur la voie d'un foyer purulent, superficiellement situé dans la paroi postérieure du ventricule latéral droit.

Il s'écoule environ 125 grammes d'un pus jaune verdâtre, lié, assez filant et inodore non enkysté.

L'hémisphère gauche, le ventricule latéral gauche et les autres portions du cerveau, ainsi que le cervelet, ne présentent rien d'anormal, quoique un peu congestionnés.

Le rocher du temporal droit, examiné à la partie interne du crâne, sous toutes ses faces et scié, nous paraît dans l'état le plus sain et complétement recouvert de la dure-mère intacte.

Il en est de même de la portion osseuse du conduit auditif interne et des cellules mastoïdiennes; par conséquent, de ce côté, aucune propagation directe de l'inflammation extérieure aux membranes du cerveau ou au cerveau lui-même.

Les autres cavités n'ont pas été ouvertes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

OBSERVATION DE TÉTANOS TRAUMATIQUE; EMPLOI DU CURARE SANS EFFET SENSIBLE; MORT TRENTE HEURES APRÈS L'INVASION DE LA MALADIE; par M. MANEE.

(Commissaires : MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

Le nommé Belleville, âgé de 39 ans, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, le 7 septembre 1859. Ce malade avait reçu la veille un coup de timon de voiture qui avait fracturé l'omoplate droite et occasionné une chute suivie de la fracture de l'avant-bras du même côté. Son état général est assez satisfaisant, peu de fièvre, langue bonne. L'avant-bras est placé sur un plan incliné. Le malade accuse de vives douleurs. Résolutifs laudanisés sur les parties contuses.

Le 9 au matin la douleur est toujours vive, surtout à l'épaule et au côté droit de la poitrine. Même prescription.

Le soir, vers cinq heures, le malade se plaint de n'avoir pu boire sa tisane et prendre son bouillon qu'avec difficulté. Il éprouve des crampes, de la roideur dans les mâchoires. Douleur assez vive dans les régions frontale et pariétale. A huit heures, l'interne de garde est appelé. Le malade est pris d'un trismus violent. Potion avec 10 gouttes de chloroforme.

Pendant la nuit du 9 au 10, la maladie a marché : tous les symptômes du tétanos sont au complet. La tête est fortement portée en arrière, la région antérieure du cou est tendue, les muscles sterno-mastoïdiens font une saillie considérable. Tous les muscles du cou sont douloureux, surtout ceux de la région postérieure; cette douleur s'étend dans les lombes. Impossible au malade de fléchir le cou et la région dorsale. La bouche est entr'ouverte, les mâchoires contractées, impossibilité d'avaler. La respiration, anxieuse, est toute diaphragmatique; le pouls varie de 90 à 100 pulsations par minute; la face est couverte de sueur. A des intervalles irréguliers et assez éloignés, le malade pousse des cris : c'est lorsque les muscles se contractent. Ces contractions involontaires sont quelquefois provoquées lorsqu'on le touche; aussi demande-t-il en grâce qu'on ne le touche pas. Il est prescrit une potion fortement opiacée, qui n'est reçue qu'avec la plus grande difficulté et ne peut être avalée.

Dans cette grave circonstance, nous avons jugé que c'était le cas d'essayer le curare, tout récemment préconisé par M. Vella. Mais le curare est une substance si énergique, et l'observation de M. Vella si obscure en ce qui concerne les quantités employées, qu'avant de l'appliquer à l'homme nous aurions été bien heureux d'avoir des conseils de M. Cl. Bernard. A son défaut, M. Vulpian, médecin des hôpitaux, que ses recherches ont rendu si habile dans le maniement de ce toxique, a bien voulu nous aider de son expérience. C'est avec son concours que tout ce que nous allons rapporter a été prescrit et exécuté. L'observation qui suit a été rédigée d'après les notes prises d'heure en heure au lit du malade par M. Beaumets, élève très-instruit, interne de la division.

On fait une incision de 1 1/2 centimètre avec une lancette à la partie moyenne du bras gauche, et à deux heures quarante-cinq minutes, lorsque le sang est à peu près arrêté, on laisse tomber dans la plaie deux gouttes d'une solution aqueuse de curare contenant 1/2 milligramme par goutte. — A deux heures cinquante-cinq minutes, deux nouvelles gouttes de la même solution sont introduites dans la plaie : pas de résultat.—A trois heures, on fait une nouvelle plaie de 1 1/2 centimètre à la région antéro-supérieure du thorax, à 3 centimètres au-dessous de la clavicule gauche.—A trois heures quinze minutes, on introduit dans cette nouvelle plaie une goutte d'une solution contenant 1/2 centigramme de curare par goutte.—A trois heures vingt-cinq minutes, une goutte de la dernière solution est placée dans la plaie du bras.— A trois heures trente-deux minutes, une goutte de la même solution est introduite de nouveau dans la plaie thoracique.

Depuis l'administration des premières gouttes de curare le pouls a été compté de cinq à cinq minutes, les limites extrêmes ont été 130 et 96. Les mouvements respiratoires ont varié de 32 à 40 par minute. Il n'y a aucune amélioration dans l'état du malade.

A trois heures quarante minutes, dans la plaie du bras, on place une petite boulette pesant 2 1/2 centigrammes de curare pur. Pas de changement. — A quatre heures vingt minutes, le malade est pris d'un accès convulsif assez violent. — A quatre heures trente-sept minutes, nouvel accès. Les accès se multiplient et se rapprochent.— A quatre heures cinquante-cinq minutes, un granule de 2 1/2 centigrammes est placé dans la plaie thoracique. Pas d'amélioration. Les accès continuent. — A cinq heures douze minutes, avec la seringue à injections sous-cutanées on introduit dans le tissu cellulaire de la région sus-claviculaire droite cinq gouttes d'une solution aqueuse de 20 centigrammes de curare dans 1 gramme d'eau. — A cinq heures cinquante-trois, on injecte cinq gouttes de la même solution dans la région sous-claviculaire gauche. Il n'y a aucune amélioration. L'opisthotonos est de plus en plus prononcé, toute la région lombaire est prise, les accès se multiplient de plus en plus. Depuis le commencement du traitement, il n'y a eu aucune rémission dans les convulsions tétaniques des muscles du cou.— A huit heures, injection sous-cutanée dans la région sus-claviculaire droite de dix gouttes de la dernière solution. —De huit à neuf heures, les accès ne cessent pas; de quinze en quinze minutes il y a des crises beaucoup plus violentes.— A dix heures quinze minutes, le malade meurt.

En somme, depuis deux heures quarante-cinq minutes jusqu'à huit heures, on a donné au malade 27 centigrammes de curare, mais toute cette quantité n'a pas été absorbée. Il faut compter au moins de 8 à 10 centigrammes de perte; et pendant toute la durée du traitement on n'a pu constater aucune amélioration.

Le 12, à sept heures du matin, on fait l'autopsie; elle ne donne aucun résultat; seulement elle permet de constater une fracture multiple de l'omoplate. La fosse sous-épineuse est divisée en trois portions. Rien dans le cerveau.

En présence de tels faits, que faut-il penser? Nous avons cru d'abord que le curare employé pouvait être altéré, qu'il pouvait avoir perdu de son énergie. M. Vulpian nous a assuré l'avoir trouvé parfait quelques jours auparavant. Pour plus de certitude, de nouvelles expériences ont été faites avec cette substance prise dans le même flacon, et ont prouvé qu'elle possédait toute sa puissance.

Nous rapporterons les suivantes :

Première expérience. — Sur un chien de forte taille, du poids de 51 livres, M. Vulpian insinue dans le tissu cellulaire sous-cutané de la nuque 2 centigrammes de curare en solution dans trois ou quatre gouttes d'eau; quelque temps après, l'animal était chancelant, comme ivre : il était alors douze heures quarante-cinq minutes; à deux heures, cet état était tout à fait dissipé.

A deux heures cinquante-cinq minutes, dans une nouvelle plaie du cou, on introduit 5 centigrammes de curare dans quelques gouttes d'eau. A trois heures six minutes, l'animal était couché sur le flanc; à trois heures vingt-cinq minutes, il est mort.

Deuxième expérience. — Sur un chien vigoureux du poids de 9 livres, on incise la peau de la région supérieure du cou, on écarte le tissu cellulaire de façon à faire une petite cavité, dans laquelle on introduit un granule du même curare, de 1 1/2 centigramme, il était deux heures onze minutes. Pendant sept à huit minutes l'animal n'offre aucun phénomène morbide; à deux heures vingt minutes, il est couché sur le flanc, et à deux heures vingt-cinq minutes il est mort.

Puisque l'agent employé n'avait rien perdu de sa force, faut-il admettre, pour expliquer son inefficacité sur notre malade, que l'état tétanique rend l'organisme réfractaire à l'action du curare comme à celle de l'opium?

DE LA POUDRE CORNE ET DEMEAUX CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE; par M. BUDNEL.

(Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

M. Dumas, dans la séance du 25 juillet dernier, pour expliquer le phénomène qui se produit dans la désinfection des matières par la poudre Corne et Demeaux, faisait remarquer que si l'on admettait « que les vapeurs du goudron ozonisent l'air, il ne faudrait pas chercher ailleurs que dans la combustion prompte des miasmes odorants produite par cet oxygène ozonisé, la cause de la destruction de l'odeur putride des matières animales en décomposition. »

J'ai désiré expérimenter et vérifier l'explication donnée par l'éminent chimiste. Voici le résultat de mes expériences. L'ozone, qui en effet disparaît toujours là où sont accumulées des matières en putréfaction, reparaît lorsque ces matières sont recouvertes ou mélangées en quantité notable avec de la poudre désinfectante. L'ozonomètre de Schoenhein m'a démontré la vérité de cette assertion en passant successivement de 0 jusqu'à 7 et 8 degrés.

Ainsi dans le curage d'un canal d'où l'on venait d'extraire une grande quantité de vase fangeuse et extrêmement fétide, et auprès de laquelle l'ozonomètre ne révélait aucune trace d'ozone, j'ai fait mélanger et recouvrir cette vase de marne préparée au goudron. A l'instant même toute odeur marécageuse diparut, et l'ozonmétre, après douze heures, marqua 7 degrés.

En appliquant cette opération au curage des rivières, des canaux, des bassins, ainsi qu'aux défrichements des étangs et des terrains marécageux, sera-t-il possible par ce moyen d'anéantir et de neutraliser les effets délétères toujours dangereux qui sont la conséquence de l'évaporation et de la dessiccation des matières humides en décomposition qui reposent sur le sol? Je le crois. Aidé de plusieurs propriétaires dont quelques-uns habitent la Sologne et d'autres la partie du Berri où les fièvres paludéennes sont endémiques, je me proposé de poursuivre ces expérimentations sur une vaste échelle, et de faire part à l'Académie des sciences des résultats que j'obtiendrai.

— M. Bonnafont adresse une lettre ayant pour titre: Sur le mélange désinfectant de platre et de coal-tar, improprement nommé poudre Corne et Demeaux.

L'auteur rappelle, comme l'avait déjà fait M. Étienne dans une lettre mentionnée au Compte rendu de la séance du 5 de ce mois, la grande conformité de ce mélange avec celui que proposait en 1844 M. Bayard, qui d'ailleurs n'avait point eu l'idée de l'appliquer au pansement des plaies. (Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

— M. Laignel adresse une nouvelle note concernant les accidents des chemins de fer et les deux principales causes auxquelles il les attribue, savoir: la préférence qui serait accordée à des freins d'une efficacité insuffisante, et l'exclusion trop absolue de petites courbures dans le tracé de la voie. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés.)

— M. le ministre de la guerre consulte l'Académie pour savoir si les allumettes fabriquées par le procédé de M. Canouil n'exposent pas à plus de dangers que les allumettes au phosphore amorphe, les seules dont en ce moment l'introduction dans les établissements militaires ne soit pas interdite.

La commission qui, d'après la demande de M. le ministre, a été chargée de préparer un rapport sur cette question, a eu déjà occasion de s'occuper du procédé de M. Canouil (lettre de MM. Paignon et Vaudoux, séance du 29 août); elle espère être très-prochainement en mesure de soumettre ce rapport à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 septembre 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Le rapport final de M. le docteur Bodélio, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Lorient dans le courant des mois de mai et de juin 1859. (Comm. des épid.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Boulu, intitulé : « De la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire (Comm. : MM. Cloquet, Laugier);

2° Un travail de M. Loiseau (de Montmartre), ayant pour titre : « Nouvelle note sur le traitement de l'angine couenneuse par les insufflations et les instillations de tannin pour alternant avec les instillations et insufflations d'alun et accompagnées du régime le plus tonique possible (Comm. : MM. Blache, Trousseau).

— M. Devergie fait hommage à l'Académie d'un ouvrage de M. Reimbert, sur les maladies charbonneuses.

M. Bouley demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Dans la dernière séance, dit-il, M. le secrétaire perpétuel a lu une lettre de M. le secrétaire de la *Société d'encouragement*, protestant que jamais ladite Société n'avait donné de médaille à M. Corne, ainsi que je l'avais dit. Je reconnais que c'était une erreur; mais j'ajoute que c'était seulement une erreur de nom; c'est la *Société universelle des arts* qui, dans sa séance du 11 mars 1859, a décerné une médaille d'or à M. Corne. Je la mets sous les yeux de l'Académie; elle est d'un grand module et elle m'a paru assez encourageante pour que j'aie pu croire qu'elle provenait de la Société d'encouragement.

M. Fr. Dubois fait observer que le fait en lui-même n'a pas été mis en doute, mais que la rectification était importante en ce sens que M. Bouley avait dit que c'était la même Société qui avait donné une médaille d'argent à M. Bayard, après en avoir donné une d'or à M. Corne.

— M. le Président annonce que M. Bertherand, médecin principal de première classe, directeur de l'École de médecine d'Alger, assiste à la séance.

— M. Depaul, au nom de la commission de vaccine, propose de décerner à M. le docteur Boursier une médaille de vaccination qui avait d'abord été destinée à M. Defresnoy, officier de santé, et qui lui a été retirée, ses rapports ayant été reconnus plus tard inexacts.

Cette proposition est adoptée.

— M. Guérard, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de quelques passages d'un rapport imprimé et déjà ancien, sur le service médical des eaux minérales.

M. Guérard n'a pas laissé au secrétariat ce rapport, dont les conclusions avaient déjà été lues en comité secret.

— L'ordre du jour de la séance appelle des lectures de plusieurs médecins étrangers à l'Académie.

M. le Président, après avoir appelé en vain les auteurs inscrits, rappelle, au nom du conseil académique, qu'un certain nombre de ses collègues sont en retard pour présenter des rapports sur des travaux dont quelques-uns remontent déjà à une époque assez éloignée ; il les invite, en conséquence, à vouloir bien hâter la lecture de leurs rapports, l'exactitude devant être la première qualité des Académies.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Compte rendu des séances pendant le mois d'aout 1859; par M. Le Gendre, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

I. — Anatomie.

Note sur un nouvel organe glanduleux, situé dans le cordon spermatique, et pouvant donner naissance a des kystes; par M. Giraldès.

L'organe auquel je fais allusion me paraît offrir, au point de vue de l'anatomie pathologique, un intérêt assez grand pour lui mériter désormais une indication spéciale dans les livres classiques. Cet organe, que les anatomistes semblent avoir méconnu, est placé derrière la séreuse vaginale, en avant du paquet de veines qui se rend dans le testicule, et dans l'espace compris entre l'épididyme et le point où la tunique vaginale se réfléchit pour former le sac séreux. Sa persistance après la naissance, sa structure, son origine, son siége même, pourraient le faire considérer chez l'homme comme l'analogue d'un organe qu'on retrouve chez la femme, près de l'ovaire, le corps de Rosenmüller.

L'organe dont nous parlons, et que je désignerai sous le nom de *corps innominé*, est constitué par une série d'agglomérations formées tantôt de vésicules de forme variée, de tubes variqueux, ou bien de vésicules et de tubes réunis et placés dans le tissu cellulaire sous-séreux, qui leur fournit de nombreux capillaires. Ces petites masses ont le volume de 3 ou 4 millim. d'étendue; elles recouvrent, comme je l'ai dit des parties ambiantes, un réseau capillaire très-serré. Les vésicules et les tubes de l'organe innominé sont tapissés par un épithélium analogue à celui des vaisseaux séminifères; ils sont, en outre, remplis par un liquide tenant en suspension de nombreuses granulations.

Le corps innominé se rencontre toujours au moment de la naissance. On le retrouve encore chez l'adulte et le vieillard. Je l'ai rencontré aussi dans quelques espèces animales.

La présence dans le cordon spermatique d'un corps formé de tubes ambiants et de vésicules d'apparence glandulaire, devait laisser supposer *à priori* qu'il pouvait être l'origine, le point de départ des poches kystiques du cordon.

L'analogie de structure et d'origine que nous lui supposons avec le corps de Rosenmüller venait corroborer cette hypothèse. On se rappelle, en effet, qu'on rencontre souvent dans le ligament large des kystes produits par la dilatation des tubes de ce corps; aussi il ne doit point paraître étrange de supposer que les tubes et les vésicules du corps innominé, dilatés anormalement, pourraient être le point de départ de certains kystes du cordon spermatique. Nous voyons ainsi se compléter, au point de vue pathologique, l'analogie qui existe entre le corps innominé et le corps de Rosenmüller. Mais si l'analogie en matière scientifique est parfois un puissant auxiliaire, de nature à nous mettre sur la voie de la vérité, il est également vrai qu'elle ne peut être invoquée avec fruit qu'à la condition de nous conduire vers une démonstration; autrement son intervention ne servirait qu'à consacrer des erreurs et à nous tenir renfermés dans le cercle incommensurable des hypothèses.

Des recherches, continuées depuis plus d'une année, m'ont permis de confirmer par l'observation directe ce que l'analogie me faisait supposer. Maintes

fois j'ai rencontré dans le cordon spermatique des enfants des tumeurs kystiques du volume d'un gros pois, produites par la dilatation des tubes et des vésicules du corps innominé; des faits du même ordre recueillis chez l'adulte, même chez des animaux, sont venus ajouter un supplément de preuve à cette explication.

Je ne prétends pas affirmer que toujours les kystes du cordon spermatique sont produits par la dilatation des éléments du corps innominé. Je suis même en mesure de dire que quelques-uns de ceux connus sous le nom de grands kystes du testicule sont formés par la dilatation des *vasa efferentia*. Mais je crois pouvoir avancer qu'une grande partie des kystes développés dans le cordon spermatique sont formés par les dilatations des éléments du corps innominé. Ces kystes, aussi bien que ceux du corps de Rosenmüller, peuvent être congénitaux.

Pour me résumer donc, je dirai qu'il existe dans le cordon spermatique un organe d'origine glandulaire, formé de tubes et de vésicules, dont la dilatation est le point de départ du plus grand nombre des kystes du cordon spermatique. (Séance du 30 avril.)

II. — Physiologie.

1° De la sensibilité récurrente envisagée comme phénomène de la sensation réflexe ; par M. Gubler.

Il est impossible de contester aujourd'hui la réalité des faits désignés sous le nom de *sensibilité récurrente*. Les expériences de Magendie, celles plus récentes de son continuateur M. le professeur Claude Bernard, établissent de la manière la plus positive l'existence de manifestations douloureuses chez les animaux auxquels on irrite, par un procédé quelconque, le bout périphérique d'une racine antérieure, séparée de la moelle par une section complète. On connaît même assez bien un certain nombre des conditions qui font varier le phénomène soit dans son existence, soit dans son intensité. Plusieurs explications ont été proposées : l'une des plus plausibles est due à notre collègue M. Brown-Séquard, qui pourra tout à l'heure vous l'exposer mieux que je ne ferais moi-même.

J'arrive à mon tour avec une théorie que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer à la fin de l'année dernière, dans le cours de pathologie générale de la Faculté. Les résultats principaux fournis par les expériences des vivisecteurs sont tous présents à votre esprit, il est à peine besoin de les rappeler. Vous savez que les phénomènes, dits de sensibilité récurrente, supposent l'intégrité de la racine postérieure correspondante, et non celle de toute autre racine sensitive. Par conséquent cela impliquait tout d'abord des relations anatomiques et fonctionnelles normales, exclusivement établies entre les rameaux moteurs et les rameaux centrifuges qui constituent une paire nerveuse. Quel est le lien où se fait la communication entre les deux ordres de fibres nerveuses? Quelle est la nature de cette communication? C'est ce qui reste à déterminer. Mais déjà des expériences nombreuses et variées ont démontré que le siége du phénomène a lieu, non dans les troncs, mais du côté de la périphérie. Quant au mécanisme de l'action réciproque exercée par les deux ordres de filets nerveux, voici l'hypothèse que je propose :

Toutes les parties du système nerveux sont le support d'une force que je compare, après d'autres physiologistes, à celle du monde physique et qu'on connaît sous le nom d'influx nerveux. Ce fluide impondérable se meut en sens différent dans les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs : le courant est centripète dans les premiers, centrifuge dans les autres. Ceci est connu de tout le monde ; seulement il faut ajouter à cette notion vulgaire que les centres et les cordons nerveux exodiques et eisodiques forment un tout continu, c'est-à-dire comme l'avaient entrevu les anciens, comme l'admet aujourd'hui M. Flourens, un véritable *circulus* nerveux.

Ce n'est pas tout : il faut reconnaître encore que l'influx nerveux n'est pas le même dans toutes les parties du cercle qu'il parcourt, mais qu'il peut se transformer en passant d'un segment à l'autre de ses conducteurs. En d'autres termes, un courant centrifuge, arrivé à l'extrémité d'un rameau moteur, s'y métamorphosera en courant centripète revenant par le nerf de sentiment, de même qu'un courant électrique, entravé dans sa marche, se transforme en chaleur et en lumière. Telle est, à mon avis, l'explication de la sensibilité récurrente; il n'est pas besoin pour la faire accepter de maintenir l'hypothèse des anses nerveuses terminales : deux filets, l'un de sentiment, l'autre de mouvement, accolés pendant une grande partie de leur trajet, peuvent être le siége de la communication fonctionnelle, sans inosculatoire à leur extrémité périphérique; cependant une disposition anatomique particulière pourrait bien être la condition indispensable de cette transformation, au moins dans certaine régions de l'économie. Un fait récemment découvert et resté jusqu'ici sans interprétation, me paraît destiné à fournir la clef du phénomène et rend, dès aujourd'hui, assez plausible la théorie que je soumets à l'appréciation de la Société. Mais, pour en faire bien saisir la portée, je dois rappeler en deux mots en quoi consistent les actions réflexes de la moelle spinale.

Chacun sait ce qu'on entend par mouvements réflexes. Une irritation portée sur l'extrémité périphérique des filets sensitifs est transmise à la moelle; celle-ci répond à l'excitation en déterminant des mouvements dans la région irritée. C'est là, à proprement parler, une *réaction* et non le fait d'une simple *réflexion* comparable à celle des rayons calorifiques ou lumineux. Mais enfin l'usage a consacré l'expression de *mouvements réflexes*. En tous cas, le changement du courant sensitif en courant moteur paraît se faire dans la substance grise de la moelle formée en grande partie de cellules à pointes ou à embranchements appelées pour cela multipolaires. Eh bien! des cellules semblables existent à la périphérie du corps, tant dans la peau elle-même que dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ni ceux qui les ont découvertes, ni ceux qui en ont parlé, n'ont cherché à en expliquer la présence. Or ces organes élémentaires servent à quelque chose, et puisqu'ils sont semblables à ceux qui entrent dans la constitution de la moelle épinière, ils doivent avoir des fonctions analogues. Ces cellules servent sans doute d'intermédiaires entre les filets exodiques et eisodiques : elles sont à mes yeux une sorte de *moelle dissociée et diffuse*, où le courant arrivé par le nerf moteur se transforme pour revenir au centre et produire cette sensation observée à la suite de l'irritation d'une racine antérieure.

Cette théorie m'a permis d'expliquer rationnellement les faits pathologiques difficiles à comprendre sans elle, par exemple, ceux qui sont compris en Allemagne sous le titre de *loi d'excentricité des phénomènes*, et que je propose de désigner par l'expression de *périphérisme des sensations*. Étant donnée une inflammation sur le trajet d'un cordon sensitivo-moteur, une douleur est ressentie souvent, non pas dans le point affecté, mais à une plus ou moins grande distance du côté de la périphérie; cela dépend, je crois, de ce que les filets moteurs irrités transmettent l'excitation jusqu'à leur extrémité terminale où elle se transforme, suivant le mode indiqué, pour revenir au centre nerveux. En réalité, l'impression ne commence qu'à l'extrémité des filets sensitifs; il est donc tout naturel qu'elle soit rapportée à ce point. On observera peut-être qu'il devrait exister une autre douleur au niveau de cette portion du tronc nerveux qui plonge dans le foyer inflammatoire; mais deux hypothèses pourraient expliquer cette unicité de la sensation : ou bien les filets sensitifs faisant partie d'un tronc volumineux sont dépourvus de l'impressionnabilité et ne conservent guère que la faculté de conduire, ou bien les deux impressions superposées se confondent. Ma théorie serait applicable à beaucoup d'autres phénomènes physiologiques et pathologiques; mais je crois devoir borner pour le moment à ces considérations ce que je voulais dire relativement aux *sensations réflexes*.

M. Brown-Séquard, dont je désirais connaître l'opinion si compétente sur ce sujet qu'il a pris souvent pour but de ses savantes recherches, déclare qu'il ne repousse pas la manière de voir que je viens d'exprimer; seulement il attache une importance majeure à l'explication introduite par lui dans la science depuis une dizaine d'années. Je suis disposé, pour ma part, à reconnaître que les phénomènes de sensation, dus à l'irritation des racines motrices, dépendent de plusieurs conditions différentes : la récurrence de certains filets sensitifs, une influence comparable à celle de l'induction dans l'électricité, et surtout l'existence des sensations réflexes. Il faut, à mon avis, additionner tous ces coefficients pour obtenir la grandeur des résultats observés.

Dans mon Cours de pathologie générale, j'ai mis l'hypothèse de M. Brown-Séquard en regard des faits pathologiques qu'il a rappelés particulièrement du tic douloureux ; mais je ne comprends pas comment elle pourrait s'adapter à l'explication de ces cas où la douleur provoquée par l'irritation d'un nerf moteur se fait sentir, non dans un muscle, mais dans un point dépourvu de fibres charnues et pour ainsi dire à la superficie de la peau. Quant aux expériences de contractions induites et de douleurs excitées par la contraction d'un muscle dans le voisinage d'un nerf sensible, les particularités, si curieuses d'ailleurs, que M. Brown-Séquard nous a signalées comme des problèmes d'une solution difficile, trouveront aisément leur interprétation si l'on veut essayer, comme je l'ai fait dans mes leçons de pathologie générale, d'appliquer aux forces organiques les idées qui commencent à se faire jour sur la *corrélation des forces physiques*. La contraction musculaire est un changement de cohésion déterminé par une décharge nerveuse. Si ce changement de cohésion produit une quantité de mouvements dont la grandeur représente la force dépensée, rien autre chose n'apparaît. Si, au contraire, pour une cause ou pour une autre, le mouvement est relativement faible, alors l'excédant de forces se montre sous forme de courant électrique ou de chaleur, comme dans une pile quelconque, un obstacle à la réunion des deux électricités détermine une évolution de chaleur et de lumière. J'ajouterai, en passant, que si le fait de l'élévation de la température pendant la contraction musculaire est parfaitement établi, il n'est pourtant pas démontré, comme on le croit généralement, que la contraction musculaire soit une source réelle de chaleur. C'en est une occasion, et voilà tout. Ainsi lorsque la décharge est tellement calculée qu'elle soit tout entière efficace à produire le retrait du muscle et par suite le mouvement qui en dépend, il n'y a que peu ou point de chaleur; c'est ce qui a lieu dans l'état normal, principalement chez certaines personnes privilégiées. Au contraire, les malades et les convalescents, chez qui la dépense est hors de proportion avec l'effort produit, s'échauffent et ruissellent de sueur au moindre exercice.

VARIÉTÉS.

— M. le professeur Wurtz doit prononcer, à la séance de rentrée de la Faculté de médecine, l'éloge de Soubeiran.

— Par décret impérial, M. Senard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine, a été autorisé à accepter et à porter la décoration de commandeur de l'ordre royal d'Isabelle-la-Catholique, d'Espagne.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DU CURARE DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS.

Serait-il vrai, comme certains sceptiques font profession de le croire et surtout de le dire, qu'il n'y ait de voie sûre pour faire accepter un résultat en thérapeutique que de le présenter escorté d'un nombre plus ou moins respectable d'observations aveuglément colligées, avec ou sans liaison avec les principes généraux de la science ou les grandes lois de la nature, et que la pire étiquette qu'on lui puisse donner, en le lançant dans le monde, soit de le produire sous la seule escorte de l'induction philosophique et de la lecture de la vérité sous les faits? C'est un peu ce qu'on aurait droit de craindre en voyant la réception plus que froide faite en dehors de l'enceinte de l'Académie de sciences, à la nouvelle méthode récemment proposée de l'emploi du curare dans le traitement du tétanos traumatique.

Une première déception éprouvée par les partisans de cette méthode, partisans c'est trop dire, — mais par les personnes favorables à l'esprit d'induction qui lui a donné naissance, — a eu certainement une influence, très-concevable d'ailleurs, sur ces incertitudes de l'opinion, sur la crainte fort légitime qu'elle a éprouvée de se voir surprise. Dans l'étude des sciences naturelles, il est arrivé tant de fois que le raisonnement, en apparence le mieux fondé, se soit vu démenti par les faits! Et, dans l'espèce, l'observation affirmative, celle qu'on entourait d'un bon petit cordon sanitaire, nous venait de l'étranger, manquait de plus d'un détail important, tandis qu'en regard on avait à lui opposer un cas observé au centre des lumières chirurgicales, à l'hôpital de la Charité, et marchant, sans fléchir un instant, vers un résultat funeste, malgré l'habileté et la science les plus incontestables. Nous voulons parler du cas survenu dans le service de M. Manec et traité par ce chirurgien avec le concours de M. Vulpian. Il y avait là, en effet, des raisons suffisantes pour faire hésiter les plus rassurés. (Voyez l'observation dans le compte rendu de l'Académie des sciences de notre dernier numéro.)

Sur une matière aussi délicate et qui, en tant que théorie, porte exclusivement sur une appréciation fort obscure encore d'un point de physiologie expérimentale, la réserve, — mais non l'esprit communicatif de défiance, — était donc chose de rigueur. Le physiologiste distingué qui avait dirigé l'application du curare dans le dernier cas dont nous venons de parler, un autre savant non moins autorisé, M. Martin-Magron, venaient d'autre part opposer la contradiction, au moins le doute, aux propositions mêmes de physiologie expérimentale sur lesquelles se fondait exclusivement tout ce que pouvait avoir de calculé, de raisonné la nouvelle méthode. Suivant M. Vulpian, il n'était pas du tout évident que le curare eût la propriété de diminuer ou d'abolir la motricité, et surtout que le tétanos fût comparable au strychnisme. M. Martin-Magron (voir sa communication publiée par nous, toujours dans le précédent numéro), plus net, plus absolu, annonçait bien autre chose, à savoir que : le curare avait le même genre d'actionsur la moelle que la strychnine, quoique avec un moindre degré d'intensité ; qu'il augmentait comme elle l'irritabilité du bulbe, et que comme la strychnine encore, mais, en ce cas, avec plus d'énergie, il diminuait l'excitabilité des extrémités nerveuses périphériques.

Le degré de réalité de cette dernière et double proposition, nous ne saurions prétendre à le contester. C'est un point qui devra être débattu sur le théâtre des hécatombes expérimentales, à coups de vivisections. Nous enregistrerons avec impartialité les procès-verbaux de la lutte soulevée entre les deux interprétations doctrinales en présence. Pour le moment ne faisons entrer dans la discussion que ce qui semble admis des deux parts. Et ce qui est ainsi accepté à droite et à gauche, c'est en somme le relâchement musculaire qui suit l'application du curare sur les extrémités nerveuses. S'ils sont dans l'erreur quant à l'action même du curare sur le bulbe, MM. Bernard et Vella ne devront compte, au point de vue de leur responsabilité de physiologistes, que de l'administration du curare à l'intérieur. Quant à son application sur le siége du traumatisme, tout le monde est heureusement d'accord sur sa sagesse et son opportunité. Quoique M. Martin-Magron considère que la strychnine ait, ainsi appliquée, les mêmes vertus, nous sommes convaincu que ce n'est pas la substance qu'il eût lui-même choisie ou conseillée dans un tel cas, même en application topique. Le curare, suivant lui, agissant deux fois plus efficacement, il est à croire que c'est à cette substance qu'il eût eu recours de préférence à la strychnine.

Laissons donc de côté le plus ou moins de valeur de l'administration du curare à l'intérieur, quoiqu'un fait, dont nous aurons à parler dans un instant, puisse nous permettre de le juger avec moins d'appréhension que ne le fait M. Martin-Magron. Il est un côté de cette discussion que nous devons aborder et sur lequel a été jetée quelque confusion dans de précédents écrits, très-savants d'ailleurs, sur cette question.

Les premiers aperçus jetés dans le public à la suite de la communication de M. Cl. Bernard à l'Académie des sciences, se sont nécessairement ressentis de la rapidité d'un premier jet sur une question de haute physiologie trop incomplétement possédée généralement, pour être traitée tout d'un coup *ex professo* dans une première attaque du sujet. C'est ainsi qu'on a pu, dans le langage, faire quelque confusion de détail, donner trop d'extension à un aperçu, en restreindre trop un autre. On a rencontré cet écueil quand on a énoncé que l'on pouvait, en l'état actuel de la science, considérer le curare comme l'antidote de la strychnine. Donnée avec cette généralité, une telle proposition est évidemment excessive, elle serait même contraire à la vérité si elle devait être prise et si elle avait été prise dans la discussion dans son acception générale. Mais il est clair pour chacun qu'on n'envisageait ici qu'un côté du strychnisme, qu'une des faces de l'empoisonnement par les strychnées, qu'on n'avait en vue de toutes parts qu'un seul ensemble des phénomènes de cet empoisonnement, le seul qui pût figurer dans une comparaison avec le tétanos, à savoir l'état spasmodique du système musculaire.

Admettons avec M. Vulpian, et nous le faisons sans peine, que le curare ne soit pas l'antidote parfait de la strychnine à tons les points de vue, et que les malades ou les animaux empoisonnés par la strychnine n'aient pas à rencontrer dans le curare une substance propre à détruire tous les effets de l'empoisonnement strychnique, on n'aura pas

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

III.

EAUX MINÉRALES SALÉES, NATURELLES ET ARTIFICIELLES. PROMENADE A SALINS, BEX, LAVEY, ETC.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Les médecins qui visitent un établissement thermal ne se contentent pas d'examiner l'eau qui sort des robinets, les baignoires, les douches, la piscine, ils veulent aussi, je le suppose, connaître la nature intime du liquide bienfaisant qui coule à flots dans cette heureuse localité, et après l'avoir goûté, flairé, après en avoir bu quelques verres, et même après l'essai d'un bain, ils s'enquièrent auprès des personnes compétentes d'où vient cette eau, dans quelles conditions elle sort de la terre, et enfin quel est le résultat le plus récent, le plus certain de son analyse qualitative et quantitative, comme disent élégamment messieurs les chimistes.

Il faut bien reconnaître que la science n'a peut-être pas encore dit son dernier mot sur ce point. Certes, tous les ouvrages écrits dans ces derniers temps sur les eaux minérales sont riches en analyses, on voit de longues colonnes de chiffres régulièrement alignés, et même l'on peut remarquer avec satisfaction que ces colonnes s'allongent à mesure que la science fait des progrès. Comparez les travaux d'Anglada et ceux de MM. Ossian Henri, Chatin, etc., et vous apercevrez aussitôt la différence. Des procédés, non pas seulement plus parfaits, mais entièrement nouveaux, mettent en relief des principes minéralisateurs dont nos devanciers ne soupçonnaient pas l'existence, par exemple l'arsenic signalé dans un si grand nombre d'eaux minérales, et il est permis d'espérer que les chimistes qui viendront après nous feront bien encore quelques découvertes. On a dit et répété que le savant, dans son laboratoire, travaillait sur un cadavre, que les eaux, en sortant du sein de la terre, perdaient une certaine vitalité qui était précisément la cause de leur vertu, de leur puissance ; mais enfin cette sorte d'anatomie a bien sa valeur, et l'on ne s'est pas encore avisé de reprocher à ceux qui étudient la structure de nos organes, de ne pas disséquer des vivants. Quoi qu'il en soit de l'imperfection des méthodes, les chimistes qui poursuivent avec une ardeur si louable la recherche des principes constitutifs des eaux minérales, ont déjà fourni à la médecine pratique des renseignements capables de remplacer en grande partie le grossier empirisme qui dirigeait seul les médecins du siècle précédent, et il y aurait de l'ingratitude à ne pas reconnaître l'importance du service qu'ils ont rendu à l'humanité.

Il y a cependant des choses que la chimie semble rejeter (se fondant sur

écarté par là toute appropriation thérapeutique logique du curare à l'ensemble des accidents désignés sous le nom de strychnisme. Sous ce terme, en effet, nous voyons communément et dans le langage ordinaire le seul appareil désordonné du système musculaire, le tétanisme.

C'est à ce côté seulement de la réaction contre le poison que nous adressons le curare, sans prétendre que dans le strychnisme il n'existe que cela. Si le curare, sans guérir l'empoisonnement strychnique, relâchait cependant bien évidemment, et bornant à cela son action, le système musculaire, nous devrions encore voir en lui, et très-logiquement, l'opposé de l'action tétanique; car c'est cet état musculaire qui, seul, appelle l'attention dans le tétanos et menace de mort par suspension des mouvements respiratoires. La question, au point de vue qui nous occupe, était donc dans l'esprit de tous, limitée à ces termes: la considération des effets produits sur le système musculaire. M. Cl. Bernard, d'ailleurs, ni ses élèves ne pouvaient voir la chose autrement. Le savant professeur du collége de France (voir la citation de M. Martin-Magron dans notre dernier numéro) n'a-t-il pas clairement exprimé qu'au point de vue de la léthalité, ces deux poisons, la strychnine et le curare, ajoutent leurs effets, et tuent plus vite ensemble que séparément. Mais (et c'est ce qui fait toute la valeur de ces expériences dans leur rapport avec la thérapeutique), mais la mort arrive alors *sans convulsions*, le symptôme tétanique seul est neutralisé.

Et que demande-t-on de plus, dans le tétanos, que de neutraliser le symptôme tétanique? N'y avait-il pas dans la simple espérance d'obtenir cette neutralisation tous les encouragements du monde à la tenter?

Et c'est ce que vient de faire, après MM. Manec et Vulpian, mais avec plus de succès (ce qui ne doit supposer dans notre esprit de reproche pour personne), un des membres les plus laborieux, les plus dignes de la reconnaissance publique dans le corps distingué des chirurgiens de nos hôpitaux, M. Chassaignac. Notre honorable confrère a bien voulu nous faire part des détails de l'observation qu'il doit communiquer à la Société de chirurgie quand elle sera de tous points complète, le malade qu'il a bien voulu aussi nous admettre à visiter, conservant encore, quoiqu'en pleine convalescence, des traces de la grave affection musculaire à laquelle il a failli succomber. Nous ne voulons pas anticiper sur cette communication intéressante: qu'il nous suffise de dire que le sujet de cette observation, porteur d'une blessure assez légère faite par un coup de feu à l'extrémité d'un pied (accident de chasse), fut pris, le 19 septembre, après avoir été transporté d'une maison à une autre, de formidables accidents tétaniques.

Les deux médecins qui lui donnaient leurs soins, MM. Tabère (de Saint-Cloud) et André (de Montmartre), avaient prescrit le curare, lorsqu'ils crurent devoir appeler M. Chassaignac à partager leur responsabilité, que notre confrère accepta pleinement. Le malade, au moment où il fut appelé, était déjà à un degré très-avancé de la période asphyxique, la respiration se faisait sans doute encore, mais on ne la voyait pas s'exécuter. Tous les muscles du tronc et des membres avaient la rigidité du bois, et ce que nous avons trouvé, hier encore (lundi 3 oct.), de dureté dans les pectoraux nous donne une idée de ce qu'elle pouvait être au moment du summum de la crise. Les dents ne purent être écartées de quelques millimètres qu'avec un coin en bois introduit avec une grande force. La plaie était extrêmement irritable, le malade près du dernier moment. Le curare fut administré intùs et extrà; à l'intérieur, à la dose de 20 centigr. dans une potion de 120 gr., à prendre par cuillerées toutes les deux heures; en topique, à la dose de 25 centigr. sur 150 gr. de véhicule, avec ordre de renouveler les applications toutes les deux heures également.

Huit heures après la première application le malade put plier le bras et desserrer lui-même les dents, pour renfoncer le coin de bois. La respiration se faisait de nouveau sentir, le malade revenait à la vie. Les progrès n'ont pas cessé depuis un seul instant, et depuis bien des jours le mal marche vers sa terminaison, les muscles conservant encore en quelques régions ce qu'il faut de dureté pour convaincre à l'égard de la justesse du diagnostic, toute incrédulité. Le témoignage de M. Chassaignac sera, du reste, pour chacun une autorité plus que suffisante.

Voilà donc un numéro deux à mettre au crédit de la méthode proposée, ou du moins exécutée pour la première fois avec succès par M. Vella, et dont, malgré toute opposition, nous croyons devoir faire remonter le mérite à l'auteur des premières expérimentations physiologiques faites sur les effets du curare. Si les résultats négatifs ne peuvent infirmer que médiocrement, à moins que leur nombre ne s'en accrût de façon notable, la valeur des inductions qui lui servaient de base, ces deux succès, au contraire, obtenus à si peu de distance, nous paraissent avoir une réelle importance. Indépendamment des courtes épreuves contenues dans la première observation, ne devons-nous pas reconnaître dans ces deux cas une leçon de physiologie expérimentale? Quand on ne peut être fixé sur les qualités d'une substance toxique que par l'expérimentation faite sur les animaux, ce n'est que par voie de probabilité, que par une extension plus ou moins plausible des résultats obtenus d'une espèce à une autre, qu'on peut fonder une histoire physiologique de la substance à l'étude. Or c'est ce qui existait quant aux rapports du curare avec l'espèce humaine. Sur nous il n'avait jamais été essayé. Quelle loi appliquer alors à l'homme? à quelle espèce le rattacher, dans la série animale, au point de vue de sa réaction vis-à-vis du curare? Aux mammifères dont son organisation se rapproche le plus, aux batraciens, au contraire, avec qui son système nerveux a plus d'un élément assimilable? On ne le savait, et ce n'était par une notion indifférente, les effets du curare étant différents, presque bout pour bout, des mammifères aux grenouilles. Les faits de M. Vella et de M. Chassaignac semblent devoir faire penser que le curare relâche le système musculaire chez nous comme chez ces derniers animaux. C'était le point de départ initial.

Un autre résultat dérive encore de ces deux observations, et il devra être mis en regard de l'opinion de M. Martin-Magron; c'est le suivant: administré intérieurement à des doses sensiblement égales et même supérieures à celles employées dans l'application topique, chez le malade de M. Chassaignac, le curare, loin de provoquer l'irritabilité du bulbe et, par suite, du système musculaire entier, a vu céder cette irritabilité pendant son administration. En supposant donc qu'à cet égard sa vertu ait été seulement détruite, surmontée, il ne s'ensuit pas moins irrésistiblement que son application topique sur la partie blessée a dominé toute la scène morbide, enchaînant à la fois l'irritabilité tétanique centrale et l'iritabilité que le curare intérieurement ingéré aurait, dans

---

des principes très-réels), mais que l'on est contraint d'admettre, parce que l'expérience de tous les jours vient démontrer qu'elles existent. Ainsi, par exemple, on dit que les matières salines ne sont pas sujettes à l'évaporation, que l'eau chargée de chlorure de sodium et soumise à une haute température, s'évapore seule, que les sels se cristallisent, se précipitent et ne peuvent se retrouver dans l'air. J'accepte cet arrêt de la science; mais quand on a pénétré dans les vastes salles où se fabrique le sel, on sent une odeur de chlore incontestable, il faut nécessairement qu'il y ait quelque travail de décomposition, que l'état moléculaire des substances contenues dans l'eau subisse un changement, car l'atmosphère que l'on respire dans ces usines diffère essentiellement de l'air extérieur. Ceci est si vrai, cette masse de vapeurs aqueuses s'exhalant de la surface des grandes cuves contient si bien des éléments nouveaux, analogues à ceux qui composent l'eau minérale, que les personnes qui les respirent en éprouvent des effets remarquables. J'ai vu à Ischl, au pied du Tyrol autrichien, des cabinets placés au-dessus de ces cuves, recevant par une multitude d'ouvertures des vapeurs chargées d'humidité et d'émanations salines; ces cabinets où les malades sont bientôt baignés de sueur, ont encore un autre mérite: les affections strumeuses, si communes dans le pays, se modifient rapidement sous l'influence d'un air médicamenteux, et les médecins les plus éclairés, ceux qui ont le plus l'habitude d'observer les effets produits par ce mode de traitement, s'accordent tous à dire que ces cures heureuses sont dues surtout à l'action des matières entraînées par la vaporisation de l'eau salée. J'ai parlé ailleurs de cette odeur de chlore qu'on sent dans les manufactures de sel commun; Orfila lui-même, qui s'était placé comme moi dans une des cellules de l'établissement d'Ischl, signalait les qualités de l'air que nous y respirions, et ne doutait pas qu'il se trouvât dans ces circonstances singulières un agent thérapeutique inconnu. Je pense même que le prix fondé par ce savant maître à l'Académie impériale de médecine pour de nouvelles recherches sur la constitution des eaux thermales vient de là, et que la pensée de certaines propriétés qu'on peut appeler vitales et encore occultes, lui est arrivée dans la circonstance dont je parle.

Eh bien! j'ai retrouvé à Salins, dans les salles où se fait l'évaporation de l'eau salée, la même odeur indiquant le même phénomène, et je crois que l'on pourrait tirer parti de cette *buée* minéralisée. Aujourd'hui, dans beaucoup de stations thermales, on s'applique à établir à grands frais des salles de respiration; l'eau, divisée à l'infini par des appareils habilement appropriés, est portée dans les bronches et y produit des effets remarquables. Il me semble que d'immenses chaudières, dans lesquelles des centaines d'hectolitres d'eau fortement salée sont soumises à une température élevée, fourniront des masses de vapeurs imprégnées de chlore, de brome et d'iode à l'état moléculaire, sans doute, et dans des conditions matérielles encore indéterminées, mais dont une longue expérience a démontré les bons résultats.

Toutes les fois qu'il m'arrive de visiter un grand établissement industriel, je m'informe avec soin de la santé des ouvriers qui y travaillent, j'examine les hommes chargés des diverses parties de l'œuvre commune; je les interroge sur leurs indispositions habituelles, sur celles qui paraissent tenir plus particulièrement à leur profession, sur la durée moyenne de leur vie, et pa-

ce système, pu provoquer en addition à celle produite par le traumatique. Nous ne faisons, disons-le, cette remarque que pour nous mettre au point de vue de la critique la plus distante de celle de l'école de M. Cl. Bernard; car il nous semble par les témoignages généraux des expérimentateurs, ceux, par exemple, de M. Vulpian, que les expérimentations rapportées par ce dernier écrivain, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, sont elles-mêmes entièrement opposées aux propositions de M. Martin-Magron sur le préteudu strychnisme du curare.

Jusqu'à ce moment, il ressort évidemment de tous les éléments du débat, et de l'aveu de tous, que l'emploi du curare est très-logiquement indiqué, dans le tétanos traumatique, en *application* sur le siége du traumatisme. Il est fort à croire qu'il jouit (au moins), et à un haut degré, de la propriété d'enrayer l'*aura tetanica* qui peut s'élever du siége d'un traumatisme. Est-ce là une notion indifférente à la thérapeutique, indifférente à l'humanité? Appuyé sur deux cas où la guérison de cette affreuse maladie a été le gage heureux de la sage hardiesse des chirurgiens, nous nous félicitons d'avoir encouragé des premiers et d'encourager encore la continuation de ces judicieux essais.

GIRAUD-TEULON.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

(Suite. — Voir les nos 35, 36, 37, 39 et 40.)

CHAPITRE VII.

DE L'OXALURIE DANS LES MALADIES DES VERTÈBRES ET LES AFFECTIONS DE LA MOELLE EPINIERE.

Les pathologistes français s'accordent généralement à dire que les affections de la moelle épinière sont au nombre de celles dans lesquelles on rencontre, le plus souvent, des sédiments urinaires constitués par de l'oxalate de chaux. Je n'ai point trouvé, dans les ouvrages des auteurs anglais, d'observations venant à l'appui de cette opinion; mais j'en ai recueilli moi-même, et je vais les reproduire avec détails.

CARIE DE PLUSIEURS VERTÈBRES DORSO-LOMBAIRES; ABCÈS PAR CONGESTION; DOULEURS DE REINS; FAIBLESSE DES JAMBES ET OXALURIE CONCOMITANTE.

OBS. I. — Le 22 février 1857, est entré au n° 8 de la salle Saint-Michel (Charité) le nommé Jacques Jubin, âgé de 45 ans. Les seuls antécédents que nous ayons à noter sont une blennorrhagie, dont le sujet a été atteint pendant sa jeunesse, et qui a duré six semaines, puis des pertes séminales qui avaient lieu la nuit et au moment des garde-robes. En 1851, cet homme était déja entré à l'hôpital, accusant dans les reins des douleurs vives et une faiblesse des jambes telle qu'il ne pouvait marcher. A ce moment une saignée fut pratiquée; on appliqua des ventouses aux lombes, on administra des purgatifs et des bains sulfureux. Ce traitement n'ayant pas produit une amélioration suffisante, on eut recours à la noix vomique, à l'électricité, puis on appliqua six cautères sur la région dorso-lombaire. Sous l'influence de cette médication, le malade se trouva beaucoup mieux, et put reprendre ses occupations. Mais il eut une rechute au mois de février 1857, et c'est alors qu'il entra dans le service de M. Rayer.

Voici maintenant l'état dans lequel je l'ai trouvé :

Il a été forcé d'abandonner ses occupations de garçon d'hôtel depuis un mois et demi environ, à cause de la faiblesse des jambes et de la douleur de reins, et il marche difficilement appuyé sur un bâton. L'examen de la colonne vertétrale permet de constater une saillie formée par la dixième vertèbre dorsale. La pression est douloureuse à ce niveau et dans le reste de la région lombaire. On prescrit des ventouses de chaque côté du rachis et six boutons de feu. On avait obtenu une notable amélioration, quand, trois mois plus tard, il apparut, à gauche des vertèbres lombaires, une tumeur fluctuante, plate, sans rougeur, mesurant 4 pouces de haut sur 3 pouces de large. En appuyant sur cette tumeur, qui n'était autre chose qu'un abcès par congestion, on déterminait de la douleur dans toute la portion inférieure du rachis. Deux applications de boutons de feu dans le voisinage de l'abcès en réduisirent considérablement le volume; le sujet redevint assez solide sur ses jambes pour marcher et même pour courir un peu, et il remplit pendant plusieurs mois les fonctions d'infimier dans le service.

Le microscope m'ayant montré l'existence de l'oxalate de chaux dans l'urine de ce malade, j'examinai tous les jours ce liquide, en notant attentivement la nature des aliments ingérés et l'heure à laquelle l'urine avait été rendue, afin de voir quelle pourrait être l'influence de l'alimentation sur la production de l'oxalate de chaux. Voici quelques-uns des résultats obtenus :

Le 28 août (bœuf, pommes de terre et salade), l'urine de la nuit a une couleur ambrée foncée, et elle contient des myriades de cristaux d'oxalate calcaire et quelques cristaux d'acide urique. La pipette ramène du fond du vase un liquide un peu filant et qui ne contient pourtant point d'animalcules.

Le 29 (bœuf et artichaut), l'urine présente la même couleur que la veille, et contient autant d'oxalate.

Le 30 (haricots et viande), un peu d'épithélium et moins d'oxalate.

Le 31 (riz et viande), quantités énormes d'oxalate de chaux.

Le 1er septembre (haricots verts et viande), très-gros cristaux d'oxalate de chaux.

Le 2, le 14 et le 15, peu de cristaux octaédriques.

Le 22 (pommes de terre et viande), de l'urate d'ammoniaque et pas d'oxalate.

Le 24 (haricots verts et bœuf), l'urine de la digestion est acide et contient de nombreux cristaux d'oxalate. On en trouve à peine dans celle qui ne provient pas de la digestion.

Le 25 (riz, viande et une moitié d'oignon cru), énorme quantité d'oxalate dans l'urine de la digestion. Idem le 1er octobre. Toujours beaucoup d'oxalate les 2, 4, 5, 6, 8, 11, 13, 16 et 18 octobre.

Les 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28 et 29 octobre, encore de l'oxalate, mais en moindre quantité.

Le 3 novembre (pommes de terre et bœuf), l'urine des vingt-quatre heures pèse 1019; elle est acide, louche, et contient des globules sanguins et de nombreux cristaux d'oxalate irréguliers.

Le 4 et le 5 novembre (pois et bœuf), l'urine des vingt-quatre heures pèse 1026; on y trouve des globules sanguins et d'assez nombreux cristaux d'oxalate de chaux réunis en groupes.

---

reille enquête, corroborée par les directeurs de l'établissement, contrôlée par les rapports des médecins de la localité, constitue une donnée suffisante pour apprécier un fait d'hygiène publique d'un grand intérêt. Or à Salins, comme ailleurs, dans des conditions analogues, j'ai entendu dire aux ouvriers employés à la fabrication du sel, qu'ils ne comptaient pas de phthisiques parmi eux, que les hommes faibles, à poitrine délicate, voyaient leur santé s'affermir, en un mot, que leur état était *sain*. Je n'attache pas plus d'importance qu'il ne faut à ces renseignements, je sais bien qu'il n'est pas permis de faire de la statistique avec des éléments aussi peu nombreux, aussi imparfaits; mais je sais aussi qu'il ne faut pas dédaigner les opinions collectives d'hommes qui, après tout, signalent des faits et n'ont aucun intérêt à nous tromper sur leur existence. Qu'on interprète, comme on le voudra, la bonne santé des *saulniers*, l'absence de cachexies strumeuses, rhumatiques, le bon état de leur peau, la vigueur de leur système musculaire, il sera difficile de ne pas tenir compte du milieu dans lequel ils vivent, et nous avons donné assez de détails sur ce point pour refuser à l'air qu'ils respirent dans l'usine une importance réelle et bien démontrée.

Comme on ne s'avise jamais de tout, j'avoue que je n'ai pas fait de recherches sur l'état sanitaire des ouvriers qui travaillent à la fabrication du sel marin à Guérande, au Croisic et dans le département de la Charente-Inférieure; je n'ai pas visité Dieuze, Montmorot, Arc et Gounant, mais j'ai vu les salines de Halein près Saltzbourg, ainsi que celle de Bex, dans le canton de Vaud, et partout où j'ai continué mon enquête, j'ai recueilli les témoignages les plus favorables sur la santé des hommes qui se consacrent à cette industrie. Je ne comprends pas comment les médecins qui ont écrit sur les propriétés médicinales des eaux salées, ont oublié de parler de ce point si important, à mon avis, et qui devient un argument si puissant en faveur de leur emploi; j'ai vainement consulté la plupart des traités les plus récemment publiés, ils sont muets sur ce chapitre que je signale à l'attention de leurs auteurs.

On a beaucoup écrit sur Salins et, pour ma part, j'ai trouvé un singulier plaisir à parcourir le volumineux ouvrage de Gollut, historien de la Franche-Comté. Ce personnage, qui vivait au seizième siècle, a recueilli avec un soin extrême toutes les preuves de l'importance de cette ville, de son ancienneté, du rôle qu'elle a joué dans les affaires politiques et religieuses de cette province.

Ainsi, pour remédier à l'usure ruineuse des juifs établis à Salins, les bourgeois de la ville fondérent, en 1336, un mont-de-piété, le premier que l'on connaisse, car celui de Parme, regardé comme le plus ancien, est de 1488. Salins peut aussi se glorifier d'avoir eu, en 1486, la première imprimerie de toute la Franche-Comté. Cette petite ville a vu représenter un mystére en 1580; son couvent des capucins avait une belle bibliothèque en 1593, et enfin, un jardin botanique fut ouvert à l'étude des plantes, à Marnoz, en 1580. On voit que Salins avait largement vécu de sa vie propre longtemps avant 1674, année de la conquête de Louis le Grand, époque où la Franche-Comté devint définitivement française. Ajoutons que la ville de Salins, brûlée une première fois en 1336, une seconde fois en 1398, une troisième fois en 1442, une quatrième fois en 1469, a eu la singulière chance d'être rebrûlée le 27

Les 11, 14, 15, 23, 25, on trouve toujours un peu d'oxalate, uni le plus souvent à de l'acide urique ou à de l'urate d'ammoniaque.

Pendant le mois de décembre, les 3, 4, 5 et 11, pas d'oxalate; on en constate de petits cristaux, les 13, 16, 18 et 20.

Dans les premiers jours de janvier 1858, le malade a quitté l'hôpital.

Voilà un exemple d'oxalurie très-prolongée, dans lequel on n'a point essayé d'attaquer l'excrétion de l'oxalate de chaux elle-même. On va voir que nous avons agi autrement dans le cas suivant.

MALADIE DES VERTÈBRES CERVICALES, ACCOMPAGNÉE D'UN AFFAIBLISSEMENT TRÈS-MARQUÉ DES MEMBRES; TUMEUR DOULOUREUSE DU COU; OXALURIE TRÈS-PERSISTANTE; EFFETS PRODUITS PAR LES ALCALIS.

OBS. II. — Le nommé Delâtre, âgé de 22 ans, journalier, souffrait du cou depuis huit mois, mais la santé générale était très-bonne, et il n'y avait aucune faiblesse des jambes. Des douleurs, qui étaient survenues dans les deux bras, avaient disparu sous l'influence des fumigations et des bains de vapeur. Mais, quatre mois plus tard, il parut dans la portion supérieure de la région cervicale une petite tumeur du volume d'un haricot. Depuis lors, le cou a été infléchi en avant, mais la santé générale était toujours assez satisfaisante, et le sujet était solide sur ses jambes. Malheureusement la tumeur continua à grossir; il survint de la faiblesse des extrémités inférieures, et c'est alors que le jeune homme se décida à entrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée, voici l'état dans lequel je l'ai trouvé :

La tumeur a le volume d'un œuf de pigeon; elle siége au niveau des 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales. Le cou est fortement infléchi en avant; les mouvements de rotation sont douloureux et presque impossibles. Les jambes sont lourdes et peu flexibles, de sorte que le malade peut à peine marcher, en s'aidant de deux bâtons. Il ressent quelques douleurs dans les épaules, et la main droite sert un peu moins que la gauche. Les urines et les matières fécales ne peuvent être conservées longtemps; l'appétit est à peu près normal; les digestions sont régulières; il n'y a point de douleurs de reins, et tous les jours huit environ, il se produit des érections qui s'accompagnent de pertes séminales.

Deux boutons de feu sont appliqués de chaque côté de la tumeur du cou, et deux jours après cette application il y a une amélioration très-prononcée; le malade redresse mieux la tête et marche sans canne. Mais au bout de quinze jours, il retombe dans un état plus grave qu'avant l'application du feu. Les moindres mouvements du cou s'accompagnent de douleurs vives, qui retentissent jusque dans les épaules. Il sent bien le plancher et n'a pas la sensation de barre autour du ventre; mais ses jambes se roidissent parfois malgré lui, et il tomberait s'il n'était pas soutenu.

Le 12 novembre, on se décide à lui appliquer douze boutons de feu à la nuque, et c'est à partir de ce moment-là que j'ai examiné son urine.

Le 14 novembre, l'urine est acide, de couleur ambrée, et elle contient d'énormes quantités d'oxalate bien cristallisé, avec de l'acide urique également bien cristallisé.

Le 15 (purée de pois et bœuf), petits cristaux irréguliers d'oxalate, avec de beaux groupes d'acide urique cristallisé.

Le 18 (épinards et bœuf), urine acide, un peu louche, 1032, contenant beaucoup de cristaux d'oxalate; le 20, beaucoup d'acide urique cristallisé et d'oxalate. Idem les 22, 24, 25, 27, 28 et 29.

C'est alors que, voyant la persistance avec laquelle l'oxalate de chaux continuait à se montrer dans l'urine de ce malade, on commença à lui administrer de l'eau de Vichy.

Le 30 novembre, une bouteille d'eau de Vichy artificielle fut ingérée dans l'après-midi. L'urine examinée le lendemain était acide, et contenait à peu près autant d'oxalate de chaux qu'avant l'administration de l'alcali; on y trouvait aussi un dépôt briqueté d'acide urique.

Le 2 décembre (épinards et bœuf, une bouteille d'eau de Vichy), l'urine est neutre, claire, avec un léger dépôt blanc phosphatique; elle contient encore de beaux cristaux d'oxalate, mais un peu moins qu'avant l'administration des alcalis. On y trouve du phosphate de chaux, une petite quantité de phosphate amoniaco-magnésien et pas d'urates.

Le 3 décembre (pruneaux, bœuf et une bouteille d'eau de Vichy), l'urine est neutre, présente une pellicule irisée à sa surface, et au fond un dépôt de phosphate de chaux. On n'y trouve que de rares cristaux d'oxalate calcaire.

Le 5 décembre (riz, bœuf, eau de Vichy), l'urine conservée quarante-huit heures est alcaline, et offre à sa surface une pellicule irisée, formée d'énormes cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, au fond un dépôt blanchâtre très-abondant, constitué surtout par du phosphate de chaux, auquel se trouvent mêlés des octaèdres d'oxalate calcaire en quantité médiocre.

Le 11 décembre (lentilles, bœuf, eau de Vichy), dépôt considérable de phosphate de chaux avec quelques cristaux d'oxalate.

Le 12 (pommes de terre, bœuf et eau de Vichy), urine neutre, claire, sans dépôt, et ne contenant pas d'oxalate. Alors on suspend l'eau de Vichy.

Le 13 décembre, troisième application de boutons de feu à la nuque. Le lendemain, il y a déjà de l'amélioration, et le malade remue plus facilement les jambes.

Le 14 décembre (pommes de terre à l'huile et bœuf, pas d'eau de Vichy), l'urine contient quelques cristaux d'oxalate, mais très-rares, et pas d'urates. Le 15 décembre, quantité déjà assez considérable d'oxalate, en cristaux irréguliers et brisés.

Le 16 décembre (riz et bœuf, pas d'eau de Vichy), énorme quantité d'oxalate de chaux; beaucoup également le 18, le 20 et le 21. Le 23, beaucoup d'oxalate et un peu d'acide urique. Idem le 28 et le 30 décembre.

Comme il était évident que l'excrétion de l'oxalate était redevenue exactement ce qu'elle était avant l'administration de l'eau de Vichy, la solution alcaline fut de nouveau prescrite, afin qu'on pût juger de ses effets, par rapport à l'excrétion de l'oxalate de chaux, et voici ce que j'observai : Le malade ayant bu une bouteille d'eau de Vichy artificielle, le 31 décembre et le 1er janvier, son urine, qui avait été conservée pendant quarante-huit heures, fut examinée le 3. Elle était alcaline, avec un abondant dépôt de phosphate de chaux, et on y trouvait en outre de l'acide urique cristallisé et un peu d'oxalate. Le 3 janvier (riz et viande), une bouteille d'eau de Vichy avait été bue dans l'après-midi, je recueillis l'urine de sept heures du soir, et je la trouvai franchement acide, presque privée de dépôt, contenant de l'acide urique cristallisé et beaucoup d'oxalate; au contraire, l'urine de la nuit était neutre, présentait un abondant dépôt blanc de phosphate de chaux, de gros cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et pas du tout d'oxalate. Le 4 janvier (pommes de terre à l'huile, bœuf; à trois heures du soir une bouteille d'eau de Vichy), l'urine rendue avant l'ingestion de l'eau de Vichy est acide, rougeâtre, et contient beaucoup d'acide urique cristallisé et d'oxalate de chaux. Il en est de même pour celle qui a été rendue immédiatement après l'ingestion de l'eau de Vichy; au contraire, l'urine de la nuit est beaucoup plus pâle, neutre, avec un abondant dépôt de phosphate de chaux et extrêmement peu d'oxalate.

Le 5 janvier, quatrième application de boutons de feu à la nuque. Le 6 (pommes de terre, bœuf, une bouteille d'eau de Vichy à trois heures du soir), l'urine de quatre et de six heures du soir est très-acide, un peu louche, et contient de l'acide urique et de l'oxalate en certaine quantité; celle de huit heures du soir est alcaline, avec un dépôt blanchâtre, sans oxalate; celle du reste de la nuit est neutre, avec un dépôt blanc abondant et pas d'oxalate. Le 7, le résultat obtenu est sensiblement le même. Le 15, l'urine rendue

---

juillet 1825, mais alors de fond en comble, et alors de belles maisons en pierre de taille ont remplacé des habitations en bois, malsaines, obscures. Espérons que cette catastrophe récente sera la dernière.

Parmi bien d'autres éclaircissements historiques qui paraisssent absolument étrangers à notre sujet, il en est quelques-uns dont nous pouvons faire profit; par exemple celui qui concerne le nom donné aux différents puits d'où l'on extrait l'eau salée. La plus ancienne des sources s'appelle le *puits à muire*. Or on trouve, dit M. le docteur Germain, dans Pline le naturaliste (lib. III, cap. VII), un passage ainsi conçu : *Aquam salsam Hispaniæ e puteis hauriunt, muriam appellant.* En Espagne, on donne le nom de *muria* à l'eau salée qu'on tire des puits. Cette citation intéressante nous en rappelle d'autres analogues. Bien avant Pline, Caton l'Ancien appelait *muria soluta* l'eau de mer réduite d'un tiers par la cuisson et édulcorée de miel. Celse a employé ce mot pour désigner simplement la saumure; enfin, Perse, en parlant d'un avare qui fait maigre chère (Sat. VI, v. 20), dit qu'il arrose de saumure un plat de légumes desséchés :

. . . . solis natalibus, est qui
Tingat olus siccum muria vafer in calice empta
Ipse sacrum inrorans patinæ piper. . . . .

On voit par là que le mot en question appartient à l'ancienne langue latine, qu'il a été transporté en Espagne par les Romains, et que la Franche-Comté l'a reçu à une époque fort reculée. Au reste, on sait que cette province a été longtemps espagnole, ce qui expliquerait l'usage d'une locution qu'on ne retrouve pas dans les établissements du même genre. Il y a des sources d'eau salée dans le département des Basses-Pyrénées, et je ne sache pas qu'on leur applique la dénomination de *puits à muire*. Est-il besoin de dire que les noms de *muriate*, de *muriatique* et autres dérivés, donnés par les premiers chimistes, comme Lavoisier et ses successeurs, n'ont pas d'autre origine, et que la découverte du chlore a pu seule les rendre inutiles?

En relisant l'intéressante notice de M. le docteur Botureau sur les eaux salées de Nauheim, et en comparant les phénomènes observés dans cette heureuse localité avec ceux si obscurs qui sont le partage de Salins, on se demande si la différence radicale qui existe entre ces deux établissements entraine une opposition semblable dans les propriétés curatives des eaux qu'on y trouve. Des forages habilement dirigés ont atteint à Nauheim une sorte de lac où les eaux fortement salées et chargées en outre d'acide carbonique en proportion énorme, jaillissent à une grande hauteur au-dessus du sol, et forment d'immenses colonnes d'un liquide écumant. Le puits artésien nommé *Frédéric-Guillaume*, qui a plus de deux cents mètres de profondeur, fournit par minute 50,000 pieds cubes d'eau salée et 100,000 pieds cubes de gaz. Le jet atteint une élévation de 20 mètres. Ajoutons que l'eau, fortement alcaline, a une température de 39°C., et qu'un litre de cette eau contient 40 grammes de matières solides, dont 35 sont du chlorure de sodium.

On sait, d'après les données géologiques les plus certaines, que la vallée du Rhin occupe le bassin d'une mer intérieure qui s'est desséchée peu à peu. La masse d'eau salée qui existait là a laissé une immense aggrégation de chlorure de sodium que l'on retrouve à l'aide de trous de sonde. Des fo-

avant l'ingestion de l'eau de Vichy est troublée par la présence d'une certaine quantité d'urate d'ammoniaque, et elle contient en outre quelques cristaux d'oxalate. Celle qui a été recueillie trois heures après l'ingestion de l'eau de Vichy est parfaitement limpide, acide, sans dépôt, et ne contient pas sensiblement d'oxalate; enfin, on n'en trouve pas du tout dans celle de la nuit.

Le 22 janvier, le malade n'ayant pas bu son eau de Vichy, son urine fut trouvée contenir de l'acide urique cristallisé en quantité assez considérable, et beaucoup d'oxalate de chaux. Il quitta l'hôpital le 24, parce qu'il redoutait une nouvelle application du feu. Il était alors dans un état relativement assez satisfaisant; il marchait avec deux bâtons et sentait bien le parquet; la douleur du cou était très-supportable, et il n'y avait pas trop de roideur des jambes.

J'ai tenu surtout à rapporter cette observation tout au long, pour démontrer convenablement les effets de l'eau de Vichy sur l'excrétion de l'oxalate de chaux.

AFFECTION DE LA MOELLE (PROBABLEMENT COMPRESSION) AVEC OXALURIE CONCOMITANTE.

OBS. III. — Le 14 septembre 1856 est entré à la Charité, dans le service de M. Rayer, le nommé Châtenay, âgé de 27 ans.

En 1854, après une opération de varicocèle, il a commencé à sentir des douleurs de reins et de la faiblesse des jambes; mais il se livrait encore à son travail, et il n'était obligé de l'interrompre que par intervalles. Cet état a duré près de deux ans, et au mois de septembre 1856, après l'ingestion d'un purgatif, la douleur de reins est devenue tout à coup très-vive. A dater de ce jour, la sensibilité tactile qui n'était qu'émoussée disparut complétement, et le malade fut dans l'impossibilité de se tenir sur ses jambes. Les érections avaient cessé depuis le commencement de la maladie, et même quatre mois avant l'entrée du sujet à l'hôpital, il éprouvait des pertes séminales abondantes, qui se produisaient tous les jours au moment des garde-robes. Ce n'est qu'après trois mois de séjour dans la salle de M. Rayer, qu'il se déclara de l'incontinence d'urine, et elle disparut ainsi que la spermatorrhée, après une seule application du courant de la pile galvanique. Il n'y a jamais en d'incontinence de matières fécales.

Quand j'ai examiné le malade, il était dans l'état suivant: la douleur de reins était vive, les jambes étaient roides, et si l'on essayait de les détacher du lit, elles s'agitaient convulsivement, sans qu'il fût possible au patient de maîtriser ces mouvements. En explorant la colonne vertébrale, on ne découvrait ni déformation ni tumeur, mais il existait, au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, une sensibilité prononcée que la pression exagérait notablement.

Pendant le séjour du malade à la Charité, on essaya divers traitements. En premier lieu, on administra la noix vomique, qu'on fut obligé de suspendre au bout de quelque temps, parce qu'elle déterminait des secousses, et par conséquent une augmentation de la douleur lombaire. On recourut une seconde fois à cette méthode sans succès. Il en fut de même du traitement par la belladone, dont l'usage fut continué pendant trois mois. On voulut aussi attaquer le mal localement, et des boutons de feu furent appliqués sur la région des reins, en même temps qu'on administra des bains alcalins, des bains sulfureux et des fumigations.

Malgré l'emploi persévérant de tous ces moyens, l'état du sujet resta constamment le même. Seulement, au mois d'octobre 1856, il ressentit une petite commotion dans les reins, et tout d'un coup il se mit à marcher; mais ce mieux trompeur ne dura que trente-six heures, et le malade retomba bientôt dans son état primitif. Comme son affection paraissait décidément incurable, on l'envoya à Bicêtre le 13 octobre 1857. La douleur de reins était toujours très-vive, et le tremblement des jambes tel qu'il ne pouvait les soulever de son lit sans les entre-choquer l'une contre l'autre. Mais le 8 février 1858, vers minuit, il ressentit, sans cause appréciable, une douleur violente dans les reins; puis, s'apercevant qu'il pouvait plier les jambes, il descendit de son lit et se mit à marcher droit et sans canne. Le tremblement des extrémités inférieures avait complétement cessé. Cette guérison subite ne dura qu'une nuit et un jour; après quoi la douleur fixe des reins recommença, la marche devint plus chancelante; et le 18 février, jour où je l'examinai, il marchait encore avec deux bâtons, mais il projetait ses jambes en avant, comme on sait que cela arrive aux personnes atteintes de maladies de la moelle épinière. Pendant la station debout, il ne tremblait pour ainsi dire pas, et il sentait bien le parquet; mais la douleur de reins persistait, ainsi que la faiblesse des jambes. Je le revis dix-huit mois après, et je constatai qu'il marchait encore difficilement, à l'aide de deux bâtons. Quant aux secousses qui ont amené deux fois une amélioration si prononcée dans la santé de ce malade, j'avoue que je ne sais comment les expliquer, et ce n'est qu'avec beaucoup de réserve que j'émets l'opinion d'une compression qui aurait existé et qui aurait cessé momentanément.

J'ai cité cette observation fort intéressante à plusieurs égards, parce qu'elle nous offre, en outre, un cas d'oxalurie, mais l'oxalurie intermittente, et qui a disparu sans traitement, comme le prouve l'examen suivant de l'urine.

Le 28 août 1857, oxalate de chaux en quantité assez considérable; *id.* le 29. Le 31 (pommes de terre et viande) quelques cristaux d'oxalate; *id.* le 2 et le 14 septembre. Le 15 septembre (riz et viande) point de cristaux d'oxalate, beaucoup d'urates et un peu de phosphate ammoniaco-magnésien; *id.* le 18, le 19, le 20, le 21 et le 22. Le 23 (épinards et viande) urine alcaline contenant du phosphate ammoniaco-magnésien, de l'urate d'ammoniaque et de l'oxalate de chaux. Le 24 septembre (haricots verts et viande) l'urine est acide; celle de la digestion contient beaucoup d'oxalate; celle du reste des vingt-quatre heures en contient à peine; quelques cristaux d'oxalate dans l'urine du 25 et du 26; on n'en trouve plus dans celle du 27, du 28 et du 30 septembre; du 1er et du 2 octobre. L'oxalate de chaux continue à manquer dans l'urine du 5, du 6, du 8, du 9, du 11 et du 12 octobre, et c'est le 13 que le malade part pour Bicêtre. Le 18 février suivant, quelques jours après la secousse qui lui avait permis de marcher, j'eus occasion de le revoir, je recueillis de son urine et je l'examinai au bout de vingt-quatre heures. Elle était très-claire et très-limpide au moment de l'émission, mais le lendemain j'y trouvai un dépôt rougeâtre de 1 centimètre de hauteur, avec une matière blanche et filante comme du sperme. Le microscope ne m'y fit pourtant découvrir ni zoospermes ni oxalate de chaux. Ce dernier avait disparu spontanément.

INFLAMMATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS UNE GRANDE PARTIE DE SON ÉTENDUE. — OXALURIE CONCOMITANTE.

OBS. IV. — Le nommé B..., polisseur d'instruments de musique, âgé de 42 ans, est entré à la Charité, dans le service de M. Rayer, le 17 septembre 1857. Depuis deux ans il ressentait de la douleur dans la région des reins, et tous les huit ou quinze jours il éprouvait des coliques vives qui s'accompagnaient de vomissements. Les jambes étaient faibles, elles étaient le siége de douleurs sourdes et parfois d'élancements. Le malade sentait bien le plan-

---

rages pratiqués en grand ont démontré l'existence de diverses couches de sel gemme d'une puissance extrême; en certains endroits, ce sont des amas d'eaux fortement chargées de sel, jaillissantes ou non, plus ou moins riches en acide carbonique, comme à Nauheim, et il y a là, non-seulement des produits d'une grande importance industrielle, mais encore un médicament d'une grande utilité.

A Salins, ce ne sont pas des torrents d'eau chaude chargée de sel de soude qui jaillissent des entrailles de la terre, non, en vérité, le sol du Jura n'est pas aussi prodigue; le liquide est extrait à l'aide de puissantes machines hydrauliques qui font mouvoir les pompes et amènent dans les réservoirs environ 1,500 hectolitres d'eau salée par jour. C'est bien peu, sans doute, mais cela suffit pour constituer une richesse, et les produits annuels des trois puits de cet établissement montrent assez l'importance de cette fabrication. Laissant de côté ce qui tient à une industrie si ancienne et si remarquable, nous ne nous occuperons que des substances médicamenteuses contenues dans ces eaux et de leur action sur l'économie vivante.

Les bromures sont, sans contredit, les principaux agents thérapeutiques des eaux salées. Ceux qui résultent de la combinaison du brome avec le potassium jouissent d'une extrême activité, et l'Allemagne ne possède aucune source qui en contienne autant que les eaux de Salins. Les eaux mères, résultant de l'évaporation et de la cristallisation, contiennent 2 grammes 70 centigrammes de bromure de potassium par litre, tandis qu'à Nauheim, le bromure de magnésium, le seul qui se trouve dans les sources de cette localité, n'y existe qu'en proportion beaucoup moindre. Cette seule considération suffit pour expliquer les remarquables effets produits par l'emploi des eaux mères de Salins combinées avec l'eau des bains, et la nécessité où l'on est d'en modérer l'action par des mélanges gradués. On voit, en effet, la peau des baigneurs donner des signes d'une surexcitation rapide, des éruptions fugaces se développer; aussi le médecin attentif proportionne-t-il la dose du remède à la sensibilité des malades. Le bain ainsi chargé de principes minéralisateurs acquiert une telle densité que les personnes chargées d'un peu d'embonpoint se sentent comme soulevées. Non que cela soit au point de surnager complétement, comme on l'observe à *Salies en Béarn*, où la quantité de sel est beaucoup plus considérable, mais enfin cet effet est assez sensible à Salins pour que les baigneurs offrant les conditions indiquées le signalent à chaque instant. M. le docteur Os. Reveil, agrégé de l'École de pharmacie, doit publier prochainement une analyse des sources de *Salies* (Basses-Pyrénées), et l'on comprendra facilement la cause de ce phénomène intéressant. C'est une simple question de pesanteur spécifique des corps.

Nous pourrions ajouter beaucoup de détails sur les observations cliniques faites à Salins, non-seulement dans le grand établissement thermal, mais encore dans l'hôpital de la ville et dans la clientèle particulière des honorables praticiens de la localité. Nous nous bornerons à dire que M. le docteur Dumoulin, médecin inspecteur, auquel on doit d'intéressantes recherches sur la scrofule des personnes avancées en âge, sur les diverses transformations que présente cette cachexie en occupant, non-plus seulement les organes glanduleux, mais la peau et les membranes muqueuses, a vu les eaux de Salins modifier de la manière la plus utile des états pathologiques d'une

cher, mais pendant la marche il traînait les pieds sur le sol. La vessie était paresseuse, et pourtant il n'y avait jamais eu d'incontinence d'urine.

Tel était l'état du sujet lorsque, le 5 septembre 1857, il survint un paroxysme, annoncé par des coliques plus vives, des vomissements plus abondants et un état fébrile très-prononcé. On combattit ces accidents à l'aide de plusieurs purgatifs et d'un sirop ferrugineux, et comme il n'en résultait aucune amélioration, le malade se décida à entrer à l'hôpital et il s'y rendit à pied.

Le jour de son arrivée, il accusait une douleur vive qui occupait comme une ceinture, les reins et le ventre, et il ne se baissait qu'avec douleur. Il y avait de la fièvre, de l'inappétence, et la marche était très-chancelante; le rachis était douloureux à la pression, au niveau des deux dernières dorsales et des trois premières lombaires, sans qu'il y eût déformation.

Six jours après son entrée dans le service, M. Rayer lui appliqua six boutons de feu, au niveau de la portion malade de la moelle, et le traitement, les jours suivants, consista en purgatifs, en bains de vapeurs et en bains sulfureux.

Quatre jours à peine après la cautérisation, il y avait déjà du mieux, les coliques étaient moins vives et de plus courte durée, et le sentiment de ceinture n'existait plus.

Quelques jours plus tard encore, les vertèbres primitivement douloureuses à la pression, avaient cessé de l'être, la marche était plus assurée, les fonctions de la vessie s'accomplissaient mieux et il n'y avait plus de vomissements.

Il y avait donc une amélioration du côté de la région inférieure du rachis; mais il n'en était pas de même dans la région supérieure. En effet, quelques jours après l'application du feu le malade avait ressenti de la douleur dans toute l'étendue du bras droit et des élancements accompagnés de fourmillements. Cette douleur ne fit qu'augmenter, et bientôt le décubitus sur le côté droit devint impossible. En même temps la main droite ne pouvait plus serrer, quoique la sensibilité du membre supérieur fût bien conservée. J'ajoute que les mouvements du cou étaient très-pénibles, et que la pression réveillait de la douleur dans toute la hauteur du rachis, depuis les dernières vertèbres cervicales jusque vers la dixième dorsale. Il n'y avait donc plus de doute à conserver; l'affection de la moelle avait gagné vers la partie supérieure, tout en paraissant être notablement amendée du côté de la région inférieure.

Le malade se préoccupait vivement de son état; il avait la nuit des rêves dans lesquels il lui semblait qu'on en voulait à ses jours, et c'est pour cela qu'il demanda à retourner dans sa famille.

J'ai interrogé attentivement cet homme pour voir à quelle cause il serait possible de rapporter l'affection dont il était atteint, et j'ai trouvé dans ses antécédents, des habitudes de masturbation qui s'étaient accompagnées pour un temps de pollutions nocturnes, et qui n'étaient peut-être pas tout à fait étrangères au développement de la myélite.

Quant à l'urine que j'ai examinée bon nombre de fois au point de vue de l'oxalate de chaux, j'ai constaté qu'elle contenait souvent des quantités notables de ce sel.

Le 5 octobre, quelques cristaux d'oxalate et d'acide urique.

Le 6 (pommes de terre et viande), l'urine du soir est acide, claire, de couleur ambrée, et contient de nombreux cristaux d'oxalate calcaire très-ténus.

Le 8 et le 9 octobre (riz, épinards et bœuf), l'urine est acide et contient de nombreux cristaux d'oxalate avec de l'urate d'ammoniaque.

Le 11 octobre (choux-fleurs et bœuf), l'urine du soir ne contient pas d'oxalate.

Le 12 octobre (épinards et bœuf), de très-nombreux cristaux d'oxalate calcaire.

Le 13 (pommes de terre à l'huile et bœuf), l'urine de cinq heures du soir est limpide, sans dépôt, de couleur ambrée, et renferme d'énormes quantités d'oxalate de chaux.

Id. le 15.

Le 16, le malade quitte l'hôpital.

A la suite de cette observation je dirai encore qui j'ai trouvé plusieurs fois des quantités notables de cristaux d'oxalate calcaire dans l'urine d'un jeune homme atteint d'une affection de la moelle commençante, et qui accusait déjà de la faiblesse des membres inférieurs, et surtout de la jambe droite, quoiqu'il n'y eût encore aucune déformation appréciable du rachis. J'en ai observé aussi, quoique plus rarement, dans l'urine de deux paraplégiques.

En résumé, les observations que je viens de rapporter prouvent que l'excrétion continue d'oxalate de chaux peut s'observer avec le mal de Pott et les affections de la moelle épinière; mais il est évident que chez la plupart des sujets on n'a aucun compte à en tenir, et que le traitement tout entier doit s'adresser à la maladie principale. On tâchera de découvrir la cause sous l'influence de laquelle la carie s'est développée. Si le malade est enclin à la masturbation, on s'efforcera de faire cesser cette funeste habitude; s'il est scrofuleux ou né de parents entachés de scrofules, on combattra cette diathèse. Quant aux accidents locaux, on réussira souvent à les modifier à l'aide des exutoires profonds et de la révulsion énergique que produit l'application répétée des boutons de feu. Dans certains cas, on recourra en même temps avec avantage aux douches salées ou sulfureuses.

J'ajoute maintenant que si la vessie était paralysée, qu'il y eût inflammation de la membrane muqueuse et que la quantité d'oxalate expulsée fût assez considérable pour qu'on eût à redouter la formation d'un calcul, il y aurait lieu d'attaquer directement le symptôme oxalurie par l'administration des alcalis. On emploierait le même moyen si les malades accusaient une dyspepsie prononcée; et, dans ce cas, en rétablissant la fonction digestive, on diminuerait en même temps la quantité d'oxalate calcaire rejetée par les urines.

CHAPITRE VIII.

DE L'OXALURIE DANS LA PLEURÉSIE CHRONIQUE ET LES TUBERCULES PULMONAIRES.

Dans deux classes d'affections pulmonaires, la pleurésie chronique et les tubercules, j'ai constaté plusieurs fois une excrétion d'oxalate de chaux abondante et prolongée, comme l'attestent les observations que je rapporte ici.

PLEURÉSIE TUBERCULEUSE, INVERSION DES VISCÈRES, OXALURIE CONCOMITANTE, ADMINISTRATION DES ALCALIS.

Obs. I. — Le 11 décembre 1857, est entré au n° 24 de la salle Saint-Michel (service de M. Rayer) le nommé Louis D...., âgé de 37 ans, garçon de restaurant. Au commencement de la même année il avait été soigné d'une pleuré-

---

extrême gravité. Nous ne doutons pas que cet agent thérapeutique, confié à des mains habiles, ne produise des guérisons remarquables dans des circonstances regardées jusqu'ici, bien à tort, comme incurables.

Mais il y a, autre part que dans le Jura, des exploitations de sel, des eaux mères, des bains chargés de chlorures, d'iode et de brome; voyons si de nouvelles observations viendront confirmer celles que nous avons recueillies à Salins.

P. Menière.

(La fin au prochain numéro.)

— Un concours a été ouvert le 6 septembre pour un nombre indéterminé de places d'élève à l'Ecole de médecine militaire près la Faculté de médecine de Strasbourg. Ce concours était présidé par MM. Michel Lévy, directeur de l'Ecole de perfectionnement de Paris, Lustreman et Laveran, professeurs de la même École. Quarante et un élèves de notre Faculté étaient inscrits, trente-quatre auraient été déclarés admissibles. Le résultat définitif du concours ne sera connu qu'au mois d'octobre, après la clôture des concours qui auront lieu dans d'autres centres d'examen.

L'année dernière, la Faculté de Strasbourg n'a fourni que dix-sept candidats. Les motifs d'une augmentation si considérable pour cette année sont: 1° la mesure prise récemment, et d'après laquelle les élèves sont admis à concourir après avoir pris les quatre premières inscriptions, au lieu de huit, exigées l'année dernière; 2° les avantages plus grands attachés aux divers grades dans la médecine militaire. (Gaz. méd. de Strasb.)

— M. le docteur Jeannel (de Bordeaux) vient de faire don à l'Association médicale de la Gironde, d'un coupon de rente de 12 fr., destiné au payement annuel de sa cotisation à perpétuité.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, 19 septembre:

« Feu le médecin de l'empereur, sir James Wylie, a affecté dans son testament une somme considérable à la fondation d'une clinique auprès de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. Les exécuteurs testamentaires viennent d'ouvrir un concours pour les plans de cet établissement. Des sommes de 3,000, 1,500 et 1,000 roubles sont attribuées aux trois plans qui seront jugés les meilleurs. »

— Il résulte d'un travail lu par M. Guy à la Société de statistique de Londres, que la durée moyenne de la vie, pour les personnes adonnées aux travaux scientifiques et littéraires, a été de 64 ans dans le seizième siècle, de 63 dans le dix-septième, et de 65 dans le dix-huitième.

— Un M. Harben vient de s'empoisonner à Londres avec la nicotine. C'est le second cas de ce genre dans la même ville.

sie à l'hôpital Lariboisière. Il s'était assez bien rétabli, quoiqu'il eût conservé un peu de toux ; mais, au mois de juin 1857, il ressentit des frissons, des maux de reins et un point de côté à droite et à gauche. Un épanchement se produisit dans les deux côtés de la poitrine, mais surtout du côté droit, et on eut recours aux vésicatoires volants. Cette fois le malade ne se rétablit pas complètement ; il ne recouvra point ses forces et ne put reprendre son service. C'est alors qu'il se décida à entrer à la Charité, et voici l'état dans lequel je l'ai trouvé :

La toux est assez fréquente, les crachats ne sont guère abondants, et le malade déclare n'y avoir vu que de rares filets de sang. Il n'y a que peu de sueurs la nuit, et cependant les forces sont notablement diminuées. Le point de côté se fait toujours sentir pendant la toux, à droite et à gauche, mais principalement à gauche.

A l'auscultation la respiration s'entend en avant des deux poumons ; seulement elle est un peu rude aux deux sommets avec quelques râles. En arrière, la respiration s'entend aussi dans la hauteur des deux poumons, et la percussion n'indique pas de matité d'épanchement ; on n'entend pas non plus d'égophonie, mais on constate aux deux sommets une respiration rude, de l'expiration prolongée, quelques râles et quelques craquements.

Le pouls est à 84, l'appétit est mauvais et il y a un peu de diarrhée, en même temps qu'une légère douleur dans la région lombaire, quand le malade est resté longtemps assis.

Quant à l'inversion des viscères que j'ai annoncée, j'ai de nombreuses raisons d'y croire, quoique le fait n'ait point été vérifié par l'autopsie.

En effet, le cœur, qui a son volume ordinaire, bat à droite ; la percussion, pratiquée au niveau de l'hypocondre droit, y indique la matité circonscrite de la rate, tandis qu'à gauche on constate la matité étendue du foie.

Au bout d'un certain temps d'expectation on administra l'huile de foie de morue, et on se décida à appliquer sur le sein gauche des boutons de feu qui diminuèrent rapidement la violence du point de côté. Je vais maintenant suivre le malade en étudiant jour par jour les qualités de l'urine.

Le 17 janvier (pommes de terre et bœuf), l'urine rendue vers six heures du soir est trouble, avec un dépôt briqueté très-abondant formé d'urate d'ammoniaque et d'oxalate de chaux en quantité assez considérable. Celle de la nuit est limpide, sans dépôt, et on y trouve à peine d'oxalate et d'urate.

Le 19 janvier (pruneaux et œufs), l'urine est acide, trouble, et présente un dépôt de 1 centimètre de hauteur, formé surtout d'urate d'ammoniaque avec de beaux cristaux d'oxalate calcaire.

Le 21 janvier (pruneaux et bœuf) l'urine rendue trois heures après le repas est acide, et abandonne un dépôt briqueté volumineux, formé surtout d'urate d'ammoniaque, d'acide urique cristallisé et de quelques beaux cristaux d'oxalate de chaux. L'urine de la nuit est louche, sans dépôt, et ne contient ni urate ni oxalate.

Même remarque le 23, le 25 et le 27 janvier, ce qui semble indiquer, comme je l'ai déjà dit, que le travail de la digestion n'est pas sans influence sur la production de l'oxalate de chaux.

Le 28 janvier, pour faire cesser la douleur de côté, on applique un large vésicatoire volant qui produit sur-le-champ un soulagement très-marqué. L'urine de six heures du soir est acide, claire, et présente au fond un dépôt d'acide urique cristallisé, avec une quantité considérable d'oxalate de chaux ; celle de la nuit ne contient pas sensiblement d'acide urique et d'oxalate.

Id. le 31.

Je trouvai encore de l'oxalate de chaux uni à de l'acide urique ou à un urate, le 4, le 5, le 8 et le 10 février, et c'est alors qu'en raison de la persistance avec laquelle l'oxalate de chaux continuait à être expulsé, la médication alcaline fut administrée.

Le 12 février (lentilles et bœuf), le malade a bu une bouteille d'eau de Vichy de trois à cinq heures du soir. L'urine recueillie à six heures du soir est acide, de couleur ambrée foncée ; elle contient de l'acide urique et de nombreux cristaux d'oxalate. Celle du reste de la nuit est moins colorée, moins acide, et dans plusieurs préparations je n'ai découvert ni acide urique ni oxalate.

Le 15 février, l'état général du malade est meilleur ; le point de côté ne se fait plus sentir que pendant la toux. Une bouteille d'eau de Vichy a été ingérée de deux à cinq heures de l'après-midi, et le malade en avait bu régulièrement une bouteille depuis le 12. L'urine rendue à neuf heures du soir est légèrement acide, pâle, un peu opaline et sans dépôt ; elle ne contient, après plusieurs examens, ni oxalate ni urate. Celle du reste de la nuit est légèrement acide aussi, plus claire et sans dépôt. Je n'y ai trouvé non plus ni oxalate ni acide urique.

Le résultat est sensiblement le même le 16 et le 18, et c'est à peine si je trouve de temps en temps quelques cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux dans les urines du 20, du 22, du 23, du 24 et du 26 février.

Le 2 mars, le malade se trouvant mieux voulut quitter l'hôpital, mais il s'aperçut bientôt qu'il ne pouvait reprendre son service, et il y rentra le 5, accusant des douleurs de côté plus vives.

Les alcalis avaient été suspendus pendant les trois jours qu'il avait passés hors de la salle ; or voici ce que l'examen de son urine m'a appris : celle de neuf heures du soir est claire, très-acide, et contient des masses rouges d'acide urique cristallisé, avec une quantité énorme d'oxalate de chaux, quoique le sujet n'ait point fait usage d'oseille.

Le 6 mars, on prescrivit de nouveau l'eau de Vichy, et le 8, je ne trouvai dans l'urine du soir que de rares cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux.

Le 11 et le 13, je constatai leur disparition complète dans l'urine du soir ; enfin, j'en retrouvai encore quelques cristaux dans celle du 14 et du 20, parce que le malade ne buvait plus qu'un verre d'eau de Vichy dans les vingt-quatre heures.

Bientôt après, il demanda sa sortie : son état général était assez satisfaisant ; il n'y avait plus de toux, plus de fièvre, plus de sueurs la nuit, seulement le point de côté reparaissait encore à droite et à gauche, au niveau du diaphragme, quand la marche était un peu accélérée, et l'auscultation faisait toujours entendre quelques craquements aux deux sommets.

PLEURÉSIE CHRONIQUE AVEC ÉPANCHEMENT DE PUS DANS LA PLÈVRE ; OXALURIE CONCOMITANTE.

Obs. II. — Le 15 décembre 1857, est entré à la Charité le nommé Roblin, âgé de 36 ans. Au mois d'août 1855, il fut atteint d'une pleurésie à Marseille à la suite d'un refroidissement, et il ne se fit donner aucuns soins. Pendant deux ans et demi, il sentit, dans le côté gauche de la poitrine, une douleur qui augmentait surtout sous l'influence de la fatigue, et ce n'est qu'au bout de ce temps que, voyant le mal s'aggraver, il se décida à entrer à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel je l'ai trouvé :

Il existe au niveau du sein gauche une douleur de côté vive, qui s'exaspère encore pendant la toux ; il y a de la matité dans presque toute la hauteur du poumon, et on entend une égophonie très-marquée. Le malade mange très-peu et il est fort amaigri.

On fait, mais sans succès, une révulsion sur le thorax, à l'aide d'un large vésicatoire ; trois applications successives de boutons de feu n'amènent pas un résultat plus heureux, et l'asphyxie devenant imminente, on se décide alors à pratiquer la thoracentèse.

Cette opération donne issue à environ trois litres de pus, et il en résulte aussitôt de l'amélioration dans l'état du patient ; mais la plèvre ne tarde pas à se remplir. Une seconde et une troisième ponction livrent également passage à une grande quantité de pus, et après la troisième opération, on injecte un peu de teinture d'iode. Cette injection n'empêcha pas le liquide de se reformer, et il remonta bientôt jusqu'à la hauteur du mamelon. Il était très-mobile dans la cavité pleurale, car il se déplaçait à chaque mouvement du malade, et même il était facile d'entendre à distance le bruit qu'il produisait. Néanmoins la santé générale était assez bonne, et l'appétit passablement conservé. Mais, sur ces entrefaites, il survint une pneumonie qui envahit le poumon sain et qui fit succomber le malade dans l'espace de quelques jours.

L'urine de cet homme avait été fréquemment examinée, et voici les résultats que j'avais constatés :

Le 8 février, l'urine contient quelques petits cristaux d'acide urique et pas d'oxalate.

Le 12, l'urine de six heures du soir présente un dépôt assez abondant formé de beaucoup d'acide urique cristallisé et d'une énorme quantité d'oxalate de chaux.

Le 13 et le 14, encore une quantité notable d'acide urique et d'oxalate de chaux.

Le 15 et le 16, la proportion des cristaux octaédriques diminue sensiblement.

Le 18, le 23 et le 24, je ne trouve plus ni acide urique ni oxalate.

Le 26 (pommes de terre et bœuf), l'urine de dix heures du soir, examinée au bout de quarante-huit heures, contient de l'acide urique, un peu de pus et d'assez nombreux cristaux d'oxalate de chaux.

Le 27 février (lentilles et bœuf), l'urine de neuf heures du soir, examinée au bout de trois jours, est trouble, acide, et on trouve, dans le dépôt du phosphate ammoniaco-magnésien, de petits groupes d'urate de soude et un peu d'oxalate calcaire.

Le 3 et le 8 mars, ni acide urique, ni oxalate. Je n'en trouvai pas davantage le 18, le 19, le 22 et le 23 septembre.

Le 24 (pommes de terre, haricots verts et viande), l'urine de la digestion renferme d'énormes proportions d'oxalate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les jours suivants, je n'en trouvai plus que des quantités insignifiantes (1).

PLEURÉSIE CHRONIQUE AVEC EMPHYSÈME ; OXALURIE CONCOMITANTE.

Obs. III. — Homme de 40 ans, d'une bonne constitution ; il souffre depuis longtemps d'un emphysème pulmonaire, auquel est venue se joindre une pleurésie, qui est maintenant à l'état chronique. Plusieurs vésicatoires volants ont été appliqués et ont produit un soulagement très-marqué.

(1) Je ferai remarquer, en passant, que le phénomène d'intermittence dans l'excrétion de l'oxalate de chaux, que j'ai précédemment signalé, a été très-prononcé, en particulier dans ce cas.

Voici ce que l'examen de l'urine m'a appris :

Le 16 décembre 1857 (navets et bœuf), l'urine est claire, sans dépôt, et contient une quantité assez notable d'oxalate.

Le 18, dépôt rougeâtre formé principalement d'urates.

Le 19, dépôt considérable contenant beaucoup d'acide urique et d'oxalate de chaux.

Le 21 (riz et bœuf), dépôt très-abondant, formé d'urate d'ammoniaque, d'acide urique et d'assez nombreux cristaux d'oxalate de chaux.

Le 23, la quantité d'oxalate est moindre.

Le 30 (riz et bœuf), on observe un dépôt jaunâtre abondant, constitué par de l'urate d'ammoniaque, de l'acide urique et de l'oxalate en quantité assez considérable. *Id.* le 3 janvier, le 4, le 5, le 6 et le 7.

Le 10 janvier, dépôt briqueté abondant, formé d'acide urique et d'oxalate de chaux.

Le 11, la quantité d'oxalate calcaire est énorme, et il y a en même temps beaucoup d'acide urique cristallisé; le résultat est sensiblement le même le 13.

Ce malade offrait une occasion favorable pour étudier l'action des alcalis dans le cas d'excrétion abondante et continue d'oxalate de chaux, et il allait être soumis à l'usage de l'eau de Vichy, quand il se décida subitement à quitter l'hôpital.

TUBERCULES PULMONAIRES; LARYNGITE CHRONIQUE; EXCRÉTION CONTINUE ET ABONDANTE D'OXALATE DE CHAUX MODIFIÉE PAR L'USAGE DES ALCALIS.

Obs. IV. — Le 15 octobre 1857, est entré au nº 4 de la salle Saint-Michel (service de M. Rayer) le nommé C., marchand ambulant, âgé de 22 ans. Il a toujours été d'une bonne santé; seulement, il y a un an environ, il a été atteint d'une bronchite qu'il a négligée et qui a continué jusqu'aujourd'hui. Depuis ce temps-là aussi sa voix est enrouée. Il y a six mois, il a craché environ un demi-verre de sang en une fois, et depuis cette époque, il n'en a plus remarqué dans ses crachats. Il a des sueurs la nuit, la peau est chaude le soir, et pourtant il n'a guère maigri et n'a pas perdu ses forces; le principal symptôme dont il se plaint, c'est un peu de mal de gorge le matin.

A l'auscultation, on constate une respiration rude aux deux sommets en avant et en arrière, et c'est à peine si l'on entend de rares craquements. En interrogeant les fonctions génitales, on apprend que le pouvoir sexuel est notablement diminué.

Aussitôt son entrée à l'hôpital, ce malade fut soumis à l'usage de l'huile de foie de morue et de tisanes béchiques, et son urine fut fréquemment examinée.

Le 18 octobre (choux-fleurs et viande), l'urine pèse 1035; elle est acide et présente un dépôt abondant, formé par de l'urate amorphe et de l'oxalate de chaux.

Le 19 (pommes de terre et bœuf), l'urine de sept heures du soir est acide, claire, sans dépôt appréciable, pesant 1034. On y trouve un peu d'urate de soude et une énorme quantité d'oxalate de chaux en cristaux, les uns très-gros et réguliers, les autres brisés et irréguliers.

Le 20 octobre, l'urine de six heures du soir pèse 1031, et contient beaucoup d'oxalate de chaux bien cristallisé. *Id.* le 21 et le 22.

Le 23 octobre (choux-fleurs et bœuf), l'urine rendue à cinq heures du matin pèse 1020, et on y voit d'énormes quantités d'oxalate de chaux, avec de l'urate d'ammoniaque. Celle rendue dans le reste des vingt-quatre heures pèse 1017; elle est de couleur plus foncée, et n'est pas moins riche en oxalate.

Le 25, le 27 et le 28, on y trouve de beaux cristaux d'oxalate de chaux avec des urates.

Le 1er novembre (pommes de terre et bœuf), l'urine de la nuit pèse 1032, elle est de couleur ambrée et sans dépôt; quand on plonge la pipette au fond du verre, on reconnaît qu'elle est un peu filante, comme si elle contenait du sperme, et pourtant je n'y ai pas trouvé d'animalcules. Elle contient des quantités énormes d'oxalate de chaux pur et bien cristallisé, avec quelques pinceaux d'urate. Deux nuits auparavant, le malade avait eu une perte séminale.

Le 4, le 5, le 8 et le 9, l'urine est encore très-chargée d'oxalate.

Le 11, la proportion de ce sel a notablement diminué.

Même remarque le 12, le 13, le 14 et le 16.

Le 17 et le 18, quoiqu'il n'y ait rien de changé dans le régime, l'urine renferme une énorme quantité d'oxalate de chaux. C'est à partir de ce jour que le malade est soumis à l'usage de l'eau de Vichy.

Le 19 novembre, après l'ingestion d'une bouteille d'eau de Vichy, l'urine des vingt-quatre heures est très-abondante; elle pèse 1017, et elle contient de l'oxalate de chaux en quantité médiocre.

Le 20, densité 1024; oxalate calcaire en beaux cristaux, avec un dépôt blanc de phosphate de chaux.

Le 21, une bouteille d'eau de Vichy a été bue comme la veille; le dépôt de phosphate de chaux est abondant, et les cristaux d'oxalate calcaire ont disparu.

Le 22 et le 23 (pommes de terre, bœuf, eau de Vichy), l'urine est trouble avec un dépôt blanchâtre formé de phosphate de chaux, de quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, et de quelques octaèdres d'oxalate de chaux.

Le 24 (choux, bœuf, une bouteille d'eau de Vichy), l'urine des vingt-quatre heures a été recueillie en totalité; elle pèse 1015; elle est acide, transparente, sans dépôt, et dans quatre préparations faites avec le plus grand soin, je n'y ai pas trouvé un seul cristal d'oxalate.

Le 25, le 26, le 27 et le 29, dépôt de phosphate de chaux sans oxalate.

On en retrouve quelques cristaux dans l'urine du 30 novembre, et on n'en constate point ou à peine dans les urines du 2, du 3, du 4, du 5, du 9, du 11 et du 12 décembre.

C'est alors que la disparition de l'oxalate de chaux de l'urine paraissant bien confirmée, on supprima la solution alcaline, pour voir ce que deviendrait l'oxalurie.

Le 13 décembre, le malade a cessé de boire de l'eau de Vichy; son urine est acide, sans dépôt, et ne contient pas d'oxalate.

Le 14 et le 15, on observe déjà quelques cristaux de ce sel.

Le 16, le 17, le 18, le 19 et le 20, on en rencontre toujours très-peu.

Le 21 (épinards et bœuf), dépôt assez abondant d'acide urique cristallisé et pas du tout d'oxalate.

Le 23, acide urique cristallisé et un peu d'oxalate.

Le 24, dépôt abondant d'acide urique accompagné de très-gros et très-nombreux cristaux d'oxalate de chaux. Il est probable qu'à dater de ce jour, j'en aurais continuellement rencontré dans l'urine, en quantité variable, comme avant l'administration de l'eau de Vichy, ce qui démontre bien le rôle important que joue l'eau alcaline dans la production de l'oxalate de chaux dans l'organisme; mais le malade étant sorti en permission ne rentra pas le soir. Il se trouvait beaucoup mieux, du reste, que lors de son entrée dans le service. La voix était toujours enrouée, mais l'appétit était assez bon, et les autres fonctions s'exécutaient à peu près régulièrement.

TUBERCULES PULMONAIRES AVEC OXALURIE CONCOMITANTE.

Obs. V. — Le 28 janvier 1858 est entré à la Charité, dans le service de M. Rayer, le nommé P., âgé de 33 ans, peintre. Il n'a jamais craché de sang, mais il est souvent enroué, et depuis le mois de janvier, il a maigri et il a perdu ses forces. L'oreille appliquée sur la poitrine perçoit des craquements humides au sommet du poumon droit, en arrière et en avant. A gauche, on perçoit des bruits rudes seulement. Les battements du cœur sont normaux; le malade accuse un peu de pesanteur dans la région lombaire quand il est resté longtemps debout. On prescrit l'huile de foie de morue, un julep opiacé, et un vésicatoire sur le côté du thorax.

Voyons maintenant quels sont les caractères qui nous ont été fournis par l'urine.

Le 23 février, elle est trouble et dépose une quantité considérable d'urate d'ammoniaque, de l'acide urique et quelques cristaux d'oxalate de chaux.

Le 24, beaucoup d'oxalate et d'acide urique.

Le 26 (pruneaux et poisson), dépôt rougeâtre d'acide urique, avec des quantités prodigieuses d'oxalate de chaux.

Le 3 mars, l'urine du matin, rendue après un repas de navets, contient de l'acide urique et un peu d'oxalate; celle du soir, après un repas de pommes de terre et de bœuf, contient de l'acide urique et d'énormes quantités d'oxalate calcaire.

Même remarque le 4.

Le 5, l'urine rendue à onze heures du matin contient de l'acide urique et pas d'oxalate, tandis qu'on en trouve une quantité assez considérable dans celle du soir.

Le 7, l'urine du soir est encore beaucoup plus riche en oxalate que celle du matin.

Même observation le 9.

Le 10, c'est au contraire dans l'urine du matin que j'ai trouvé le plus d'oxalate, et il y était associé, comme les jours précédents, avec l'acide urique et l'urate d'ammoniaque.

Le 11, le malade accusant de la douleur dans la région lombaire, un vésicatoire volant est appliqué sur cette région. L'urine du soir est recueillie, et le microscope y fait découvrir des quantités médiocres d'acide urique cristallisé et d'oxalate de chaux.

Le 12 et le 13, point d'oxalate; quelques cristaux de ce sel dans l'urine du 15, du 18 et du 20.

Le 30, le malade se trouvant beaucoup mieux se décida à quitter l'hôpital. Dans l'urine rendue le jour de son départ, je n'ai pu découvrir que quelques cristaux d'acide urique et de très-rares cristaux d'oxalate, de sorte que l'excrétion de ce sel paraît avoir cessé, dans ce cas, d'une manière toute spontanée.

Obs. VI (Maclagan). — A la suite de mes observations, j'en citerai une qui est due à Maclagan. Il s'agit d'une institutrice qui, à l'auscultation, présente, sous les deux clavicules, de la matité et une respiration bronchique, avec toux et crachats muqueux. Il y a de la soif, un abondant dégagement de gaz dans l'estomac, et un sentiment d'abattement prononcé après le repas; les fonctions de l'intestin sont lentes et irrégulières. L'urine contient de l'oxalate de chaux. On prescrit une application de teinture d'iode dans la région sous-clavière, de l'infusion de gentiane et du houblon additionné d'acide muriatique, des pilules d'aloès et d'extrait de noix vomique, pour régulariser les fonctions de l'intestin.

J'ai déjà rapporté une observation de Begbie, dans laquelle il est question d'un tuberculeux dyspeptique qui rendait de l'oxalate de chaux par les urines; enfin, M. Walshe a rencontré aussi ce sel dans le produit de la secrétion rénale, chez une femme phthisique.

Ainsi donc, en résumé, il peut arriver que l'oxalurie accompagne les tubercules pulmonaires et la pleurésie, surtout la pleurésie chronique, à laquelle se rapportent particulièrement mes observations. Mais, assurément, ce fait est loin d'être la règle, car je n'ai point trouvé d'oxalate de chaux dans l'urine de deux sujets atteints de pleurésie aiguë, et de 17 tuberculeux arrivés à des périodes diverses de la maladie.

Je répéterai encore ici à peu près ce que j'ai dit dans le chapitre précédent, c'est-à-dire que le plus souvent on aura peu de compte à tenir de l'excrétion de l'oxalate de chaux concomitante, et que toute l'attention du médecin devra être portée sur l'affection principale. En effet, chez tous les sujets soumis à mon observation, cette dernière a suivi sa marche exactement comme s'il n'y avait point eu d'excrétion d'oxalate de chaux, et l'oxalurie ne s'est révélée par aucun symptôme important. Sans l'intervention du microscope, elle eût passé complétement inaperçue, et pourtant, dans plusieurs cas, elle était portée à un très-haut degré. Il suit de là qu'on devra s'en tenir au traitement de la pleurésie ou des tubercules, et qu'on ne fera rien en vue de l'excrétion de l'oxalate de chaux, parce que le plus souvent il n'y a aucune indication de la combattre. Cependant, je rappellerai encore ici un conseil que j'ai donné déjà, c'est que, si on observait des phénomènes de dyspepsie prononcées dans le cours d'une pleurésie chronique, ou pendant la convalescence d'une pleurésie aiguë, ou encore à une période quelconque de la tuberculisation pulmonaire, et qu'on crût devoir diriger contre eux une médication spéciale, ou pourrait recourir avec avantage aux eaux minérales alcalines, qui, dans beaucoup de cas, sont susceptibles d'atteindre ce but, en même temps qu'elles sont très-propres à arrêter l'excrétion de l'oxalate de chaux. C'est ce que démontre, en particulier, la quatrième observation consignée dans ce chapitre.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES ERREURS EN MÉDECINE; par le professeur FORGET (de Strasbourg).

» *In medicina facile est per ea ipsa*
» *interdum decipi, quæ facere viden-*
» *tur ad vitandas deceptiones.*
(Morgagni, DE SEDIB., epist. 20, paragr. 30.)

On raconte qu'un habile médecin du siècle dernier, Vernage, renonça de bonne heure à la pratique en disant : « Je suis las de deviner. » C'est qu'en effet, en dépit des progrès incessants du diagnostic, un cas de médecine est presque toujours un problème plus ou moins compliqué, une énigme plus ou moins obscure dont il n'est pas donné à tous de trouver le mot, et dont le mot est quelquefois introuvable. Aussi a-t-on dit avec raison que le plus habile en médecine pratique est celui qui se trompe le moins.

Bien que les praticiens conviennent volontiers entre eux de cette triste vérité, on serait loin de la soupçonner à en juger par les succès nombreux et invariables que nous transmettent les livres et les journaux; par les tours de force et de finesse émanés des professeurs officiels et officieux, et surtout par le peu de charité dont usent généralement les praticiens à l'endroit de leurs rivaux, qu'ils condamnent impitoyablement sans songer que tous nous avons besoin d'indulgence. C'est que la presse, la chaire et le salon sont trop souvent des ateliers d'industrie où chacun pose, parle et agit dans le but de se faire valoir aux dépens d'autrui, c'est-à-dire des confrères et de ce pauvre public dont la confiance est acquise à celui qui se vante le plus.

J'ai donc pensé que ce serait chose assez neuve et peut-être édifiante qu'une série de leçons sur les erreurs en médecine commises et confessées par un vieux professeur de clinique, et que la révélation complète et sincère de ce que d'autres dissimulent généralement avec tant de soin. Et pourtant peut-être verra-t-on encore que l'amour-propre pourrait bien ne pas être tout à fait étranger à ces *confessions*, car il est des cas assez nombreux où l'erreur même prouve une certaine habileté et où l'observateur a eu raison de se tromper, passez-moi l'antithèse. C'est qu'en effet, en médecine comme dans le monde, le vrai est assez souvent ce qu'il y a de moins vraisemblable. Telle est la pensée qui a dicté la sentence de Morgagni que nous avons prise pour épigraphe, et c'est dans ce sens que les moralistes ont pu dire que les gens les plus habiles sont ceux qui commettent les plus lourdes fautes.

Cette exhibition des misères et des méfaits de la pratique et de l'enseignement m'est dictée par un sentiment vif et profond de mes devoirs comme professeur. J'ai souvent entendu les jeunes médecins se plaindre des notions beaucoup trop lucides et des principes beaucoup trop absolus qu'ils avaient puisés dans l'enseignement officiel. Je les ai souvent vus déplorer les obscurités, les déceptions, les embûches de toute sorte qu'ils ont rencontrées en passant du milieu si lumineux et si calme de l'exposition cathédrale dans les limbes nrageuses de la pratique vulgaire. Ces doléances étaient sensiblement empreintes de suspicion et de reproches, au moins implicites, à l'adresse des mandataires de la science, et ma fierté s'en est émue, et pour exonérer autant qu'il est en moi le corps enseignant de ces accusations, j'ai consacré bon nombre de mes exercices cliniques à faire ressortir les difficultés éprouvées et les erreurs commises par les professeurs eux-mêmes, bien persuadé d'ailleurs que ces défaillances de la science et de l'art profitent plus à l'instruction des assistants que les plus brillants succès, d'abord en inculquant aux néophytes une sage réserve dans leurs jugements futurs, puis en inspirant aux simples praticiens quelque indulgence à l'égard de leurs pareils, car en voyant trébucher ainsi les hommes chargés de les instruire et de les diriger dans la pratique, ils ne peuvent manquer de faire un retour sur eux-mêmes et de se dire :

Quid fures facient, domini cùm talia patrant?

Cependant les erreurs dont il s'agit ici ne sont pas celles pourtant si nombreuses, hélas! qu'entraînent l'ignorance et l'incurie. Ce sont de ces belles et bonnes erreurs qui sont inhérentes à la science et commises au nom et comme sous la garantie de cette science elle-même; les exemples qui suivront vont faire disparaître ce que cette proposition peut offrir de paradoxal. Que si les habiles qui nous liront tranquillement assis dans leur cabinet, trouvent que nous n'avons pas toujours pris toutes les précautions nécessaires pour éviter l'erreur, nous nous permettrons de leur répondre qu'il est toujours facile de juger après coup, et nous prierons celui qui se sent exempt du péché de nous jeter la première pierre.

On ne remarque pas assez combien sont infinies les sources d'erreur possibles en fait de médecine pratique, et l'on peut s'en faire une idée sommaire en songeant à l'infinité même des conditions variées, des éléments multiples qui entrent dans la constitution des faits morbides en général et de chaque malade en particulier. En effet, les erreurs peuvent provenir du malade, des assistants et d'une foule de circonstances extérieures aussi bien que du médecin lui-même, dont la mission consiste non moins à déjouer l'erreur qu'à constater la vérité. On se trompe ou l'on est trompé sur les antécédents, sur les causes physiques ou morales, sur le siége primitif, sur les symptômes, la marche, la durée, les complications, le pronostic, etc ; et, conséquemment, à ces nombreuses prémisses on se trompe souvent sur le traitement de la maladie, si bien qu'en y regardant de près, on verra qu'on se trompe presque toujours sur quelque chose, même dans les cas les plus simples et les plus lucides ; ce qui est bien propre à nous donner à réfléchir et à rabattre de notre orgueil. Nous allons parcourir successivement les principales sources d'erreurs, je dis principales parce que leur nombre est inépuisable, et que l'observation en révèle chaque jour de nouvelles.

INTERROGATOIRE DES MALADES.

Cette source d'erreurs est certainement une des plus fécondes. Le malade tromperait toujours le médecin si celui-ci s'y laissait prendre. Il le trompe par bêtise, par ignorance, par incurie, comme cela se voit si souvent chez les gens du peuple, dépourvus d'intelligence et si peu attentifs à ce qui concerne la santé. Le mal réel paraît être celui qu'ils semblent prendre à tâche de vous cacher, les causes qu'ils accusent sont presque toujours dépourvues de bon sens, ils commettent des erreurs flagrantes sur l'époque de l'invasion, sur l'évolution des symptômes, etc. Le malade trompe le médecin par préjugés, par dissimulation, par simulation, par exagération, selon ses intérêts matériels ou moraux. C'est surtout dans les hôpitaux que l'on rencontre ces causes d'erreurs, qui pourtant ne sont point étrangères aux

gens du monde. Tout malade se fait une théorie telle quelle sur les causes de sa maladie. Les causes honteuses sont toujours dissimulées: vons nous avez vu vingt fois mettre en relief une maladie vénérienne, une grossesse niées *mordicus* par les malades. Tout récemment un jeune homme affecté d'un énorme bourrelet hémorrhoïdal niait fermement avoir rien au derrière. L'inspection ayant révélé le fait, il s'excusa sur ce qu'il n'osait pas avouer pareille maladie. Une femme dont les parties génitales étaient farcies de végétations soutenait eucore, après vérification du fait, n'avait jamais rien éprouvé du côté de ces parties. La simulation est un des piéges dont le médecin a le plus à se défier dans tous les rangs de la société, et l'exagération se trouve fréquemment ailleurs que chez les hypocondriaques. Les malades trompent par honte, par vanité, par goût du merveilleux, voire même par mensonge gratuit. Le rachitisme, les ulcères scrofuleux sont toujours le résultat d'un accident arrivé dans l'enfance, une cicatrice, une plaie fistuleuse est le produit d'une blessure glorieuse. Bien des gens s'évertuent à imaginer des causes, des symptômes, des effets thérapeutiques extraordinaires : l'un affirme avait été pris de pneumonie pour avoir mangé du gigot de mouton, un autre a des déjections qui *brûlent* le linge, un troisième éprouve des accidents formidables lorsqu'il prend de la tisane de chiendent, etc., etc. Enfin, il y a des malades qui paraissent se faire un malin plaisir de tromper le médecin ; cette aberration se rencontre surtout chez les femmes. Bref, le malade trompe le médecin sur tout et à propos de tout. C'est un travail d'Hercule que de contrôler, de rectifier, d'élaguer l'interrogatoire, et cela, je le répète, ne s'entend pas seulement des sujets incultes, mais aussi des personnages les plus haut placés dans l'ordre social ; car ceux-ci ont souvent sur la médecine les idées les plus saugrenues et les préjugés les plus enracinés. C'est pourquoi les praticiens réfléchis arrivent bientôt à faire table rase de ces lourds protocoles, de ces oiseuses *formules* d'interrogation péniblement édifiées par certains auteurs, pour s'en tenir au simple témoignage des sens qui arrivent plus directement au but et entraînent beaucoup moins de déceptions. C'est ce que j'appelle faire de la médecine *vétérinaire*, c'est celle des enfants, des aliénés, des sourds-muets, des gens dont on ne comprend pas la langue, étendue à la généralité des malades, et je maintiens que, dans la plupart des cas, c'est la seule qui mérite confiance.

CAUSES DES MALADIES.

Tous les auteurs de toutes les époques ont insisté, avec raison, sur l'importance de la détermination des causes réelles des maladies, en vertu de l'aphorisme : *Sublatâ causâ tollitur effectus.* Malheureusement on ne s'entend guère sur la signification, la valeur, le rôle positif des causes dans la constitution de la maladie, ainsi que nous l'avons démontré dans notre *examen* de l'aphorisme susdit (UNION MÉDICALE, 1854). Et puis la détermination de l'étiologie a beaucoup perdu de son importance, depuis que les progrès du diagnostic et de l'anatomie pathologique nous ont appris à lire les causes dans les symptômes. Quoi qu'il en soit, il est certain que la désignation et l'appréciation des causes prédisposantes, occasionnelles et déterminantes, doivent rationnellement figurer dans le tableau général de la maladie ; mais il importe de savoir que, sur ce point, la nosographie est exposée à bien des déceptions. Nous venons de voir à combien d'erreurs peuvent nous induire les rapports des malades, même les plus éclairés, à l'endroit des causes de leurs maladies. Tantôt ces causes prétendues sont des plus banales ; telles sont les refroidissements, les émotions de l'âme, l'usage de certains aliments, etc. ; les femmes manquent rarement d'accuser la menstruation ou la lactation ; pour les enfants, la dentition et les vers sont presque toujours mis en avant. D'autres fois, comme nous l'avons vu, les malades accusent les causes les plus excentriques et les moins en rapport avec la nature connue de la maladie, toutes causes plus propres à égarer qu'à éclairer le praticien, et que celui-ci ne doit accepter que sous bénéfice d'inventaire.

Mais l'observateur lui-même est sujet à se tromper sur l'étiologie, en vertu de ses idées doctrinales ou des suggestions de son expérience personnelle. L'un voit partout l'inflammation, l'autre l'intoxication sanguine, un troisième la névrose. Tel et tel ne rencontrent que des affections saburrales et bilieuses, ou des affections rhumatismales, scrofuleuses, dartreuses, syphilitiques, etc. On sait que le *psora* est le substratum de l'homœopathie. Pour quelques-uns toutes les maladies sont héréditaires, diathésiques, spécifiques, contagieuses, etc. Selon le milieu social qu'il occupe, le médecin se crée des systèmes étiologiques particuliers. Le médecin du grand monde verra l'excitabilité nerveuse, l'influence du luxe et d'une civilisation raffinée, là où le médecin des pauvres ne verra que l'influence d'une mauvaise alimentation, des vices de l'air, de la misère en un mot. C'est ainsi que Louyer-Villermay, praticien de salon, a représenté l'hystérie comme un funeste privilége des organisations délicates, tandis que cette affection sévit fréquemment sur les organisations obtuses, ainsi que je le démontre depuis vingt ans. C'est ainsi que les médecins d'hôpitaux qui ont institué l'histoire de la fièvre typhoïde ont inculqué l'idée qu'elle est constamment le produit du méphitisme au sein duquel vivent ordinairement les gens du peuple, tandis qu'on la voit éclater au sein des familles aisées et des conditions hygiéniques les plus irréprochables.

Néanmoins les erreurs étiologiques ont bien moins d'importance qu'on ne le croit généralement, parce que 1° comme je l'ai dit plus haut, les causes sont généralement écrites dans les symptômes (inflammation, névroses, lésion organique, scrofules, cancer, syphilis, etc.) ; 2° souvent la cause déterminante n'existe plus, et il ne reste que ses effets à combattre ; 3° le premier des préceptes thérapeutiques est de placer les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables, ce qui supprime implicitement la cause ; 4° la cause n'existant plus ou même lorsqu'elle persiste, est le plus souvent indifférente au traitement ; 5° la plupart des maladies guérissent malgré la persistance de certaines causes, autrement les maladies épidémiques, endémiques, constitutionnelles et contagieuses auraient bientôt dépeuplé la terre. Ces diverses propositions peuvent se passer de développement ; restent donc certaines causes exceptionnelles, obscures importantes à déterminer dans certains cas, et sur lesquelles la sagacité du médecin peut trouver à s'exercer ; ce qui ne détruit pas les remarques précédentes, comme faits généraux.

SYMPTÔMES ORGANIQUES ET FONCTIONNELS.

Nous voici sur le véritable terrain des erreurs les plus nombreuses et les plus graves. C'est dans l'habileté à constater les symptômes et tous les symptômes, c'est dans la juste appréciation de leur valeur absolue et relative que gît le mérite de l'observateur. C'est à compléter, à perfectionner la symptomatologie que tendent les investigateurs et les nosographes. C'est là que réside la science, et c'est de là que dérive l'art lui-même : *Qui ad cognoscendum sufficit, ad curandum etiam sufficit — qui benè judicat, benè curat.* C'est donc sur ce point qu'il importe le plus de ne pas se tromper.

Les erreurs de diagnostic proviennent le plus souvent, il faut bien le dire, de l'insuffisance scientifique de l'observateur et de la négligence qu'il apporte à l'examen méthodique et complet du malade. C'est pour cela que nous voyons affluer dans les hôpitaux bon nombre de sujets sous la rubrique de maladies toutes différentes de celles qu'ils ont réellement ; c'est pour cela que tant de praticiens, que nous supposons de bonne foi, guérissent soi-disant tant de fièvres typhoïdes, tant de croups, tant de pneumonies, tant de lésions organiques du cœur, qui ne sont en réalité que des embarras gastriques, des laryngites simples, des bronchites aiguës et des palpitations nerveuses. Rapprochons des précédentes les erreurs provenant de sentiments louables, mais mal entendus, tels que la pudeur, et celles qui résultent de l'inutilité supposée de certaines recherches dont l'observateur connaît l'importance, mais qu'il ne juge pas applicables au cas actuel. Combien de grossesses prises pour des ascites ou autres affections abdominales chez des filles, des veuves ou même des femmes dont on n'ose réclamer on qui refusent l'exploration directe ! L'erreur inverse n'est pas rare non plus, et toujours pour la même raison. Lorsqu'une personne du sexe accuse des pertes utérines, si elle est jeune, il y a suspicion d'avortement ; si elle est vieille, il y a soupçon de cancer, de polype, etc. Le toucher vaginal peut seul éclaircir la chose, et trop souvent le médecin ou la malade reculent devant une manœuvre qui pourtant peut prévenir de graves et humiliantes erreurs, lesquelles peuvent se produire même chez l'homme : ainsi un individu se plaint de rendre du sang et d'éprouver des douleurs à l'anus. La plupart des médecins, même sans y regarder, qualifient cela d'hémorrhoïdes, tandis que trop souvent il s'agit d'un cancer du rectum.

Les erreurs par omission de la part du médecin résultent souvent de ce qu'une ou plusieurs maladies étant constatées, on ne suppose pas qu'il en existe d'autres, et l'on s'abstient d'explorer à fond des organes d'ailleurs silencieux. Un fébricitant n'a pour le moment ni toux ni crachats, mais il y a prostration et quelques symptômes gastriques. Frappé de l'idée qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde, vous négligez l'examen du thorax et vous méconnaissez une pneumonie. Un hydropique présente quelques signes de maladie du cœur, vous croyant suffisam-

ment éclairé, vous négligez l'examen des urines, et pourtant il s'agit d'une albuminurie. Nous pourrions fournir de nombreux exemples de tous ces genres d'erreurs par nous constatées; mais ce n'est pas de nos succès qu'il s'agit ici; ce sont, au contraire, nos propres méfaits que nous voulons mettre en évidence.

Parmi les erreurs à peu près inévitables, il en est qui dérivent de l'absence réelle de symptômes caractéristiques. Il est certain qu'on ne peut reconnaître les maladies qu'à leurs signes propres. Ces signes venant à manquer, l'erreur coule de source, ou du moins il ne reste plus qu'à faire des suppositions plus ou moins hasardeuses. Les erreurs de ce genre sont très-communes dans les maladies des centres nerveux, dans les maladies du cœur et dans celles du tube digestif. Qui ne sait combien sont insidieux les symptômes de la fièvre cérébrale chez les enfants, les caractères du ramollissement cérébral comparé à l'apoplexie; à combien d'interprétations peuvent donner lieu les troubles de la circulation et même les bruits anormaux du cœur; combien sont obscurs les signes comparés de la gastrite chronique, de la gastralgie, de l'ulcère simple et du cancer de l'estomac; de quelles difficultés est encore environné le diagnostic de l'entérite folliculeuse, de l'iléus, de la colique nerveuse, etc., etc.! Et quant aux affections pulmonaires elles-mêmes, n'avons-nous pas vu surgir, dans ces derniers temps, des difficultés relatives à la signification des caractères fournis par la percussion et par l'auscultation?

Une seconde source d'erreurs, ou du moins d'obscurités souvent impénétrables, c'est la multiplicité des éléments morbides, organiques et fonctionnels chez le même sujet. Il est évident que lorsque plusieurs causes organiques coexistantes peuvent produire les symptômes observés, il devient bien difficile de démêler parmi tous les éléments la cause formelle ou de faire la part de chacun de ces éléments. Mais alors le praticien sage, de peur de se tromper, s'abstient de porter un jugement absolu.

Enfin, une troisième cause d'erreurs obligées résulte de la ressemblance de certains éléments pathologiques entre eux, bien qu'essentiellement différents les uns des autres. Il est des symptômes réputés caractéristiques, sinon pathognomoniques, qui reposent sur de simples nuances de couleur, de consistance, de forme, de timbre, etc. Or les nuances se touchent aux points intermédiaires, et alors il devient facile de les confondre les unes avec les autres. Ainsi la couleur scarlatineuse n'est qu'une nuance de rouge qui peut se confondre insensiblement avec la couleur érysipélateuse, la consistance, la forme bosselée des tumeurs squirrheuses peuvent très-bien se rencontrer dans des tumeurs exemptes de cancer. Le souffle doux est un signe de chlorose, le souffle rude est le signe des lésions valvulaires, mais quel est le point précis où le souffle doux passe à la rudesse, et réciproquement?

Les erreurs de diagnostic ou de symptomatologie étant les plus fréquentes et constituant en quelque sorte le domaine central des erreurs en médecine pratique, c'est ici que nous croyons devoir placer une série d'*observations* intéressantes recueillies pendant notre dernier exercice clinique et qui ont servi de texte à quelques lueurs sur les obscurités, les difficultés du diagnostic et les erreurs parfois obligées qui en résultent trop souvent.

LARGE PHLEGMON DIFFUS, SIMULANT UNE ÉRUPTION SCARLATINEUSE.

OBS. I (recueillie par M. Liétard, aide de clinique).—Un homme de 50 ans, de bonne constitution, entre à la Clinique le 22 juin 1858. Il raconte qu'il y a cinq semaines, il fut pris de toux intense, de courbature et d'une douleur à la base du thorax. Depuis trois jours, le malaise a augmenté et une rougeur vive, étendue de la peau, s'est manifestée au côté droit du tronc.

23. Nous constatons: facies pâle, hébété; peau chaude; pouls vif et fréquent (à 120). Une rougeur scarlatineuse (jus de framboise) occupe une grande partie du côté droit du tronc, depuis l'aisselle jusqu'au bassin, et s'étend en arrière jusqu'au côté gauche. Cette rougeur, disparaissant à la pression du doigt, est accompagnée d'un état légèrement œdémateux des téguments. Au pied gauche existe une traînée rougeâtre (lymphangite) partant d'un petit furoncle qui siége au tendon d'Achille. Point de rougeur de la gorge ni de la langue, qui est très-saburrale; bouche mauvaise, anorexie, soif vive, constipation; quelques râles disséminés à la base des poumons. (Solution de gomme; julep; lavement émollient; diète.)

Le soir, prostration, délire, mussitation; la rougeur est plus étendue.

24. Prostration profonde, soubresauts des tendons, réponses justes, voix éteinte, pouls petit (à 130). La rougeur se propage autour du tronc; elle est toujours scarlatineuse. (*Ut suprà*.)

Le soir, l'état s'aggrave encore; paupières entr'ouvertes, yeux renversés, pouls à 140. Intelligence conservée; râles pulmonaires abondants.

Mort dans la matinée du 25, troisième jour de l'entrée, onzième de la maladie.

NÉCROPSIE vingt-quatre heures après la mort.

La rougeur vive pendant la vie est devenue lie de vin.

En incisant les téguments, on rencontre une couche de pus concret infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané et s'étendant aux muscles du tronc. On suit cette infiltration de pus, qui s'étend partout où existe la rougeur de la peau, c'est-à-dire sur la presque totalité du tronc, surtout en arrière (vaste phlegmon diffus), sans foyer nulle part.

Engouement à la base des poumons.

Rien dans les autres organes.

Au premier aspect du malade, vu la coloration spéciale de la peau, l'état fébrile et l'hébétude, nous le considérâmes comme affecté de scarlatine typhoïde. Cependant l'absence d'angine et la circonscription de la rougeur au tronc, nous firent hésiter. L'œdème léger des téguments enflammés fit naître l'idée d'érysipèle phlegmoneux, mais la rougeur disparaissait sous le doigt et l'immense étendue de cette rougeur ne permettaient guère de supposer un phlegmon d'une telle largeur. Nous considérâmes le malade comme affecté d'une vaste inflammation de la peau d'*apparence scarlatineuse*. L'état typhoïde ne nous permit pas de faire une médication active, et nous y avons peu de regret, car il est évident que la suppuration existait déjà lors de l'entrée, trois jours avant la mort.

Ainsi, c'est l'opinion la moins probable qui s'est vérifiée, à savoir: un vaste phlegmon diffus, occupant la plus grande partie du tronc. Ce qui nous a surtout induit en erreur, c'est cette nuance particulière, cette rougeur scarlatineuse de la peau; si cette couleur eût été franchement érysipélateuse, nous ne nous y serions pas trompé: *Nimium ne crede colori*.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC; par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

(Suite. — Voir les nos 38, 39 et 40.)

DEUXIÈME PARTIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION DU CHLORURE DE ZINC SUR LES TISSUS.

1° HISTORIQUE.

L'application du chlorure de zinc en chirurgie comme agent de cautérisation est une découverte toute récente; et bien que CANQUOIN, dans son livre sur le cancer, fasse remonter à lui-même en 1824 les premières expériences sur ce sujet, cependant l'histoire doit reconnaître que le praticien qui a le premier indiqué et mis en pratique le caustique nouveau est HANKE (de Breslau), vers cette même année 1824 que CANQUOIN note comme étant l'origine de ses recherches.

Cette analogie montre-t-elle que CANQUOIN connaissait les travaux de HANKE? Qu'il les avait lus dans les journaux de médecine ou de chimie dans lesquels ils furent successivement rapportés à cette époque? Qu'il a fait remonter à 1824 ses expériences propres dans le but de s'assurer la légitimité d'une découverte dont il ne fit en réalité la démonstration qu'en 1834? C'est ce qu'il ne nous appartient pas de rechercher. Convenons cependant que CANQUOIN considérait cette découverte tellement comme la sienne qu'il a écrit les phrases suivantes: « Je le répète, j'ai employé le premier le beurre d'antimoine, entièrement inusité avant moi en chirurgie; le premier j'en ai découvert les excellentes qualités caustiques dans le traitement des cancers, etc. » Mais après cette prétention si nettement formulée dans l'avertissement du livre, pourquoi cette autre phrase de la préface: « On m'a contesté la découverte du chlorure de zinc que je n'avais pas un instant revendiquée. »

Quoi qu'il en soit, ainsi que nous venons de le dire, ce fut seulement en 1834 que CANQUOIN fit connaître en France le caustique dont on se sert actuellement sous le nom de *pâte Canquoin*. Nous avons mentionné, dans le préambule de ce mémoire, comment cette communica-

tion fut faite aux Académies; nous avons fait allusion aux paroles sévères de M. VELPEAU, reprochant à l'inventeur ses prospectus et ses annonces; nous n'avons pas à les reproduire ici; nous allons seulement suivre le développement de l'idée de CANQUOIN dans les travaux des chirurgiens dignes de ce nom.

Or ceux qui, après CANQUOIN, expérimentèrent les premiers la pâte caustique furent surtout MM. VELPEAU et GERDY: M. VELPEAU, pour constater que ce médicament n'attaquait l'épaisseur de la peau que si le derme était mis à nu; GERDY pour vanter quelques-uns des avantages du nouveau mode de cautérisation dans son livre sur les pansements; enfin LISFRANC lui-même ne dédaigna pas alors de s'occuper de ce caustique, pour le combattre il est vrai, en lui appliquant ces critiques d'une autre époque, rappelant trop bien les expressions mêmes de PIBRAC sur les caustiques en général: « Elle produit d'horribles, d'atroces douleurs...; il est à ma connaissance qu'il a déterminé des phénomènes nerveux très-graves et des troubles fort dangereux de toutes les fonctions; la mort en a été quelquefois le résultat, etc. »

Après cette première période de l'emploi chirurgical du chlorure de zinc, période qui ne remonte guère au delà de 1839 à 1840, commence une phase pendant laquelle la cautérisation au chlorure de zinc reçut un redoutable échec, d'une part, du caustique de Vienne et du caustique sulfuro-safrané dont les chirurgiens de Paris se servaient presque exclusivement; mais encore et surtout, disons-le, des actes de quelques chirurgiens spéciaux qui vantaient trop leur remède pour lui assurer un crédit sérieux.

Ceci continua jusqu'en 1847 environ, époque à laquelle la réaction en faveur de la pâte Canquoin commença en province d'abord, à Paris ensuite, comme nous allons le dire tout à l'heure.

Le premier chirurgien sérieux qui bâtit la fortune du caustique au chlorure de zinc fut BONNET, l'illustre chirurgien de l'Hôtel Dieu de Lyon. Sans pitié pour les affirmations intrépides des guérisseurs de cancers, il dément d'abord ce fait que l'on empêche mieux la récidive du cancer avec le caustique Canquoin qu'avec le bistouri. Puis, cherchant les applications utiles de cet agent, il l'associe aux moyens caustiques qu'il avait successivement mis en usage jusque-là pour attaquer les varices. Mais avec la potasse, on s'expose aux hémorrhagies; avec le caustique de Vienne, on produit quelquefois des phlegmons, des phlébites et la mort; au contraire, avec le chlorure de zinc placé sur la peau escarrifiée déjà par le caustique de Vienne, le traitement est constamment exempt de danger, et sur plusieurs centaines de malades opérés de cette façon, il n'y eut pas à déplorer un seul cas de terminaison fatale. Après l'emploi du chlorure de zinc pour la guérison des varices, viennent des opérations nouvelles plus importantes: ainsi, l'opération du varicocèle par la cautérisation remplace à Lyon les procédés de BRESCHET, de RICORD et de VIDAL; la destruction des hémorrhoïdes par le chlorure de zinc se met à la place de la cautérisation au fer rouge, remise en honneur par PHILIPPE BOYER, ou de celle au caustique de Vienne d'AMUSSAT et de M. JOBERT; il en est de même pour les tumeurs érectiles, pour certaines caries osseuses, etc. Puis encore, dans un mémoire qui fit époque, le chirurgien de Lyon annonce qu'on s'oppose merveilleusement à l'infection purulente chez les amputés, en cautérisant immédiatement la surface des plaies avec le caustique Canquoin; enfin, pour clore la série de ses recherches, il trace ces règles générales, qui sont comme le mémorandum de l'action des caustiques métalliques: 1° la cautérisation avec ces caustiques n'expose pas les plaies aux érysipèles; 2° elle enflamme sans doute les parties qui entourent les tissus détruits, mais cette inflammation reste locale; 3° on n'a pas à redouter ainsi les phlébites des membres ou celles des canaux médullaires; 4° l'inflammation suppurative se limite, et il n'y a pas à craindre les lésions effrayantes dues à la généralisation du pus dans tout l'organisme, etc.

Pendant que se passaient à Lyon les faits précédents, d'autres expériences cliniques démontraient l'innocuité des larges cautérisations au chlorure de zinc sur un plus petit théâtre, et un autre chirurgien de province préparait sur ce sujet des travaux nombreux: nous voulons parler de M. GIROUARD, au sujet duquel nous avons dit déjà quelques mots dans notre préambule. Le chirurgien de Chartres était très-peu opérateur avant de mettre en usage la pâte Canquoin; mais un fait de guérison de cancer opéré malgré lui par CANQUOIN, et observé sur une personne de son intimité la plus rapprochée, décida sa vocation nouvelle. D'un autre côté, une réputation antérieure et méritée, celle de guérisseur des affections charbonneuses, le mettant heureusement en évidence pour la pratique de la cautérisation dans le cancer, il annonça qu'il guérissait ce mal sans le secours de l'instrument tranchant. Pour être juste, disons qu'entre les mains de M. GIROUARD, la méthode de CANQUOIN s'était heureusement perfectionnée, et que le chirurgien nouveau apportait à la médication par les caustiques une patience sans bornes, une habileté peu commune, une expérience et un savoir complet de la question.

Ce fut sur ces entrefaites que, d'une part à Lyon, sous l'impulsion de BONNET, et que, d'autre part à Chartres, en vue de la pratique de M. GIROUARD, commencèrent des expérimentations sur la cautérisation au chlorure de zinc, expérimentations qui, multipliées et publiées dans les journaux, eurent pour résultat d'étendre les recherches jusque dans la pratique de la plupart des chirurgiens de Paris: nous voulons parler de la période qui vit naître les applications successives de la pâte Canquoin: par M. VALLETTE pour la guérison radicale des hernies, par M. DESGRANGES pour la destruction des amygdales hypertrophiées ou cancéreuses et des polypes naso-pharyngiens, par MM. MAUNOURY et SALMON pour certains cas d'amputation des membres, puis par un autre chirurgien de province dont nous n'avons pu retrouver le nom dans nos notes pour un cas remarquable de gastrotomie appliquée à une grossesse extra-utérine; enfin par M. MAISONNEUVE dans la destruction des tumeurs cancéreuses en une seule séance, etc. Mais comme cette période constitue en réalité l'époque actuelle, il nous faut, pour juger ces tentatives, faire bien connaître au lecteur l'action réelle du chlorure de zinc sur les différents tissus de l'économie, et dans ce but nous étudierons cette action d'abord dans les travaux antérieurs à nos recherches, puis dans des expériences sur les animaux, enfin dans des observations chez l'homme.

2° ACTION DU CHLORURE DE ZINC SUR LES TISSUS, D'APRÈS HANKE, CANQUOIN, GIROUARD, ETC.

Nous venons de dire que HANKE (de Breslau) avait indiqué le premier l'action caustique du chlorure de zinc, et que le premier aussi il en avait fait l'application en chirurgie. Nous allons commencer ce paragraphe en rappelant l'action du chlorure de zinc sur les tissus d'après cet observateur, et il sera intéressant de suivre de ce point de départ les données nouvelles que nous aurons à retracer successivement.

HANKE employait le chlorure de zinc sous trois formes: 1° sous la forme pulvérulente et sans mélange; 2° sous la forme de pommade avec un corps gras; 3° sous forme liquide, en dissolvant le chlorure dans l'eau, l'alcool ou l'éther. Mais l'application la plus générale était sous la forme sèche pour attaquer les *nævi materni*, les fongus hæmatodes, les ulcères, la pustule maligne, etc.; il le trouvait ainsi préférable au sublimé. Quant à l'arsenic, on devait le bannir entièrement de la matière médicale. L'action du chlorure de zinc est complète au bout de six à huit heures. L'escarre qu'il produit est blanc grisâtre, coriace, élastique; elle tombe le sixième ou huitième jour, quelquefois plus tôt. La plaie qui résulte de sa chute est de bonne nature, couverte de granulations et ne tarde pas à se cicatriser. En pommade, le chlorure de zinc produit seulement sur la peau une éruption granulée avec une rougeur semblable à celle de la scarlatine, mais non une éruption de pustules, comme le fait l'émétique.

Remarquons, avant de passer outre, que tous les journaux de médecine, de chimie et de pharmacie reproduisirent, en 1829 et en 1830, cette note de HANKE, et que, même, les ARCHIVES DE MÉDECINE firent double emploi pour avoir puisé leur document à deux sources différentes.

CANQUOIN a été, comme HANKE, déterminé par l'action funeste des préparations arsenicales à étudier l'action du chlorure de zinc; mais bientôt il reconnut que sa grande déliquescence le rendait difficile à manier. Il vit en outre que quand il est réduit en poudre, il était impossible d'assigner des limites à la cautérisation; de là, après des recherches nombreuses, l'invention de la pâte qui porte son nom. Quant à l'action du chlorure de zinc, voici ce qu'il en rapporte: la douleur est moins vive que celle de l'arsenic et surtout de moindre durée; les parties cancéreuses semblent tranchées comme par un emporte-pièce; on peut régulariser l'action caustique suivant l'épaisseur de la couche de pâte employée; avec la pâte n° 1, la plus forte (chlorure et farine P. É.), une couche de 4 lignes d'épaisseur appliquée pendant deux jours détruit les tissus à la profondeur d'un pouce et demi; la même pâte de 3 lignes d'épaisseur appliquée pendant le même temps n'agira pas au delà d'un pouce; s'il s'agit d'une feuille de 2 lignes, d'une ligne, même d'une demi-ligne, l'escarre, au bout de vingt-quatre heures, sera d'un demi-pouce, de 3 lignes, d'une ligne au moins. L'escarre produite est blanche, très-dure, en consistance de terre cuite, inodore et très-épaisse; enfin, elle tombe spontanément au bout de huit jours ordinairement, et rarement le dixième ou le douzième jour.

CANQUOIN termine en disant que la cicatrice ne diffère que très-peu de la peau saine.

Après CANQUOIN, très-peu de chirurgiens ont étudié l'action du chlorure de zinc, et ils se sont à peu près tous bornés à répéter sur ce sujet les sentiments de M. VELPEAU.

L'usage en est commode, dit M. SÉDILLOT, l'escarre est sèche, bien limitée, assez profonde ; la pâte peut être renouvelée selon les indications ; le seul reproche que l'on puisse faire à ce précieux caustique est de n'agir que sur des surfaces dénudées. Avec la pâte Canquoin, dit M. MALGAIGNE, on peut agir en variant l'épaisseur de la lame caustique à des profondeurs variables, et ainsi peuvent être attaqués en une seule fois des cancers superficiels et des cancers profonds. Le propre des caustiques métalliques, ajoutent les rapporteurs de la commission chargée d'étudier le caustique Landolfi est de ne pas s'étaler ; s'ils fusent et s'étalent, c'est que, dans ce dernier agent, le chlorure de brome subit une expansion périphérique, tandis qu'une grande partie du chlorure de zinc et du chlorure d'antimoine reste fixe. Seuls deux chirurgiens paraissent ne pas s'être suffisamment rendu compte de ces actions diverses, l'un en prétendant que le chlorure de zinc peut avoir développé son action en dix à quinze minutes ; l'autre en écrivant « que les atroces douleurs qu'il détermine l'ont déjà fait abandonner de tous les praticiens. »

Mais sans nous arrêter plus longtemps à ces vagues indications, portons plutôt immédiatement notre attention sur le seul travail qui indique exactement l'état actuel de la science sur ce sujet dans le mémoire déjà cité de M. GIROUARD. Ce mémoire nous dispensera d'ailleurs d'avoir à reproduire ce que dit sur le même point M. PHILIPEAUX, puisque les citations du TRAITÉ DE LA CAUTÉRISATION émanent directement de cette source. Nous aurons seulement à vérifier plus tard l'exactitude de certaines données expérimentales.

1° Pour M. GIROUARD, il n'est pas exact de dire que le chlorure de zinc n'agisse pas sur la peau ; l'action en réalité est lente ; seulement et si la peau est fine, délicate et bien nettoyée, le caustique donne lieu à de petits points ronds d'un blanc grisâtre qui ne tardent pas à s'étendre en longueur et en profondeur. Au bout de vingt-quatre heures, les points réunis ont formé une escarre qui intéresse toute l'épaisseur du tissu cutané.

2° L'action est plus prompte, il est vrai, sur le tissu dénudé ; en trois heures, le chlorure de zinc traverse le derme et atteint le tissu cellulaire sous-cutané ; au bout de douze heures, l'escarre a 7 à 8 millimètre d'épaisseur ; au bout de vingt-quatre heures, elle a 12 à 15 millimètres.

3° Autour du point d'application, le caustique étend moitié moins son action qu'en profondeur, de sorte qu'en réunissant la largeur de l'escarre qui existe de chaque côté, on a l'étendue de l'escarre en profondeur.

4° En laissant épuiser le chlorure de zinc sur la peau, il ne cesse d'agir qu'après soixante-douze heures ; l'escarre a 4 centimètres d'épaisseur.

5° Le chlorure de zinc blanchit à l'instant même le tissu musculaire, puis il le pénètre ; enfin il lui donne un aspect d'un blanc grisâtre, et une escarre véritable est formée.

6° Cinq centigrammes de chlorure étendus sur une surface musculaire d'un centimètre et laissés jusqu'à extinction pénètrent à 3 millimètres ; 12 centigr. pénètrent à 6 millimètres ; 25 à 12 millimètres ; 50 à 2 centimètres ; 1 gramme à 4 centimètres.

7° Le chlorure de zinc ne forme, avec le tissu musculaire, une complète combinaison qu'après trente-six heures.

8° On peut dire d'une manière générale que, dans la première heure, le chlorure de zinc pénètre les muscles de 3 millimètres, et dans la seconde heure, de 6 millimètres ; puis il ralentit son action ; après six heures, il n'atteint que 9 millimètres ; en vingt-quatre heures, 2 centimètres ; en soixante-douze heures, 4 centimètres ; au delà de cette épaisseur, quelle que soit la quantité de chlorure employée, il n'y a plus de pénétration, et on n'obtient pas une escarre plus profonde.

9° Le chlorure de zinc crispe les tuniques des vaisseaux vides, et le vaisseau diminue de volume.

10° L'action est plus vive sur les artères que sur les veines.

11° Une artère du volume d'une plume d'oie fut, en vingt à trente minutes, réduite à une sorte de cordonnet compacte qui avait à peine le quart du volume primitif. Les tuniques sont plissées en long et fortement appliquées les unes sur les autres.

12° Sur l'ouverture d'une artère vide, le chlorure de zinc fait disparaître celle-ci en quelques heures.

13° Si les vaisseaux sont pleins de sang, les tuniques subissent les modifications indiquées ci-dessus, et en outre le sang se prend en masse, et la circulation s'arrête. Mais ce dernier effet n'a pas lieu sur le sang des vaisseaux volumineux.

14° On ne parvient à coaguler le sang dans les grosses artères qu'en suspendant momentanément la circulation.

15° Le chlorure de zinc convertit le sang artériel en caillot noir, poisseux ; si l'action se prolonge, le caillot rougit, puis durcit, et il a la consistance de la cire.

16° Sur le sang en contact avec l'air, l'action du chlorure de zinc donne immédiatement une couleur rouge vermillon.

17° Le chlorure de zinc s'infiltre promptement dans le tissu nerveux ; quelques minutes suffisent pour éteindre le sentiment ; pendant ce temps, il détermine de vives douleurs.

18° Dans les tissus fibreux, aponévrotiques, cartilagineux, le chlorure de zinc ne pénètre jamais au delà de 6 millimètres de profondeur.

19° Plus les os sont poreux, plus le chlorure de zinc pénètre profondément ; il n'atteint guère au delà de 3 millimètres sur la substance compacte.

20° Il faut qu'il soit appliqué longtemps pour escarrifier à quelques millimètres de profondeur, les productions squirrheuses, fibro-cartilagineuses, encéphaloïdes, etc.

21° La destruction des tissus par le chlorure de zinc a pour résultat une véritable combinaison nouvelle ; cette combinaison n'a pas d'action sur les tissus vivants ; elle peut être attaquée par d'autres caustiques tels que le caustique de Vienne ; quand elle est complète, les tissus cutanés, cellulaires, musculaires, vasculaires, nerveux, sont à peine reconnaissables.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE RUPTURE D'ANKYLOSE DU GENOU ; communiquée par M. le docteur DEMARQUAY.

(Maison municipale de santé.)

OBS. — Madame B., âgée de 27 ans, n'a présenté dans son enfance aucune trace de scrofules, et ne connaît dans sa famille aucune hérédité rhumatismale.

Réglée pour la première fois à 16 ans et bien réglée depuis, madame B. s'est mariée à 17 ans. Après une fausse couche et deux accouchements heureux, elle était parvenue, au mois de janvier 1856, au quatrième mois d'une grossesse, lorsqu'elle fut atteinte, sans aucune violence extérieure, sans aucune cause appréciable, d'une vive douleur au genou droit, accompagnée de rougeur et de gonflement.

Madame B. fut obligée de garder le lit. Le médecin appelé à lui donner des soins prononça le mot de rhumatisme articulaire aigu, et prescrivit une saignée générale, des sangsues autour de l'articulation malade, des cataplasmes émollients. Aucune autre articulation ne fut d'ailleurs atteinte.

Au bout de peu de jours, la douleur s'amenda, le gonflement diminua, mais la jambe demeura fléchie sur la cuisse. Le moindre mouvement arrachant des cris à la malade, on fut contraint de laisser le membre dans l'attitude vicieuse qu'il avait prise dès le début de l'affection aiguë ; et malgré les vésicatoires qui furent successivement appliqués, la flexion persista.

Après six mois de séjour au lit et un accouchement normal, madame B. essaya de se lever et se mit à marcher avec des béquilles, résignée à une infirmité que plusieurs praticiens lui déclaraient incurable et qu'elle conserva pendant près de trois années.

Cependant, la marche devenait pénible à ce point, qu'après une saison passée à Baréges, madame B. se décida à entrer à la maison de santé le 29 juillet.

A ce moment, le genou droit, sensiblement altéré dans sa forme, est complétement ankylosé ; la jambe est fléchie presque à angle droit sur la cuisse ; tous les muscles fléchisseurs et extenseurs sont atrophiés ; la marche est difficile, et la moindre fatigue ramène dans le membre affecté une douleur plus ou moins vive. La santé générale est d'ailleurs excellente.

C'est dans ces conditions que M. Demarquay se décida à pratiquer l'extension forcée.

Madame B. se soumit à l'opération, après la promesse qui lui fut faite que toute douleur lui serait épargnée.

Quand l'anesthésie eut été obtenue jusqu'à complète résolution des muscles, le membre fut saisi au-dessus et au-dessous de l'articulation ankylosée, et ramené dans l'extension complète méthodiquement, sans secousses et sans autre secours que celui des mains. Un violent craquement se fit entendre, dont la cause ne saurait être précisée, et qui peut être attribué soit à la déchirure du ligament postérieur, soit à la rupture de quelque ancienne adhérence entre les surfaces articulaires.

Le membre étendu fut placé dans une gouttière garnie de ouate et solidement fixé. La malade s'éveilla sans manifester de douleur, et la réaction fut presque nulle.

Quelques jours après, un appareil inamovible formé d'une bande dextrinée fut appliqué depuis le pied jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et la malade put dès lors aller et venir dans sa chambre.

Aujourd'hui (26 septembre), six semaines après l'opération, l'appareil est enlevé dans un bain, et le membre se montre dans une rectitude parfaite.

On ne constate plus qu'un certain degré d'empâtement autour de l'articulation et l'atrophie des muscles, qui seront combattus par des onctions avec l'onguent napolitain sur le genou et l'électrisation quotidienne.

Pour prévenir tout accident inflammatoire ultérieur et maintenir le membre dans la rectitude, M. Demarquay se propose de faire faire un appareil prothétique, afin que pendant la marche le membre malade n'éprouve point de fatigue. Il croit qu'il serait possible de ramener les mouvements dans l'articulation du genou. Mais la malade devant retourner en province, il faudrait renoncer à surveiller les mouvements à imprimer au genou ; M. Demarquay préfère donc faire porter un appareil prothétique pendant six mois ou un an, et envoyer la malade l'année prochaine à des eaux salines ou sulfureuses, plutôt que de chercher à ramener les mouvements du genou, ce qui demande toujours beaucoup de soins, qu'on ne serait pas certain d'obtenir en ce cas. La santé de la malade est parfaite ; elle n'éprouve aucune douleur dans le genou ; il est actuellement possible de presser et d'explorer le genou comme l'on veut, ce qui n'aurait même pu être essayé auparavant ; tous les mouvements imprimés au membre malade avant son extension étant très-douloureux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. EDINBURGH MEDICAL JOURNAL.

Les livraisons de janvier à juin 1858 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Changements dans la constitution médicale des fièvres*; par M. Christison. 2° *Cas de chirurgie*; par M. Gillepsie. 3° *Rapports de la surface interne de l'utérus avec le placenta*; par M. Chisholm. 4° *Rupture d'un anévrisme de l'iliaque externe*; par M. Edwards. 5° *Anévrisme de l'aorte comprimant la bronche gauche*; par M. Hardie. 6° *Anévrisme aortique avec spasme du larynx*; par M. Begbie. 7° *Action de l'huile de foie de morue*; par M. Smith. 8° *Méningite aiguë*; par M. Budd. 9° *Notes cliniques*; par M. Gairdner. 10° *Rapport sur l'hospice des maladies des yeux*; par M. Hamilton. 11° *De la trachéotomie dans les cas de croup et de corps étrangers*; par M. Spence. 12° *Histoire de la muqueuse utérine*; par M. Duncan. 13° *Action du lupulin*; par M. Jauncey. 14° *De la pneumonie*; par M. Easton. 15° *L'état des poumons ne démontre pas toujours qu'un enfant est né vivant*; par M. Williamson. 16° *Urines chyleuses*; par M. Brumwell. 17° *Deux cas d'empoisonnement par l'opium*; par M. Murray. 18° *Nature et mode de formation des corps hyalins, qu'on rencontre dans les épanchements pathologiques*; par M. Chisholm. 19° *Remarques sur la dipsomanie et son traitement par l'isolement*; par M. Skae. 20° *De la menstruation pendant la grossesse*; par M. Murray. 21° *De l'amidon comme élément constitutif des corps animaux*; par M. Carter. 22° *Imperforation de l'anus*; par M. Davies. 23° *Ligature de la sous-clavière pour un anévrisme de l'artère axillaire*; par M. Pirrie. 24° *Remarques sur le ligament semi-lunaire de Douglas*; par M. Retzius. 25° *Propagation du choléra d'individu à individu, dans la campagne de Crimée*; par M. Pinkerton. 26° *Guérison du tétanos avec l'extrait de chanvre indien*; par M. Skues. 27° *Rapport sur la prison de Fife*; par M. Bounar. 28° *Théorie des changements de constitution médicale*; par M. Markham. 29° *De la durée de la grossesse*; par M. Mackay. 30° *Prédisposition héréditaire à la dipsomanie*; par M. Thomson. 31° *Cas de gangrène spontanée suite d'artérite*; par M. Lister. 32° *Ablation d'un cancer du col utérin au moyen de l'écraseur linéaire*; par M. Keiller. 33° *De la syphilisation*; par M. Boeck. 34° *De l'arsenic et de ses effets thérapeutiques*; par M. Begbie. 35° *Adhérences du péricarde*; par M. Kennedy. 36° *Communication de la fièvre par les ingesta*; par M. Taylor. 37° *Iléus causé par un calcul biliaire*; par M. Junor. 38° *Hématémèse mortelle*; par M. Markham. 39° *Pathologie de la syphilis et de la gonorrhée*; par M. Milton. 40° *Influence des manufactures de drap sur la santé*; par M. Thomson. 41° *De l'asthme spasmodique*; par M. Salter. 42° *Des convulsions infantiles*; par M. Lawrence. 43° *Effets des adhérences du péricarde*; par M. Gairdner.

REMARQUES SUR LES RAPPORTS DE LA SURFACE INTERNE DE L'UTÉRUS ET DU PLACENTA; par M. CHISHOLM.

Cet anatomiste a fait un grand nombre de recherches sur l'état de la muqueuse au moment de la grossesse, et il demeure persuadé que cette membrane reste intacte dans les parties qui correspondent à l'insertion placentaire.

Pour être témoin de ce fait, il faut faire bouillir pendant dix-huit heures une portion d'utérus récemment délivré, la disséquer à la loupe.

En enlevant fibre par fibre de la surface péritonéale à la surface interne, il est toujours facile de démontrer l'existence de la muqueuse.

M. Chisholm a étendu ses recherches à un grand nombre de femelles d'animaux et à la femme, et le résultat de ses travaux a toujours été pour lui la confirmation de la persistance de la muqueuse.

Les villosités fœtales pénètrent cette membrane, entourent ses vaisseaux, mais ne la refoulent point.

DE LA MENSTRUATION PENDANT LA GROSSESSE; par M. MURRAY.

L'auteur cite une observation de fécondation pendant la période d'allaitement, sans que les menstrues aient exécuté leur retour habituel.

Ce fait est surtout remarquable par l'apparition des règles pendant tout le temps de la grossesse. Il prouve que la caduque réfléchie n'est pas adhérente à la caduque vraie, du moins pendant les premiers mois de la grossesse. Mais lorsque cette adhérence est accomplie, on ne peut concevoir la menstruation, sans un danger imminent pour l'enfant. Il faut alors que le sang sépare ces deux membranes pour se frayer une route jusqu'au col utérin. S'il se produit une hémorrhagie, elle se fait entre l'utérus et la caduque vraie; c'est là que le sang se fraye un canal. Il est digne de remarque que Deneux a trouvé du sang épanché dans la cavité de la caduque.

La menstruation pendant la grossesse a été expliquée par Galien par une exsudation sanguine de la muqueuse du col et de la partie inférieure du corps.

II. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL.

Les livraisons d'août et de novembre 1857 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Fièvre puerpérale*, par M. Murphy. 2° *Inflammation subaiguë de la prostate*, par M. Ledwich. 3° *Essai historique sur la syphilis*, par M. Porter. 4° *Photophobie dans ses rapports avec l'ophthalmie scrofuleuse*, par M. Thorp. 5° *Rhinoplastie*, par M. Hamilton. 6° *Écrasement linéaire*, par M. O'Doherty. 7° *Pathologie du tétanos*, par M. Hobart. 8° *Opérations chirurgicales*, par M. Butcher. 9° *Tumeur cartilagineuse du maxillaire supérieur*, par M. Heyfelder. 10° *Emploi du drainage dans les abcès*, par M. Ledwich. 11° *Antéflexion de l'utérus*, par M. Bennett. 12° *Anévrismes poplités guéris par la compression*, par MM. Sargint et Gelston. 13° *Emploi du chloroforme dans l'ophthalmie scrofuleuse* par M. Thorp.

ANTÉFLEXION DE L'UTÉRUS; par M. BENNETT.

M. Bennett considère l'antéflexion de l'utérus comme une condition anatomique normale. Il rappelle les travaux de MM. Velpeau, Valleix, Simpson, Huguier et Boullard sur ce sujet. Il pense toutefois que ce dernier anatomiste a exagéré le degré d'antéflexion dans le jeune âge.

Il s'est formé une opinion sur cet état par ses recherches cliniques. Il arrive fréquemment, suivant lui, que l'antéflexion a été traitée

comme un état pathologique; c'est surtout lorsqu'elle est rendue plus évidente par un engorgement de l'utérus. Les symptômes de la métrite sont alors attribués à la position utérine normale. Il a vu, dans ces cas, des patientes martyrisées pendant des années, par divers appareils chirurgicaux. Il faut se borner à combattre l'engorgement inflammatoire de l'utérus, qui augmentant le poids de l'utérus, aurait produit l'antéflexion.

L'auteur n'a jamais remarqué que la flexion en avant influe sur la menstruation ou sur la faculté de concevoir. Dans un cas où elle était exagérée, les règles étaient moins abondantes et irrégulières.

Le toucher permet de s'assurer de la position du corps de l'utérus; on peut aussi se servir avantageusement de sondes à courbure légère, proposées par M. Bennett.

ANÉVRISMES POPLITÉS GUÉRIS PAR LA COMPRESSION; par MM. GELSTON, SARGINT et BABINGTON.

Dans cet article, on relate trois observations d'anévrismes poplités, traités et guéris au moyen de la compression par les chirurgiens précédents. En voici le résumé :

OBS. I. — Charpentier, âgé de 30 ans, ayant eu une maladie vénérienne, d'une constitution vigoureuse. Anévrisme poplité gauche. Le genou a 16 pouces de circonférence, 3 pouces de plus que du côté opposé. Les douleurs sont très-vives, le membre œdématié. Application du compresseur de Carte le 1er juillet 1857. La compression est intermittente, ne dépasse guère une heure. Le treizième jour, les pulsations de la tumeur ont complètement cessé, l'œdème a disparu. La durée de la compression n'a pas dépassé trente-six heures. La guérison est considérée comme complète.

OBS. II. — Ancien postillon, âgé de 32 ans, sujet aux rhumatismes. Douleur vive dans le creux poplité droit. Il y a six mois, peu de temps après, apparition d'une tumeur anévrismale. Compression avec l'appareil de Carte pendant quarante jours. Cessation des battements de la tumeur.

OBS. III. — Un jardinier, âgé de 38 ans, affecté d'un anévrisme poplité droit, avait de plus les battements du cœur très-forts; il fut saigné, purgé, et on lui appliqua le compresseur de Carte, à plusieurs reprises, pendant dix minutes, tantôt dans le triangle de Scarpa, tantôt au milieu de la cuisse. La durée de la compression fut de trente-neuf jours, au bout desquels le malade fut guéri. Cinq jours après il put marcher sans appui.

III. THE GLASGOW MEDICAL JOURNAL.

Les livraisons de janvier et février 1858 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Des apparitions au point de vue philosophique.* 2° *Nouveau moyen d'abréger la durée du travail*, par M. Gray. 3° *Anévrisme de l'artère poplitée*, par M. Buchanan. 4° *Du pityriasis rubra aigu*, par M. M'Ghie. 5° *Cas de guérison d'une fracture du crâne compliquée*, par M. Couper. 6° *Méningite aiguë*, par M. Reeves. 7° *Transports militaires en France*, par M. Dunbar. 8° *Erysipèle idiopathique*, par M. Bell. 9° *Chirurgie restauratrice*, par M. Buchanan. 10° *Difformité congénitale avec présentation vicieuse*, par M. M'Ghie. 11° *De la fissure sternale que présente E. Groux*, par M. Thomson.

NOUVEAU MOYEN D'ABRÉGER LA DURÉE DU TRAVAIL; par M. GRAY.

Les moyens d'abréger la durée du travail peuvent se diviser en moraux, thérapeutiques et mécaniques. L'auteur propose dans cet article un nouveau moyen d'accroître la puissance des contractions utérines, et, par conséquent, d'abréger le travail. Il est tellement simple, dit-il, qu'on sera étonné qu'il n'ait pas déjà été proposé.

Son procédé est basé sur la sympathie bien connue des seins et de l'utérus; il consiste à stimuler les organes de la lactation pendant toute la durée du travail; on passe et on repasse la main sur les deux seins, ou bien on simule avec les doigts la succion de l'enfant. Grâce à cette excitation le mamelon entre en érection, et en vertu d'une action réflexe les contractions utérines deviennent plus énergiques. En abrégeant de la sorte le travail, les hémorrhagies ont moins de chance de se produire.

L'auteur donne un tableau statistique qui semble parfaitement prouver ses assertions; c'est ainsi que sur quatorze accouchements de primipares, la durée moyenne du travail, à partir de l'instant de son arrivée, fut de moins de deux heures. Voilà certes un résultat assez probant!

Les frictions seront faites avec douceur lorsque la douleur commence, d'abord sur le ventre, puis on remonte graduellement jusqu'aux seins.

Hippocrate avait quelque notion des rapports physiologiques qui unissent les glandes mammaires et l'utérus, puisqu'il recommande d'appliquer sur ces organes une large ventouse, lorsqu'on veut arrêter une métrorrhagie.

On peut reprocher à ce procédé d'être immoral. M. Gray repousse avec énergie cette accusation; personne, dit-il, ne tient plus que lui à l'honneur de la profession médicale, et il ne peut y avoir d'acte immoral lorsque l'intention est pure et que les conséquences, loin d'être dangereuses pour la femme, amènent, au contraire, un travail plus rapide. Il n'y a pas plus d'indélicatesse à exciter les contractions réflexes de l'utérus en excitant les seins qu'en excitant les parois vaginales.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

RAPPORT SUR LES ALLUMETTES CHIMIQUES DITES HYGIÉNIQUES ET DE SURETÉ, LES ALLUMETTES ANDROGYNES, ET LES ALLUMETTES CHIMIQUES SANS PHOSPHORE NI POISON.

(Commissaires : MM. Pelouze, Pouillet, Payen, J. Cloquet (1), Chevreuil, rapporteur).

Voici les conclusions de ce rapport :

« 1° Au point de vue de l'hygiène, les allumettes androgynes ont sur les allumettes à phosphore blanc l'avantage des allumettes Coignet, puisque le principe actif et chimique du frottoir est comme pour celles-ci le phosphore rouge.

» 2° La commission, après avoir pris connaissance de la fabrication des *allumettes chimiques sans phosphore ni poison*, et avoir suivi la plupart des opérations composant leur préparation sous la direction d'un jeune chimiste M. Paul Meyer, et s'être assurée qu'elles s'exécutent sans danger pour les ouvriers, pense que ces allumettes mises dans le commerce par la *compagnie générale*, actuellement propriétaire des brevets de M. Canouil, sont d'un bon usage.

» En conséquence, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie :

» 1° Qu'en réponse à la première lettre de M. le ministre de la guerre, il lui soit écrit que les allumettes androgynes, comme les allumettes Coignet, ont l'avantage sur les allumettes à phosphore blanc de n'être pas délétères, toutes les fois, bien entendu, qu'il n'entre que du phosphore rouge pour dans leur préparation ;

» 2° Qu'en réponse à la deuxième lettre de M. le ministre de la guerre, il lui soit écrit que les allumettes-Canouil, mises dans le commerce par la Compagnie générale, ne contenant ni phosphore blanc ni phosphore rouge, sont d'un bon usage; que conséquemment l'emploi de ces allumettes peut être autorisé concurremment avec celui des allumettes à phosphore rouge. »

Le rapport est mis aux voix et approuvé par l'académie, qui en adopte les conclusions.

NOUVEL INSTRUMENT POUR LA SUTURE DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE OU UTÉRO-VESICO-VAGINALE; extrait d'un mémoire de M. T. RIBOLI (de Turin).

(Commissaires : MM. Velpeau, Jobert de Lamballe, Civiale).

« Cet instrument, dont j'ai conçu l'idée il y a trois ans en assistant, dans une opération de la suture de la fistule vésico-vaginale, un de vos chirurgiens, M. le docteur Cusco, a d'abord été exécuté à Parme par M. Bordini, habile fabricant d'instruments chirurgicaux; je l'ai depuis légèrement modifié; voici aujourd'hui en quoi il consiste :

1° En un cathéter fenêtré bilatéralement à sa partie inférieure dans une étendue de 7 centimètres; aité à la partie supérieure pour fixer la main qui l'emploie;

2° En un mandrin pourvu, à son extrémité libre, d'un anneau destiné à recevoir le pouce de l'opérateur; ce mandrin, à 1 centimètre au-dessus de l'anneau, est divisé en 20 millimètres, et va se fixer, dans l'intérieur du cathéter, à l'extrémité de deux lames brisées, lesquelles ont elles-mêmes un autre point d'attache au bout du cathéter; le premier, par un mouvement de va-et-vient, fait dilater en losange, ou rentrer dans le cathéter, à travers les espaces fenêtrés, les lames brisées dont il est question;

3° En une rondelle, percée à vis à son centre, qui parcourt tout l'espace

(1) M. Cloquet, absent de Paris, n'a pas eu connaissance de ce rapport.

supérieur et gradué du mandrin pour régler à volonté la marche de l'écartement du losange, et une vis aussi, un peu plus bas, pour arrêter à volonté la même marche et la fixer.

Quant à l'application, il est inutile de dire qu'elle se fait par l'urètre et que sur le trigone de la vessie (en écartant le losange), on a, au milieu de la fistule, un point d'appui, soit pour le ravivement et rapprochement des bords, soit pour s'assurer de la suture transversale ou longitudinale qu'on aura pratiquée. Cet instrument a déjà servi dans trois opérations.

La première a été sur une jeune femme à la suite d'un accouchement laborieux avec application du forceps. La fistule était petite et longitudinale; toutes les parties étaient relâchées; je n'ai retrouvé aucune difficulté. J'ai fait l'opération trente-huit ou quarante jours après l'accouchement, pensant que le retour des règles pouvait favoriser la cicatrisation. Les fils ont été enlevés au commencement du quatrième jour.

La seconde s'est passée un peu différemment. La malade était à la clinique de M. le professeur Borelli, à l'hôpital des Chevaliers à Turin. M. Borelli lui-même opérait, moi je ne faisais que l'aider avec mon instrument. La fistule était ancienne, transversale et tellement grande, que mon instrument, complétement ouvert, avait à peine à y maintenir les bords de la solution de continuité. Néanmoins, à l'aide de deux incisions latérales suivant la méthode de M. Simpson et de M. Jobert de Lamballe, incisions pratiquées d'après mon conseil, le seul instrument a suffi pour permettre d'abaisser la fistule et de l'opérer.

La guérison complète se fit un peu attendre par le retard apporté à l'enlèvement des fils qui donna lieu à de très-petits pertuis qu'il nous a fallu cicatriser en employant la cautérisation.

La troisième opération, entreprise sans espoir de succès et dans les conditions les plus défavorables, n'a pas réussi.

— M. Riboli dépose sur le bureau un deuxième mémoire concernant un cas de *grossesse extra-utérine* dont il a suivi le développement et la terminaison funeste chez une femme qui avait eu auparavant deux grossesses naturelles.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Flourens et Velpeau.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. Pickering, médecin à York, concernant un remède qu'il dit employer, avec un succès complet, contre le choléra-morbus.

M. Pickering a déjà adressé à ce sujet plusieurs lettres qui ont été examinées par la commission permanente du concours pour le prix du legs Bréant; aujourd'hui il s'adresse à l'empereur, qui demande à être renseigné au sujet de cette réclamation.

Les faits allégués dans la lettre sont exacts au fond, c'est-à-dire que M. Pickering, après avoir annoncé qu'il avait un remède efficace contre le choléra, a été invité à le faire connaître. Au lieu d'envoyer un mémoire dans lequel il donnât la composition de ce remède et la manière de l'administrer, il se contenta d'envoyer une certaine quantité du médicament tout préparé, avec l'indication des doses. On lui fit savoir que l'Académie considérait comme non avenue toute communication relative à un remède dont on ne lui faisait pas connaître d'avance la formule. M. Pickering ayant manifesté l'intention de ne pas dévoiler son secret sans un dédommagement pécuniaire, l'Académie n'avait plus à s'en occuper.

La lettre de M. Pickering est renvoyée à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du prix Bréant, avec invitation de préparer le plus promptement possible un rapport en réponse aux renseignements demandés par M. le ministre.

La désinfection appliquée a la voirie de la ville de Béziers. Substitution de la terre au platre dans le mélange désinfectant; par M. Cabanes.

(Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

J'ai constaté que la poudre de MM. Corne et Demeaux désinfecte avec une grande puissance la matière des vidanges; un litre de ces matières, solides et liquides réunis, est désinfecté par un demi ou un tiers de litre de cette poudre ou par 400 à 500 grammes, suivant l'intensité plus ou moins grande de la putréfaction de ces matières. Cette désinfection est complète, définitive, si les matières ont été préalablement remuées après l'addition du désinfectant. Cette poudre désinfecte provisoirement les cabinets de latrines et les salles infectes avec des quantités très-minimes, quelques poignées par exemple. Mais le plâtre plonge au fond des matières des vidanges, il se coagule, il durcit, adhère aux vases, aux tonneaux, aux fosses, aux tuyaux de décharge des latrines, et fait corps avec eux, au point qu'il n'est guère possible de continuer longtemps l'usage de cette poudre. Pour cette raison, elle est peu propre à faire de la poudrette. Au moment où l'on projette le plâtre dans les liquides, il fuse presque comme la chaux, ce qui rend l'odeur du bitume très-forte, désagréable pour l'odorat et irritante pour les yeux des vidangeurs. Enfin, si ce désinfectant n'est pas cher quand il s'agit des applications à la chirurgie, il n'en est pas de même des grandes quantités exigées par les vidanges.

Convaincu, d'après ces inconvénients, que la poudre de MM. Corne et Demeaux serait inapplicable à la désinfection usuelle des latrines, des fosses, des vidanges et peu propre à la confection de la poudrette, j'ai cherché un moyen qui, tout en possédant les avantages de cette poudre, fût dépourvu de ses inconvénients.

Si l'on passe au crible une poudre ou une terre quelconque végétale ou non végétale, et que l'on mêle 50 grammes de coal-tar à cette poudre, celle-ci noircit, elle acquiert une forte odeur de bitume et devient propre à la désinfection. Un litre de matières des vidanges est désinfecté par un septième à un dixième de litre ou par 100 à 150 grammes de cette poudre. Même résultat pour les farines de blé, de graine de lin, etc. Un litre de vidange est désinfecté par 200 à 250 grammes de ma poudre à 5 p. 100 de coal-tar. Pour obtenir le même résultat, il faut un demi ou un tiers de litre ou 400 à 500 grammes de la poudre Corne et Demeaux.

Le mélange préparé d'après ce procédé a été expérimenté pour la désinfection des cabinets de latrines et des salles infectées, pour la désinfection de toutes les vidanges et de la voirie de la ville de Béziers.

Pour la désinfection provisoire des cabinets de latrines et des salles infectées, ce mélange se comporte comme le mélange Corne-Demeaux, la désinfection a lieu avec la même rapidité, la durée de son action est la même; mais comme la terre ne fuse pas comme le plâtre, l'odeur de bitume est moins désagréable. La désinfection des salles adjacentes aux cabinets a toujours eu lieu immédiatement par le seul fait de la désinfection du cabinet.

La désinfection des vidanges a été obtenue par la terre avec coal-tar, comme par le plâtre avec coal-tar, mais avec une puissance trois fois plus grande ou par une quantité trois fois moindre. Les vidangeurs n'ont pas éprouvé d'irritation dans les yeux comme avec le plâtre, et ils ne se sont pas plaints de l'odeur du bitume comme auparavant. Jamais la terre n'a adhéré aux vases, aux tonneaux, aux latrines comme le plâtre, et les vidangeurs n'ont trouvé aucun obstacle à l'emploi de la terre.

Les vidanges inodores ont été transformées rapidement en poudrette qui, sous forme de muttes, est d'un emploi commode pour l'agriculture. La désinfection des vidanges de la ville par la terre coaltée a déterminé la désinfection des bassins de la voirie qui ont reçu ces vidanges.

Recherches expérimentales sur l'immunité relativement a différents virus; par M. F. C. Faye, médecin du roi de Suède.

(Commissaires: MM. Serres, Florens, Andral, Velpeau, Rayer.)

Une discussion soulevée dans une société médicale sur la comparaison entre les effets de la vaccination et ceux de la syphilisation ayant ranimé, relativement à la première opération, un débat qui était plutôt suspendu que terminé, l'auteur, qui avait pris part à la discussion, a été conduit à penser qu'on n'arriverait à rien de concluant tant qu'on se bornerait à la méthode d'observation, et qu'il était indispensable d'en appeler à la méthode expérimentale, méthode dans laquelle on était en quelque sorte maître des conditions et certain de ne rapprocher que des faits similaires, des faits rigoureusement comparables. Comme il était bien évident que si une première vaccination n'assurait pas l'immunité à l'égard d'une seconde, elle l'assurerait encore bien moins à l'égard de la variole, la première chose à faire était d'arriver à quelque résultat positif relativement à la question des revaccinations. Or les expériences que l'auteur a entreprises dans ce but lui ont montré que les divergences d'opinion tiennent à ce fait qu'une vaccination incomplète peut bien donner une demi-immunité, mais que l'immunité absolue ne résulte que d'une vaccination complète, c'est-à-dire dans laquelle le virus-vaccin a été introduit dans l'organisme *en quantité suffisante*; cela résulte d'expériences très-nombreuses faites sur des enfants de 8 jours à 8 ans, et aussi sur beaucoup d'adultes. Ce qui est curieux, c'est qu'une fois le virus absorbé en quantité suffisante, le développement des pustules, si on l'arrête artificiellement au moyen de cautérisations, n'empêche pas l'effet de l'inoculation, quant à l'immunité. C'est un point cependant sur lequel l'auteur sent qu'il y a encore quelque chose à demander aux expériences, et il indique le plan sur lequel il en doit faire de nouvelles.

Les rapprochements entre la syphilisation et la vaccination ont fait supposer aussi pour cette dernière ce qu'on nomme une *immunité locale*. M. Faye montre que cette opinion repose sur des faits qui ne sont pas de nature à faire illusion à un physiologiste digne de ce nom. Il présente à cette occasion quelques remarques sur le plus ou moins de facilité avec laquelle on obtient l'absorption d'un virus, suivant les régions par lesquelles on veut le faire pénétrer, et il indique les précautions de diverses natures au moyen desquelles on peut assurer cette absorption. Nous avons omis presque tout ce qui, dans la note de M. Faye, se rapporte à la syphilisation. Nous ajouterons en terminant qu'il semble peu favorable à cette pratique considérée au point de vue médical, et qu'en tant que sujet de recherches physiologiques, il a grand soin d'en restreindre le champ par des conditions que le sentiment moral indique suffisamment.

— M. Boulu communique un mémoire sur la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Despretz).

— M. le Secrétaire perpétuel signale encore parmi les pièces imprimées de la correspondance un opuscule de *MM. Gluge et Thiernesse* sur la réunion des fibres nerveuses sensibles avec les fibres motrices.

L'existence des deux sortes de fibres ayant été bien établie par l'expérience, il devait nécessairement se présenter la question suivante: Les fonctions si différentes des fibres nerveuses sont-elles inhérentes à l'organisation

de ces dernières, on les effets si variés que produisent l'action des nerfs dépendent-ils uniquement des centres où ils naissent et des organes où ils se rendent? Plusieurs physiologistes se sont occupés de résoudre cet intéressant problème. Parmi les expériences entreprises dans ce but ou y tendant plus ou moins directement, il faut citer en première ligne celles qui font l'objet d'un mémoire présenté par M. Flourens en 1827, à l'Académie des sciences. Ces expériences n'étaient pas faites pour nier ou affirmer l'identité des fibres nerveuses, mais elles prouvaient incontestablement la réunion par une cicatrice formée de fibres nerveuses, de nerfs de nature différente, quant à leur fonction. Elles fournissaient encore d'autres données précieuses sur les conditions qui président à l'intégrité des fonctions du nerf.

Ce fut M. Schwann qui le premier posa nettement la question, mais il ne la résolut pas. D'autres expériences entreprises postérieurement ne se trouvèrent jamais pleinement concluantes; c'est dans cet état de choses que MM. Gluge et Thiernesse firent à l'école de médecine vétérinaire de Bruxelles les expériences exposées dans le présent opuscule. Dans ces expériences, faites sur des chiens, ils constatent les résultats obtenus seulement au moyen de la contraction musculaire, ayant reconnu depuis longtemps combien on est exposé à être induit en erreur quand on prend ses indices dans la sensibilité de l'animal, certains chiens n'en donnant aucun signe quand ils sont soumis à des lésions qui ne peuvent manquer d'être très-douloureuses, tandis qu'à d'autres la plus légère secousse arrachera des cris.

Nous ne pouvons suivre les deux physiologistes dans le détail de ces expériences, qui sont au nombre de dix, et nous nous bornerons à reproduire leurs conclusions, qui sont :

« 1° Que les fibres sensibles ne peuvent être transformées en fibres motrices ;

» 2° Que le mouvement organique dans les fibres nerveuses qui détermine la sensation doit être différent de celui qui produit la contraction musculaire. »

—M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. le professeur *Tigri* (de Sienne) des *observations histologiques sur un fragment osseux adhérent à la grande faux de la dure-mère.*

L'auteur, à l'occasion des communications faites récemment à l'Académie sur le rôle du périoste dans la production des os, et sur le rôle de la dure-mère relativement à la formation de la table interne des os du crâne, adresse ces observations faites au mois de mars de cette année après la nécropsie d'un individu atteint de lypémanie et mort dans l'asile des aliénés de Sienne. M. le secrétaire perpétuel, en donnant une brève analyse de cette observation, fait remarquer que cette communication, de même que celle de *M. Molas*, montre comment l'anatomie pathologique et l'anatomie comparée se complètent souvent mutuellement pour mettre en évidence certaines vérités physiologiques. Ici, pour établir la nature de la dure-mère et son identité avec le périoste, les observations faites sur les animaux dont la tente du cervelet est ossifiée, offraient déjà un fait bien concluant pour le rôle attribuable à la dure-mère dans la formation de la table interne du crâne, mais la formation pathologique de productions osseuses dans la faux du cerveau ferait disparaître les derniers doutes s'il en pouvait rester encore.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1858 dans les départements de la Haute-Saône, du Doubs et du Pas-de-Calais. (Comm. des épidémies.)

2° Les rapports de MM. les médecins principaux des hôpitaux militaires d'Amélie-les-Bains, de Baréges et Bourbon-l'Archambault. (Comm. des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° La formule d'un nouveau traitement contre le charbon, par M. Stanislas Chodzko. (Comm., M. Nélaton.)

2° Une note sur la destruction absolue de l'odeur de la gangrène au moyen de l'oxygène du chlorate de potasse; par M. le docteur Billiard (de Corbigny). (Comm. du coal-tar, M. Larrey, rapporteur.)

3° Une note sur les allumettes sans phosphore, allumettes dites de la Compagnie générale, adressée par M. Vaudaux, secrétaire de la compagnie. (Comm. nommée, M. Poggiale, rapporteur.)

— M. Larrey fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Navarre, d'une brochure sur la chirurgie conservatrice.

RAPPORTS. — EAUX GAZEUSES.

M. BOULLAY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport concluant à ce que l'autorisation de fabriquer des eaux acidules simples et des limonades gazeuses ne soit accordée au sieur Delebecque que lorsqu'il aura satisfait aux conditions exigées par les règlements qui régissent la matière. (Adopté.)

MÉDECINE LÉGALE.

M. TARDIEU, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Adelon, Larrey, Gavarret et Devergie, lit un rapport sur une question de médecine légale soumise à l'Académie par M. le ministre de la justice à la demande de M. le procureur impérial d'Anch.

Voici l'exposé des faits :

Dans le courant du mois d'avril dernier, un homme fut trouvé dans sa maison, tué d'un coup de feu. Au moment où l'on entrait pour la première fois dans la chambre, on constatait que le feu avait pris aux vêtements de la victime et brûlait encore sur la poitrine.

On soupçonna un crime, et les soupçons se portèrent sur le frère de la victime. Or l'heure où le feu a été éteint est connue exactement par la déclaration d'un témoin ; si l'étendue et la nature des brûlures qui ont été constatées sur le cadavre permettaient de dire combien de temps a duré l'action de la flamme, on aurait ainsi, suivant M. le procureur impérial, déterminé d'une manière précise à quel moment l'incendie aurait été allumé, ou, en d'autres termes, à quelle heure le coup mortel aurait été tiré. M. le procureur impérial, adoptant l'avis des deux médecins légistes qui ont procédé à l'autopsie, à savoir que l'incendie a été allumé par la déflagration de la poudre, ces diverses circonstances, rapprochées de la présence ou de l'absence de l'inculpé dans la maison de la victime à un moment donné, fourniraient la preuve de son innocence ou de sa culpabilité.

Pour M. le procureur impérial, la question à résoudre se réduit par conséquent à ces termes : « Déterminer avec autant de précision que possible, d'après l'état du cadavre et les circonstances relevées dans le rapport, le temps qu'a duré l'incendie qui a brûlé le cadavre. »

M. le rapporteur fait remarquer que cette question ne peut être résolue que par la solution préalable de deux questions secondaires. Il fallait d'abord déterminer si les brûlures observées sur le cadavre à la poitrine et aux mains étaient bien le résultat de l'incendie communiqué aux vêtements par la déflagration de la poudre. Il faudrait, en second lieu, établir si la mort peut être attribuée sans contestation à un assassinat et non à un suicide. Relativement à cette dernière question, M. Tardieu se borne à faire remarquer que dans le rapport d'autopsie, il n'existe aucun fait, aucune indication qui exclue formellement la pensée d'un suicide, et qu'il faut chercher des preuves en dehors de l'état du cadavre; l'Académie ne possède aucun renseignement qui lui permette, non pas de donner un avis, mais même d'élever un doute sur ce point.

Quant à la première question et à celle posée par M. le procureur impérial, la commission a institué pour la résoudre une série d'expériences dont M. Tardieu donne un exposé détaillé; en rapprochant les résultats de ces expériences des faits consignés dans les auteurs de chirurgie et de médecine légale, M. Tardieu arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° La mort est le résultat d'un coup de feu tiré à une très-petite distance : elle a été instantanée.

2° S'il n'est pas absolument impossible que la brûlure des vêtements, de la poitrine et du cou soit due à la propagation de l'incendie qu'aurait déterminé le coup de feu, on comprend difficilement comment la partie de la chemise sur laquelle le coup a porté est précisément celle que la flamme n'a pas détruite, alors que, dans toutes les expériences où les coups de feu ont été tirés à de très-petites distances, on a vu le feu commencer à l'endroit même qui avait été directement atteint par la charge enflammée.

3° Quant à la brûlure profonde des deux mains, dans les circonstances qui ont été relevées, elles ne peuvent en aucune façon s'expliquer par le coup de feu tiré à la région épigastrique, ni par l'incendie des vêtements qui recouvraient la poitrine.

4° Il n'est pas possible de déterminer d'une manière précise, d'après l'état du cadavre et les circonstances relatées, le temps qu'a duré l'incendie qui a brûlé le cadavre ; mais il est permis de l'évaluer approximativement, en tenant compte des conditions physiques très-diverses qui peuvent influer sur l'activité et sur la durée de la combustion, à un espace de temps qui varierait entre quinze et trente minutes.

Ces conclusions sont adoptées après quelques explications échangées entre M. Tardieu et MM. Devergie, Londe, Larrey, Moreau et Gibert.

PHTHISIE PULMONAIRE.

M. PIORRY lit, en son nom et au nom de M. Bricheteau, un rapport sur un mémoire de feu M. le docteur Aussandon, ayant pour titre : TRAITEMENT DE LA PHTHISIE TUBERCULEUSE.

Le traitement préconisé par M. Aussandon contre la phthisie pulmonaire consiste dans l'emploi des moyens suivants : bains tièdes, avec addition de kermès ou même de tartre stibié ; cautères appliqués dans les aisselles ; eau

de goudron; sirop et baume de Tolu; huile de foie de morue avec le sirop d'amandes amères; tisane de sassafras et de salsepareille; enfin, deutochlorure de mercure.

M. Piorry regrette de ne pas trouver dans le mémoire de M. Aussandon des faits démonstratifs des bons effets de cette médication complexe. Il ajoute qu'il saisit cette occasion pour revenir, dans la prochaine séance, sur quelques points de la pathologie et de la thérapeutique de la série d'accidents dés gnés sous le nom de phthisie pulmonaire.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1859; par M. LE GENDRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

(Suite.)

II. — PHYSIOLOGIE.

2° NOTE SUR TROIS PIÈCES DE LA COLLECTION PHRÉNOLOGIQUE DU DOCTEUR GALL ACQUISE PAR LE MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS; par MM. les docteurs EMMANUEL ROUSSEAU et HENRI JACQUART.

Nous avons l'honneur de vous présenter, en notre nom et celui de M. le docteur Emmanuel Rousseau, conservateur des galeries d'anatomie du Muséum d'histoire naturelle de Paris, trois portions de crâne appartenant à la collection phrénologique du docteur Gall. Elles sont désignées sous trois numéros distincts, et c'est sur le registre transmis par son chargé d'affaires, et rédigé par conséquent par Gall lui-même, ou l'un de ses disciples, lorsque le Muséum acquit cette collection, que nous copions textuellement les renseignements qui concernent chacune d'elles.

Le n° 261 forme les deux tiers supérieurs de la face. Il est constitué par le frontal scié à 2 centimètres 1/2 au-dessus des arcades orbitaires, par l'ethmoïde, les os propres du nez, les sus-maxillaires, les os de la pommette, etc. Il comprend la plus grande partie du sphénoïde dont les grandes ailes ont été séparées de leur articulation avec les temporaux; le corps de cet os, soudé déjà avec l'apophyse basilaire de l'occipital, a été fracturé transversalement au milieu de la selle turcique.

« C'est, dit le registre, le reste du crâne d'un musicien mort d'un anévrisme » du cœur. Gall montrait cette pièce pour prouver, contre ceux qui soutien» nent l'opinion contraire, que les circonvolutions du cerveau s'impriment » sur les os du crâne. Les impressions digitales sont en effet fort bien expri» mées sur le plancher de l'orbite. »

Le n° 279 n'est autre chose qu'une voûte de crâne, et porte en suscription sur les os mêmes : *Madame la baronne Franck.*

« La baronne Franck était tourmentée d'une mélancolie avec penchant au » suicide. Elle paraissait jouir de toute sa raison et prenait intérêt aux choses » de la vie; mais tous les mois, au retour de son époque menstruelle, elle » éprouvait le plus vif désir de se détruire, et plusieurs fois elle tenta de le » faire. Gall, qui fut consulté, détermina la famille de cette jeune femme à la » mettre dans une maison d'aliénés, où elle pût recevoir les soins que récla» mait sa position. Pendant tout le temps de sa reclusion, on remarqua qu'elle » était calme. Sa manière de vivre paraissait si naturelle, que les parents ju» gèrent la précaution désormais inutile; elle affirmait elle-même qu'elle ne » ressentait plus rien de ce qu'elle avait éprouvé autrefois; mais Gall, à qui » elle fut montrée, en jugea différemment, à cause d'une vivacité insolite » qu'elle conservait dans le regard; néanmoins les conseils qu'il donna cette » fois ne furent pas accueillis. Elle rentra dès lors dans sa famille, et le sur» lendemain de son retour, une heure après qu'elle venait de causer fort » gaiement avec son mari et plusieurs de ses parents, elle monta rapidement » à l'étage le plus élevé de sa maison et se précipita par une fenêtre. La » forme générale de ce crâne est celle de la tête de la plupart des individus » qui ont une prédisposition à la mélancolie avec penchant au suicide.

» La pesanteur des os indique un état de maladie qu'a souffert le cerveau » pendant longtemps. Gall faisait remarquer sur cette tête ce grand déve» loppement des organes de la circonspection et l'épaississement des os du » crâne.

» On n'a trouvé aucun renseignement sur les qualités particulières qu'a » manifestées cette dame pendant sa vie. »

La pièce qui est désignée sous le n° 353 forme à peu près les deux tiers postérieurs d'une base de crâne. Elle est constituée par la partie inférieure de l'occipital scié horizontalement à 3 centimètres environ au-dessus du confluent des sinus, les deux temporaux dont une très-petite partie de l'écaille a été coupée, et enfin la partie postérieure du corps du sphénoïde fracturé dans son milieu. Elle porte en suscription : *Fragment du crâne d'un meurtrier.*

Le registre ne donne pas d'autres renseignements; seulement il ajoute : « Les autres parties de ce crâne ont sans doute été perdues dans le cours » des voyages que Gall a faits avec sa collection. »

Il résulte de ces documents si ponctuellement circonstanciés, que vous avez sous les yeux trois portions de tête appartenant à trois individus différents : l'une, comprenant la partie supérieure de la face, vient d'un musicien mort d'un anévrisme au cœur; l'autre, la voûte crânienne, a appartenu à la baronne Franck; et enfin, la troisième, formée par les deux tiers postérieurs de la base du crâne, a été attribuée à un meurtrier. Messieurs, attendez un peu, et vous pourrez juger de la bonne foi et de la sincérité qui ont présidé à ces observations. Tout le monde a connu M. Laurillard, conservateur des galeries d'anatomie et son immense savoir, assimilé par une de nos illustrations scientifiques. M. Laurillard n'aimait pas le système phrénologique, et il y trouvait souvent matière à exercer sa verve satirique. Examinant ces trois pièces, que nous ne savons quel hasard lui fit rapprocher, car elles ne portent pas des numéros qui se suivent dans la série de la collection, il s'aperçut que, d'abord les écailles des temporaux de la base du crâne s'engrenaient parfaitement avec les ailes du sphénoïde appartenant à la face, et que la partie antérieure du corps de celui-ci, fracturé dans son milieu, s'ajustait exactement au reste de ce corps soudé à l'apophyse basilaire de l'occipital. Ainsi le musicien et le meurtrier, c'est-à-dire les n. 261 et 353, perdent leur individualité, et constituent une seule et unique base de crâne; et enfin, pour couronner en quelque sorte ses malicieuses recherches, M. Laurillard s'assura que la voûte du crâne attribuée à la baronne Franck venait recouvrir cette base de crâne, et s'y adapter aussi parfaitement que la perte de substance opérée par la coupe pouvait le permettre. En vérité, que ce soit le fait de Gall ou de ses disciples, il est incontestable que c'est le résultat d'une combinaison plus ou moins compliquée, qu'il n'y a pas en méprise, mais bien intention évidente de surprendre notre crédulité.

Des trois individualités, laquelle doit survivre? Est-ce celle de la baronne Franck? est-ce celle du meurtrier, ou bien encore celle du musicien? En présence de pareils faits, on serait tenté de les rejeter toutes les trois, et de croire à une histoire fabriquée à plaisir sur le premier crâne tombé sous la main, dans l'intérêt du système phrénologique. Ce sont là des détails que M. le docteur Emmanuel Rousseau et moi avons cru devoir vous faire connaître. Mais nous avons appris depuis que M. le professeur Bérard, de si regrettable mémoire, les avait exposés dans ses cours; et enfin que, bien avant lui, M. le professeur Flourens, qui a porté de si cruelles atteintes au système du docteur Gall, les avait signalés à son auditoire, dans les brillantes leçons qu'il professe au Muséum sur la physiologie du système nerveux.

Que l'on veuille bien se donner la peine de consulter l'ouvrage de l'illustre professeur du jardin des plantes, intitulé EXAMEN DE LA PHRÉNOLOGIE, 3e édition, on verra le flambeau de la science, porté par sa main puissante, dissiper les fantasmagories phrénologiques, comme les rayons solaires les ténèbres les plus profondes.

Le passage suivant, que nous copions en entier dans cet ouvrage, traite des faits que nous venons d'exposer.

« A la mort de Gall, le Muséum d'histoire naturelle a acheté sa collection. » Or, dans cette collection, se voient méthodiquement rangées trois portions » de crâne attribuées à trois individus différents : à un musicien, et cette » portion montre l'organe de la *musique*; à une baronne qui se serait suici» dée dans un accès de *monomanie triste*, et cette portion montre l'organe » de la circonspection; à un marchand devenu fou d'amour, et cette portion » montre l'organe de l'amour, de l'*érotomanie*.

» Leuret a eu l'idée d'examiner ces trois portions de tête, et il s'est trouvé » qu'elles ne sont, toutes trois, que trois portions d'une même tête. « La ca» lotte du crâne, dit-il, enlevée par la scie, a été attribuée à la baronne; la » base, en partie désarticulée et en partie brisée de droite à gauche au ni» veau du corps du sphénoïde, et séparée ainsi en portion antérieure et en » portion postérieure, a été attribuée aux deux autres individus : la pre» mière au musicien, la seconde au marchand devenu érotique; or le tout » réuni forme une belle tête d'homme sur laquelle on voit les bosses parié» tales développées comme elles le sont ordinairement chez l'homme, ce qui » a permis à Gall de doter la baronne des deux organes de la circonspection » dont il avait besoin afin de la rendre aussi craintive qu'elle devait l'être » pour avoir peur de tout et terminer sa vie par un suicide. Préparez donc » l'avenir d'une science avec des faits ainsi arrangés! »

Sans vouloir décider qui a découvert le premier la supercherie à laquelle Gall ou ses disciples n'ont pas dédaigné de recourir ici pour le triomphe de la doctrine, nous pourrions nous contenter de dire : *ab uno disce omnes!* Plût à Dieu que ce fût le seul méfait à leur reprocher. Mais en lisant l'ouvrage cité de M. le professeur Flourens, on en trouvera mille autres tout aussi scandaleux, et on verra le malheureux système phrénologique sortir anéanti de ce juste, mais impitoyable examen.

III. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES DES RACINES DE SENTIMENT ET DE MOUVEMENT CHEZ LES OISEAUX; par M. A. MOREAU.

L'analogie complète qui existe entre la disposition anatomique des racines nerveuses rachidiennes chez les oiseaux et chez les mammifères fait natu-

rellement supposer que les fonctions de ces racines sont les mêmes dans les deux classes de vertébrés.

J'ai cherché la preuve expérimentale.

Sur plusieurs pigeons et sur une poule, j'ai ouvert le canal rachidien et cherché à distinguer les racines; mais les animaux ont toujours succombé avant la fin de l'expérience.

Sur quatre oies, l'opération a parfaitement réussi. Les racines isolées ont été séparément étudiées; et j'ai toujours constaté que la piqûre ou le pincement de la racine postérieure ou racine ganglionnaire était extrêmement sensible. En outre, qu'après la section de cette racine, le bout périphérique irrité était insensible; et l'irritation de ce bout ne provoquait aucun mouvement dans les muscles auxquels il se distribue.

La racine antérieure non ganglionnaire, pincée, est insensible, mais détermine des mouvements dans les muscles auxquels elle se distribue.

Il est nécessaire de dire que le pincement ou l'irritation de cette racine n'ont pu être pratiquées qu'après la section de la racine antérieure. Par suite, l'insensibilité constatée n'est établie que relativement à ses communications directes avec la moelle, mais la sensibilité qu'elle peut avoir par ses communications avec la racine postérieure, en d'autres termes, la sensibilité récurrente peut exister dans cette racine comme elle existe dans les racines antérieures du chien. Je n'ai pas encore réussi à faire l'expérience, à cause de la brièveté des racines.

Malgré la mort rapide des pigeons et des poules, les expériences que j'ai pratiquées sur ces oiseaux ne sont pas tout à fait sans résultat, car j'ai pu, après l'expiration, isoler aussitôt et couper les racines, et constater, en galvanisant leur bout périphérique, ce que j'ai vu aussi sur les oies, que la racine postérieure électrisée ne donnait pas de contraction, tandis que l'antérieure en donnait de manifestes.

Je crois donc pouvoir conclure que, chez les oiseaux, les racines antérieures sont les racines de mouvement et que les racines postérieures sont les racines de sentiment.

IV. — Chimie physiologique.

1° Sur la recherche du sucre dans l'urine; par M. Ch. Leconte, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

La présence du sucre dans l'urine est l'un des symptômes du diabète et de certaines conditions physiologiques particulières mal déterminées encore aujourd'hui, mais dont l'étude constituera un jour l'un des phénomènes les plus intéressants de la digestion.

Il importe donc de bien préciser la valeur des moyens que l'on emploie actuellement pour déceler l'existence du sucre dans l'urine, afin d'éviter les incertitudes que peut faire naître l'importance trop absolue que l'on accorde à certains réactifs.

Dans mes précédentes publications sur l'absence du sucre dans l'urine des femmes en lactation, j'ai déjà signalé rapidement les précautions dont il fallait s'entourer dans la recherche du sucre pour éviter toute erreur.

Aujourd'hui, je m'étendrai plus longuement sur le même sujet, afin de démontrer comment M. Bruecke a pu être conduit, en se servant de caractères insuffisants et trop vagues, à admettre que l'urine normale de l'homme contient *toujours de petites quantités de sucre.*

Les moyens dont on se sert aujourd'hui pour rechercher le sucre dans un liquide, sont bien loin de posséder la même valeur : les uns peuvent donner une présomption de la présence du sucre, les autres en font connaître l'existence réelle. Les premiers sont des caractères généraux communs souvent à un grand nombre de substances. Les seconds sont les véritables caractères spécifiques, c'est-à-dire qu'ils n'appartiennent qu'à la substance qu'ils caractérisent.

Je suis bien loin d'admettre que les caractères que nous admettons aujourd'hui comme *spécifiques*, ne seront pas plus tard modifiés dans leur valeur par suite des progrès des sciences, nous n'en devons pas moins cependant leur accorder dans le moment actuel leur donner l'importance qu'ils méritent.

Parmi les caractères généraux, c'est-à-dire appartenant à tous les corps réducteurs et que l'on emploie pour rechercher le sucre dans l'urine, je placerai le réactif de Trommer, le cuprate d'ammoniaque, le cuprotartrate de potasse, la solution de potasse, l'eau de chaux, la solution d'acide chromique acidulée d'acide chlorhydrique ou d'acide sulfurique, enfin l'emploi simultané du sous-azotate de bismuth et d'une solution de potasse caustique.

L'emploi de tous ces réactifs ne saurait jamais permettre de conclure d'une manière *absolue* à la présence ou à l'absence du sucre dans l'urine, ainsi que nous allons le démontrer; ils peuvent cependant rendre des services réels lorsque le sucre existe en quantité un peu *notable dans l'urine.*

Procédé de Trommer. Liquide de *Barreswil* ou *cuprotartrate de potasse.*

Le procédé de Trommer, qui consiste à verser dans l'urine une petite quantité de sulfate de cuivre en solution, puis un excès de potasse, et enfin à porter le liquide à l'ébullition, repose sur la propriété que présente le sucre en s'oxydant, d'enlever à l'oxyde de cuivre la moitié de son oxygène et de le ramener à l'état d'oxydule rouge insoluble dans la liqueur potassique, et dont la formation est très-facile à constater.

Rien de plus simple que l'application de ce procédé, à la condition toutefois de ne pas employer un excès de sulfate de cuivre, car l'excès d'oxyde sur lequel le sucre ne pourrait agir serait ramené sous l'influence de l'ébullition à l'état anhydre, et sa couleur noire masquerait la couleur rouge de l'oxydule formé.

Le cuprotartrate de potasse ne présente point l'inconvénient que je viens de signaler, mais lorsqu'il a été préparé comme l'a indiqué M. Barreswil et qu'il a été préparé depuis quelques mois, il arrive souvent qu'on obtient un précipité d'oxydule en le faisant bouillir soit seul, soit après l'addition de une ou deux fois son volume d'eau.

La liqueur de Febling, qui ne diffère du liquide de Barreswil qu'en ce que la soude y remplace la potasse, se conserve beaucoup mieux que le précédent; mais, ainsi que j'ai pu le constater un grand nombre de fois dans les tentatives nombreuses, mais toutes aussi infructueuses que j'ai faites pour trouver trouver un liquide de recherche du sucre exempt de reproches, c'est que le liquide de Febling est moins sensible que le procédé de Trommer et celui de Barreswil, et que souvent il n'indique pas la présence d'un demi-millième de sucre ajouté à l'urine.

On a également proposé un liquide cuprique dans lequel l'acide tartrique a été remplacé par la glycérine. L'idée, tout ingénieuse qu'elle soit, ne m'a donné que des résultats peu satisfaisants, car cette liqueur au bout de quelques jours laisse déjà déposer à froid une quantité considérable d'oxydule rouge de cuivre, et presque toujours elle laisse déposer, lorsqu'on la fait bouillir immédiatement après sa préparation, des flocons rougeâtres provenant d'un commencement de réduction.

Les quatre liquides qui précèdent présentent tous cet inconvénient, qu'ils peuvent être réduits par un grand nombre de substances, et notamment par l'acide urique, ainsi que je l'ai surabondamment démontré.

Ces liquides peuvent, en outre, se décolorer en présence du sucre ou de l'acide urique, au lieu de fournir un précipité rouge quand la liqueur que l'on essaye renferme des sels ammoniacaux ou de l'urée en quantité convenable. Il suffit pour s'en convaincre de faire directement l'expérience en employant des réactifs purs.

C'était précisément pour éliminer les causes d'erreur résultant de la présence de l'urée et de l'acide urique dans l'urine, que j'ai employé le procédé que j'ai décrit dans mon premier travail sur l'urine des femmes en lactation et que je transcris ici à dessein, parce que s'il n'a donné que des résultats négatifs entre les mains de M. Bruecke, c'est que cet expérimentateur habile a omis la partie essentielle de l'opération, au moins dans la traduction de son mémoire contenue dans le Journal de physiologie de M. Brown-Séquard, t. II, n° 6, page 341 et suivantes, et qui a précisément pour but d'éliminer l'urée qui trouble les résultats. Voici mon procédé tel que je l'ai publié : « 4 litres d'urine de femme en lactation réduisant très-énergiquement le liquide cuprotapotassique et rougissant fortement le papier de tournesol, furent acidulés par l'acide acétique et évaporés au bain-marie dans des assiettes de porcelaine, l'évaporation fut rapide en raison du peu de profondeur des vases.

» Lorsque les 8 dixièmes environ de l'urine furent évaporés, on la laissa refroidir, puis on ajouta au liquide concentré, et peu à peu de l'alcool à 38°, de manière à précipiter la majeure partie des sels minéraux, et à obtenir une liqueur alcoolique assez faible pour retenir le sucre en dissolution.

» La liqueur alcoolique faible fut évaporée à siccité et le résidu épuisé par de l'alcool à 40°, qui devait dissoudre l'urée et laisser indissous le sucre et les sels minéraux solubles dans l'alcool faible. »

Voici maintenant comment a opéré M. Bruecke, avec l'intention d'appliquer mon procédé, *loc. cit.* Je transcris textuellement.

« Comme ce procédé (mon procédé) jouit auprès de beaucoup de personnes d'une confiance absolue, j'ai ajouté à l'urine d'un homme bien portant de l'urine d'un diabétique en quantité suffisante pour obtenir à l'épreuve de Trommer un précipité assez notable d'oxydule hydraté finement pulvérisé ue se déposant qu'avec une certaine peine. J'ai traité ce mélange par le procédé de M. Leconte en examinant le résidu de la solution alcoolique (évaporée). Je n'ai d'abord obtenu aucune trace d'oxydule, ce ne fut que le lendemain qu'une des épreuves en avait déposé une certaine quantité, et néanmoins, ce résidu possédait des propriétés fortement réductrices; en effet, il noircissait complétement le sous-azotate de bismuth et il décolorait des quantités assez notables d'une solution étendue de sulfate de cuivre, mais en même temps il se développait une forte odeur d'ammoniaque qui s'opposait à la précipitation de l'oxydule, ainsi que le démontrait la réoxydation au contact de l'air atmosphérique.

» Il en résulte que, pour la recherche de petites quantités de sucre, ce procédé ne possède nullement l'efficacité qu'on lui avait attribuée. »

M. Bruecke, sans s'en apercevoir, fait du même coup l'éloge de mon procédé et la critique de celui qu'il a suivi, il avoue que le sucre s'est trouvé concentré dans le premier résidu alcoolique, puisque, d'après lui-même, il brunissait le sous-azotate de bismuth et décolorait des quantités assez notables de sulfate de cuivre.

Si M. Bruecke n'a pas obtenu d'oxydule avec le réactif de Trommer, c'est qu'il a négligé d'épuiser, ce que je conseille formellement, le premier résidu alcoolique par l'alcool à 40° qui eût enlevé l'urée et le sel ammoniac, cause de la dissolution de l'oxydule par l'ammoniaque qu'ils donnent sous l'influence de la potasse. Je ne doute pas que l'honorable professeur n'obtienne les mêmes résultats que moi s'il applique rigoureusement ma méthode. Les

autres caractères généraux de la présence du glycose, sont : la coloration brune que prend à l'ébullition une solution de potasse, de soude, de baryte, de strontiane ou de chaux, et même d'ammoniaque en présence du glycose ; si ce caractère est un très-bon moyen de distinguer les uns des autres les sucres qui appartiennent au premier ou au second genre, il n'en est plus de même lorsqu'on veut reconnaître le glycose au milieu d'un grand nombre de substances dont l'action sur les alcalis n'a pas encore été étudiée; la proposition se trouve donc ramenée à ce seul terme, le glycose est-il la seule substance qui donne à l'urine une coloration brune sous l'influence des alcalis? Personne, à mon avis, ne saurait, quant à présent, répondre par l'affirmation; les matières colorantes de l'urine sont à peine connues, et il existe un grand nombre de substances qui se colorent en brun sous l'influence des alcalis, et dont la teinte se fonce par la chaleur; toutes les matières extractives, les composés chimiques, sont dans ce cas.

La coloration brune du nitrate de bismuth sous l'influence de la potasse en présence de l'urine, ne saurait non plus constituer un caractère essentiel du sucre, puisqu'il existe un certain nombre de substances réductrices douées de la même propriété.

En résumé, on voit que les caractères que je nomme secondaires peuvent bien fournir quelques renseignements utiles quant à la présence du glycose dans l'urine, sans cependant en donner la certitude, puisqu'ils sont communs à plusieurs substances, et ils n'ont de valeur réelle que réunis aux caractères essentiels.

Caractères essentiels. — Je désigne par caractères essentiels ceux qui n'appartiennent *qu'au glycose*, ce sont la fermentation alcoolique et l'extraction du glycose lui-même.

Fermentation alcoolique. Malgré les recherches intéressantes qui ont été publiées, dans ces derniers temps, sur la fermentation alcoolique, il n'en est pas moins vrai que le sucre de *cannes* et les différentes variétés de glycoses sont les seules substances qui, au contact de la levûre de bière, donnent en peu de temps une fermentation régulière, d'où résulte de l'acide carbonique pur et de l'alcool. Tous les liquides qui n'ont pas donné de gaz avec la levûre de bière, après deux heures de contact au plus lorsqu'ils ont été exposés à une température de 20 à 30 degrés, doivent être considérés comme dépourvus de sucre, à moins toutefois que le volume de l'acide carbonique, qui doit prendre naissance, soit plus petit que celui du liquide qui tient le sucre en solution. Aussi ne doit-on ajouter directement la levûre à l'urine que dans le cas d'un diabète très-prononcé ; lorsqu'il s'agit de rechercher le sucre dans une urine qui n'en renferme que quelques millièmes, il faut concentrer le sucre, en l'isolant du plus grand nombre des corps étrangers, d'après ma méthode décrite plus haut, et mettre la substance isolée en contact avec un peu d'eau et de levûre à une température de 20 à 30 degrés; la fermentation s'établit rapidement, et pour avoir la certitude que le gaz dégagé ne provient pas de l'altération de la levûre, on place à côté du tube précédent un autre tube contenant de l'eau, de la levûre seule; ce tube sert de témoin. Toutes les fois que la chose est possible, on doit opérer dans un tube rempli de mercure; mais dans le cas où l'on n'aurait pas de mercure à sa disposition, on peut faire usage du petit appareil suivant, facile à disposer et bien peu coûteux.

On prend un tube fermé à l'une de ses extrémités, semblable à ceux dont on fait usage pour les réactions chimiques; on y adapte un bouchon traversé par un tube d'un petit diamètre, effilé à son extrémité inférieure qui doit plonger près du fond du tube fermé; l'extrémité supérieure du tube effilé doit dépasser le bouchon de quelques centimètres et rester ouverte.

Tout étant ainsi disposé, on remplit complétement le grand tube du mélange de levûre et du liquide dans lequel on veut déceler la présence du sucre; puis on y introduit le tube effilé, muni de son bouchon qui doit fermer exactement le grand tube. Une petite quantité de liquide s'écoule alors par l'extrémité supérieure du tube effilé; on place alors le grand tube dans de l'eau tiède; la fermentation s'établit, le gaz se rend à la partie inférieure du bouchon, remplit peu à peu le tube, presse le liquide qui s'écoule par l'extrémité supérieure du tube effilé.

Pour reconnaître si le gaz obtenu est de l'acide carbonique pur, on plonge l'extrémité ouverte du tube effilé dans un verre contenant de la solution de potasse; puis, à l'aide d'une lampe, on chauffe le fond du grand tube; quelques bulles de gaz se dégagent; on retire alors la lampe; le gaz se refroidit et se contracte, la solution de potasse rentre dans l'appareil et le remplit complétement par une légère agitation effectuée sans soulever l'appareil.

Extraction du sucre. Scientifiquement, l'extraction du sucre d'un liquide devrait seule permettre d'en affirmer la présence; cependant lorsqu'à la suite d'une fermentation régulière, on a constaté la pureté de l'acide carbonique et la présence de l'alcool par la distillation du liquide fermenté, on est autorisé, dans l'état actuel de nos connaissances, à affirmer la présence du sucre.

Mais aujourd'hui les procédés d'extraction du sucre sont si sensibles qu'on peut l'extraire de 200 grammes d'urine contenant 5 centigr. de sucre, soit un demi-millième de ce corps.

J'ai pu, depuis cette époque, isoler le sucre du foie découvert par M. Cl. Bernard, en faisant usage du même procédé proposé par M. Lehmann, et auquel j'ai fait subir des modifications qui m'ont permis d'obtenir le sucre à l'état cristallisé.

Voici comment j'opère : j'acidule très-légèrement l'urine sur laquelle j'opère avec l'acide sulfurique, les sulfates minéraux, étant tous insolubles dans l'alcool, j'évapore au bain-marie dans des assiettes peu profondes, et j'obtiens ainsi un résidu pâteux, auquel j'ajoute à chaud une petite quantité d'alcool à 33° pour le délayer; je l'introduis alors dans une fiole, et je l'épuise à l'ébullition par des traitements successifs avec de l'alcool à 33°; les liqueurs sont réunies, chauffées ensemble et filtrées; après le refroidissement, j'ajoute alors peu à peu une solution récente et saturée de potasse caustique dans l'alcool, et j'agite fortement après chaque addition; la liqueur, qui d'abord s'était troublée, s'éclaircit par la séparation d'une substance pâteuse qui adhère aux parois de la fiole.

Je continue ainsi les additions de potasse jusqu'à ce que la liqueur ne se trouble plus; arrivé à ce terme, je décante la liqueur claire, je lave à plusieurs reprises le magma de la fiole avec de l'alcool; puis après l'avoir dissous dans un peu d'eau, je précipite la potasse par un léger excès d'acide tartrique et j'agite; le bitartrate de potasse est séparé par le filtre.

La liqueur acide est mise en contact, toujours à froid, avec un excès de craie, et on l'y laisse en l'agitant de temps à autre jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement neutre au papier de tournesol violet; on filtre de nouveau, on évapore au bain-marie, et le résidu est épuisé par l'alcool.

La liqueur alcoolique évaporée spontanément laisse un sirop qui, après un assez long temps (un de mes échantillons a mis huit mois), donne de petits cristaux prismatiques à quatre pans terminés par des sommets dièdre, qui occupent presque toute la masse.

Lorsqu'au lieu d'extraire le sucre on veut se contenter de la fermentation, il suffit de saturer la liqueur aqueuse du précipité potassique par de l'acide sulfurique étendu d'eau; le sulfate de potasse étant peu soluble se dépose surtout par l'agitation; on le sépare par le filtre, et la liqueur claire, étendue d'un peu d'eau et additionnée de levûre de bière, est introduite dans l'un des appareils à fermentation.

J'ai appliqué le procédé précédent à quatre urines, réduisant fortement la liqueur cupropotassique et provenant de femmes en lactation et à six urines d'hommes bien portants, et jamais je n'ai pu obtenir de *fermentation*.

Il faudrait bien se garder de conclure qu'il y a du sucre dans une urine, parce que l'on obtiendrait un précipité par l'addition de la potasse dans la liqueur alcoolique provenant de l'épuisement du résidu fourni par l'importance d'une urine. Toutes urines normales traitées de cette manière donnent un précipité très-notable qui *réduit la liqueur* cupropotassique, mais *ne fermente pas;* il est facile de se convaincre que le précipité potassique obtenu dans toutes les urines normales, et qui ne fermente pas après saturation de l'alcali, n'est autre que de l'urate de potasse; car si, après avoir dissous le magma potassique dans un peu d'eau, on le chauffe avec un léger excès d'acide acétique, on laisse refroidir quelques heures, on trouve, en traitant par l'alcool, qu'il se sépare des cristaux d'acide urique, que l'on peut facilement reconnaître au microscope et à sa transformation en murexyde par l'acide azotique; de plus, la liqueur alcoolique évaporée ne donne plus de réduction par la liqueur cupropotassique; donc l'urine normale et l'urine des femmes en lactation ne renferment pas de sucre.

En résumé, si les procédés de Trommer, de Barreswil, ainsi que la chaux, la potasse, le sous-nitrate de bismuth, peuvent, par les colorations diverses qu'ils donnent en présence de plusieurs substances réductrices, guider dans la recherche du sucre, ils ne constituent que des caractères d'un ordre inférieur, sur lesquels on ne saurait se baser pour affirmer la présence du sucre dans l'urine normale.

Les caractères essentiels du sucre sont :

1° Une fermentation prompte en présence de la levûre de bière avec formation d'acide carbonique pur et d'alcool; une opération comparative faite sans sucre et dans les mêmes conditions doit toujours contrôler la valeur de la levûre; dans les cas douteux, il est absolument nécessaire de traiter l'urine par mon procédé.

2° L'extraction du sucre lui-même, à l'aide du procédé de M. Lehmann, modifié comme je l'ai dit plus haut.

Enfin, toutes mes recherches m'ont prouvé de nouveau que si quelques personnes ont admises dans l'*urine normale de l'homme* et dans celle des femmes en lactation la présence d'une quantité notable de sucre, c'est qu'elles ont donné à des caractères insuffisants une valeur scientifique qu'ils ne possèdent pas.

2° Recherches sur le sucre formé par la matière glycogène hépatique; par MM. Berthelot et de Luca.

On sait, par les expériences de M. Cl. Bernard, que la matière glycogène hépatique peut être transformée en un glucose particulier; mais la nature même de ce glucose et ses caractères spécifiques n'ont pas encore été déterminés avec précision.

On ignore, par exemple, si le glucose est identique avec quelqu'une des diverses espèces de glucose aujourd'hui connues, telles que le glucose de raisin, le glucose de malt, le glucose lévogyre, le glucose lactique, etc., ou bien si le glucose hépatique constitue une nouvelle espèce douée de caractères propres.

Ayant réussi à obtenir, sous forme cristallisée, la combinaison du glucose

bépatique (1) avec le chlorure de sodium, nous avons soumis à une étude systématique cette combinaison définie.

Elle se présente sous la forme de cristaux volumineux, limpides, incolores aptes à réduire le tartrate cupropotassique et à fermenter sous l'influence de la levûre de bière.

Ce sont des rhomboèdres apparents de 78 degrés.

Leur pouvoir rotatoire, déterminé à l'aide d'une solution aqueuse, est dirigé vers la droite; il a été trouvé égal à + 47 degrés.

Ce pouvoir est notablement plus considérable dans les premiers moments qui suivent la dissolution des cristaux.

Enfin, ces cristaux renferment 8,3 de chlore, ce qui correspond avec la formule



$$2\,C^{12}H^{12}O^{12},\ 2\,HO + Na\,Cl.$$

Toutes ces propriétés s'accordent exactement avec celles de la combinaison entre le glucose de raisin et le chlorure de sodium, telles qu'elles sont connues par les travaux de M. Peligot et de M. Pasteur.

Ainsi se trouve démontrée l'identité du glucose formé au moyen de la matière glycogène hépatique et du glucose ordinaire, c'est-à-dire du glucose de raisin et de diabète.

V. — Anatomie pathologique.

ALTÉRATION LARDACÉE OU CIREUSE DU FOIE, DE LA RATE ET DE L'UN DES REINS (SPECKKRANKHEIT DES ALLEMANDS); ABSENCE DE CORPUSCULES AMYLOÏDES DANS LES PARTIES ALTÉRÉES; POINT DE COLORATION BLEUE PAR L'ACTION COMBINÉE DE LA TEINTURE D'IODE ET DE L'ACIDE SULFURIQUE; par le docteur CHARCOT. — ANALYSE HISTOLOGIQUE; par M. JULES LUYS.

Une femme âgée de 35 ans environ avait éprouvé pendant deux ans des douleurs violentes revenant par accès, qui siégeaient principalement dans la région lombaire droite, et de là se répandaient dans le flanc droit, et quelquefois le long du membre inférieur correspondant. Ces accès s'accompagnaient souvent de vomissements. Ils avaient été suivis à plusieurs reprises de l'émission d'urines sanglantes, mais la malade assure n'avoir jamais rendu de calculs.

Depuis trois ou quatre mois la douleur lombaire est devenue permanente, mais elle est moins violente que par le passé; peu à peu les forces se sont affaiblies. Les membres inférieurs se sont infiltrés et il est survenu une hydropisie ascite.

Les urines laissent déposer une assez grande quantité de pus (globules purulents, cellules d'épithélium, de la vessie, des reins et des uretères).

Dans les derniers temps de sa vie, la malade ayant fait usage d'onguent napolitain en frictions sur le ventre, fut prise de stomatite mercurielle, d'hydrargyrie (eczéma mercuriel), siégeant sur les parties du corps où les onctions avaient été pratiquées, et de purpura dont les taches étaient nombreuses, surtout sur les avant-bras, les jambes et les cuisses.

A l'autopsie on trouve le rein droit tranformé en une sorte de coque fibreuse dans laquelle on ne découvre plus traces des éléments du parenchyme rénal.

Le bassinet, très-dilaté, contient un calcul du volume d'un petit œuf de poule et hérissé de prolongements rameux qui pénètrent dans les calices dont ils représentent assez exactement le moule interne.

Le foie est volumineux; ses bords sont mousses et arrondis. La surface de section présente une coloration d'un blanc jaunâtre, un aspect gras et luisant, et une consistance qui rappelle assez bien celle du lard ou de la cire.

Sur le fond blanc se détachent des marbrures rougeâtres au niveau desquelles le parenchyme semble moins profondément altéré.

La rate est volumineuse; elle présente une altération semblable à celle du foie, seulement ses parties dégénérées sont ici plus limitées et disposées sous forme de noyaux.

Le rein gauche, volumineux, présente également, mais dans toute son étendue, la dégénération *cireuse* ou *lardacée*.

La teinture d'iode étendue simultanément sur les parties du foie, de la rate et des reins, où l'altération cireuse paraît être le plus prononcée, ne détermine aucune façon la coloration bleue qui a été observée quelquefois dans des cas en apparence semblables.

L'examen microscopique fait reconnaître dans ces parties des granulations moléculaires, des gouttelettes huileuses, des cellules hépatiques pour la plupart recoquillées, flétries et infiltrées de granulations graisseuses. On n'y découvre rien qui rappelle les corpuscules dits amyloïdes.

Les autres organes n'ont présenté aucune altération.

ANALYSE HISTOLOGIQUE. — Un morceau de foie cireux m'a été remis par M. Charcot. Il offrait un des types les plus francs de ce genre d'altération. Pour la consistance et la coloration, il ne pouvait mieux se comparer qu'à un fragment de pâte de lichen des hôpitaux. La coupe offrait cet aspect semi-transparent qui donne au parenchyme la teinte caractéristique d'une cire grisâtre.

L'analyse des éléments du foie nous fit constater les particularités suivantes :

1° Les parois des acini, ainsi que celles des nombreux vaisseaux qui rampent à leur surface, se montrèrent à nous augmentées considérablement d'épaisseur par l'adjonction d'une trame fibroïde de nouvelle formation. Cette trame fibroïde nous a paru formée par du tissu conjonctif à différentes périodes d'évolution, depuis l'état de noyau jusqu'à celui de fibre fusiforme allongée.

2° De tous les points de cette zone extérieure fibroïde qui enserrait les acini, une multitude de tractus fibroïdes se dirigeant sur les portions centrales de ces acini, partaient en toutes les directions, mais principalement en suivant les parois des capillaires, et allaient aboutir en dernière analyse à la périphérie des cellules hépatiques. Celles-ci se trouvaient donc toutes entourées d'une zone spéciale de tissu fibroïde de nouvelle formation qui leur formait alors un véritable encadrement.

J'ai pu, de la sorte, isoler quelques-unes de ces cellules hépatiques avec la petite portion de tissu fibroïde dans lequel elles étaient comme enchâssées, et constater que ce tissu fibroïde était bien réellement formé par des fibres fusiformes de nouvelle formation, qui représentaient autour de la cellule hépatique, en miniature, ce que les gros faisceaux fibroïdes dont nous venons de parler représentaient à la périphérie des acini.

Dans l'un et l'autre cas le développement du nouveau tissu s'était fait le long de la continuité des capillaires, et si l'on se représente quelle est l'extrême abondance de ces mêmes vaisseaux dans l'intérieur des acini, on sera peu surpris de l'énorme développement qu'ont pris les éléments de nouvelle formation auxquels ils servent de support.

2° Quand aux cellules hépatiques ainsi isolées par un cadre solide, c'était à leur contenu jaunâtre fortement réfringent que la coupe de l'organe devait son aspect cireux, et on pourrait dire que cet aspect n'était que la résultante commune des apparences nouvelles que prenaient les cellules hépatiques dont le contenu était modifié.

Mais en quoi consiste cette modification? c'est ce qu'il nous a été difficile de dire, la pièce ayant déjà subi un certain degré d'altération. Nous pouvons seulement annoncer que cette matière était précipitée en granulation grisâtre par l'acide acétique, qu'elle était soluble dans une dissolution de soude, et l'action de l'acide sulfurique et de l'iode n'y démontrait aucune trace de matière amyloïde.

Les noyaux des cellules avaient presque tous disparu.

Au point de vue de l'évolution, la lésion nous paraît avoir débuté dans l'épaisseur du cercle vasculaire extralobulaire, et de là, franchissant les limites des parois de l'acini, avait poussé des ramifications envahissantes vers les portions centrales, en encadrant la périphérie des cellules hépatiques comme un effort ultime.

De plus, en considérant 1° l'abondance de la matière amorphe qui entourait les capillaires tant intra qu'extra-lobulaires, et 2° la multitude d'éléments histologiques en voie de développement, nous sommes porté à admettre qu'ici une grande partie du tissu nouveau s'est formé de toutes pièces aux dépens du blastème exsudé, et que la génération de ces éléments nouveaux aux dépens des éléments anciens a dû être très-limitée.

Au point de vue de la classification, ce genre de lésion me paraît avoir un lien de parenté si étroit avec toutes celles que l'on rencontre dans la cirrhose, que je ne puis m'empêcher de les ranger dans la même famille. Ne trouve-t-on pas dans les deux cas la même tendance aux productions fibroïdes? Seulement dans la cirrhose l'altération se borne à investir les acini, les nouveaux tractus n'existent le plus souvent qu'à l'extérieur du tissu sécréteur du foie.

Ici, au contraire, le mal pénètre plus profondément dans la partie active de l'organe, non-seulement il investit les acini, mais encore ses trabécules avancées vont jusque sur les cellules hépatiques qu'elles circonscrivent et qu'elles encadrent; et il résulte de ce fait que celles-ci, cerclées, enserrées par le cadre de tissu morbide sont en quelque sorte isolées les unes des autres, que leurs parois cessent d'accomplir physiologiquement leur fonction, que leur noyau disparaît, que leur contenu subit des transformations anormales en prenant dans chacune d'elles cet aspect gris jaunâtre demi-transparent qui ressemble si bien à une masse de cire, et qu'enfin le fonctionnement physiologique de l'organe est matériellement empêché.

VI. Tératologie.

1° ABSENCE DU TESTICULE DU CÔTÉ GAUCHE; ANORCHIDIE SIMPLE OBSERVÉE SUR UN FOETUS; par MM. BASTIEN et LE GENDRE, prosecteurs des hôpitaux.

Sur un fœtus à terme dont le corps paraissait bien conformé, nous avons rencontré un seul testicule dans les bourses, du côté droit du scrotum : l'examen du canal inguinal et de la cavité abdominale ne nous ayant fait rencontrer aucune trace du testicule gauche, nous avons disséqué avec beaucoup de soin les régions où cet organe pouvait être placé accidentellement. Voici le résultat de cet examen :

Les bourses sont normales à l'extérieur, le repli médian est bien déve-

(1) Formé par la réaction de l'acide chlorhydrique dilué sur la matière glycogène hépatique du lapin.

loppé; cependant celle du côté droit est plus large que la gauche. La cavité abdominale étant ouverte, on constate une oblitération du canal inguinal à droite; de l'autre côté, ce canal arrive jusqu'à la racine des bourses; mais dans le scrotum de ce côté, il n'y a pas de cavité séreuse.

Si l'on cherche à reconnaître les organes qui, dans l'abdomen, se rendent dans le canal inguinal, on reconnaît les vaisseaux spermatiques dont l'artère a été injectée, le canal déférent, qui arrivent jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. En ouvrant la paroi antérieure de ce canal, on voit que le canal déférent descend jusqu'au fond de la petite cavité péritonéale qui remplit ce canal; il est situé en arrière du col-de-sac péritonéal, et bientôt il semble se terminer en plusieurs filaments qui se perdent insensiblement et se confondent avec le gubernaculum testis; celui-ci a entraîné le cul-de-sac péritonéal, comme à l'ordinaire, jusqu'au-dessous de la symphyse pubienne, et on peut voir ses trois faisceaux distincts qui se dirigent vers le scrotum, vers la racine de la cuisse, et l'autre vers le pubis. Les vaisseaux testiculaires accompagnent le canal déférent jusqu'au fond du canal inguinal et se perdent dans le tissu cellulaire du scrotum où ils s'anastomosent avec les vaisseaux des bourses. L'artère déférentielle existait. L'artère testiculaire était aussi volumineuse que celle de l'autre côté.

Les capsules séminales étaient normales; les vésicules séminales avaient le même volume. Il n'y avait pas d'anomalies dans les autres organes de la cavité abdominale ou de la cavité thoracique.

Nous avons décrit ce fait comme un exemple d'anorchidie simple, parce qu'il y a absence complète d'un testicule. Quelques faits analogues sont décrits sous le nom de monorchidie. Cette dernière expression indique seulement la présence d'un testicule, et dans ces derniers temps on l'a surtout employée pour désigner la présence apparente d'un seul de ces organes dans les bourses, tandis que l'autre restait caché dans l'abdomen ou dans le canal inguinal.

En outre, cette observation démontre d'une manière positive l'absence de formation du testicule, son absence congénitale, et répond aux hypothèses que l'on aurait pu faire si le sujet avait vécu sur la disparition de l'organe testiculaire dans la première période de la vie. (Séance du 4 juin.)

2° ABSENCE COMPLÈTE DES DEUX TESTICULES; ANORCHIDIE DOUBLE OBSERVÉE SUR UN FOETUS; par MM. LE GENDRE et BASTIEN.

Un fœtus à terme ayant respiré présentait des bourses petites, flasques; à la pression on ne sentait rien dans leur intérieur. Il n'y avait aucune tumeur dans les anneaux inguinaux. Après avoir ouvert l'abdomen, on a constaté que les deux orifices internes de ces canaux étaient oblitérés par le péritoine; et la recherche la plus minutieuse dans les parties voisines de cette région, du côté de l'abdomen, n'a pu faire découvrir aucune trace du testicule. Ayant disséqué alors avec le plus grand soin le canal inguinal, on a suivi les différents éléments du cordon pour constater leur conformation. Voici le résultat de cet examen :

Dans la région inguinale du côté de l'abdomen, on aperçoit, au-dessous du péritoine, un cordon arrondi qui s'engage dans le canal inguinal, c'est le cordon déférent. On peut suivre ce cordon dans toute la longueur du canal inguinal, et on voit qu'il se termine à quelques millimètres au delà de l'ouverture inguinale externe par une extrémité arrondie. Il est environné de tous côtés par des tractus fibreux rougeâtres qui appartiennent au gubernaculum testis. Il ne présente aucune trace de renflement dans tout ce trajet, il n'existe à l'entour aucune cavité indiquant que la séreuse péritonéale ait traversé le canal inguinal.

Son trajet pelvien est tout à fait normal; il s'enfonce dans le petit bassin derrière la vessie, et se termine à une vésicule séminale tout à fait normale pour la forme et le volume.

Les vaisseaux qui constituent le cordon étaient régulièrement formés, artères et veines, quoique d'un petit volume.

Leur origine était normale; quant à leur terminaison, elle se faisait dans le tissu cellulaire de la partie supérieure des bourses.

La disposition était exactement la même des deux côtés; l'extrémité du cordon déférent du côté droit descendait peut-être un peu moins dans le scrotum que celui du côté gauche.

Ainsi, en résumé, il y avait absence complète du testicule et de l'épididyme des deux côtés, et formation régulière du cordon déférent des vésicules séminales et de toutes les autres parties des organes génito-urinaires : c'est donc un cas d'anorchidie complète. (Séance du 25 juin.)

3° ABSENCE COMPLÈTE DU TESTICULE GAUCHE CHEZ UN FOETUS; ANORCHIDIE SIMPLE; par M. LE GENDRE.

Sur un fœtus qui avait vécu deux à trois mois, j'ai rencontré l'anomalie suivante :

Il n'existait qu'un seul testicule descendu dans le scrotum du côté droit; celui-ci était assez développé avec un raphé médian, mais le scrotum gauche était flasque et mou.

Ayant ouvert l'abdomen pour rechercher l'autre testicule, je trouvai l'orifice interne du canal inguinal oblitéré des deux côtés, et dans le trajet du canal inguinal gauche, il me fut impossible de sentir le testicule. Une dissection minutieuse me permit alors de suivre le canal déférent normalement développé; il traversait le canal inguinal et venait se terminer brusquement au peu au-dessous de l'orifice externe du canal dans un petit corps jaunâtre aplati, de l'épaisseur d'une tête d'épingle, et environné de tous côtés d'un tissu rougeâtre. Du côté du petit bassin, le canal déférent se rendait à une vésicule séminale normale aussi développée que celle du côté opposé.

Il était facile de suivre, sous le péritoine de la région lombaire, jusque dans le pli de l'aine, les vaisseaux artères et veines qui se rendent ordinairement au testicule. Leur volume était normal; ils se rendaient dans le tissu cellulaire du scrotum.

Ainsi, dans ce fait, nous trouvons une absence complète du testicule du côté gauche; le cordon déférent, les vésicules séminales existent. Quant au petit corps qui terminait le cordon déférent dans la région scrotale, on peut le regarder comme le rudiment d'un épididyme; son petit volume a empêché d'en faire un examen plus complet.

Outre cette anomalie, il existait chez ce fœtus un développement considérable de l'uretère du côté gauche. Ce conduit, dans son trajet, depuis le rein jusqu'à la vessie, avait environ le volume d'une forte plume d'oie; il était rempli de liquide, ainsi que la vessie; l'uretère du côté droit était aplati. Les deux reins et les capsules surrénales étaient normalement conformés. Il n'existait aucun autre vice de conformation dans les organes splanchniques. (Séance du 25 juin.)

VARIÉTÉS.

— M. Flourens vient d'être nommé membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, et de l'Académie Pontanienne de la même ville.

—Par décret du 2 octobre, M. Grassi, ancien pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour l'internat commencera le samedi 5 novembre. Le registre d'inscription sera clos le jeudi 20 octobre.

Les juges pour le concours sont : MM. Guérard, Legroux, Marrotte, Danyau et Depaul, titulaires; Sée et Giraldès, suppléants.

—La presse médicale espagnole vient de perdre M. Vicente Greus y Girona, directeur du journal LA ACTUALIDAD.

— M. le ministre de l'intérieur a inauguré, avant-hier jeudi, le nouvel asile du Vésinet.

Cet établissement était d'abord destiné à recevoir des ouvriers mutilés dans le cours de leurs travaux. Cette destination a été changée. Il est maintenant consacré à recevoir des ouvrières convalescentes, de même que l'asile de Vincennes reçoit les ouvriers qui, soignés dans les hôpitaux de Paris, ont besoin de calme et d'air pur pour achever leur convalescence.

—L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, dans sa séance annuelle, s'est prononcée *à l'unanimité moins trois voix*, pour l'ajournement de son agrégation à l'Association générale. (GAZ. MÉD. DE STRASBOURG).

— La Société impériale de médecine de Lyon a consacré ses séances des 22 et 29 août à l'audition d'un mémoire de M. Diday, intitulé : DÉFENSE DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES CONTRE LE RAPPORT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, QUI LES EXCLUT DE L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL.

—Le choléra a éclaté avec beaucoup de violence dans le grand-duché de Mecklenbourg. On cite des localités où les travaux de la moisson ont dû être suspendus, faute de bras, soixante à soixante-dix personnes ayant été frappées de la maladie en même temps. (THE LANCET).

— A l'exemple de la métropole, les colonies anglaises en Amérique, ont appliqué le *Registration-Act*, c'est-à-dire ont arrêté qu'aucun individu ne serait autorisé à exercer la médecine s'il ne s'est fait inscrire sur un registre, formalité pour laquelle il est obligé d'exhiber son diplôme. Au Nouveau-Brunswick, l'exécution de cette mesure a soulevé quelques difficultés. Un homœopathe a prétendu se faire inscrire sur la présentation d'un *homœo-diplôme* (textuel) : et comme on l'a refusé, il est maintenant en instance devant la justice du pays pour obtenir satisfaction. (GAZ. MÉD. DE LYON).

— Une députation d'habitants de Dublin est allée exposer au lord-lieutenant la nécessité de pourvoir la cité de fontaines d'eau potable. La PRESSE MÉDICALE DE DUBLIN profite de l'occasion pour demander des urinoirs publics. Rien de plus logique; plus on boira d'eau, plus il en faudra rendre. Il paraît qu'il n'y a aujourd'hui que trois urinoirs publics à Dublin.

—Nous recevons du bureau de l'Académie royale de médecine de Belgique l'avis suivant, avec prière de l'insérer :

« L'académie royale de médecine de Belgique a reçu le 31 août, pour un des concours qu'elle a ouverts l'an dernier, un mémoire en langue allemande, expédié de Chiavenna, et portant pour épigraphe : *Tres convenit habere rationem, ut brevis, ut dilucida, ut vera sit*. L'auteur de ce travail est invité à le faire reprendre au secrétariat (place du Musée, n° 1 à Bruxelles), la compagnie ne pouvant accepter, aux termes du programme du concours, que les mémoires écrits en latin, en français et en flamand. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

ASSISES DE LONDRES : CAS IMPORTANT DE MÉDECINE LÉGALE, DOUTES GRAVES APRÈS LE PRONONCÉ D'UN ARRÊT DE MORT.

Chaque fois que nous venons à rencontrer dans l'histoire ces trop nombreux monuments des mauvaises passions de notre espèce que le meurtre, sous toutes ses formes, y dessine en traits de sang, l'esprit s'en détourne avec horreur, et dans un égoïste et naturel retour sur nous-mêmes, nous nous prenons à nous féliciter d'appartenir à une époque de la vie de l'humanité où les atrocités sont relativement rares, où la sécurité individuelle paraît une des grandes préoccupations de la société tout entière.

Aussi éprouvons-nous le choc d'un inquiétant contraste et d'un douloureux réveil, quand cette sécurité si parfaite que la loi a pour objet et pour effet habituel de nous garantir, se voit tout d'un coup troublée, ébranlée dans sa base par ce malheur public qu'on nomme une erreur judiciaire. C'est certainement une des gloires de notre époque que l'effet produit sur les masses par ces cruels événements, devenus rares aujourd'hui. Leur rareté même est un des plus remarquables indices des progrès constants de l'administration de la justice en Europe, et un honneur pour le dix-neuvième siècle.

Pour rares cependant que soient ces fatales erreurs, elles ne sont pourtant pas encore sans exemple, même dans les pays où l'action de la justice se développe au grand jour de la publicité orale et imprimée. Et aujourd'hui même nous avons à enregistrer un de ces tristes cas, un fait bien grave qui a failli tout récemment tacher d'un sang probablement innocent l'écusson de la justice anglaise.

Comme ce drame judiciaire touche par une foule de points à la science, qu'il repose même presque exclusivement sur des questions de médecine légale aussi variées qu'intéressantes, nous avons cru, à tous les points de vue, en devoir la narration succincte à nos lecteurs. La justice et la science sont de tous les pays. Passons donc au fait :

Le 3 mai dernier mourait à Richmond (le plus joli endroit de l'Angleterre, au sentiment des Français qui ont visité ce pays) une femme encore jeune (42 ans), Isabella Banks; alitée depuis six semaines, elle succombait à des vomissements et à une diarrhée que les soins les plus assidus donnés pendant toute cette période ne purent enrayer un seul jour. Cette malheureuse vivait avec un membre de notre profession auquel elle venait de s'unir par les liens du mariage, le docteur Smethurst, négligeant l'un et l'autre une circonstance qui en eût arrêté de moins décidés, l'existence d'une première femme encore vivante dudit docteur. Mais passons sur ce détail qui est, d'ailleurs, le fait unique à la charge de l'accusé, aussi bien que de la morte qui en était parfaitement instruite et complice.

Étonné de l'opiniâtreté de la maladie qui résistait à ses efforts, humilié dans la haute opinion qu'il a de l'art, le conseil de la malade et de son mari, le docteur Julius, crut devoir aller chercher dans des causes extérieures la raison de l'impuissance de ses secours. La pensée d'un empoisonnement dont l'auteur ne pouvait être que le mari, germa dans son esprit et finit par faire explosion. Rien pourtant dans la conduite apparente de ce dernier ne justifiait ces soupçons. La plus parfaite entente, la plus entière confiance semblaient régner entre le mari et la femme : cependant, approchant seul de la malade, aucun tiers n'intervenant dans les soins réclamés par son état, le soupçon, une fois formé, ne pouvait porter que sur le mari.

Incertain sur la conduite à tenir, le docteur Julius crut devoir provoquer une consultation ; le mari s'y prêta sans hésitation, et l'associé du conseil ordinaire, le docteur Bird, lui fut adjoint. Les soupçons furent-ils communiqués par le docteur Julius à son confrère, ou conçus spontanément aussi par ce dernier, l'instruction n'a pas mis ce détail dans tout son jour. Ce qui est certain, c'est qu'au bout de peu de jours la même croyance régnait chez les deux médecins qui demandèrent une troisième adjonction qui ne leur fut pas plus refusée que ne l'avait été la seconde. Le docteur Todd (de Londres) fut appelé, les soupçons lui furent communiqués, partagés par lui, et il fut arrêté qu'on analyserait les déjections de la malade ainsi que les urines. En même temps, et malgré l'incertitude où était l'aréopage médical d'avoir affaire à une dyssenterie ou à un empoisonnement métallique (ils ignoraient une circonstance qui plus tard a tout expliqué), à la diarrhée permanente, aux vomissements incoercibles, à la brûlure intérieure, les médecins traitants continuèrent avec la plus inébranlable constance à opposer l'administration journalière des purgatifs métalliques qu'on ingérait sans succès déjà depuis plusieurs semaines. C'est un premier point de pratique qui surprendra en France, mais qui doit pas pourtant être mis à la charge de la science anglaise, car il a été relevé vivement dans les discussions qui sont plus tard intervenues.

Quoi qu'il en soit, dans l'ignorance où l'on était d'une certaine circonstance sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, les soupçons ayant quelque raison d'être, l'examen des urines et des matières rendues par la malade était évidemment indiqué. Le mari, informé de ce désir, se prêta avec la plus grande facilité à cette investigation. Des matières qui n'avaient pas été jetées, furent à l'instant scellées et envoyées au docteur Taylor, l'un des premiers toxicologistes d'Angleterre, avec invitation de les analyser. La réponse arriva au moment, ou le jour même de la mort de la malade : M. Taylor avait trouvé de l'arsenic, 1/2 grain environ dans 4 onces de matières intestinales. Sur ce témoignage, le docteur Smethurst, le mari, fut arrêté et perquisition faite en son domicile.

Le lendemain, 4 mai, une autopsie judiciaire fut pratiquée par MM. les docteurs Barwell et Palmer en présence de MM. Julius et Bird. Les organes étaient généralement sains, *l'estomac absolument intact ;* toute l'extrémité inférieure du petit intestin et la totalité du gros intestin offraient de larges et nombreuses ulcérations putrilagineuses. Mais, circonstance absolument méconnue pendant la vie de la malade, ou pour mieux dire pas même soupçonnée, l'utérus contenait un fœtus de six à sept semaines.

D'après ce rapide narré des faits saillants de ce triste épisode, une seule circonstance pouvait légitimer la mise en accusation du mari de la défunte. La découverte faite par M. Taylor d'un demi-grain d'acide arsénieux dans les selles qui lui avaient été envoyées. Quant aux organes recueillis après la mort, foie, rate, poumons, reins, intestins, la plus scrupuleuse analyse n'y découvrit absolument aucune trace de

FEUILLETON.

PRIVILÉGES ACCORDÉS AUX CHIRURGIENS ET AUX PHARMACIENS DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON EN 1626.

Childebert et la reine son épouse, heureux fondateurs de l'Hôtel-Dieu de Lyon, n'eurent en vue que le soulagement des pauvres de cette ville importante ; mais toute administration dans son enfance est loin de la perfection. Le temps seul apporte des modifications, des habitudes, des abus qu'il faut quelquefois réprimer. Le service médical, presque nul les premières années, avait une importance réelle dès 1626 ; des hommes dévoués et intelligents étaient chargés de surveiller l'usage que l'on faisait du bien des pauvres, et de conseiller une meilleure administration ; le nombre des pauvres malades augmentait tous les jours, le chapitre des dépenses grossissait tous les mois et les rentes restaient stationnaires. Il fallut donc demander quelques priviléges. Le personnel médical que le dévouement seul retenait près des malades, était rare chez les jeunes gens, qui se plaignaient de ne pas être assez payés.

Les administrateurs étaient peinés de voir que les garçons des chirurgiens et de l'apothicaire ne restaient quelquefois qu'une année, souvent moins, attachés à l'établissement, préférant, disaient-ils, se créer une position honnête au dehors de l'hospice, et rester en ville chez leurs maîtres. Alors le service des salles se faisait d'une manière très-irrégulière, les pauvres en souffraient, et la dépense était plus grande. On était obligé de s'attacher des garçons, des aides, des serviteurs, sans éducation, qui ne savaient même pas *saigner*, appliquer le premier appareil pour soigner une blessure, ignorant la *dose*, le *spécifique*, la *convenance*, la *relation*, la *mixtion* des remèdes ou des médicaments qu'ils pouvaient donner aux malades, qui ne recevaient la visite du médecin et du chirurgien, tous les deux réunis en cas de blessure, que le lendemain.

Cet état de choses dura longtemps ; il fallut que les médecins se plaignissent plusieurs fois aux administrateurs, pour les engager à demander au roi les mêmes priviléges qu'on avait accordés à leurs confrères de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Louis XIII ne resta pas sourd à la requête des administrateurs, désireux d'améliorer le service médical, de remédier à tous les inconvénients qu'on lui signalait, et surtout de retenir les *compagnons apothicaires* et *chirurgiens* plus longtemps au service des malades, comme les administrateurs l'en avaient humblement supplié, en le priant de vouloir bien accorder que dorénavant lesdits compagnons ; « qui auraient été choisis par les administrateurs dudit Hôtel-Dieu, après avoir servi en celui-cy l'espace de six années » actives et consécutives, pussent après ledit temps devenir maîtres apothi-

poison. Comment concilier ce résultat négatif des expertises avec la découverte du docteur Taylor. Ici l'imagination anglaise s'est donnée pleine carrière : suivant les experts, par la découverte dans le domicile de l'accusé d'un flacon de chlorate de potasse dont la malade avait pris plus ou moins. Le sel potassique avait (*sic*) forcé l'élimination rapide par les urines des sels métalliques ingérés, c'est pour cela qu'on ne trouvait ni arsenic, ni antimoine, ni mercure dans les organes analysés, tandis que le premier expert en avait trouvé dans les selles qui lui avaient été remises!

Ces explications allaient à merveille au plan de l'accusation; mais voici un incident nouveau qui vient étrangement les compromettre. Le docteur Taylor analysant à son tour le chlorate de potasse de la fiole recueillie chez l'accusé, et où ses collègues n'avaient rien rencontré, y trouve, lui, du cuivre, puis de l'arsenic. Comment expliquer une telle contradiction? Il lui vint naturellement à l'idée de suspecter les instruments qui ont servi à son analyse (ce qu'il eût dû faire dès le principe et comme contre-épreuve ; c'est une règle en médecine légale), la conviction se fait dans son esprit qu'un filtre, une gaze, un treillis en fil de cuivre, dont on se sert dans le procédé de Reinsch (modification de l'appareil de Marsh apportée par les conseils de Berzélius), que cet instrument, disons-nous, a fourni à sa première analyse le cuivre et l'arsenic qu'il avait cru rencontrer dans les évacuations de la malade.

Avec l'empressement d'un honnête homme, M. Taylor vient accuser lui-même son erreur devant le juge, et par cette déclaration anéantit dans l'accusation toute trace matérielle de délit.

Alors surgit cette question obligée :

Mais y a-t-il bien eu empoisonnement? N'y a-t-il pas de maladie qui puisse conduire par elle-même à un fait pareil et à des données nécroscopiques semblables? C'est là-dessus qu'a porté particulièrement le débat, comme aussi sur le point de savoir si le chlorate de potasse avait le privilége d'opérer dans les organes glandulaires un lavage parfait de tout sel métallique absorbé.

Disons, à notre regret, que la réponse de la science devant le jury n'a pas eu ce caractère d'affirmation dans la vérité que le cas comportait, et qui devait faire l'impression désirable. Ce n'est que timidement que s'est fait jour la supposition d'une dyssenterie, et même celle beaucoup plus probable d'un cas de vomissement incoercible de la grossesse. Ce n'est, en effet, *qu'après le procès* que cette dernière opinion a établi, non-seulement sa possibilité, mais sa probabilité.

Quoi qu'il en soit, et malgré le peu de présomption de crime à tirer des faits accessoires du procès, sans corps de délit sous les yeux, c'est-à-dire sans qu'il fût le moins du monde certain qu'il y ait eu une victime, le jury a déclaré l'accusé coupable d'empoisonnement. A moins que les journaux spéciaux, ce que nous ne saurions supposer d'ailleurs, aient élagué, avec intention, de l'acte d'accusation qu'ils ont reproduit toutes les circonstances extramédicales, nous ne voyons d'autre raison au procès criminel dont nous venons de parler, que les soupçons des médecins traitants. Mais pas une preuve, pas une réelle probabilité, pas d'empoisonné, pas de poison, pas même de tentative apparente d'empoisonnement! Et au bout de tout cela, pourtant, un arrêt de mort!

Mais, et c'est ici un grand honneur pour la science, au milieu de bien des détails moins recommandables, l'instruction réelle du procès qui n'avait pas été faite avant le jugement, a été accomplie après. En effet, après que le juge eut mis solennellement le « black cap » et prononcé l'arrêt de mort, la presse, la science saisies d'une légitime angoisse en face d'un jugement de mort si légèrement rendu, ont dû reprendre *ab ovo* l'instruction. En peu de pages elles purent démontrer d'abord qu'il n'y avait nulle part, dans les faits du procès, indice quelconque de l'existence présente ou passée d'un poison; secondement, que la mort de la malade pouvait aussi bien s'expliquer par l'affection connue sous le nom de vomissements incoercibles de la grossesse que par toute autre hypothèse. Les cas en étaient malheureusement trop nombreux, et la littérature anglaise en avait elle-même un triste et récent exemple à déplorer dans la regrettable personne de madame Charlotte Bronté, le charmant auteur de ce délicieux roman de JANE EYRE, que les deux mondes ont lu avec tant d'intérêt.

Bref, où il n'y a pas de poison il n'existe pas légalement d'empoisonnement; où il n'y a pas certainement meurtre, peut-il exister légalement un assassin?

Ces quelques points ont été mis en toute lumière sous les yeux du ministre de l'intérieur au département duquel ressortissent les grâces, par le docteur Tyler Smith, professeur d'obstétrique à Saint-Mary's hospital, dans une lettre pleine de bon sens et d'autorité qu'a publiée le TIMES. Le savant accoucheur y établit que toute réserve faite à l'endroit du condamné et du plus ou moins d'intérêt qu'il peut offrir, il n'est rien moins que démontré que la morte, Isabelle Banks, ait jamais été empoisonnée.

Hâtons-nous de rassurer nos lecteurs sur les conséquences de cet arrêt déplorable : sur la teneur de cette lettre et d'après lecture des débats de la presse médicale à ce sujet, le ministre a fait surseoir à toute exécution de l'arrêt, ce qui équivaut, nous devons le croire, à une cassation de cet arrêt.

Nous dirons, à cette occasion, avec nos confrères de la presse anglaise, que si la profession a eu malheureusement à rougir des personnalités, des agressions de toute nature qu'ont échangées dans ces tristes débats les représentants de la science, le triomphe obtenu en définitive par la voix de la raison est tout entier le triomphe même de la science. S'élevant au-dessus des circonstances morales du procès, circonstances très-pâles d'ailleurs, la science, après arrêt prononcé, a su arrêter le bras de la justice déjà levé sur le condamné ; elle a montré cette profondeur de l'abîme judiciaire, et où allait être entraînée la jurisprudence par un arrêt créant de toutes pièces un empoisonnement, là où l'on n'avait pas trouvé de poison.

Une foule de questions secondaires sont nées de cette cause sous tant de rapports remarquable, et qui a eu tant de retentissement en Angleterre. Nous passerons sous silence celles qui ne soulèvent que des points de science : la médecine légale aura à y relever plus d'un sujet intéressant de recherches et de discussion ; ils y abondent; entre autres la prétendue action dépurative, le lavage métallique des organes glandulaires par le chlorate de potasse.

Mais il est quelques points délicats d'ordre moral et professionnel que ces débats ont mis en évidence et qu'il convient peut-être de discuter. Celui qui préoccupe le plus nos confrères d'outre-Manche, et c'est justice, c'est le scandale offert à chaque session d'assises par la

---

» caires ou chirurgiens, sans être sujets aux rigueurs, examen, chef-d'œuvre » et dépenses portées par le règlement de l'art de la pharmacie et de la chi- » rurgie, conformément aux priviléges accordés par ses prédécesseurs rois, » à l'Hôtel-Dieu de la ville de Paris et autres villes du royaume. » « Le roi ac- » corda donc par une charte, signée de sa propre main, tout ce que les mai- » tres administrateurs lui demandaient, mais à condition que les élèves su- » biraient dans l'Hôtel-Dieu même l'examen, en présence du médecin, du » chirurgien, du substitut royal, du maire, du prevost des marchands de la » ville et des administrateurs de l'Hôtel-Dieu, voulant gratifier, dit cette » charte, lesdits exposants, à reconnaître ceux qui travaillent utilement pour » le public, et pour les exciter à servir les pauvres malades. »

Donné à Paris, le 1626 (26 août).

Certainement la maîtrise ne devait pas être satisfaite de voir à ses côtés, sur la même ligne, une nouvelle communauté jouissant du droit de recevoir maîtres, des garçons, des serviteurs qu'elle ne pouvait recevoir ; car ces mêmes jeunes hommes n'ayant jamais servi en ville, la porte de la maîtrise leur était fermée ; mais aussi était-il juste de servir avec fidélité les malades gratuitement, et de rester toute sa vie dans une classe aussi inférieure ?

Parmi les officiers de l'hospice, en tête nous trouvons les maîtres chirurgiens et l'apothicaire; comme premier aide, un seul *garçon-gagnant* ou cherchant à gagner la maîtrise, sous ses ordres arrivait le garçon servant. Enfin le serviteur, le seul qui n'était pas placé parmi les officiers.

Voilà ce que l'usage avait établi pour Paris, pour Lyon et autres villes ; mais la lettre patente du roi accordait aux administrateurs le droit de nommer les garçons : il arriva plus d'une fois que le chirurgien ne voulait pas accepter comme aide, le garçon que nommait l'administration, disant, que les élèves ou les premiers aides, en se « conformant aux statuts et règlements » de la maîtrise, devaient subir un premier examen de capacité et prouver » au moins qu'ils savaient manier la lancette et non pas seulement placer les » instruments de chirurgie en bon ordre sur la devanture du chirurgien de » campagne. »

Les administrateurs au contraire soutenaient la *lettre* de la charte, avec raison; mais le maître chirurgien qui faisait partie intégrante de la maîtrise devait obéir aux règlements, qui interdisaient le droit de recevoir un nombre illimité de maîtres pour la ville et la campagne, et qu'on aurait pu recevoir des ignorants mais habitués à panser les malades.

L'aspirant, une fois reçu, devait exercer dans la ville de Lyon. Cette condition peut paraître arbitraire, elle avait cependant sa valeur ; car on retenait ainsi au milieu d'une population importante, les maîtres dont le savoir n'aurait pas été apprécié dans les petites villes ou villages environnants.

Bien plus, l'apothicaire ou le chirurgien une fois reçu à l'Hôtel-Dieu pouvait s'engager à rester encore six années, alors il devenait de droit un des administrateurs, et jouissait de nouveaux priviléges.

La copie de l'enregistrement au parlement de la charte du 26 août 1626, ne nous apprend rien des avantages des administrateurs, il faut donc les chercher ailleurs, et penser que les *pères des pauvres* de l'hospice de Lyon étaient aussi jaloux que d'autres de jouir des priviléges, qu'on accordait seu-

lutte organisée entre l'accusation et la défense, s'accablant à l'envi d'autorités en chair et en os. L'accusation fait entendre un expert, vite la défense riposte par un autre (contraire au premier, bien entendu) : la première amène au secours de son champion, un, deux, trois renforts; — ainsi fait la défense. Dans l'espèce, on en comptait dix d'un côté, sept de l'autre ; et tous obligés par l'usage et la passion à s'entre-dévorer scientifiquement. On comprend que, réduits au rôle de témoins suspects, ce que doit perdre en autorité et en respect l'opinion d'experts débattant une question qui peut être controversée, et dans laquelle la loi et les usages leur assignent un rôle d'avocat et non de juge qu'ils devraient en réalité remplir. Il n'y a qu'une voix dans la presse médicale anglaise pour appeler une réforme à cet endroit : cette fois nos voisins peuvent sans réserve indiquer comme un progrès désirable l'introduction, dans leurs prétoires, de la méthode française. Mais combien de temps un abus doit-il crier avant qu'on ne lui prête l'oreille? Longtemps partout? en Angleterre... *toujours!* C'est peut-être bien un peu exagéré, pourtant c'est le mot qui nous paraît le plus près de la vérité.

A propos de cette affaire qui menaçait de devenir bien lugubre — une erreur judiciaire en matière capitale — un de nos confrères de Londres, le rédacteur du MEDICAL TIMES, se pose la question suivante : Quel est le devoir du médecin traitant, en cas de *soupçon* d'empoisonnement? Notons bien que nous disons soupçon ; car le cas étant *démontré* pour lui, la loi française s'est chargée de la réponse. La dénonciation est alors dans son devoir.

Mais parlons, avec le rédacteur anglais du simple soupçon. Il parait qu'à cet égard la jurisprudence, chez nos voisins, est loin d'être fixée. Dans le cas que nous venons de relater, les docteurs Julius et Bird ont été assez justement accusés, ayant conçu des soupçons d'un empoisonnement, de ne s'être que très-tard mis en devoir de les vérifier ou au moins de les faire vérifier par des chimistes compétents. Loin de là, malgré ces soupçons, et croyant à l'ingestion journalière d'un poison irritant métallique, ils continuent à traiter la dysenterie, sans chercher à s'assurer de la nature du poison, sans s'occuper, dans leurs doutes, de quelque antidote général des poisons métalliques. Ainsi fait le docteur Todd.

« Ils devaient dès le principe, dit notre confrère, faire analyser l'urine et tout ce qu'ils pouvaient soupçonner renfermer les traces de la substance. » Cela est hors de doute et n'est pas en question ; mais à part le devoir de science, n'en avaient-ils pas quelque autre à remplir?

Dans un procès célèbre en Angleterre, dans le fait Wooler (1855), analogue au cas actuel, le grand juge blâma vertement les médecins traitants : « S'ils ne soupçonnaient pas le mari de la victime, ils devaient, dit-il, s'ouvrir à lui ; sinon leur devoir était d'aller informer le magistrat. »

Dans le cas actuel, nous voyons tout le contraire : le grand juge, ici, leur rend justice, disant qu'ils ne devaient parler qu'une fois convaincus.

Nous ne nous occuperons pas ici du devoir du médecin anglais : on voit, d'après les paroles mêmes du juge, combien il y a ici de divergence entre les autorités judiciaires : l'un veut que le médecin parle dès que l'idée du poison se présente à lui ; l'autre seulement quand son soupçon est devenu une certitude. La vérité, en semblables cas, repose sur un si grand nombre d'éléments fugitifs et variables, qu'il est difficile de lui donner une forme positive et constante. Cependant la véritable conduite à tenir nous semble exprimée dans les passages suivants empruntés au docteur Christison, un des médecins les plus considérables de l'Angleterre :

« Il y a, dit le docteur Christison, différents degrés de soupçons : un médecin, troublé d'abord par la nature, la marche, l'ensemble des symptômes, dans un cas donné, est tout d'un coup frappé par cette idée : — Mais tout cela ne serait-il pas le fait du poison? — Mais il l'écarte, cette idée pénible, et passe outre. Voilà le premier, le plus humble degré du soupçon, le premier nuage, mais enfin, le soupçon. Les choses continuent, la même idée revient à la charge : — Il y a de l'arsenic au fond de ces obscurités-là, — se dit-il derechef. — Mais après tout, telle maladie ou telle combinaison d'éléments morbides peut également rendre raison des symptômes observés. — Chassons cette idée-là. Il la chasse, mais elle revient encore ramenée et fortifiée par la marche de la maladie. Bientôt les symptômes ne parlent plus tout seuls; par le fait d'une observation quasi-involontaire, de mille petites circonstances particulières, il est forcé de s'arrêter à de petits incidents extramédicaux qui lui laissent apercevoir dans l'ombre une main coupable, et souvent parmi celles qui sont consacrées à venir en aide au malade, celle d'un parent, trop souvent du plus proche. Son cœur, cependant, se révolte contre l'atrocité supposée, et il éloigne encore l'odieux spectre. Mais à la fin le soupçon vrai, réel, s'est emparé de lui et le maîtrise, hideux fantôme, songe terrible, et pourtant peut-être encore vague et sans base réelle. Enfin le nuage se dissipe, et l'analyse de chaque fait observé, médical ou moral, donne un corps à son rien : le soupçon est bien établi. C'est alors qu'il lui cherche un critérium irréfutable, qu'il veut le confirmer ou plutôt l'anéantir, si faire se peut : il examine l'urine. Les doutes bientôt n'existent plus. »

Mais jusque-là le médecin peut-il parler?... Et s'il le doit, à qui doit-il s'ouvrir? On ne s'est occupé que du devoir légal; de la conduite à tenir vis-à-vis du magistrat : celle-là est définie par la loi quand le soupçon est devenu vérité. Mais avant ce moment, s'il n'y a pas lieu encore à accuser, n'y a-t-il pas indication à prévenir? S'adresser à celui qu'on soupçonne, au mari dans ce cas-ci, cela n'a pas de sens : c'est lui donner l'alarme et le mettre en devoir de changer de batterie, non de dessein. La seule marche raisonnable à suivre, en apparence, ne serait-ce pas de prévenir le malade lui-même? Ce sera sans doute la conclusion générale, nous ne voulons pas dire absolue, à laquelle on devra s'arrêter; car, en ces cas délicats, toutes les routes sont suivies de dangers. Et encore, là-dessus, écoutons le docteur Christison :

« Dans les cas d'empoisonnement, on reconnaîtra le plus communément que la victime n'est pas sans soupçons elle-même du véritable état des choses, et qu'elle a, elle aussi, contenu ses inquiétudes. Et non-seulement cela; mais on reconnait encore que souvent elle connaît ou soupçonne au moins la main coupable; et alors l'expose quelquefois en apercevant que le médecin a pénétré son secret. Nous en avons eu un exemple dans le cas de M. Blandy, dit M. Christison. Lorsque son médecin, le docteur Addington, eut acquis la conviction

---

lement à ceux qui se dévouaient à surveiller l'emploi des rentes et revenus des hôpitaux.

« Ils étaient exempts de tutelles, de curatelles, de faire le guet aux portes » de la ville, du logement des gens de guerre, enfin de l'exemption de la taxe » du receveur de l'imposition de la taille, c'est-à-dire, de payer 15 livres » chaque année. »

A cette époque, si éloignée de nous, les droguistes de la ville de Lyon venaient régulièrement deux fois à Angers, par an, apportant avec eux leur boutique ambulante, subissant la visite du syndic de la communauté de la ville d'Angers ; après quoi, ils pouvaient débiter toute bonne drogue simple ; comme déjà l'hospice d'Angers ne trouvait pas tout ce dont il avait besoin même chez ses anciens élèves, il achetait à ces étrangers une partie de ce qui lui était nécessaire ; mais à mesure que des maisons importantes s'élevèrent dans notre ville, ces marchands forains cessèrent d'y venir.

On doit donc croire qu'ils se vantèrent de leurs priviléges à nos administrateurs, qui adressèrent une requête et obtinrent quelques années plus tard les mêmes droits. Il ne faut donc pas s'étonner si nous avons retrouvé la copie des lettres patentes accordées aux hospices de Lyon, au milieu des priviléges accordés à l'Hôtel-Dieu d'Angers, déposée dans les archives de la préfecture, au n° 29. Section Hôtel-Dieu.

Les priviléges n'existent plus et y a déjà longtemps, mais il est certain qu'on ne recherche plus aujourd'hui comme autrefois le chirurgien et le pharmacien pour remplir certaines charges honorables, que le corps médical est loin d'être uni comme il l'était autrefois, qu'il n'est pas assez jaloux de ses droits, et que si quelques-uns jouissent d'une considération bien méritée, elle est toute personnelle ; tandis qu'autrefois elle était partagée par tous les frères de la maîtrise.

CH. MÉNIÈRE,
Pharmacien de première classe à Angers.

— Les cours ont recommencé à l'Université de Bruxelles le 4 octobre dernier. Cette année, il n'y a eu ni séance solennelle ni discours d'ouverture.

Le 20 novembre prochain, l'Université célébrera le vingt-cinquième anniversaire de sa fondation, et l'on a pensé qu'à cette occasion on pourra dire tout ce que l'on aurait dit à l'ouverture des cours.

Ceux de la Faculté de médecine ont recommencé et sont déjà suivis par un grand nombre d'élèves.

Les succès et la prospérité de l'Université de Bruxelles augmentent chaque année. Pendant l'année académique 1858-1859, 147 élèves avaient été portés au rôle général d'inscription pour les cours de la Faculté de médecine. Nous ignorons encore le nombre des inscriptions de cette année.

que le vieux gentleman succombait à l'empoisonnement arsenical, il s'en ouvrit au malheureux malade, qui dévoila toutes ses misères domestiques, en montrant du doigt la coupable, sa propre fille! »

Règle générale : il convient donc, en tout cas analogue, d'éveiller l'attention même du malade en lui faisant part de ses doutes. Cela fait, comme la première loi du médecin est le salut de son malade, il doit s'attacher à réaliser avec prudence toutes les mesures propres à couper court à l'administration du poison. Imposer, s'il est possible, une garde de son choix, qui administrera seule tous les remèdes, tous les aliments, dût cette mesure donner l'alarme au coupable. Enfin, établir, par une analyse exacte, la condition des excrétions, afin d'administrer tel contre-poison qui serait indiqué par la nature du sel métallique ou de l'alcaloïde reconnus.

Nul de nous ne saurait dire s'il ne sera bientôt placé dans des circonstances semblables à celles qui viennent de se dérouler à Richmond. Il importe de se trouver préparé de longue main à de semblables éventualités, pour sauvegarder son malade sans contrarier le cours de la justice, ni s'exposer à faire tomber sur un innocent un atroce soupçon!

Cette cause célèbre maintenant, dont nous devions le résumé aux médecins, ne sera pas lue sans fruit par les magistrats eux-mêmes, et dans tous les pays. Comme le disait dernièrement avec une haute élévation de langage, à propos de l'affaire Calas, un de nos plus élégants et spirituels confrères de la presse politique, M. Prevost-Paradol : « Il est bon que la justice humaine ait sous les yeux de pareils exemples, et qu'elle les regarde lorsqu'elle est tentée de se croire infaillible. Si son jugement est en défaut, ou, ce qui est pis encore, s'il est perverti par la passion, par l'intérêt, ou par la peur, qui niera que tous les avantages de la vie civilisée ne soient empoisonnés dans leur source? Et alors la vie sauvage avec tous ses périls, mais avec son droit de libre défense, ne devient-elle point préférable à la plus brillante des sociétés polies, si celle-ci n'est plus qu'un piége pour l'innocent qu'a désarmé d'avance sa foi dans la justice? » (DÉBATS, 14 septembre.)

Après une parole aussi puissante, nous n'osons rien ajouter que le conseil de la méditer, ainsi que le fait solennel qui la précède.

GIRAUD-TEULON.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

(Suite. — Voir les nos 35, 36, 37, 39, 40 et 41.)

CHAPITRE IX.

DE L'OXALURIE DANS LE RHUMATISME CHRONIQUE.

Chez un malade atteint de rhumatisme chronique, avec affection du cœur, j'ai constaté une excrétion d'oxalate de chaux longtemps prolongée; aussi ai-je cru devoir rapporter cette observation avec détails.

DOULEURS RHUMATISMALES SUBAIGUES; AFFECTION DU COEUR; EXCRÉTION CONSIDÉRABLE D'OXALATE DE CHAUX COMBATTUE AVEC SUCCÈS PAR LES ALCALIS.

OBS. I. — Dans le courant de septembre 1857, est entré au n° 1 de la salle Saint-Michel, le nommé C., âgé de 19 ans, menuisier. Il est grand et maigre, et son étiolement tient peut-être en partie à ce qu'il a eu pendant longtemps des habitudes de masturbation. A l'âge de 10 ans, il a éprouvé une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui a occupé les deux genoux et qui a nécessité le séjour au lit pendant un mois. Plusieurs années après est survenue une seconde attaque, qui a duré à peu près autant de temps que la première. Enfin, au mois de septembre 1857, il y a eu un vomissement de sang, mais il a duré très-peu de temps; aussi n'est-ce point pour cela que le malade est entré à l'hôpital. Ce qui l'y a amené, c'est une douleur qui siége aux pieds et qui dure déjà depuis deux mois. Pour peu qu'il marche, ses pieds se gonflent, surtout au niveau des articulations des gros orteils et aux talons. Il ressent également dans les genoux un mal qui s'exagère par la pression, quoiqu'il n'y ait aucune rougeur de ces articulations. Enfin, la région lombaire est aussi le siége de douleurs que le malade accuse principalement quand il est resté longtemps debout. Malgré cela, la santé générale est bien conservée, l'appétit est bon, les digestions se font d'une manière satisfaisante, et il n'y a pas de diarrhée. L'oreille appliquée sur la poitrine perçoit, aux deux sommets et en arrière, une respiration rude, et à droite quelques râles humides. Au niveau du cœur, on entend au premier temps un énorme bruit de souffle dont le maximum existe très-nettement à la pointe de l'organe. Ce souffle masque presque complétement le second temps vers la pointe, mais à mesure qu'on se rapproche de la base, le second temps devient plus perceptible. La prescription consiste en un paquet de poudre digitale par jour, pour remédier aux accidents du cœur, et en un bain sulfureux tous les deux jours, pour combattre les douleurs rhumatismales.

Voici maintenant ce que m'a appris l'examen de l'urine de ce malade :

Le 24 septembre, l'urine est acide, claire, sans dépôt, et contient de nombreux cristaux d'oxalate de chaux, avec quelques groupes d'acide urique cristallisé.

Idem le 26, le 27, le 28 et le 30.

Toujours de l'acide urique et beaucoup d'oxalate de chaux le 1er octobre, le 2, le 4, le 5, le 8, le 9; le 11, le 12 et le 13.

Le 15, la douleur du genou ayant été très-vive, on a appliqué des ventouses scarifiées, qui ont produit du soulagement. Ce même jour, l'urine rendue à sept heures du soir, après un repas composé de pommes de terre et de viande, laisse déposer, au bout de trente-six heures, un abondant sédiment blanchâtre assez dense, formé d'urate d'ammoniaque et d'oxalate de chaux.

Idem le 18, le 19, le 20, le 21, le 22, le 23, le 25 et le 27.

Le 29 (pommes de terre et bœuf), l'urine du jour est très-trouble et pèse 1029. Elle s'éclaircit complétement par la chaleur, ce qui prouve que ce trouble est dû à un urate, et on y observe, ainsi que dans celle de la nuit, une grande quantité d'oxalate de chaux.

Le 2 novembre (pommes de terre et bœuf), l'urine du soir est acide, claire, et contient une énorme quantité d'acide urique cristallisé, de beaux cristaux d'oxalate de chaux, et quelques prismes de phosphate ammoniaco-magnésien.

La coïncidence de l'oxalate avec l'acide urique ou les urates est encore constatée le 3, le 5 et le 9. Un vésicatoire volant est appliqué sur le cœur, et l'on continue toujours la digitale et les bains sulfureux.

Quatre jours après, le malade accusant des douleurs de reins plus vives, on applique, sur la région lombaire, des ventouses scarifiées qui produisent un soulagement marqué.

L'urine du 15, du 16 et du 17 contient des quantités assez abondantes d'oxalate de chaux, en cristaux réguliers et irréguliers.

Le 18, elle renferme une énorme proportion d'oxalate calcaire, avec de nombreux groupes d'urates.

C'est à partir de ce jour que, voyant la persistance avec laquelle l'oxalate de chaux continuait à se montrer dans l'urine, on se décida à attaquer directement le symptôme oxalurie. Une bouteille d'eau de Vichy artificielle fut donc prescrite.

Le 19 (pommes de terre, bœuf, une bouteille d'eau de Vichy), l'urine présente un dépôt assez abondant, formé d'urates et d'oxalate.

Le 23 (pommes de terre, bœuf, une bouteille d'eau de Vichy), l'urine est neutre et très-légèrement alcaline; elle présente un abondant dépôt blanc, formé de phosphate de chaux amorphe, d'urate en pinceaux, et de très-rares cristaux d'oxalate.

Le 24 novembre (choux, bœuf, une bouteille d'eau de Vichy), l'urine des vingt-quatre heures a été recueillie.

Celle qui a été rendue vers sept heures du soir et qui représente l'urine de la digestion, est claire et ne contient qu'un faible dépôt. On y trouve de nombreux groupes d'urate de soude et beaucoup d'oxalate.

L'urine du reste des vingt-quatre heures est acide et contient encore des urates et de l'oxalate, mais en moindre quantité.

Même résultat le 25, le 27 et le 28 novembre.

Le 31 (pommes de terre, bœuf, une bouteille d'eau de Vichy), l'urine est alcaline, louche, pesant 1025; le dépôt est formé de phosphate de chaux, et je n'y ai pas du tout trouvé d'oxalate.

Idem le 2 décembre.

Le 3 décembre, quoique l'eau de Vichy ait toujours été continuée, je retrouve de l'acide urique et de l'oxalate dans l'urine de la digestion.

Le 4, ce dernier corps a complétement disparu, et c'est à peine si j'en trouve des traces dans les urines du 5, du 7, du 9, du 11 et du 12 décembre.

Il paraissait évident que l'usage de la solution alcaline avait contribué à hâter la disparition de l'oxalate de chaux des urines; mais pour en mieux juger, on suspendit l'eau de Vichy, et voici ce qui fut constaté.

Le 13, le 14, le 15, le 16, le 17 et le 18 décembre, les urines contenaient quelques urates et très-peu d'oxalate de chaux; mais la proportion de ce sel fut trouvée assez considérable dans l'urine du 19 et du 20.

Celle du 21 fut trouvée contenir de l'oxalate de chaux, de l'acide urique et beaucoup de spermatozoïdes.

Enfin, la proportion d'oxalate de chaux était à peu près aussi considérable qu'avant l'administration de l'eau de Vichy dans l'urine du 23 et du 24, du 27, du 28 et du 30 décembre; j'ajoute que j'ai toujours noté en même temps la présence de l'acide urique ou des urates en quantité variable.

Après la suppression de l'eau de Vichy, nous venons de constater la réapparition de l'acide urique et de l'oxalate de chaux dans le produit de la sécrétion rénale, voyons maintenant ce qui va se passer si l'on administre de nouveau la solution alcaline.

Le 1er janvier 1858, le malade a pris une bouteille d'eau de Vichy artificielle. Son urine est acide et elle contient un dépôt blanc très-abondant de phosphate de chaux, des urates en pinceau et une quantité médiocre d'oxalate calcaire.

Le 2 et le 3, continuation de l'eau de Vichy.

Le 4 janvier, une bouteille d'eau de Vichy ayant été bue de deux heures de l'après-midi à dix heures du soir, l'urine a été recueillie par fractions dans des bocaux séparés, et voici les résultats que j'ai notés :

L'urine de quatre heures du soir est trouble, rougeâtre, très-acide ; elle contient un dépôt abondant d'urate d'ammoniaque et une grande quantité d'oxalate de chaux.

Celle de six heures du soir est neutre, et contient encore beaucoup de cristaux de ce sel.

Celle de huit heures du soir est à peine colorée, alcaline, et présente un dépôt blanc abondant de phosphate de chaux, avec une petite quantité d'oxalate.

Celle de onze heures du soir est alcaline, son dépôt phosphatique est encore plus abondant ; et on y trouve à peine des cristaux octaédriques.

Enfin, celle du reste de la nuit est alcaline, son dépôt phosphatique est très-abondant, et elle ne contient que quelques rares cristaux d'oxalate. D'où il résulte qu'on peut en quelque sorte suivre la décroissance de ce sel, à mesure que l'acidité de l'urine diminue et à mesure que le dépôt phosphatique devient plus abondant.

L'expérience a été répétée de la même manière le 6 janvier, le 7, le 8, le 11, le 12 et le 15, et les résultats obtenus ont été sensiblement les mêmes.

Comme les douleurs rhumatismales avaient disparu et que l'état général était beaucoup meilleur, le malade a quitté le service et a repris son travail.

ARTHRITE SUBAIGUE ; EXCRÉTION CONCOMITANTE D'OXALATE DE CHAUX.

Obs. II. — Le 20 septembre 1857 est entré à la Charité le nommé X..., atteint d'un rhumatisme subaigu, localisé dans le genou droit. Les mouvements de l'articulation étaient douloureux, il y avait de la rougeur et un léger gonflement.

Le 20 septembre l'urine contenait d'assez nombreux cristaux d'oxalate de chaux.

Il y en avait encore dans celle du 21, et je n'en constatai plus dans celle du 22.

Celle du 23 en contenait de grandes quantités.

Dans celle du 24, j'en trouvai quelques-uns mêlés à de l'urate d'ammoniaque.

Même observation le 25 et le 30 septembre, le 1er et le 2 octobre.

Les choses en étaient là quand le malade demanda tout à coup sa sortie, et ne permit pas, par conséquent, de pousser plus loin l'observation.

Je rappelle encore ici que j'ai trouvé de l'oxalate de chaux, mais d'une manière tout à fait accidentelle, dans deux cas de rhumatisme articulaire aigu, dans un cas de rhumatisme articulaire subaigu, dans un cas de douleurs rhumatismales dues à l'intoxication par le plomb, et dans un cas de rhumatisme chronique généralisé chez un vieillard. J'ajoute que M. Walshe en a rencontré aussi dans l'urine de deux femmes atteintes de rhumatisme articulaire de cause ordinaire, et dans l'urine d'un homme qui souffrait d'un rhumatisme articulaire de cause blennorrhagique.

Enfin, s'il m'est permis de terminer par quelques mots concernant le traitement, je dirai que lorsque dans le rhumatisme articulaire l'urine présente habituellement un dépôt d'oxalate de chaux, l'oxalurie peut être, si le médecin le juge convenable, l'objet d'une médication particulière, et, dans ce cas, on peut associer avec avantage l'emploi des alcalis aux autres agents thérapeutiques employés contre le rhumatisme.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES ERREURS EN MÉDECINE ; par le professeur FORGET (de Strasbourg).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

VIEUX ULCÈRES SCROFULEUX ; PHLEGMONS MULTIPLES ; INFECTION PURULENTE OBSCURE.

Obs. II (recueillie par M. Liétard). — Un homme de 66 ans, fortement constitué en apparence, entre à la clinique le 15 juin 1838. Il prétend n'avoir fait antérieurement aucune maladie, si ce n'est, il y a quelques années, un gonflement de pied traité par le cautère actuel (tumeur blanche?). Sa maladie actuelle daterait de cinq jours et aurait débuté par un gonflement douloureux du pied droit, suivi de fièvre, soif, anorexie, toux sèche. Depuis hier, dyspnée et point de côté à gauche.

Nous constatons : décubitus dorsal, pâleur de la face, chaleur mordicante de la peau, légère moiteur, pouls large, plein, à 110. Langue blanche, anorexie, point de diarrhée. Quelques râles à la base et en arrière du thorax. Rougeur et gonflement de la région dorsale du pied droit ; phlyctène à la plante du pied. Au pied gauche, gonflement chronique de la région métatarsienne, avec cicatrices enfoncées, adhérentes aux os ; de l'une d'elles s'écoule un peu de pus par la pression. A la main droite, traces d'un abcès récent. Cicatrice enfoncée, adhérente, occupant le dos de la main. (Il dit que cette cicatrice provient d'une balle reçue à la bataille de Leipzig.) (Saignée de 300 gr. ; 15 ventouses scarifiées au thorax ; eau fraîche ; bouillon ; lait.)

16. Pied droit plus gonflé, traînées de lymphangite vers le mollet ; gonflement et rougeur au poignet gauche ; fièvre, dyspnée, râles sibilants et sous-crépitants. (Onctions mercurielles au pied droit, au poignet gauche ; cataplasme au mollet droit ; looch.)

17. Toux, dyspnée, engouement à la base du thorax. (16 ventouses scarifiées.)

19. Les gonflements des extrémités se dissipent ; mais l'état général s'aggrave. Prostration, langue brûlée, fièvre, dyspnée, râles sous-crépitants. (Potion avec tartre stibié, 20 centigr. ; eau, 120 grammes ; sirop diacode, 15 grammes.)

20. Superpurgations, fièvre moins vive ; douleur à l'avant-bras gauche. La plaie suppurante du pied gauche persiste, douleur dans l'étendue du membre pelvien gauche. (Potion avec oxyde blanc d'antimoine, 4,00.)

21, 22. Prostration, subdélire, langue brûlée, selles involontaires, pouls dépressible, à 85. Petits foyers purulents aux deux pieds et à la main gauche. (Looch avec soufre doré ; topiques émollients ; bouillon.)

23, 24. L'état typhoïde va toujours s'aggravant, selles involontaires. (Julep avec sirop d'opium, 30 grammes.)

Le soir, agonie. (Vésicatoire sur le thorax.)

25. Mort dix jours après l'entrée.

Nécroscopie vingt-quatre heures après la mort.

Crâne. — Injection des méninges, substance cérébrale pointillée.

Thorax. — Adhérences de la plèvre gauche, abcès circonscrit par ces adhérences.

Pus épanché dans la plèvre droite (200 grammes environ).

Poumons engoués dans toute leur étendue. Leur surface est parsemée de petites collections de pus concret (abcès métastatiques) qui existent aussi en assez grand nombre dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, sans vestiges de tubercules.

Le tissu pulmonaire est brun et friable.

Cœur normal, renfermant des caillots, les uns noirs et mous, les autres fibrineux et décolorés.

Abdomen. — Rien de particulier dans le *tube digestif.*

Rate volumineuse, ramollie, offrant à la surface plusieurs taches grises, plus ou moins étendues, constituées par du pus infiltré (abcès métastatiques) pénétrant à 1 ou 2 centimètres de profondeur. Quelques-uns de ces abcès occupent l'intérieur du parenchyme.

Les deux *reins* paraissent augmentés de volume ; le droit présente à sa surface plusieurs petits abcès de 2 à 3 millimètres d'étendue ; le gauche contient des abcès semblables dans son épaisseur.

Le *foie* ne présente rien de particulier.

Colonne vertébrale. — Le corps de la septième vertèbre dorsale est en partie détruit par la carie, ainsi que le disque fibreux qui l'unit à la huitième. Cette carie est enveloppée d'une collection purulente circonscrite.

Membres. — Les petits foyers purulents des pieds et des mains ont leur source dans la carie des os sous-jacents.

Un vaste abcès existe à l'avant-bras gauche.

Les os du tarse et du métatarse du pied gauche sont sondés par une ancienne ankylose.

Remarquons d'abord cet homme qui prétend s'être toujours bien porté, qui ne se dit malade que depuis cinq jours, et qui cependant porte plusieurs ulcères carieux nécessairement d'ancienne date, y compris la cicatrice scrofuleuse de la main, attribuée à une balle...

Le gonflement des pieds et des mains nous fit croire un instant qu'il s'agissait d'un rhumatisme articulaire aigu ; mais la découverte des caries fistuleuses nous fit ensuite considérer ces tumeurs comme des phlegmons aigus secondaires. Ce ne fut que la formation successive d'abcès dans divers points qui nous mit sur la voie d'une infection purulente, et alors nous annonçâmes que les accidents pulmonaires, typhoïdes et autres, étaient produits par la formation d'abcès métastatiques dans les poumons et ailleurs.

Nous avons découvert, à l'autopsie, une carie avancée d'une vertèbre dorsale qui pourrait, aussi bien que les caries extérieures, être considérée comme le point de départ de l'infection purulente, sans que rien fût changé à la nature et à la signification de la maladie ; si ce n'est que si cette carie vertébrale eût existé seule, la cause du mal et probablement sa nature nous eussent échappé. Mais la carie concomitante des pieds et des mains nous a mis sur la voie, et j'ajoute que, vraisemblablement, ce sont les ulcères extérieurs qui ont été le point de départ réel ou unique des accidents généraux. Nous nous fondons sur ce que l'infection purulente résulte presque toujours de foyers de suppuration extérieurs, les collections purulentes profondes, soustraites au contact de l'air, telles que les abcès par congestion avant leur ouverture, donnent très-rarement lieu à l'infection purulente.

Ce fait nous a rappelé celui d'un jeune homme qui, il y a quelques années, nous fut envoyé du service de chirurgie comme affecté de

fièvre typhoïde. Ce sujet présentait, pour tout phénomène extérieur, deux ou trois petits ulcères scrofuleux aux côtés du cou. Cependant l'aspect et la marche de la maladie, la teinte jaunâtre de la peau, l'insensibilité de l'abdomen, l'absence de taches rosées, etc., nous firent bientôt soupçonner et reconnaître une infection purulente, confirmée par l'autopsie, et qui ne pouvait avoir eu d'autres sources que les ulcères scrofuleux du cou.

Ce qu'il y a de bien remarquable, au point de vue pratique, dans les deux faits précédents, c'est précisément cette infection purulente se produisant à l'occasion de suppurations très-anciennes, et d'une affection très-commune qui pourtant donne bien rarement lieu à de telles conséquences, l'ulcère scrofuleux. On considère généralement l'infection purulente comme étant le produit d'une suppuration aiguë, récente, d'une blessure, d'une opération, d'un accouchement de fraîche date. On pense que les suppurations anciennes n'exposent pas à l'infection, et l'on explique même le fait par le travail d'oblitération vasculaire qui circonscrit et isole, pour ainsi dire, les vieux foyers de suppuration.

Je ne prétends pas qu'il n'existe aucun fait analogue dans les archives de la science, mais je dis que ce sont là des exceptions dont on ne paraît pas tenir compte, et que des accidents typhoïdes venant à se produire en pareille occurrence, l'idée ne se présente pas tout d'abord qu'ils puissent être l'expression d'une infection purulente ayant sa source dans ces vieux ulcères.

GIBBOSITÉ; DYSPNÉE ANCIENNE; ANASARQUE; POINT DE SIGNES D'AFFECTION PRIMITIVE DU CŒUR; MORT PAR APOPLEXIE PULMONAIRE; RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DE L'ORIFICE MITRAL.

OBS. III (recueillie par M. Sengel, aide de clinique).—Une femme de 42 ans, de constitution chétive, entre à la Clinique le 3 juin 1858. Elle raconte qu'elle a l'haleine courte depuis son enfance, mais que la dyspnée est devenue très-forte depuis cinq mois. Les membres inférieurs sont infiltrés depuis un mois, époque où elle est accouchée heureusement d'un enfant à terme. Elle n'a jamais eu de rhumatisme.

Nous constatons : dyspnée intense, peu de toux et d'expectoration, râles sibilants disséminés; pouls lent (à 60), régulier, peu développé; battements du cœur faibles, mais réguliers et sans bruits anormaux. Pâleur, point de cyanose, veines du cou non saillantes. La colonne vertébrale est déviée; convexité à droite; la cage thoracique est déformée, raccourcie, saillante antérieurement (en carène); œdème considérable des extrémités inférieures; tube digestif normal; urines rares, foncées, ne précipitant pas par l'acide nitrique. Rien du côté de l'appareil génital. (Solution de gomme; extrait d'opium, 5 centigr.; fomentations de teinture de scille et de digitale sur les membres inférieurs; le quart d'aliments.)

Les jours suivants, l'orthopnée persiste en s'aggravant.

30. La dyspnée est telle que la suffocation paraît imminente. (16 ventouses scarifiées sur le dos; potion stibiée à 25 centigr.) Plusieurs selles.

1er juillet. Point d'amélioration. (Looch avec kermès minéral, 25 centigrammes.)

Les jours suivants, exacerbation de la dyspnée chaque soir. (Purgatifs; on porte l'opium à 10 centigr.; pilules d'aconit et de soufre doré, etc.)

14. L'œdème s'étend au bras droit. (*Ut suprà.*)

16. Le pouls est sensiblement irrégulier; on perçoit un léger bruit de souffle au premier temps du cœur; excoriation au sacrum : orthopnée, gémissements. (Purgatifs; kermès; nitrate de potasse; opium.)

20. Les quatre membres sont œdématiés; point de cyanose ni de reflux veineux. Bruits du cœur obscurs; pouls petit, irrégulier; respiration bruyante, cris douloureux. Acupuncture des membres, qui fournit peu de sérosité.

24. Mort dans une exacerbation de dyspnée.

NÉCROPSIE. — Anasarque considérable.

Thorax. — Épanchement de sérosité citrine à droite; fausses membranes récentes à la partie antérieure du *poumon droit* (pleurésie ultime). Au sommet de ce poumon existe un noyau d'induration rouge foncé, du volume d'une noix; des noyaux semblables se rencontrent dans les deux autres lobes.

Le *poumon gauche* présente la même altération dans ses deux lobes (apoplexie pulmonaire disséminée, *lobulaire*).

Cœur. — Sérosité dans le péricarde; hypertrophie et dilatation des trois cavités autres que le ventricule gauche, qui est rétracté. Caillots noirs remplissant les quatre cavités. Rétrécissement et insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, dont le tissu est épaissi, fibreux, formant un anneau qui admet à peine l'extrémité du petit doigt.

Hypertrophie du foie.

Rien dans les autres organes.

Nous aurions désiré trouver chez cette femme, pendant la vie, des signes mieux dessinés de maladie du cœur gauche, car les symptômes que nous avions sous les yeux ne nous paraissaient pas suffisamment justifiés par les lésions pulmonaires qui dominaient l'appareil morbide. Cependant, en l'absence de signes bien positifs de lésion valvulaire, nous dûmes chercher à interpréter autrement la maladie. Nous établîmes donc, *sauf réserve* : 1° que la déformation du thorax était vraisemblablement la cause première de cette dyspnée *datant de l'enfance*; 2° qu'un certain degré de bronchite était venu s'y joindre; 3° qu'à cette double cause avait succédé, probablement, une dilatation du cœur droit; d'où la gêne extrême de la respiration, la stase du sang veineux, l'anasarque, etc. Lorsque l'irrégularité du pouls et un léger bruit de souffle se manifestèrent, nous fîmes plus positivement nos réserves à l'endroit de la possibilité d'un rétrécissement valvulaire, que la faiblesse des contractions du cœur pouvait empêcher de se manifester par un bruit de souffle rude. C'est à cette dernière supposition que l'autopsie est venue donner raison.

Maintenant, quelle est l'origine de ce rétrécissement mitral? Il n'y a point eu de rhumatisme. La dyspnée date de l'enfance. Serait-ce donc une lésion congénitale? La structure fibreuse de l'anneau mitral viendrait à l'appui de cette opinion hasardée, car les altérations valvulaires par endocardite passent d'ordinaire à l'état cartilagineux, puis osseux. Quoi qu'il en soit, ce fait est une nouvelle preuve de la circonspection qu'il faut apporter dans le diagnostic des maladies du cœur.

Mais ces cas négatifs ne sont pas les seuls qui puissent dérouter le diagnostic; il est des cas, plus rares, il est vrai, où les signes les plus positifs eux-mêmes peuvent induire en erreur dans le sens contraire. Le fait suivant expliquera ma pensée.

CHLOROSE SIMPLE SIMULANT UNE GRAVE AFFECTION DU CŒUR.

OBS. IV (recueillie par M. Sengel). — Une femme de 52 ans, primitivement de forte constitution, entre à la Clinique le 4 juin 1858.

Ayant joui jusque-là d'une bonne santé, elle se dit malade depuis six mois. A cette époque, ses pieds s'infiltrèrent et l'œdème fit de rapides progrès.

Nous constatons : teinte jaunâtre des téguments; muqueuses décolorées; ascite, anasarque très-développés (circonférence de l'abdomen, 81 centimètres; de la cuisse, 50 centim.; du mollet, 32 centim.). Pouls petit, irrégulier, un peu fréquent; bruit de souffle intense au premier temps du cœur, se propageant dans l'aorte et ses premières divisions; point de palpitations. Légère dyspnée, sans toux ni crachats; bruit respiratoires mêlés de râles sous-crépitants (d'œdème). Rien du côté du tube digestif. La palpation brusque ne rencontre pas le foie sous les fausses côtes. Urines rares, foncées, ne précipitant pas par l'acide nitrique. (Infusion diurétique; un granule de digitaline matin et soir; le quart d'aliments, viandes rôties, vin rouge.)

Les jours suivants, alternatives de mieux et de pire; persistance de l'irrégularité du pouls et du souffle rude. (*Ut suprà*; plus : fer réduit par l'hydrogène, 50 centigr. en deux doses; fomentations de teinture de scille et de digitale sur les membres et l'abdomen; laxatifs.)

Mais la dyspnée s'aggrave, et la malade succombe le 15, onze jours après son entrée.

NÉCROPSIE. — Sérosité épanchée dans toutes les cavités séreuses et infiltrant tous les tissus, y compris les poumons qui sont, en outre, emphysémateux et légèrement engoués à la base.

Le *cœur* est assez flasque; généralement gorgé de sang noir, mais *sans aucune altération valvulaire*, sans dilatation et sans hypertrophie.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ici, je le confesse, notre erreur fut complète. Certes, la chlorose ne nous échappa pas; mais nous la considérions comme une complication, comme une de ces chloroses *cardiaques* décrites dans notre PRÉCIS DES MALADIES DU CŒUR; car, en même temps, la maladie du cœur, la lésion aortique nous paraissait constante, de par ce bruit de souffle *rude*, propagé dans la crosse, et par ces irrégularités du pouls. Nous avions agité la question du diagnostic différentiel et posé en fait : 1° que la simple chlorose donne rarement lieu à une hydropisie aussi développée; 2° que les bruits anormaux du cœur dans la simple chlorose, ne présentent pas cette rudesse, cette intensité; 3° que la chlorose ne s'accompagne guère d'irrégularité du pouls; 4° enfin, que la mort même militait pour une maladie du cœur, car la mort résulte rarement de la chlorose. Donc, de par cette analyse élémentaire et de par les signes positifs de la lésion valvulaire, c'était bien à une maladie du cœur que nous devions avoir affaire, avec chlorose greffée sur elle. Eh bien! nous avons été trompé par les circonstances mêmes qui paraissaient devoir nous faire éviter l'erreur. Je m'empresse d'ajouter que la thérapeutique n'en a pas souffert, ainsi qu'on l'a vu; car la cachexie chlorotique étant ici l'élément dominant, celui qui menaçait le plus prochainement la vie, et le seul, d'ailleurs, que nous pussions attaquer, c'est la chlorose que nous avons traitée par les ferrugineux, l'alimentation substantielle, etc.

Cette observation et la précédente forment un appendice naturel à notre MÉMOIRE SUR LES ERREURS DE DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES DU CŒUR. (UNION MÉDICALE, décembre 1857.)

TUMEUR TUBERCULEUSE SIMULANT UN CANCER DE L'INTESTIN.

Obs. V (recueillie par M. Sengel). — Une femme de 43 ans, de constitution lymphatique, entre à la Clinique le 29 juin 1858. Elle raconte qu'elle jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsqu'elle est tombée malade il y a deux mois. L'affection a débuté par une douleur vive à l'épigastre, qui a duré quinze jours, avec perte d'appétit, nausées, selles régulières, gonflement du ventre, amaigrissement progressif.

Nous constatons : maigreur considérable; pâleur terreuse de la peau; ballonnement du ventre, qui n'est pas sensible à la pression. On rencontre, dans la région iliaque droite, une tumeur dure, insensible, située au-dessus du ligament de Poupart, s'étendant du pubis vers la crête iliaque, offrant une longueur de 10 centimètres sur 8 centimètres de largeur, et très-peu mobile. Au toucher vaginal, on trouve la matrice abaissée et inclinée à droite, l'orifice étant dirigé à gauche. La pression exercée sur la tumeur abdominale se communique à l'utérus; constipation; rien de particulier dans les autres organes. (Huile de ricin, 30 grammes.)

1er juillet. Même état, ballonnement du ventre, constipation persistante. (Deux gouttes d'huile de croton tiglium en quatre pilules; lavements de mélasse.) Une selle liquide abondante.

2. La tumeur n'est pas modifiée, la tympanite persiste; les anses intestinales se dessinent à travers les parois abdominales. (Pilules d'extrait de ciguë et de calomel (extrait, 10 centigr.; calomel, 1 centigr. par pilule), une matin et soir.) Vomituritions.

Les jours suivants, la constipation se reproduit. (Croton tiglium; limonade de tamarins; poudre de magnésie; lavements laxatifs, etc.)

10. La malade s'affaiblit et s'amaigrit progressivement. Les selles, quoique rares, deviennent liquides et parfois striées de sang. La langue se sèche, soif vive, pouls petit, fréquent. La tumeur iliaque devient douloureuse à la pression. (Lavement de guimauve et de pavots; liniment laudanisé sur le ventre; crème de riz pour aliments.)

13. Le ballonnement du ventre n'existe plus, la tumeur iliaque se dessine nettement, les pieds s'infiltrent; selles liquides; excoriations au sacrum. (Solution de gomme; lavements laudanisés.) La diarrhée persiste, le marasme marche rapidement.

15. Mort, seize jours après l'entrée.

Nécropsie. — Marasme, abdomen affaissé, tumeur iliaque saillante sous les parois abdominales.

Abdomen. — Un peu de sérosité citrine dans le péritoine. Le paquet intestinal et le mésentère sont parsemés de petites tumeurs d'aspect tuberculeux. La tumeur iliaque observée pendant la vie est formée par une agglomération d'anses intestinales comme cimentées par de la matière tuberculeuse. Cette tumeur comprend de petites anses d'intestin grêle, une portion du cœcum, et adhère inférieurement à la matrice. Son intérieur représente une espèce de poche ou de cloaque renfermant un magma composé de matière tuberculeuse ramollie et de débris d'aliments parmi lesquels se trouvent des noyaux de cerise. Elle offre deux orifices, dont l'un s'ouvre dans le cœcum au-dessous de la valvule, et dont l'autre communique avec une anse perforée d'intestin grêle.

Le *foie* est jaunâtre et paraît diminué de volume.

Thorax.—On ne trouve dans les *poumons* que quelques tubercules miliaires à l'état de crudité.

Rien dans les autres organes.

Ainsi voilà une cachexie tuberculeuse que rien n'a révélée pendant la vie. L'âge de la malade, l'absence de toux, de crachats, de dyspnée, de tout signe de lésion pulmonaire ne permettaient pas même de soupçonner la tuberculisation. C'est pourtant d'une péritonite tuberculeuse qu'il s'agit, et que l'on peut reconstruire après coup, en tant que péritonite, au moyen des vives douleurs, des nausées du début, du gonflement du ventre, etc., tous phénomènes que nous avons dû prendre raisonnablement pour des symptômes d'étranglement produits par la tumeur iliaque. Cette tumeur circonscrite, bosselée, insensible à la pression, ressemblait *sicut ovum ovo* à certaines tumeurs cancéreuses du cœcum ou du colon par nous observées. Si bien que la supposition de tumeur stercorale étant écartée, nous sommes resté fermement convaincu, jusqu'à la fin, qu'il s'agissait ici d'un carcinome de l'intestin, et je persiste à croire que des plus habiles s'y seraient trompés.

TUMEUR ABDOMINALE DE NATURE PROBLÉMATIQUE; ACCIDENTS SINGULIERS; DIAGNOSTIC RÉSERVÉ; AUTOPSIE CURIEUSE.

Obs. VI (recueillie par M. Sengel). — Une femme de 37 ans, primitivement de bonne constitution, ayant eu plusieurs enfants, entre à la Clinique le 14 juin 1858. Elle raconte qu'elle est malade depuis neuf mois; qu'au début elle a éprouvé une vive douleur dans le ventre, suivie de l'apparition d'une tumeur abdominale, mobile d'abord, puis fixe. En même temps, dit-elle, la matrice vint faire saillie entre les grandes lèvres, puis sortit entièrement, formant prolapsus entre les cuisses. Mais, il y a six semaines, la matrice rentra tout à coup et spontanément pendant la nuit; puis les membres pelviens se sont œdématiés. Du reste, point de fièvre, appétit conservé.

La malade reste couchée depuis cinq mois. On a fait à l'abdomen, dans le flanc droit, deux ponctions qui n'ont procuré qu'un peu de matière gélatineuse.

La malade est couchée sur le côté droit, entraînée par le poids du ventre, qui est énorme. Le décubitus dorsal est douloureux et donne lieu à des suffocations. Maigreur extrême de la partie supérieure du corps contrastant avec l'excès de volume du ventre et des membres pelviens infiltrés. Pouls petit, un peu fréquent; peau sèche, sans chaleur; appétit conservé; selles rares. L'abdomen, distendu en forme de cône, mesure 120 centimètres de circonférence. Matité partout, excepté à l'épigastre et dans le flanc gauche. Fluctuation *vibratoire* à la percussion. L'ombilic est enflammé et forme une légère saillie fluctuante. Au toucher vaginal, on trouve la matrice très-remontée : le doigt atteint à peine le col. Dyspnée mécanique, constipation. Ulcérations aux trochanters. (Pilules mercurielles laxatives; chiendent nitré; fomentations de teinture de scille et de digitale sur l'abdomen et les membres; emplâtres de diachylum aux trochanters; potages.)

16. En palpant l'abdomen, on détermine la rupture de la tumeur ombilicale d'où sort un peu de pus qui continue de couler lentement, jusqu'à concurrence d'un litre environ. Quelques vomissements de matières verdâtres. (*Ut suprà*; fomentations émollientes sur l'abdomen.)

18. Nouvel écoulement spontané d'un litre de pus par l'ombilic; vomissements, diarrhée, sans fièvre. (Eau fraîche pour boisson; lavements émollients.)

19. Les vomissements et la diarrhée ont cessé. (Chiendent nitré; onctions mercurielles sur l'abdomen.) Érythème qui oblige à revenir aux fomentations émollientes.

23. Nouvel écoulement d'un demi-litre de pus par l'ombilic; quelques vomissements. Le stylet introduit dans la fistule ombilicale rencontre immédiatement un plan résistant; glissé sous la peau, le stylet pénètre dans tous les sens à 8 ou 10 centimètres. Le pus recommence à couler après cette opération.

Les jours suivants, point d'écoulement de pus; état général stationnaire. Le ventre mesure encore 117 centimètres de circonférence.

28. Ponction avec le trocart sur la ligne blanche, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. Il ne sort qu'un peu de matière gélatineuse. Diarrhée. (Onctions de pommade opiacée sur l'abdomen.)

1er juillet. Le pus a de nouveau coulé par l'ombilic pendant toute la nuit.

4. Vive douleur dans l'hypocondre gauche.

5. La malade sort de l'hôpital où elle se trouve mal à l'aise. Notre aide de clinique, M. Sengel, continue de la voir à domicile et nous transmet les détails suivants :

Diarrhée, mouvement fébrile. Les lavements laudanisés ramènent le calme.

16. Depuis plusieurs jours, une tumeur inflammatoire s'est produite sous la mamelle gauche. Aujourd'hui la tumeur a le volume du poing; elle est rouge, fluctuante, et présente un aspect comme gangréneux au sommet. A l'émission, il s'écoule environ *quatre litres* de liquide d'abord simplement purulent, puis mélangé de grumeaux gélatineux, lesquels, examinés au microscope, ne présentent aucune trace d'organisation. Soulagement; le pus continue de couler, de plus en plus mêlé de matière gélatineuse. L'abdomen s'affaisse et devient sonore dans la région sus-ombilicale seulement.

Mais la fièvre hectique s'établit, l'appétit cesse, le marasme fait des progrès. L'écoulement qui persiste, évalué à un litre par jour, devient d'une extrême fétidité. La malade exhale une odeur cadavéreuse. La région sus-ombilicale, foyer de l'écoulement, donne du gargouillement à la pression et du son tympanique à la percussion.

Aux premiers jours d'août, l'écoulement prend une teinte brunâtre; il est d'une fétidité repoussante. Les bords de la plaie se tuméfient; un érysipèle œdémateux s'étend à presque tout l'abdomen; la faiblesse est extrême.

Mort le 6 août.

Nécropsie trente-six heures après la mort, faite à domicile par M. Sengel. Décomposition avancée.

Abdomen. — La cavité abdominale est remplie par une tumeur renfermant une matière gélatiniforme, traversée par des brides celluleuses minces, mais non divisées en loges proprement dites.

Les parois du kyste sont solides, comme fibreuses; elles adhèrent à toute la paroi antérieure de l'abdomen, dont elles se détachent facilement dans la région de l'hypogastre.

Le foie est refoulé en haut et la base du thorax est élargie.

Le paquet intestinal, avec l'estomac, est relégué dans l'hypocondre gauche. L'intestin grêle est recouvert de fausses membranes de couleur noire, peu consistants.

L'abcès sous-mammaire communique avec la partie supérieure gauche du grand kyste. La peau qui entoure l'orifice de l'abcès est décollée dans une étendue de 15 centimètres de rayon.

On ne trouve pas de trace de l'abcès qui s'était ouvert par l'ombilic.

L'utérus, incliné à gauche, n'adhère pas immédiatement au kyste, qui est manifestement constitué par l'ovaire droit.

Il est à regretter que l'autopsie ne s'explique pas plus nettement sur le siége précis des abcès ombilical et sous-mammaire. Il est bien dit que ce dernier communiquait avec le kyste; mais avait-il son point de départ dans le kyste? Telle est la question qui nous a tant préoccupé pendant la vie et que la mort n'a pas complétement résolue. Le crois pourtant que cette suppuration venait de l'intérieur du kyste, autre-

ment elle eût constitué une vaste péritonite suppurée qui, probablement, eût entraîné plus rapidement la mort ; car je ne suppose pas qu'une suppuration aussi abondante pût provenir d'un phlegmon des parois abdominales. On conçoit très-bien, en effet, que le kyste adhérant aux parois abdominales s'y soit ouvert une issue, tandis que l'on comprend difficilement qu'une péritonite ou une suppuration des parois abdominales aient perforé le kyste ovarique. Mais l'abcès du kyste aurait dû laisser des traces, constituer une poche, une collection à part de la matière gélatineuse qui a fini par s'écouler avec le pus.... De tout cela résulte que l'obscurité qui a régné pendant la vie persiste encore même après l'autopsie.

En effet, nous avons dès l'abord diagnostiqué une hydropisie enkystée de l'ovaire, bien que la matité générale et le liquide gélatineux obtenu par la ponction ne fussent pas pour nous des preuves absolues, vu que nous avons trouvé des péritonites gélatineuses et que le liquide recouvre parfois les intestins. En outre, il y avait ici une saillie de l'ombilic qui nous a fait hésiter jusqu'à ce qu'elle se fût résolue en un abcès. Mais nouvelle difficulté : d'où venait ce pus? D'un simple abcès pariétal? mais il était trop abondant pour cela ; d'une péritonite suppurée? mais nous avons déjà dit que la maladie eût offert plus de gravité. Je m'arrêtai à l'idée qu'il pouvait y avoir péritonite *circonscrite* compliquant le kyste de l'ovaire ; je comprenais difficilement que ce pus pût provenir de l'intérieur du kyste. Ce n'est que plus tard, à l'apparition du vaste abcès sous-mammaire, alors surtout que la matière gélatineuse vint se mêler au pus et que la tumeur s'affaissa dans la région sous-ombilicale, que la chose me parut évidente, plus évidente avant qu'après l'autopsie qui laisse encore, avons-nous dit, quelques doutes à cet égard.

Reste donc, comme probabilité, un abcès intra-ovarique déterminant les adhérences du kyste avec les parois abdominales, puis s'ouvrant à l'ombilic d'abord, ensuite daos la région sous-mammaire, occasionnant là une espèce d'abcès par congestion, etc.

ANASARQUE ; DIAGNOSTIC INDÉCHIFFRABLE ; LÉSIONS MULTIPLES.

OBS. VII (recueillie par M. Liétard). — Un homme de 39 ans, de constitution chétive, entre à la Clinique le 7 juin 1858. Il se dit malade depuis cinq mois. On ne peut rien obtenir de satisfaisant sur ses antécédents : il parle de faiblesse, de manque d'appétit, suivis de développement du ventre et d'infiltration concomitante des extrémités inférieures, le tout survenu à la suite d'un refroidissement. Il dit n'avoir jamais toussé que pendant cinq jours, au début de la maladie. Il n'a jamais souffert de la poitrine, et pourtant il porte les traces de plusieurs vésicatoires sur le thorax. Il n'a jamais eu de palpitations ni de rhumatismes. Un médecin consulté lui a dit qu'il avait une hypertrophie du foie. Il a pris beaucoup de remèdes qui ont produit une diminution de l'hydropisie.

Nous constatons : décubitus dorsal, la poitrine haute ; faciès pâle, amaigri, anxieux ; orthopnée ; peau chaude ; pouls serré, à 130, un peu irrégulier ; abdomen volumineux, sans réseau veineux prononcé, mou, fluctuant. Saillie de l'ombilic. La palpation brusque permet de constater une tumeur que nous pensons être le foie, dépassant les fausses côtes, d'environ 8 à 10 centimètres, sans inégalités à la surface ; infiltration considérable des membres inférieurs.

A l'auscultation, quelques râles muqueux et sous-crépitants disséminés dans les deux poumons, plus prononcés en arrière et à droite ; résonnances de la voix en arrière et en haut, des deux côtés. Battements du cœur obscurs, éloignés, un peu irréguliers, sans bruits anormaux. Urines non albumineuses. Tube digestif en assez bon état. (40 ventouses sèches aux cuisses ; deux granules de digitaline ; potion diurétique. (Prenez : infusion d'espèces diurétiques, 100 grammes ; nitrate de potasse, 1 gramme ; oxymel scillitique, 15 grammes ; sirop de capillaire, 20 grammes ; soupe au lait.)

Les jours suivants, peu de modifications.

10 au soir, anxiété, orthopnée considérable, cyanose ; pouls petit, fréquent, irrégulier ; le bras gauche s'œdématie. (Sinapisme sur le thorax.

11. Un peu de mieux. Matité, râles sous-crépitants en arrière et à la base des poumons. (Potion avec oxyde blanc d'antimoine, 4 grammes.)

12. Mort cinq jours après l'entrée.

NÉCROPSIE trente-six heures après la mort.

Marasme des parties supérieures, abdomen volumineux, infiltration considérable des membres pelviens.

Thorax. — Quelques anciennes adhérences pleurales des deux côtés.

Le *poumon droit* est parsemé de tubercules à tous les degrés ; petite caverne au sommet, engouement à la base.

Le *poumon gauche* est infiltré de sérosité sanguinolente en arrière, où son tissu est friable et farci de granulations dures.

Le *péricarde* contient environ 100 grammes de sérosité ; il est tapissé d'une fausse membrane de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, résistante, se détachant en larges lambeaux, plus épaisse autour du cœur que sur le feuillet pariétal.

Le cœur paraît ramolli, ses fibres sont pâles ; point de lésion valvulaire.

Abdomen. — *Péritoine* contenant de 5 à 6 litres de sérosité limpide. Circonvolutions de l'intestin agglomérées par des adhérences assez solides, criblées de granulations miliaires blanches.

L'*épiploon* refoulé, induré, hypertrophié, d'aspect lardacé, forme au-dessous du foie, qu'il semble continuer, un cordon épais (pris pendant la vie pour le foie dépassant les fausses côtes).

Le *foie* lui-même n'est pas sensiblement hypertrophié ; il est pâle et tend à la dégénérescence graisseuse.

La muqueuse de l'*intestin* paraît vivement enflammée, dans une certaine étendue de l'intestin grêle.

Au-dessus de la valvule iléo-cæcale existent plusieurs ulcérations tuberculeuses, brunâtres, à bords inégaux, coupés à pic, parsemées au fond et à l'entour de granulations blanchâtres.

La *rate* et les *reins* sont à l'état normal.

Récapitulation : phthisie chronique à droite ; phthisie aiguë à gauche ; hydropéricarde ; péricardite chronique ; ascite ; péritonite tuberculeuse ; dégénérescence de l'épiploon ; entérite aiguë ; ulcères tuberculeux de l'intestin.

En face de ce malade, nous n'avons pas voulu nous prononcer sur la cause de l'hydropisie. En effet, nous constations des symptômes pulmonaires, des symptômes cardiaques, des symptômes abdominaux, qui tous pouvaient expliquer la suffusion séreuse, et sur la nature desquels, en outre, il nous était impossible de nous prononcer. Quelle était la nature des lésions pulmonaires? Le malade prétendait n'avoir jamais toussé, et pourtant il était tuberculeux depuis longtemps. Quelle était la nature des symptômes cardiaques? Y avait-il simplement hydropéricarde, péricardite, lésion valvulaire? Point de signes précis, et, à l'autopsie, nous trouvons deux de ces trois lésions, sans compter le ramollissement du cœur, et cette hypertrophie du foie qui se transforme en une dégénérescence de l'épiploon? Et cette péritonite tuberculeuse que rien ne pouvait faire soupçonner? Et cette entérite avec ulcérations tuberculeuses, sans douleur, sans diarrhée? Quel amas d'obscurités, de lésions inattendues! quel diagnostic indéchiffrable, et que nous avons fait sagement de nous abstenir! Nous sera-t-il permis de reconstruire après coup cette inextricable maladie? Nous supposons d'abord que la phthisie était ancienne ; que le début de la maladie actuelle a été signalé par l'explosion simultanée ou successive de la phthisie aiguë du poumon gauche et de la péritonite tuberculeuse, sans que nous puissions assigner la priorité à l'une ou à l'autre. L'entérite ulcéreuse doit être au moins contemporaine de ces deux accidents ; puis la péricardite est venue broder sur le tout. Maintenant, d'où provient la cachexie séreuse? Est-ce de la tuberculisation? Est-ce de la péritonite ou de la péricardite? Peut-être faut-il faire une part à chacun de ces éléments. Et que devient l'*unité morbide* au milieu de tout cela?

Après une preuve aussi éclatante des infirmités du diagnostic, nous nous croyons dispensé d'en produire d'autres.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE ESPÈCE DE LUXATION MÉCONNUE JUSQU'A CE JOUR : LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS SUR LE FIBRO-CARTILAGE INTERARTICULAIRE DU POIGNET ; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

Le déplacement que je vais décrire est incomparablement plus fréquent qu'aucune autre luxation, et cependant on n'en avait jamais soupçonné l'existence. Comment a-t-il pu passer ainsi inaperçu?

Depuis le milieu du siècle passé, quelques chirurgiens se sont occupés d'une lésion physique, très-commune chez les enfants en bas âge, qui se produit presque toujours quand un petit enfant, venant à faire un faux pas, on le retient par la main pour prévenir sa chute.

Au moment de l'effort, l'enfant pousse des cris, et, dès lors, le membre qui a subi le tiraillement reste pendant et immobile, légèrement fléchi, la main en pronation ; si l'on touche le membre, l'enfant crie ; il n'existe aucune déformation imputable à un déplacement osseux, soit au coude, soit au poignet. Une manœuvre dans laquelle domine la rotation en dehors, la supination complète donne lieu à un bruit de claquement distinct, et, à l'instant, tout est rentré dans l'ordre, la douleur a cessé, le membre a repris le mouvement.

Il y avait donc là un déplacement de surfaces articulaires ; mais ce déplacement, quel est-il? L'absence bien constatée par moi (1) et par

(1) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1837, p. 115, et ANN. DE LA CHIR. FRANÇ. ET ÉTRANG., 1842, t. V, p. 129.

d'autres chirurgiens (1), de toute déformation osseuse des articulations du coude et du poignet, la difficulté que l'on rencontre à s'éclairer sur le siége de la douleur, chez des enfants qui ne savent que crier et ne parlent pas encore (*infantes*), rendent la solution de cette question si difficile, que, jusqu'à ce jour, cette lésion n'avait pas été découverte, et les chirurgiens qui s'étaient occupés de cet accident n'avaient fait sur le siége du déplacement que des hypothèses mal fondées. La plupart y voyaient une luxation de l'extrémité supérieure du radius, complète ou incomplète ; mais les uns voulaient que le radius fût luxé en arrière, d'autres en avant, d'autres directement en bas. Un chirurgien anglais (John Gardner), qui avait bien observé cet accident, l'expliqua en supposant que la pronation forcée faisait passer la tubérosité bicipitale du radius derrière le bord externe du cubitus, où elle se trouvait accrochée de manière à ne pouvoir revenir en avant, hypothèse ingénieuse, qui fut reproduite quelques années plus tard, comme une idée neuve, par M. Rendu, et tout récemment encore, par M. Bourguet. Ce dernier a modifié en quelques points la théorie de Gardner, mais ne l'a pas rendue plus acceptable.

Des chirurgiens d'Aix qui dirigèrent mes premiers pas dans la pratique connaissaient cet accident, dans lequel ils voyaient une luxation de l'extrémité supérieure du radius, et quand je leur demandais des explications, ils me renvoyaient au mémoire de Martin (de Lyon); c'est dire qu'ils croyaient à la luxation en arrière; j'avais vu ces praticiens réduire ce déplacement avec une facilité très-grande par une manœuvre fondée sur cette vue théorique, manœuvre dans laquelle les tractions exercées sur la main étaient combinées avec une supination complète, une pression exercée avec le pouce sur la partie postérieure de la tête du radius, et enfin une flexion brusque du coude.

Le succès constant de cette manœuvre semblait donner raison à leur théorie ; je crus à la luxation de l'extrémité supérieure du radius, mais je la jugeai très-incomplète, et, en suite de quelques vues théoriques, je pensai qu'elle se faisait en avant, et j'exerçai les pressions sur la tête du radius d'avant en arrière, au lieu de les faire d'arrière en avant, comme mes confrères. J'obtins, comme eux, des succès constants et faciles, et je crus alors connaître ce déplacement, sur lequel j'écrivis, en 1837, un premier mémoire dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (25 février) (2).

Me voilà maintenant arrivé à la conviction que toutes les théories imaginées jusqu'à ce jour — la mienne comprise — sur l'espèce de déplacement dont je m'occupe en ce moment sont erronées, et que je viens enfin de découvrir la vérité sur ce point. C'est ce que je vais tâcher de prouver.

Dans la première partie de ce travail, je tracerai le tableau symptomatologique de la lésion ; je discuterai les différentes théories émises jusqu'à ce jour, sans en excepter la mienne ; je constaterai enfin l'état présent de la science sur cette question chirurgicale.

Dans la seconde partie, j'exposerai mes vues nouvelles et toutes les conséquences qui en découlent.

J'espère n'avoir pas de peine à faire prévaloir ma théorie nouvelle, que je crois la seule vraie.

PREMIÈRE PARTIE.

DESCRIPTION DE LA MALADIE.

Ce déplacement se rencontre chez les enfants en bas âge, à l'époque de la vie où la marche étant incertaine, mal assurée, on tient les enfants par la main pour soutenir leurs pas chancelants ; il se produit quand, par un mouvement instinctif, toujours brusque, on retient par la main l'enfant qui fait un faux pas, ou si l'on soulève un enfant par la main pour lui faire franchir un ruisseau. Au moment où le membre subit ce tiraillement, un bruit de claquement se produit dans le petit membre, bruit qui est nettement perçu par la personne qui tient la main de l'enfant. Tout à coup l'enfant pousse des cris, la luxation s'est opérée, et, dès ce moment, tout mouvement volontaire cesse dans le membre, qui reste pendant, dans un état de relâchement, de flexion légère, ordinairement un peu portée en avant. La main est en pronation ; si l'on cherche à la ramener en supination, on rencontre une résistance mécanique, et à moins qu'on ne surmonte cette résistance;— auquel cas la luxation serait réduite, — dès qu'on la laisse aller, la main retombe en pronation. Ce dernier symptôme constitue un signe pathognomonique.

Dans deux cas, j'ai observé une inclinaison marquée de la main sur le bord cubital du membre (obs. 4 et 5) ; cette adduction n'a pas été notée parmi les symptômes du déplacement dont je m'occupe ; moi-même je ne l'ai remarqué que dans ces derniers temps ; je n'en conclus point qu'elle n'existait pas dans les cas que j'avais observés jusqu'alors ; mais une particularité que je dois signaler, c'est la coïncidence, dans mes deux faits, de l'adduction avec un bruit de crépitation dont je parlerai bientôt, et qui est loin d'être constant.

Le coude ne présente aucune déformation osseuse, aucun gonflement des parties molles ; mais il n'en est pas de même du poignet ; ici encore on peut constater la conservation des rapports naturels des parties osseuses entre elles ; mais si la luxation n'est pas bientôt réduite, il survient à la face dorsale de cette articulation un gonflement qui tient de l'œdème, et qui a été bien remarqué par des chirurgiens qui n'y attachaient pas d'importance et ne voyaient là qu'une entorse du poignet compliquant le déplacement qu'ils croyaient être au coude.

Ce gonflement douloureux du poignet, sans déformation osseuse, a été noté avec insistance par MM. Rendu, Perrin et Bourguet ; je l'ai observé moi-même dans bien des cas où le déplacement n'avait pas été réduit dans les premières heures qui suivaient l'accident, et depuis que j'ai des idées nouvelles sur cette luxation, j'ai examiné, chaque fois que j'en ai eu l'occasion, les petits malades avec l'intention de reconnaître le siége de la douleur, et voici comment j'ai procédé : pendant que l'enfant était distrait par les personnes qui l'entouraient, sans changer la position du membre, j'ai touché et pressé en différents sens le coude, et surtout l'articulation radio-humérale, et l'enfant n'a pas bougé ; mais quand j'ai porté les doigts sur la face dorsale du poignet, le petit malade a constamment poussé les hauts cris.

Monteggia avait remarqué la ressemblance du bruit qui se produit dans l'exploration du membre et au moment de la réduction avec la crépitation des fractures ; il s'y trompa, dit-il, la première fois qu'il observa cette lésion ; mais fut bientôt tiré de son erreur par le rétablissement immédiat de tous les mouvements du membre et la cessation de la douleur (1). M. Malgaigne a signalé de nouveau ce craquement, qui, dit-il, lors de l'accident, renouvelé dans les mouvements imprimés au membre, et éclatant surtout lors de la réduction qui l'a aussi induit en erreur. Voici ce que j'ai observé relativement à ce symptôme : au moment où se produit le déplacement, la personne qui tient l'enfant par la main perçoit un claquement distinct, quand le déplacement existe des mouvements légers imprimés à la main dans un but d'exploration donnent assez souvent, mais non toujours, la sensation d'un frottement entre surfaces osseuses. C'est cette crépitation qui a pu induire en erreur le chirurgien et lui donner l'idée d'une fracture. Enfin, quand on force la supination, au moment où les parties déplacées reprennent leurs rapports normaux, se produit un claquement semblable à celui qui se fait entendre au moment de la réduction d'une luxation.

Voilà la description d'après nature de la lésion dont je m'occupe en ce moment. On y chercherait en vain la saillie que devrait faire en avant, suivant les uns, en arrière, suivant d'autres, la tête du radius déplacée, la dépression que la luxation en avant devrait laisser en arrière, sous la petite tête de l'humérus. Tout cela n'existe pas ; mais

(1) Gardner, Rendu, Perrin, Bourguet.

(2) Je tiens à prendre note de la date de ce mémoire, qui a été le premier travail dogmatique écrit, de nos jours, sur ce sujet. Le travail de John Gardner, *sur une nouvelle espèce de déplacement des os de l'avant-bras chez les enfants*, ne parut, dans le THE LONDON MEDICAL GAZETTE, que sept mois après le mien (en septembre 1837), et ne fut analysé par la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, où j'en pris connaissance, que dans le mois d'octobre suivant (p. 664). L'auteur assurait que la lésion qu'il décrivait n'était pas celle qu'on avait décrite sous le nom de luxation de la tête du radius. Le 8 mai 1841, ce fut M. Rendu qui écrivit sur ce sujet (GAZ. MÉD., p. 301). Mon second travail, intitulé : QUELQUES MOTS SUR UNE LUXATION INCOMPLÈTE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS COMMUNE CHEZ LES ENFANTS EN BAS AGE, parut dans les ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, en 1842 (t. V, p. 129). Les travaux de M. Perrin (de la Sarthe) furent publiés dans le JOURNAL DE CHIRURGIE de M. Malgaigne, en 1843 (p. 125), en 1844 (p. 74), et en 1849, dans la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (t. V, p. 145). A l'occasion de la première observation de M. Perrin, M. Malgaigne publia dans son journal (1843, p. 126) un savant travail sur ce sujet ; enfin, sont venus les travaux de M. Bourguet (REV. MÉD.-CHIR., 1854, t. XV, p. 287 et 334 ; et 1855, t. XVII, p. 27).

(1) Allora si sente un piccolo scroscio niente diverso dal crepito di una frattura; in fatti, la prima volta che ciò osservai, credetti che vi fosse frattura; ma mi disingannai subito al vedere ritornata sul momento la libertà de' movimenti, cessato il dolore e restituita la buona conformazione e la retta posizone della mano. (L. C., page 287.)

une théorie préconçue nous empêche parfois de voir ce qui est sous nos yeux, et nous fait voir ce qui n'existe pas.

Maintenant que nous avons présente à l'esprit la symptomatologie du déplacement dont nous nous occupons, nous pourrons juger de la valeur des différentes théories qui se sont produites sur cette lésion.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DU CURARE ; de M. le docteur MARTIN-MAGRON.

Au Rédacteur.

Monsieur et honoré confrère,

Dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, vous avez bien voulu, en termes dont nous sommes heureux de vous remercier, vous occuper de la note insérée dans le nº 40 du même journal. Vous l'avez fait avec l'intelligente impartialité qui est le caractère de votre critique ; aussi, nous nous empressons de reconnaître que, si notre pensée n'a pas été complétement comprise, nous n'en trouvons la cause que dans le peu de développement que nous lui avons donné et dans le peu d'habitude que nous avons d'écrire. Permettez-nous donc de bien indiquer le but que nous nous sommes proposé en publiant cette note, et de discuter l'appréciation que vous en avez faite.

Nous soutenons depuis longtemps que l'antagonisme qu'on a *signalé* entre le curare et la strychnine n'existe pas. Et pour nous en tenir quant à présent au système nerveux ; on disait : Le curare n'agit pas sur la moelle (Koelliker, Bernard, etc.). La strychnine agit sur la moelle (Magendie, Müller, Koelliker, etc.). Nous disons, nous : Le curare agit sur la moelle pour la rendre plus excitable, comme la strychnine. On disait : Le curare agit sur les extrémités motrices pour les paralyser (Bernard, Koelliker et tous les physiologistes qui se sont occupés de cette question depuis le professeur du collége de France); la strychnine n'agit pas sur les extrémités motrices (Bernard, Koelliker, Pelikan, etc.). Nous disons : La strychnine agit sur les extrémités motrices comme le curare. On disait : La strychnine excite les nerfs sensitifs (Bernard). Le curare n'a pas d'action sur les nerfs sensitifs (Bernard, Vulpian, Koelliker, etc.). Nous disons : 1° avec MM. Brown-Séquard, Bonnefin, etc. : La strychnine n'excite pas les nerfs sensitifs;

2° Il n'y a pas une seule expérience qui prouve que le curare n'a pas d'action sur les extrémités sensitives.

Comme les deux premières propositions sont mises en doute dans votre excellent travail, permettez-nous de donner succinctement nos preuves :

1° *Le curare agit sur la moelle;* cette assertion n'est pas nouvelle, veuillez consulter à ce sujet les pages 92, 93, 94 et 112 du mémoire de Fontana; la page 311 du TRAITÉ DES SUBSTANCES TOXIQUES, par M. Bernard; la page 109 de la GAZETTE MÉDICALE, 1840; les pages 25 et 26 du mémoire de M. Reynoso sur le curare; la page 74 des COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1854, etc., etc. Dans un mémoire, dont la première partie déjà imprimée paraîtra dans le prochain numéro du JOURNAL DE PHYSIOLOGIE de M. Brown-Séquard, nous donnons d'autres indications. Mais en voilà assez quant aux autorités. Nous serions heureux de pouvoir répéter devant vous les expériences suivantes : On ouvre le crâne à une grenouille et l'on injecte dans le canal rachidien une solution de curare; après un temps variable, l'animal est pris de convulsions aussi fortes que si l'on avait injecté de la strychnine.

On lie l'aorte à une grenouille bien vivace, on injecte du curare sous la peau du dos, et après un temps plus ou moins long, le train postérieur est pris de convulsions tétaniques.

On injecte sous la peau d'une grenouille une dose très-faible de curare; sous la peau d'une autre grenouille on injecte une dose très-faible d'extrait de noix vomique; après un temps quelquefois très-long, les deux grenouilles sont prises de mouvements convulsifs absolument semblables.

Nous avons fait plus de deux cents fois ces expériences, nous les avons répétées devant M. Brown-Séquard et devant M. Vulpian, qui étaient curieux de les voir faire avec du curare à lui appartenant.

Hâtons-nous d'ajouter que dans l'empoisonnement par le curare les convulsions manquent, sont très-légères ou ne durent qu'un temps très-court, si l'on n'a pas soin de s'opposer à l'empoisonnement des extrémités. C'est là ce qui a fait croire que ce poison n'agissait pas sur la moelle.

2° *La strychnine paralyse les extrémités des nerfs moteurs;* cette proposition n'est pas plus nouvelle que la précédente, voyez la page 65 de la PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX de Müller; la page 213 du TRAITÉ DES PHÉNOMÈNES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES; par Matteucci; la page 173 des MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE 1855, etc.

Il est vrai que, dans les faits rapportés par ces auteurs, l'animal, sujet de l'expérience, avait éprouvé primitivement des convulsions, de telle sorte, qu'on pouvait à la rigueur expliquer la perte de l'excitabilité des nerfs moteurs par l'épuisement nerveux général. Nous croyons avoir démontré les premiers, la paralysie des extrémités motrices par la noix vomique, indépendamment des convulsions. Il suffit de couper le nerf sciatique de droite et d'empoisonner ensuite l'animal; le membre indiqué n'éprouvera pas de convulsions, et pourtant après un temps quelquefois très-court, le nerf soumis à l'action de la pile ne produira pas le moindre mouvement musculaire;

Injectez dans l'iliaque droite une solution filtrée d'extrait de noix vomique; le nerf de ce côté, soumis immédiatement à l'action de la pile ne produira aucun effet; les réophores appliqués sur les muscles les feront entrer en contraction, et bientôt tout le reste de l'animal sera pris de convulsion. Ces quelques expériences qui sont détaillées tout au long dans le mémoire dont il a été question ne laisseront guère de doute sur la réalité des propositions que vous mettez en doute.

Permettez-nous maintenant, monsieur, de discuter quelques appréciations qui nous paraissent sujettes à contestation. Page 629 vous dites: « Quant à son application (du curare) sur le siége traumatisme, » tout le monde est heureusement d'accord sur sa sagesse et son op- » portunité. » L'école de M. Bernard qui soutient: que le curare n'a pas d'action sur les nerfs sensitifs ne saurait partager à ce sujet votre avis, elle ne peut voir là qu'un moyen comme un autre, vésicatoire, plaie, injections, etc., de faire pénétrer le poison dans l'économie. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que nous avons lu les deux phrases suivantes dans un travail publié par un des élèves les plus distingués de cette école (GAZETTE HEB. 1859, pages 596 et 597). « Ce poison ino- » culé à une grenouille abolit en quelques minutes la motricité des » nerfs en laissant subsister *la sensibilité* et l'irritabilité musculaire. » Et un peu plus loin :

« Qui sait si le curare n'agit pas alors sur les extrémités des nerfs » contus, tiraillés, déchirés, comme pourrait d'ailleurs le faire peut- » être aussi le sulfate d'atropine, *de façon à supprimer complétement* » *les excitations qui partent de la plaie pour aller ébranler et irriter* » *le système nerveux central.* » Nous ne comprenons pas bien comment un poison qui n'agit pas sur la sensibilité pourrait supprimer complétement, etc.... A la même page, monsieur, vous ajoutez: « Quoique M. Martin Magron considère que la strychnine ait, ainsi » appliquée, les mêmes vertus, nous sommes convaincu que ce n'est » pas la substance qu'il eût lui-même choisie ou conseillée dans un » tel cas, même en application topique. Le curare, suivant lui, agis- » sant deux fois plus efficacement, il est à croire que c'est à cette » substance qu'il eût eu recours de préférence à la strychnine. »

Cette phrase nous démontre que nous n'avons pas su nous faire comprendre. Permettez-nous de faire remarquer que nous n'avons pas plus parlé de l'application locale de la strychnine que de l'application locale du curare. Nous avons parlé d'un topique paralysant les extrémités sensitives, mais nous n'avons pas spécifié ce topique. Nous avons bien dit: « Supposons maintenant qu'une certaine dose de strychnine » donnée dans certaines conditions de circulation, agisse comme 2 » sur la moelle et comme 1 sur les extrémités; qu'une certaine dose » de curare agisse comme 2 sur les extrémités et comme 1 sur la » moelle; ces deux doses administrées en même temps, *si elles ne sont* » *pas suffisantes pour paralyser entièrement les extrémités ou tuer la* » *moelle,* empêcheront les convulsions sans faire périr l'animal. » Il s'agit ici de l'action que ces poisons exercent sur les *extrémités motrices* ainsi que cela ressort de la phrase qui précède celle que nous venons de rapporter. Mais cette action ne remplit en aucune façon le but qu'on se propose dans les applications locales. Ajoutons: Qu'en disant que suivant nous, le curare agit 2 *fois* plus efficacement que la strychnine, vous donnez comme notre opinion arrêtée, ce qui n'est de notre part qu'une supposition; et que vous paraissez appliquer aux extrémités des nerfs en général, ce que nous n'avons appliqué qu'aux extrémités motrices. Vous semblez croire aussi que nous établissons une grande différence entre l'application locale du poison et son ingestion à l'intérieur; or si l'on excepte l'action possible mais non prouvée du curare sur les extrémités sensitives, nous croyons que l'application

locale n'est ni plus ni moins dangereuse que l'ingestion à l'intérieur.

A la page 630, vous arguez des expériences de M. Bernard, qui, en donnant à la fois la strychnine et le curare, a toujours vu les animaux mourir sans convulsions, et cela est pour vous « *ce qui fait toute la valeur des expériences dans leur rapport avec la thérapeutique.* » Eh bien, M. Pelikan a vu souvent le contraire, et nous avons maintenant daos notre laboratoire une grenouille à laquelle nous avons administré un dixième de goutte de solution de curare et une goutte de solution de noix vomique, elle a depuis vingt-quatre heures des convulsions sous l'influence de la moindre excitation. A la seconde colonne de la même page vous vous exprimez ainsi : « Un autre » résultat dérive encore de ces deux observations, et il devra être mis » en regard de l'opinion de M. Martin Magron; c'est le suivant : administré intérieurement à des doses sensiblement égales et même » supérieures à celles employées dans l'application topique, chez » le malade de M. Chassaignac, le curare, loin de provoquer l'irri- » tabilité du bulbe, et, par suite, du système musculaire entier, » a vu céder cette irritabilité pendant son administration. » Ce n'est point à nous, monsieur, qu'il faut opposer ce fait, car la note que vous avez bien voulu publier dans votre journal n'avait d'autre but que d'en démontrer la possibilité, puisque nous disons nettement qu'une certaine dose de curare peut empêcher les convulsions que produirait sans elle une certaine dose de strychnine. Ce fait, monsieur, vous l'opposeriez peut-être avec plus de raison à M. Vulpian, qui, dans son excellent article de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, a écrit les paroles suivantes : « Si nous pouvions ici entrer dans de plus grands » détails, nous démontrerions sans peine que théoriquement, et en » supposant toujours que le curare détruit chez tous les mammifères la » motricité nerveuse, cette substance ne peut avoir aucun effet sur la » fréquence, la durée, et par conséquent les dangers des convulsions. » C'est le système bulbaire et rachidien des centres nerveux qui est » surtout excité dans le tétanos; ce sont les nerfs sensitifs qui fomen- » tent cette excitation; qu'importe que la motricité nerveuse soit di- » minuée? Les convulsions seront moins frappantes pour l'observa- » teur, elles seront pour ainsi dire moins saillantes; mais leur effet » sera aussi funeste. Pour ne parler que de l'appareil respiratoire, » tous ses muscles n'entreront pas moins en contraction au moment » des accès, sans permettre aux aspirations de se faire. C'est sur les » centres nerveux, c'est sur les nerfs sensitifs qu'il faut agir, et non » sur les nerfs moteurs. » Vous pensez bien, monsieur, que nous ne partageons pas cette manière de voir, et que nous ne comprenons pas comment une excitation de la moelle pourrait déterminer la contraction de muscles, dont les nerfs moteurs seraient paralysés.

A la page 631, vous dites : « car il nous semble par les témoignages » généraux des expérimentateurs, ceux, par exemple, de M. Vulpian, » que les expérimentations rapportées par ce dernier écrivain dans la » GAZETTE HEBDOMADAIRE, sont elles-mêmes entièrement opposées aux » propositions de M. Martin-Magron sur le prétendu strychnisme du » curare. » Nous ne nous sommes jamais servis de cette expression dont nous ne comprenons pas bien le sens, car il n'y a pas plus de raison pour appeler strychnisme les convulsions produites par le curare, qu'il n'y en aurait pour appeler du même nom celles données par l'opium, le laurier-rose, le tanguin, etc., et on peut appeler aussi bien tanguinisme le tétanos produit par la strychnine. Nous répondons à ces faits, monsieur, par ceux que nous avons cités au commencement de notre lettre et par cette remarque qui termine le travail que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences : *Pour avoir sûrement des convulsions avec le curare, il faut s'arranger de manière à empoisonner la moelle avant les extrémités, pour ne pas avoir de convulsions avec la strychnine, il faut faire en sorte d'empoisonner les extrémités avant la moelle.* En un mot, le curare agit *toujours* sur la moelle, mais cette action ne se manifeste qu'autant que les extrémités motrices n'ont pas subi de la part du poison une altération telle, qu'elles ne puissent répondre à l'excitation du centre.

En résumé, dans la note dont vous avez bien voulu vous occuper, nous nous sommes proposé de montrer que, quand même le curare arrêterait les convulsions produites par la noix vomique, cela ne prouverait en aucune façon la réalité de l'antagonisme qu'on a signalé. Ajoutons qu'il y a eu de votre part quelque peu d'exagération à nous comprendre parmi les adversaires déclarés de l'emploi du curare dans le traitement du tétanos. Nous sommes convaincus, au contraire, que ce poison est propre à arrêter ou du moins diminuer l'état convulsif; mais nous soutenons toujours qu'il ne devra être employé qu'avec une grande circonspection; que le médecin devra être continuellement dans la crainte de substituer à une asphyxie par suite de la contraction permanente des muscles, une asphyxie causée par le relâchement absolu de ces organes. Il devra être toujours prêt, par conséquent, à pratiquer la respiration artificielle pendant laquelle pourra se faire l'élimination du poison. Tout le monde, en effet, connaît l'histoire de l'âne de Watterton, et les résurrections dont ont été témoins Fontana, MM. Bernard, Vulpian, etc.

Permettez-nous, enfin, de terminer cette lettre beaucoup trop longue, par cette phrase que nous lisons à la page 292 du tome quatrième de l'immortel ouvrage de Franck : « En médecine, quelles que soient ». les craintes ou les espérances que le raisonnement inspire, si l'ex- » périence dit le contraire, c'est l'expérience qu'il faut croire. »

Veuillez agréer, etc.

P. S. — Je sors de la Société de chirurgie, où j'ai entendu une discussion un peu confuse sur l'action du curare; cependant les orateurs qui ont pris la parole à ce sujet sont tombés d'accord sur un point, à savoir, *que le curare n'est point absorbé par la muqueuse digestive*. Or je ne crois pas qu'il y ait aujourd'hui un *seul* physiologiste ayant expérimenté sérieusement le curare qui partage cette opinion. Elle a été expérimentalement réfutée par Fontana (mém. cité, p. 89), par M. de Castelnau (RELATION D'UNE EXPEDITION DANS LES PARTIES CENTRALES DE L'AMÉRIQUE, ETC.), par M. Vulpian (COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SC., 1854), par M. Pelikan (Académie des sciences, 9 mars 1857), et par nous-mêmes (JOURN. DE PHYSIOL. de M. Brown-Séquard, n° de juillet et d'octobre). M. Bernard, dont le nom justement célèbre a le plus contribué à propager cette erreur, de 1850 à 1856, y a, depuis cette époque, complétement renoncé (LEÇONS SUR LES SUBSTANCES TOXIQUES, 21 mai).

RÉPONSE DU RÉDACTEUR. — L'heure avancée de la composition du numéro à laquelle il nous a été permis de prendre connaissance de la lettre précédente de notre honorable confrère ne nous laisse pas le temps de la discuter *in extenso*. Nous n'avons même pas celui, tant il nous semble y régner de confusion, de faire le départ entre les doctrines qui nous y sont attribuées et les opinions pleines de réserves que nous croyions seulement avoir énoncées. Nous ne sommes surpris que d'une chose, c'est d'avoir pu paraître avoir des opinions aussi assurées sur des points de physiologie que nous avions cru n'indiquer qu'avec une prudence allant presque jusqu'à la timidité.

Eu égard à la difficulté du sujet, sans doute, nous avons été d'abord quelque temps à reconnaître quelles étaient, en somme, les deux propositions hétérodoxes que nous avions assumées à notre compte. Nous n'y sommes arrivé que par exclusion : en nous fixant sur les propositions contraires de celles que M. Martin-Magron s'attache à démontrer.

Ces deux propositions, nous ne demandons pas mieux que d'apprendre un jour leur vérité incontestée. Ce n'est pas nous qui les avons mises en doute; nous n'avons ni cette autorité, ni cette prétention. C'est l'école seule de M. Cl. Bernard, et c'est à ce savant professeur que s'adresse, nous devons le croire, le flot d'arguments qui précède. M. Martin-Magron veut « *que le curare agisse sur la moelle*, » et il cite les auteurs qui pensent comme lui, depuis 1840 jusqu'en 1854; qui le conteste? M. Cl. Bernard dans ses leçons de physiologie, en 1856, a une leçon tout entière (la 23ᵉ) consacrée à cet objet. Quant à la deuxième proposition : « la strychnine paralyse d'abord les nerfs moteurs, » c'est encore M. Bernard qui la combat dans la 24ᵉ leçon et les suivantes!

Le débat, ainsi que nous le disions, n'est donc qu'entre notre honoré correspondant et le savant professeur du collége de France. En disant que les énonciations du premier étaient contestées, en appelant sur elles la discussion et les vérifications, nous n'avons été qu'historien. En présence de tels athlètes et sur des sujets aussi éloignés de nos études spéciales, il eût été plus qu'imprudent à nous de prétendre à davantage.

La seconde partie de la lettre de M. Martin-Magron s'adresse-t-elle plus justement à nous? Et, de même qu'il nous a fait l'honneur de nous investir des opinions de M. Cl. Bernard, notre savant correspondant n'aurait-il pas aussi un peu mêlé notre propre article et celui publié par M. Vulpian dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE? Nous voyons, par exemple, qu'il relève successivement deux phrases : l'une de M. Vulpian, l'autre de nous-même, nous les attribuant toutes les deux et *dans la même page*, dit M. Magron, et cependant l'une appartient à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, l'autre à la GAZETTE MÉDICALE. Nous n'aurons pas le mauvais goût de prendre la parole au nom d'un confrère plus que capable de se défendre, et de parler ici pour le savant rédacteur de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Ce serait d'autant plus déplacé de notre part que les écoles expérimentales se trouvent ici directement en

présence. Nous ne demandons que la permission d'être spectateur du tournoi.

Terminons en disant que chacun au fond de ce grand débat de physiologie expérimentale pourrait bien avoir sa part de raison. Le curare est une substance encore plus complexe que terrible, dont la composition, peu connue, peut être des plus variables des rivages de l'Océanie aux sources de la Plata, et même d'une tribu à une autre voisine. N'y aurait-il pas des strychnées dans les unes, du virus animal dans d'autres, etc., etc.? ce n'est nullement improbable. Atteodons, expérimentons, et rendons justice à tous les efforts entrepris dans cette voie difficile. On doit déjà à ces recherches le salut de deux malades voués à une mort certaine. Voilà plus qu'il n'en faut pour nous autoriser tous dans nos différents rôles, qui, en somme, n'ont qu'un but : la vérité.

G.-T.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

DES ALTÉRATIONS PHYSIQUES ET CHIMIQUES DE L'URINE DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE ET DE L'ACTION DU BISULFATE DE QUININE SUR CE LIQUIDE; par le docteur WILLIAM A. HAMMOND.

L'auteur, qui possède une connaissance précise des travaux de MM. Becquerel, Stuart et Kanke, a entrepris sur lui-même des recherches qui l'ont conduit aux résultats suivants.

Pendant un accès de fièvre intermittente, les acides urique et phosphorique sont augmentés très-notablement; l'urée et le chlore subissent une grande diminution.

Ces substances reviennent à peu près pendant l'apyrexie à leur quantité normale, mais un nouveau paroxysme fait reparaître les différences.

Cependant le bisulfate de quinine imprime aux qualités et à la composition de l'urine un caractère de permanence, et la guérison est obtenue lorsque les rapports naturels entre les différents principes constituants de l'urine sont rétablis.

Certains faits mis en lumière par les recherches du docteur Hammond doivent être particulièrement signalés. Tels sont: l'augmentation de la quantité de l'acide phosphorique éliminé pendant le paroxysme, qui semble trahir la nature nerveuse de l'affection.

L'excès de l'acide urique et la diminution correspondante de l'urée pendant l'accès, tandis que l'acide urique diminue et que l'urée augmente au contraire pendant l'intermission et après l'administration du sulfate de quinine, montrent le rapport étroit qui existe entre ces deux substances et rendent plus probable la théorie qui regarde l'acide urique comme un produit de la métamorphose de l'urée.

DE L'ALLAITEMENT NATUREL ET ARTIFICIEL; par M. W. HENRY CUMMING.

L'auteur, s'appuyant sur les découvertes de la chimie moderne, rappelle que le lait naturel est non-seulement un aliment complet, mais qu'il renferme les substances qui doivent fournir au développement des organes aussi bien qu'à leur entretien.

Non-seulement nous trouvons dans le lait les mêmes éléments que dans le corps et le sang de l'enfant, mais une grande partie y sont combinés de la même manière.

Quatre composés protéiques, plusieurs corps gras et plus de dix sels minéraux entrent dans la composition du lait, et, ce qui est plus remarquable encore, c'est que l'un de ces sels, le phosphate de chaux, se trouve en telle combinaison avec ces composés protéiques que, quoique insoluble lui-même, il peut facilement être absorbé. Ainsi ce corps, indispensable à la formation des dents et des os, est largement introduit dans l'organisme sous une forme convenable à ses besoins.

Le beurre est un aliment combustible; le beurre du lait de vache renferme plus de dix corps gras dont il est encore impossible (dans l'état de nos connaissances chimiques), de préciser l'usage particulier. — Cependant l'un de ces corps, la lécithine, est une graisse phosphorée, le principal constituant du système nerveux; s'il venait à manquer dans le lait, le système nerveux de l'enfant cesserait de se développer et l'énergie de toutes les fonctions serait diminuée et bientôt épuisée. — On calcule qu'un enfant de trois mois en reçoit près de 3 grammes par jour, et près d'un kilogramme dans sa première année; cette quantité suffit à la dépense du système nerveux aussi bien qu'à son accroissement. — Ainsi le beurre fournit un aliment à la combustion intime, des graisses pour les tissus, et l'élément fondamental du système nerveux.

Le sucre était regardé autrefois comme un aliment purement combustible; mais les recherches physiologiques récentes semblent lui assigner de plus importants usages. On sait en outre que les composés azotés forment environ un tiers du poids du lait.

Le lait contenant, sous la forme la plus appropriée à l'enfant, tous les éléments de l'entretien et du développement de ses organes, — il est évident qu'il ne peut être égalé par aucune autre substance alimentaire, et que s'il est lui-même insuffisant soit en quantité, soit en qualité, la nutrition, le développement et la santé de l'enfant en recevront de graves atteintes.

De là découle pour l'enfant l'importance de l'allaitement naturel et la difficulté de le remplacer par un allaitement artificiel. Cependant telles circonstances se présentent communément qui forcent à avoir recours à cet expédient, et la question pratique se trouve ramenée à chercher le moins mauvais de ces moyens défectueux de nutrition.

Le lait de vache, si généralement à portée et composé des mêmes constituants que le lait humain, s'offre tout naturellement en première ligoe. On sait toutefois que les principes n'y sont pas associés dans les mêmes proportions, comme le fait voir le tableau suivant:

Lait de vache.		Lait de femme.	
Beurre. . . .	38,59	Beurre. . . .	20,76
Caséine. . . .	40,75	Caséine . . .	14,34
Sucre.	54,97	Sucre	75,02
Eau.	866,69	Eau	889,88

Ainsi le lait de vache contient près de trois fois autant de caséine que le lait de femme et un peu moins du double de beurre. Dans le lait de vache le beurre est à la caséine comme 100: 105; dans le lait de femme comme 100: 70. Si par la dilution vous réduisez le beurre à 20,76, vous aurez 21,92 de caséine, 50 pour 100 de plus que dans le lait de femme. Avec un tel excès de caséine, il n'y a guère d'espoir de réussir. L'estomac de l'enfant ne pourra la digérer, elle traversera le canal intestinal en l'irritant; de là des diarrhées débilitantes, des vomissements peut-être; on échouera. C'est ce que démontre l'expérience; aussi l'on abandonne souvent le lait de vache pour les farineux.

Si pour éviter cet excès de caséine on étend encore la dilution, on n'aura plus que 13,58 de beurre, c'est-à-dire les deux tiers seulement de la quantité requise; elle peut suffire toutefois pendant quelque temps, mais bientôt la température du corps s'abaisse, ainsi que l'énergie nerveuse, privées de l'aliment qui leur est propre; l'indispensable lécithine fait défaut; l'enfant tombe en langueur et dépérit.

On voit donc qu'en coupant tout simplement le lait de vache avec de l'eau, comme on le fait d'ordinaire dans l'allaitement artificiel, on arrive nécessairement à composer un aliment qui contient ou trop de caséine ou trop peu de beurre.

Il s'agit donc de trouver un moyen de remédier à ces défectuosités et de rendre le lait de vache aussi semblable que possible au lait de femme. Le docteur Cumming propose le procédé suivant:

Si on laisse reposer quatre ou cinq heures le lait de vache et qu'on en retire alors le tiers supérieur, on trouve que cette portion du liquide contient 50 pour 100 de beurre de plus qu'au moment de la traite; si par la dilution on réduit le beurre à 20,76, on a en même temps 14, 34 de caséine, comme dans le lait humain. On arrive encore mieux à ce résultat en se servant de la dernière moitié du lait de la traite qui contient 54 parties de beurre pour 38 de caséine, 53 de sucre et 855 d'eau en ajoutant: sucre 142 et eau 1458, on obtient un lait presque absolument semblable au lait de femme, ainsi qu'on peut le voir en ramenant le rapport de ces nombres à mille.

On peut aussi imiter le colostrum en usant du dernier dixième du lait de la traite excessivement riche en beurre.

Le lait sera pris par succion, d'un biberon dont l'extrémité sera facile à nettoyer. Un enfant de dix jours doit prendre environ 1000 gram. de ce breuvage en huit parties de 125 grammes chacune. On augmentera la quantité de chaque dose en en réduisant le nombre de sorte qu'à trois mois l'enfant reçoive sept repas de 250 grammes. Le lait sera donné à des intervalles réguliers; il sera facile d'amener l'enfant à passer six ou huit heures la nuit sans nourriture. La température du breuvage sera de 37 à 38° centig. Il sera administré lentement.

Comme il est évident que la composition du lait doit varier avec l'âge du nourrisson, le docteur Cumming a dressé le tableau suivant, qui rend très-facile la préparation du *lait humain artificiel* pour un enfant.

	Lait.	Eau.	Sucre.
De 3 à 10 jours. . . .	1000	2643	243
10 à 30	»	2500	225
1 mois.	»	2250	204
2	»	1850	172
3	»	1500	144
4	»	1250	124
5	»	1000	104
6	»	875	94
7	»	750	84
9	»	675	78
11	»	625	73
14	»	550	67
18	»	500	63

CAS REMARQUABLE D'ANÉVRISME DE L'AORTE THORACIQUE; par le docteur JOHN H. PACKARD.

OBS. Un homme de 38 ans, porteur dans un magasin de tapis, présente une énorme tumeur pulsatile, rapidement développée à la partie antérieure du thorax. La peau s'amincit au sommet de la tumeur, et le malade succombe à une hémorrhagie foudroyante.

AUTOPSIE. — Le sac, dont la paroi antérieure est très-amincie, contient un énorme caillot, très-ferme dans les régions inférieures et postérieures du sac, mais beaucoup moins en haut et en avant, où sa coloration rouge augmente et sa consistance diminue progressivement. « En introduisant la main dans le sac, je sens, à ma grande surprise, plusieurs fragments d'os rugueux dans sa cavité. Deux sont évidemment les restes du sternum, ils sont libres, entourés de sang à demi coagulé; irréguliers dans leurs formes, ils sont dénudés, érodés, comme par une action dissolvante du sang. La ligne de brisure entre ces deux fragments est irrégulière, oblique, très-semblable à celle d'une fracture.

L'extrémité de la clavicule droite et des deux côtes supérieures du même côté présente le même aspect et se projette à travers les parois du sac. Les deux articulations sterno-claviculaires ont été résorbées.

Au-dessus de la seconde côte, le sternum a disparu à l'exception de son bord gauche très-aminci. La face externe et antérieure de la première côte droite était dessoudée et légèrement excoriée en dehors par la pression du sac anévrismal. Il semblerait que la dilatation s'est opérée si rapidement que les os n'ont pas eu le temps d'être absorbés, et que les parois du sac en s'étendant ont formé des adhérences autour d'eux. Je dois avouer, toutefois, que je ne sais comment expliquer d'une manière satisfaisante ce qui s'est passé pour le sternum. Le sac après l'avoir perforé a passé évidemment au-devant de lui en s'étendant inférieurement. L'état des os présente ici quelque chose de tout à fait particulier. Je n'en ai trouvé aucun exemple dans les nombreux livres spéciaux que j'ai lus à ce sujet. M. Nélaton dit que dans quelques cas, à la vérité très-rares, les os sont courbés au lieu d'être absorbés. M. Broca parle de gros troncs nerveux qu'on a vus quelquefois traverser le sac anévrismal, et il rapporte sur ce point un cas de M. Roynotte. Mais ici il y avait une pièce d'os séparée dans le sac même, sans aucune trace de connexion entre elle et les parois de la cavité, et sans aucune trace sur ces parois qui pût indiquer par où elle avait pu pénétrer. Cependant rien de plus certain que cette portion osseuse ait d'abord été en dehors du sac. Je présente ici, sur ce fait, avec quelque défiance, la théorie qui me paraît la plus probable: Le périoste de la face interne, de la portion supérieure du sternum a été absorbé par suite de la pression de la tumeur, pendant que des adhérences se formaient entre le périoste et la tumeur sur les bords de cet os. Alors la paroi antérieure du sac s'étant elle-même rompue, cette portion d'os fut dépouillée du périoste de sa face antérieure par le sang, qui s'insinua entre cette membrane et l'os, et celui-ci, privé de tout support, tomba dans l'intérieur du sac, dont la paroi antérieure était désormais formée par le périoste externe et la peau, ce périoste étant d'ailleurs doublé d'une sorte de pseudo-membrane formée peut-être par l'organisation des caillots.

Le fait est des plus curieux sans doute, mais ne suffit-il pas de dire pour l'expliquer que le sang a disséqué le périoste autour de cette portion d'os, et qu'il a rongé successivement ses divers points d'attache jusqu'à ce que, privé de tout support, il ait été forcé de tomber dans l'intérieur du sac lui-même.

Le malade n'avait présenté pendant sa vie ni bruit de souffle ni frémissement dans cette énorme tumeur, malgré les battements intenses dont elle était le siége. L'autopsie rendit compte de cette circonstance exceptionnelle en montrant que le sang pénétrait dans la tumeur, par un canal revêtu de caillots mous et crémeux, capables d'atténuer le bruit de frottement plutôt que de le faire naître et de le propager.

C'était un anévrisme de la crosse de l'aorte commençant 3 centimètres au-dessus de son origine, et s'étendant jusqu'à 3 centimètres sur sa portion descendante. Le reste de ce vaisseau présentait des plaques athéromateuses, les poumons étaient parfaitement sains.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

M. MILNE EDWARDS donne quelques nouveaux détails relatifs à la transformation de la *trichina spiralis* en *trichocéphale*. Ce phénomène avait déjà été annoncé par un des helminthologistes les plus célèbres de l'Allemagne, M. Küchenmeister, et admis par M. Wienland, ainsi que par notre savant confrère M. Moquin-Tandon, mais n'était pas suffisamment démontré, et les expériences nouvelles de M. Leuckart offrent beaucoup d'intérêt à cause de la netteté des résultats obtenus.

M. MOQUIN-TANDON ajoute que la démonstration du fait dont il s'agit est de la plus grande importance. La *trichine* était le seule genre d'entozoaires cylindriques (*nématoïdes* ou *cavitaires*) qui n'offrait pas d'organes sexuels. Cette exception n'existe plus.

— M. DE BAER fait hommage à l'Académie de deux ouvrages qu'il a récemment publiés : l'un contenant la description et la figure de crânes du musée de l'Université impériale de Saint-Pétersbourg ; l'autre dans lequel il développe ce qui, dans le premier, se rapporte aux Papous et aux Alfourous.

DE LA DESTRUCTION ABSOLUE DE L'ODEUR DE GANGRÈNE AU MOYEN DU CHLORATE DE POTASSE; par M. BILLIARD (de Corbigny).

(Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, Cloquet.)

Ayant été appelé à donner des soins à une personne qui, par suite d'une blessure d'arme à feu avait un pied en partie gangrené et répandant une odeur infecte, M. Billiard, suivant des idées qu'il avait émises dans de précédentes communications, fut conduit à essayer l'emploi d'un mélange composé de 1 partie de chlorate de potasse sur 9 de terre argileuse blanche. Ce mélange fut appliqué à l'état pulvérulent sur la partie gangrenée, et la charpie employée pour le pansement fut roulée dans la même poudre. Quelques heures après, on constatait que l'odeur, qui auparavant incommodait beaucoup les malades placés dans la même salle, avait complétement disparu. Dans le pansement qui suivit, l'odeur, qui ne s'était point remontrée quand on avait enlevé les premières pièces de l'appareil, ne se manifesta que lorsqu'on enleva la charpie; elle était d'ailleurs assez faible, de toute autre nature et comme ammoniacale, bien moins répugnante que l'odeur de gangrène. En substituant à l'argile d'autres poudres absorbantes, les effets furent les mêmes. Cependant un essai avec la poudre d'iris ne réussit nullement; l'odeur ne fut point atténuée ni changée pour le mieux.

Sous l'influence de la poudre désinfectante, les parties mortifiées ont été éliminées assez promptement, et la plaie est au moins aussi avancée dans la voie de guérison qu'elle l'eût été, traitée à la manière ordinaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

Un rapport de M. le docteur Chevalier, médecin inspecteur des eaux minérales de Chaudes-Aigues (Cantal), sur le service médical de cet établissement, pendant l'année 1857. (Comm. des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Chapelle (d'Angoulême), sur le traitement du croup par le kermès minéral à haute dose (Comm. : MM. Bouvier, Trousseau);

2° Un mémoire de M. le docteur Vandyck (de Dunkerque), sur les constitutions médicales et météorologiques de Dunkerque, pendant l'année 1858 (Comm. des épidémies);

3° La description et le modèle d'un cathéter à deux branches mobiles, construit par M. Mathieu, sur les indications de M. Bauchet;

4° La description et le modèle d'un nouvel *inciseur emporte-pièce* des rétrécissements de l'urètre, imaginé et exécuté par M. Mathieu (Comm. du prix d'Argenteuil).

— M. GAULTIER DE CLAUBRY fait hommage à l'Académie de son mémoire imprimé sur les allumettes chimiques.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Saucerotte, membre correspondant à Lunéville, assiste à la séance.

LECTURES. — EAUX DE VICHY.

M. DEVERGIE lit une note intitulée : UNE VISITE A VICHY.

L'auteur, après avoir analysé les eaux potables de Vichy, arrive à cette conclusion « qu'il n'y a nulle part de l'eau potable à Vichy, et que dans les hôtels, comme dans les maisons particulières, on sert à table de l'eau chargée en abondance de sels calcaires. »

Il serait d'un grand intérêt pour la ville de Vichy et pour les baigneurs que

des mesures fussent prises pour remédier promptement à un pareil état de choses.

MALADIES DES TAILLEURS DE CRISTAL.

M. Londe, en son nom et au nom de MM. Devergie et Patissier, lit un rapport sur un travail de M. Putégnat (de Lunéville), intitulé : « Des maladies des tailleurs de cristal et de verre ; description d'une gingivite particulière à ces tailleurs ; recherches sur les causes de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire parmi ces ouvriers, et sur les moyens de la détruire. »

L'affection dominante dont sont atteints les tailleurs de cristaux est une gingivite spéciale, avec exhalation d'une odeur qui empoisonne les ateliers, gingivite dont le premier résultat est la perte des dents. On rencontre encore, chez ces ouvriers, des abcès, des furoncles et durillons à la partie postérieure et supérieure de chaque avant-bras, des affections catarrhales aiguës et chroniques de la muqueuse bronchique, l'asthme, rarement des accidents saturnins ; enfin, la phthisie, qui se manifeste dans des proportions effrayantes.

La gingivite, qui affecte 95 pour 100 des tailleurs de cristaux au bout de six mois de travail, s'observe surtout à la mâchoire supérieure. Elle donne lieu à une sécrétion acide qui altère l'émail des dents ; celles-ci deviennent piquées de points noirâtres, s'usent à leur collet, se carient et finissent par se briser au niveau des alvéoles. Cette gingivite ne produit d'ailleurs ni chaleur, ni démangeaisons, ni hémorrhagies.

Ses causes prédisposantes sont : les excès de boisson, une nourriture insuffisante, un logement humide et mal aéré, la gêne de la circulation et de la respiration causée par le peu de mobilité de la cage thoracique pendant le travail, l'eau et la poussière lancées par la meule tournant avec une grande vitesse.

Parmi les causes déterminantes, M. Putégnat signale, comme la plus active, l'état hygrométrique des tailleries, donnant toujours 15 à 20 degrés d'humidité de plus que l'air extérieur.

M. Putégnat énonce les diverses causes de cet excès d'humidité et les moyens d'y remédier. Quant au traitement curatif de la gingivite, il consiste dans l'emploi des moyens suivants : toniques ; astringents ; solutions d'alun, de chlorate de potasse, etc., en applications topiques.

Arrivant ensuite aux causes de la fréquence relative de la phthisie, M. Putégnat déclare qu'elle atteint 1 ouvrier sur 29, parmi les tailleurs de cristaux. Elle est plus fréquente dans le poumon droit que dans le gauche ; les femmes semblent respectées par la maladie.

L'auteur ne croit pas devoir attribuer cette fréquence de la phthisie à l'inspiration des poussières de diverse nature qui sont respirées par les ouvriers. La principale raison qu'il allègue est que, parmi d'autres tailleurs ou tailleuses qui se livrent aux mêmes travaux, à Valerysthall et au Val Saint-Lamber, on n'observe pas la phthisie. L'humidité des ateliers et l'attitude des ouvriers pendant le travail sont également, suivant M. Putégnat, étrangères à la production de la phthisie. La cause qui domine toutes les autres, c'est l'atmosphère empoisonné par la gingivite.

Après avoir analysé le travail de M. Putégnat, M. le rapporteur conclut en proposant à l'Académie :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur ;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

AUSCULTATION DE LA TÊTE.

M. H. Roger lit un mémoire intitulé : Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête.

M. Roger commence par rappeler que l'idée d'appliquer l'auscultation au diagnostic des maladies cérébrales appartient au docteur Fischer (de Boston), il cite ensuite les travaux successifs de M. Whitney, de M. Hennig (de Leipsick), etc., en les contrôlant par les résultats de sa propre observation.

Après avoir tracé les règles de l'auscultation de la tête, indiqué les bruits normaux et anormaux que l'on perçoit sur le crâne, après avoir décrit spécialement le *souffle céphalique*, ses caractères, sa cause physique, et en avoir précisé la signification pathologique et la valeur en séméiologie, il termine par les conclusions suivantes, qui ressortent de l'analyse de près de trois cents observations.

Conclusions générales. — Valeur de l'auscultation de la tête. — « Tandis que la stéthoscopie révèle au clinicien, pour les affections des poumons et du cœur, des bruits anomaux nombreux, importants et quelquefois pathognomoniques, l'auscultation de la tête ne fait constater l'existence que *d'un seul bruit*, le *souffle céphalique* ; il n'y a ni *égophonie cérébrale*, caractéristique d'un épanchement dans le cerveau, ni battements particuliers à l'apoplexie, ni aucun autre bruit intrinsèque.

» Est-il du moins quelque affection de l'encéphale qui puisse être reconnue d'une manière tant soit peu certaine, grâce à la perception de ce souffle ? Il n'en est aucune, ainsi qu'on le voit dans presque tous les chapitres de notre mémoire. Absent dans l'immense majorité des cas, absent dans la *méningite*, dans les *convulsions*, etc., le bruit anomal ne s'est montré que chez quelques enfants atteints *d'hydrocéphalie* chronique ; et il ne s'est pas alors montré assez constamment pour qu'on soit en droit de le transformer en un signe des épanchements du cerveau ; ni de sa présence, ni de son absence, on ne saurait conclure à l'existence d'une *affection cérébrale* quelconque, de sorte que, à dire vrai, l'auscultation de la tête n'a point d'utilité là où elle semblait devoir naturellement en présenter le plus.

» Par contre, cette même auscultation rend des services inattendus dans le diagnostic des *altérations du sang*, puisque, ainsi que nous l'avons prouvé par de nombreux exemples, on peut, de la présence du souffle céphalique chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, conclure à l'existence d'une *anémie*, d'un *rachitisme*, à la période d'invasion ou d'état. L'auscultation de la tête a même, pour ce cas spécial, plus d'avantage que celle des vaisseaux du cou ; elle est d'une application plus facile. Souvent il m'a été possible d'ausculter sur le crâne, des enfants qui se refusaient obstinément à l'auscultation des régions latérales du cou et qui la rendaient impraticable par leurs mouvements et leurs cris ; plus d'une fois, j'ai pu procéder à cette opération pendant le sommeil des nouveau-nés ou pendant l'allaitement, alors que l'examen des carotides aurait été certainement impossible.

» L'auscultation de la tête vient ici confirmer, pour les jeunes sujets, les lois de relation que MM. Bouillaud et Andral ont trouvée, pour les adultes, entre les bruits vasculaires et les altérations des éléments constitutifs du sang.

» Les services que l'auscultation du cerveau peut rendre à la séméiologie sont plus restreints encore que je ne viens de le dire ; tandis que la découverte de Laennec et ses applications multipliées profitent aux malades de tout âge, aux vieillards comme aux adultes et aux enfants, l'auscultation cérébrale ne saurait être de quelque avantage que chez les très-jeunes sujets : elle n'est praticable que dans une limite d'âge fort étroite, et cette limite est donnée par l'occlusion des fontanelles qui, en s'ossifiant forment aux sons une barrière qu'ils ne franchissent guère ; après leur ossification, la perception du souffle céphalique devient exceptionnelle, de sorte que l'exploration stéthoscopique, n'est réellement applicable aux malades que dans les deux ou trois premières années de la vie. »

Après avoir jugé par la clinique la valeur de l'auscultation de la tête dans la séméiologie des maladies du cerveau, après avoir reconnu que ce mode d'exploration physique ne donne guère que des résultats négatifs, M. H. Roger mentionne quelques faits d'auscultation cérébrale et de pathologie infantile que les présentes recherches lui ont appris ; faits qui lui semblent nouveaux et d'un certain intérêt pratique, il les résume à la fin de son mémoire.

Ces faits sont :

« 1° L'existence d'un souffle céphalique dans la chloro-anémie des très-jeunes sujets, souffle très-fréquent, alors qu'il est tout à fait exceptionnel dans les affections de l'encéphale ;

» 2° La nature de ce souffle, qui est dans tous les cas, un bruit lié à une altération du sang, un bruit inorganique et non pas organique ;

» 3° La fréquence de la chloro-anémie, dans la première année de la vie et à l'époque de la dentition ;

» 4° La fréquence, également méconnue, de l'anémie dans la coqueluche ;

» 5° La possibilité de reconnaître de très-bonne heure, par l'auscultation du crâne, l'altération du liquide sanguin et conséquemment de la combattre vite, ce qui n'est pas peu important dans le très-jeune âge, où toute cause de débilitation de l'économie peut aboutir, surtout s'il y a prédisposition, à une tuberculisation générale ;

» 6° La fréquence, si non la constance du souffle céphalique dans le rachitisme ;

» 7° La démonstration par ce souffle et par ses caractères, de la nature du rachitisme, qui doit être considéré non point comme un mal localisé au système osseux, mais comme une altération du sang, comme une maladie qui affecte tout l'organisme ;

» 8° La constatation, au moyen de chiffres précis, de l'époque où les fontanelles commencent à se fermer (à 10 mois, chez le quart des sujets), et de celle où l'occlusion doit être complète (de 2 à 3 ans dans presque tous les cas) ; notion qui n'est pas sans importance au double point de vue de la pathologie et de la médecine légale : d'une part, en effet, constater une occlusion tardive des fontanelles, c'est reconnaître en même temps un retard apporté à l'ossification générale et conséquemment annoncer l'imminence d'un rachitisme ou le commencement d'une hydrocéphalie ; et, inversement, constater une occlusion précoce des sutures et des fontanelles, c'est être à même de prévoir la possibilité d'une microcéphalie et d'une idiotie consécutive ; d'autre part, la détermination de l'état des fontanelles à une période donnée de la première enfance, peut servir au médecin légiste pour fixer d'une manière très-approximative l'âge d'un enfant, ou pour résoudre une question d'identité. »

Le travail de M. Roger est renvoyé à une commission composée de MM. Laugier, Blache et Kergaradec.

PRÉSENTATION. — CORPS ÉTRANGER DE L'URÈTRE.

M. Ségalas présente une épingle double qu'il a retirée de l'urètre d'un homme sans le secours d'aucun instrument.

Un officier d'artillerie s'était introduit cette épingle en voulant écarter les lèvres du méat urinaire pour découvrir un chancre situé à l'entrée du canal. Les tentatives qu'il fit pour la retirer n'eurent d'autre résultat que d'en faire pénétrer les extrémités dans le gland. M. Ségalas, guidé par le souvenir d'un fait analogue, fit passer l'une des extrémités de l'épingle à travers le gland, et parvint, par des tractions exercées sur cette extrémité, à retirer le corps étranger. Aucun accident n'a suivi cette opération.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : RÉGÉNÉRATION DES NERFS SÉPARÉS DES CENTRES. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

MM. Philipeaux et Vulpian viennent de communiquer à l'Académie des sciences des expériences tendant à prouver que « des nerfs séparés des centres nerveux peuvent, après s'être altérés complétement, se régénérer tout en demeurant isolés de ces centres, et recouvrer leurs propriétés physiologiques. » Ce résultat, contraire à ce que l'on croit et à ce que l'on enseigne partout, mérite que l'on s'y arrête.

Dans la communication de MM. Philipeaux et Vulpian il faut distinguer trois choses : la régénération des nerfs divisés et altérés, le rétablissement de la fonction, et la production de ce double fait dans la condition de séparation complète et permanente de la branche périphérique du centre nerveux.

Les deux premiers résultats étaient acquis à la science. Plusieurs physiologistes, entre autres M. Flourens, avaient prouvé que des nerfs divisés et momentanément paralysés, peuvent, après la réunion des deux bouts, recouvrer l'intégrité de leurs fonctions. De notre côté, nous avions établi dès longtemps (1) que non-seulement la réunion des bouts divisés du nerf rétablit généralement la fonction en rétablissant la continuité de l'organe, mais nous avons montré que, lorsque les deux bouts sont maintenus écartés, le même résultat peut encore être obtenu, à la condition que la cicatrisation ait lieu par voie d'organisation immédiate, à l'aide de la méthode sous-cutanée. Nous avons fait voir alors que le tissu intermédiaire acquiert peu à peu les caractères du tissu normal, au fur et à mesure du rétablissement de la fonction. En quoi diffère le résultat annoncé par MM. Philipeaux et Vulpian? En ceci, que le tissu propre du nerf, après avoir subi une sorte de désorganisation, accompagnée de paralysie, peut recouvrer son caractère anatomique et physiologique normal, bien que le nerf *reste isolé de son centre*. Ici commence la nouveauté du fait, nouveauté si réelle et si considérable que, malgré la confiance que nous accordons à l'observation et au jugement des auteurs, nous ne pouvons encore accepter leurs conclusions sans réserve. Voici nos motifs.

En examinant ce qui se passe à la suite des sections sous-cutanées des nerfs, et principalement du nerf sciatique, nous avons constaté deux faits : le premier, ce sont des *anastomoses des filets nerveux* voisins, qui apparaissent d'une manière très-évidente; le second, c'est le *développement* sensible et quelquefois très-considérable des branches nerveuses *collatérales*, qui acquièrent parfois un volume double ou triple de ce qu'il était auparavant. Nous avons fait dessiner des exemples remarquables de cette disposition. S'il en est ainsi, n'y a-t-il pas lieu de demander à MM. Philipeaux et Vulpian si les faits qu'ils ont observés ne seraient pas la reproduction de ceux que nous avons constatés; si enfin ils se sont bien assurés que la régénération des nerfs séparés de leur centre n'aurait pas pour origine et pour mécanisme les anastomoses d'une part, et le développement des branches collatérales de l'autre. Ce double fait, qui reproduirait pour le système nerveux ce qui se passe dans le système artériel à la suite de la ligature des grosses artères, ouvrirait une autre voie et donnerait lieu à d'autres considérations que celles proposées par MM. Philipeaux et Vulpian. Nous soumettons ces doutes et ces faits à nos jeunes et savants confrères, persuadé que dans leurs prochaines expériences ils en tiendront compte.

—Une question d'un intérêt pratique immense a été traitée par M. le professeur Piorry, dans la dernière séance de l'Académie de médecine. La phthisie est-elle curable? Par quels moyens l'est-elle? Tel est le double problème posé par notre savant collègue. A quelque point de vue qu'on se place, qu'on adopte ou qu'on n'adopte pas les idées émises par M. Piorry, on doit lui savoir gré tout d'abord d'avoir abordé un sujet aussi important; et nous formons des vœux pour que la docte assemblée en fasse le sujet d'une discussion approfondie. La question de la curabilité de la phthisie pulmonaire, tant de fois agitée et tant de fois restée sans solution, nous paraît mûre aujourd'hui. Les idées, les faits, les résultats cliniques ne manquent pas : la foi médicale y tend tous les jours de plus en plus, de telle façon, qu'individuellement, il n'est peut-être pas de médecin qui ne croie à la guérison de certains cas de phthisie, et ne croie en avoir vu et produit quelqu'un pour sa part. Cet état de la science et de la pratique mérite donc bien qu'on cherche à relier les faits épars, à donner aux croyances individuelles une raison de se produire, et enfin à former un ensemble dont les principes et les règles surgiront au grand avantage de l'art et des malades. C'est ce que M. Piorry a heureusement provoqué. Son travail, dont il n'a lu qu'une partie, renferme un grand nombre d'aperçus et de faits propres à hâter la solution de cette question; et quoique son point de départ ne puisse être adopté sans réserve, on ne saurait s'empêcher de reconnaître à son initiative un haut caractère d'utilité pratique, et à ses observations personnelles un véritable intérêt. Pour notre compte, nous allons, tout en profitant des considérations présentées par notre honorable collègue, chercher à poser nettement la question.

Il faut distinguer tout d'abord la maladie de la lésion organique par laquelle on a coutume de la représenter. La phthisie pulmonaire est-elle autre chose, et quelque chose de plus que l'affection tuberculeuse du poumon? Pour nous, la réponse ne saurait être douteuse. Avant Bayle, avant Laennec, la phthisie pulmonaire représentait un ensemble de phénomènes morbides dont les symptômes pulmonaires ne constituaient qu'un groupe. L'anatomie pathologique et l'auscultation, représentées par les deux grands noms que nous venons de rappeler, en précisant davantage l'observation, en ont rétréci le champ et l'horizon. Le tubercule pulmonaire, depuis son apparition jusqu'à l'évacuation des cavernes, a donc constitué toute la phthisie. Dès lors la curabilité et la thérapeutique de la maladie, étudiées au seul point de vue de la lésion anatomique et de son diagnostic local, sont restées, comme cela devait être, à l'état de recherche scientifique et clinique. On a constaté d'abord — Bayle et Laennec en premier lieu, Rogée, Boudet, Prus, et M. Piorry concurremment — des cavernes pulmonaires cicatrisées ou des dépôts tuberculeux réduits, par la résorption, à l'état de concrétions inertes, renfermées dans des poches organiques. Cet

(1) Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée. In-8°, p. 24.

FEUILLETON.

GLANES MÉDICALES.

III.

EAUX MINÉRALES SALÉES, NATURELLES ET ARTIFICIELLES. PROMENADE A SALINS, BEX, LAVEY, ETC.

(Suite et fin. — Voir les nos 40 et 41.)

Bien qu'il n'y ait pas partout, comme à Salins, un homme de la trempe de M. de Grimaldi, qui comprenne les immenses avantages d'un établissement thermal où l'on utilise les eaux mères, qui sache le créer à grands frais, et enfin l'administrer avec une parfaite entente des besoins de l'époque, cependant il est d'autres lieux, moins favorisés sous certains rapports, où des éléments de succès se trouvent rassemblés en assez grand nombre pour que l'on doive en tenir compte. Tout le monde sait que la Suisse possède des mines de sel gemme depuis longtemps exploitées, et dont les produits ne sont pas restés inutiles entre les mains de quelques médecins fort au courant de tout ce qui a été publié sur l'efficacité des résidus bromo-chlorurés dans le traitement de diverses maladies, et plus particulièrement de celles qui dépendent de la diathèse strumeuse.

C'est vers une de ces localités intéressantes que je me suis dirigé en sortant des gorges pittoresques du Jura, désireux de comparer les effets obtenus par nos confrères d'un pays voisin avec ceux que je venais de constater moi-même. En conséquence, après avoir usé pendant une longue journée de malle-poste, de bateau à vapeur et de chemins de fer, après avoir traversé Pontarlier, Jongne, Orbe, Lausanne et la moitié supérieure du lac Léman, j'arrivai à Bex, petite ville située à l'extrémité orientale du canton de Vaud. Il y a tout près de là une montagne contenant d'immenses filons de sel gemme, combiné avec des substances diverses, et renfermé dans une roche tellement dure qu'on ne l'exploite qu'à l'aide de la poudre à canon.

Il ne s'agit plus de sources jaillissant du sol, comme celle de Wildegg, en Argovie, non plus que de bancs de sel gemme inondés naturellement ou artificiellement, ni de trous de sonde, de puits artésiens et d'autres industries analogues, mais bien d'une combinaison de chlorure de sodium avec un terrain tertiaire d'une grande résistance. J'avais vu aux environs de Saltzbourg des gisements analogues, mais la roche était beaucoup moins compacte. Les ouvriers mineurs ouvraient des tranchées dans le bloc argilo-siliceux, y introduisaient de l'eau, laquelle dissolvant le sel, s'écoulait par de longues rigoles jusque dans les bassins où la chaleur artificielle l'évaporait et donnait lieu à la cristallisation du sel.

A Bex, la constitution de la roche est telle, que la poudre seule peut en détacher des fragments, et ceux-ci, entassés au sein de chambres creusées dans

ordre de résultats, produits spontanés des efforts de la nature, ne pouvait pas conduire bien loin entre les mains de ceux qui ne voyaient dans la phthisie pulmonaire que la présence des tubercules et des cavernes. Dissiper les uns et produire la cicatrisation des autres, tel était donc le seul problème en rapport avec l'état de la science et de la pratique.

Mais peu à peu l'observation s'est étendue : d'une part on s'est demandé si la phthisie ne commence pas avant le farcissement tuberculeux du poumon ; de l'autre, si la lésion pulmonaire est toute la maladie ou simplement une de ses complications, un de ses résultats. Cet ordre de considérations, né en dehors des amphithéâtres, dans la pratique surtout, a conduit peu à peu à faire sortir la question du domaine de l'anatomie pathologique, pour la replacer sur le terrain de l'étiologie, de l'observation symptomatique, et surtout de l'expérimentation clinique. Cette seconde période, qui est une révolution, commence à peine. On s'habitue à ne plus voir seulement, dans la phthisie pulmonaire, des tubercules et des cavernes : on considère les causes générales et spécifiques, les symptômes préliminaires, la période d'incubation, l'état général, la fièvre, la résorption purulente, en un mot, l'ensemble de la maladie, depuis son commencement jusqu'à sa fin, et dans tout l'organisme comme dans l'appareil pulmonaire seulement, dans ses rapports avec la nature et l'affection générale, dont elle n'est presque toujours qu'une particularisation ou dépendance. En effet, qu'est-ce que l'affection tuberculeuse du poumon, si ce n'est l'affection tuberculeuse générale qui siége tantôt dans les os, le rachis, les jointures ; tantôt dans le foie, l'intestin, etc., et tantôt dans tous les organes à la fois. De cette seule considération découle une grande conséquence scientifique et pratique, à savoir : que si la tuberculisation du poumon n'est souvent qu'un cas particulier, qu'une dépendance de l'affection tuberculeuse générale, la maladie est générale d'abord dans sa cause, générale dans ses symptômes, générale dans ses lésions ; elle offre des indications et réclame un traitement en rapport avec sa nature, son étendue, son siége et sa généralité.

Cette première vue, que M. Piorry n'a fait qu'effleurer en représentant la phthisie pulmonaire comme un ensemble d'états pathologiques différents, nous paraît devoir être la base et le point de départ de la thérapeutique de cette redoutable maladie. Combattre l'affection tuberculeuse générale, en même temps que l'on traite l'affection tuberculeuse du poumon ; chercher à réparer les désordres occasionnés par la lésion pulmonaire, en même temps qu'on s'efforce de dissiper les effets de la tuberculisation générale, tel est le double problème à résoudre. C'est, comme on le voit, l'application, à la lésion de l'appareil pulmonaire, du traitement que nous appliquons tous les jours à la tuberculisation de la colonne vertébrale au mal de Pott : c'est le même fait, c'est la même affection, modifiée seulement par la différence du siége.

Nous n'avons fait que viser la communication de M. Piorry dans son objet. Lorsqu'il aura achevé sa lecture, nous y reviendrons avec de nouveaux développements.

JULES GUÉRIN.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie) ; par le docteur GALLOIS.

(Suite. — Voir les nos 35, 36, 37, 39, 40, 41 et 42.)

CHAPITRE X.

DE L'OXALURIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA GOUTTE.

De tout temps les médecins qui ont soigné des goutteux ont signalé dans leur urine l'existence d'un sédiment briqueté soit au moment du paroxysme, soit au déclin de l'attaque. Cruikshank s'exprime ainsi à cet égard : « Nous avons examiné diverses portions de ce sédiment et nous avons trouvé, en général, qu'il était composé d'acide lithique, de phosphate de chaux et d'une petite quantité de matière animale peu soluble dans l'eau. Quelques auteurs ont supposé qu'il était entièrement composé d'acide lithique, mais cette substance, le plus souvent, n'en constitue que la moindre partie. » Scudamore en parle longuement dans son TRAITÉ DE LA GOUTTE, et les expériences auxquelles il s'est livré l'ont conduit à penser que le sédiment briqueté des urines goutteuses est principalement composé d'acide urique combiné avec une matière animale, et que sa couleur dépend d'une petite quantité de phosphates contenus pour l'ordinaire dans l'urine. Plus la couleur briquetée est foncée et moins le sédiment donne de résidu à la calcination, parce qu'il contient moins de phosphates. Scudamore a observé aussi dans les urines des goutteux des sédiments épais, d'un vert noirâtre, et qui se montraient principalement sous la forme de cristaux. La manière dont ils brûlaient au chalumeau lui a appris qu'ils contenaient de l'oxalate de chaux. C'est là, je crois, la première observation d'oxalurie dans la goutte.

Depuis Scudamore, l'oxalate de chaux a été trouvé mêlé à l'acide urique et aux urates dans l'urine des goutteux. M. Owen-Rees (1), que j'ai déjà cité, s'exprime à cet égard d'une manière très-catégorique. « L'oxalurie, dit-il, est un symptôme qu'on rencontre chez les goutteux, et qui doit s'y montrer très-souvent si l'on en juge par la fréquence comparative des cas où l'oxalate de chaux a été découvert dans le dépôt. Je me sers de cette expression, découvert dans le dépôt, parce que l'oxalate de chaux échappe constamment à l'observation (2), tandis que les dépôts d'acide urique attirent l'attention du malade. C'est pour cette seule raison, je crois, que la relation entre la goutte et l'oxalurie est demeurée si longtemps inconnue, ou a été révoquée en doute par les gens de l'art.

» Quant à savoir si, dans le cas de diathèse goutteuse, l'oxalate de

(1) Owen-Rees, DES MALADIES CALCULEUSES.

(2) Cette remarque de M. Owen-Rees s'applique aux observations faites à l'œil nu, car l'oxalate de chaux est très-facilement reconnu dans un sédiment à l'aide de l'inspection microscopique.

---

la montagne, sont soumis à l'action de l'eau et désagrégés de façon à céder à cette eau tout le sel qu'ils contenaient. Le procédé est le même, comme on le voit, et le liquide salé est conduit par de longs tuyaux formés de troncs de sapins creusés et ajustés les uns au bout des autres, jusqu'aux grandes cuves sous lesquelles sont allumés d'énormes brasiers. Là aussi il y a des eaux mères, résidus incristallisables dont on ne savait que faire il y a quelques années, et qui, aujourd'hui, rendent de signalés services à une certaine classe de malades.

C'est M. le docteur Lebert qui, le premier, en 1839, s'avisa d'utiliser les eaux mères de la saline de Bex, jusque-là sans emploi. Analysées en 1841 par M. Morin, habile chimiste de Genève, on constata que sur 1000 gr. de liquide, il y avait 292 grammes de matières solides parmi lesquelles les chlorures de magnésie, de chaux, de potasse et de soude entraient pour 255. Il y avait, de plus, 35 parties de sulfate de soude, mais les bromures et iodures de magnésie n'y figuraient que pour une quantité minime, moins d'un gramme par litre de liquide.

Je n'ai pas de renseignements positifs sur la teneur en chlorure de sodium de l'eau amenée de la montagne de Bex dans les cuves à évaporation ; je sais seulement que l'on en retire une grande quantité de sel assez blanc ; mais il n'est pas probable que ce produit suffise à la consommation des régions environnantes, car Salins envoie en Suisse une grande partie de son sel. La fabrication de certains fromages en exige beaucoup. Une ferme où l'on fait annuellement pour 6,000 francs de gruyère, consomme pour 2,000 francs de sel. Les vaches laitières ne peuvent s'en passer, surtout en hiver. Quoi qu'il en soit, les eaux mères de la saline de Bex sont assez abondantes pour fournir amplement aux besoins d'une station thermale dont nous allons nous occuper.

Un peu au delà de Saint-Maurice, après cette espèce d'étranglement que subit la vallée du Rhône, et qui laisse à peine le passage du fleuve grondant et rapide, on trouve, au pied d'une haute montagne appelée la dent de Morcles, le village de *Lavey* dont on aperçoit à peine le clocher perdu au milieu d'une végétation arborescente des plus riches. A quelques pas de ce village, presque au bord du fleuve, jaillit une source d'eau sulfureuse thermale qui, lorsqu'on la découvrit, en 1831, se trouvait dans le lit du Rhône. Des atterrissements artificiels ont formé une sorte de cap, le torrent a été rejeté sur la rive valaisane, et aujourd'hui de nombreuses et belles constructions forment un établissement qui, sous le nom de *Lavey-les-Bains*, reçoit chaque année un grand nombre de malades.

Cette station thermale, dirigée d'abord par MM. les docteurs Bezencenet et Lebert, l'est aujourd'hui par M. Cossy, ancien interne des hôpitaux et docteur de la Faculté de Paris, un des meilleurs élèves d'un maître excellent, M. Louis, non moins habile que consciencieux observateur. Instruit à si bonne école, M. le docteur Cossy s'est livré à l'appréciation rigoureuse des propriétés médicales de cette source. Des travaux importants de captation ont été exécutés dans ces derniers temps, et ont produit une assez grande quantité d'eau pour que l'on puisse donner 2 à 300 bains par jour, sans compter les douches. Les cantons voisins envoient chaque année des centaines de pauvres malades confiés aux soins du médecin inspecteur, de sorte qu'il y a là tous les

» chaux peut exister seul, ou s'il est toujours mêlé à l'acide urique » ou aux urates, ou à tous les deux, je puis dire que, chez les sujets » goutteux, je l'ai rencontré tout à fait pur, et rarement mêlé à l'acide » urique ou aux urates. »

J'ajouterai, pour appuyer l'opinion de M. Owen-Ress, quelques mots sur les graviers et les concrétions urinaires des goutteux.

Scudamore a examiné un petit calcul rendu par l'urètre d'un goutteux, et qui contenait à peu près les mêmes éléments que les sédiments briquetés, plus, de l'oxalate de chaux. M. Begbie (1) a remarqué que les concrétions urinaires des goutteux appartenaient souvent à la diathèse oxalique, et il rappelle à cette occasion que Prout indique les calculs d'oxalate de chaux comme suivant parfois une attaque de goutte. Il annonce en outre qu'il a soigné deux personnes chez lesquelles la goutte s'était développée par voie d'hérédité, et qui rendaient des graviers d'oxalate. Enfin, c'est précisément du sang d'un goutteux que M. Garrod parvint à extraire une substance cristallisée en octaèdres, et qu'il pensa être de l'oxalate de chaux (2).

Quant à moi, j'ai eu un certain nombre de fois l'occasion d'examiner des urines rendues pendant un accès de goutte, ou des urines provenant de personnes nées de parents goutteux, et, dans plusieurs cas, j'ai pu constater dans le dépôt la coexistence de l'oxalate de chaux et de l'acide urique ou des urates. M. Rayer a fait souvent la même observation et m'a montré un calcul à noyau d'acide urique, recouvert d'une couche considérable d'oxalate de chaux, qui provenait d'un goutteux. De plus, il m'a communiqué l'observation d'une dame goutteuse, qui est devenue diabétique, et dont l'urine contenait, à la fois, une quantité notable ~~de sucre,~~ de l'oxalate de chaux et de l'acide urique cristallisé.

Comme j'ai déjà établi que les alcalis réussissaient également à faire cesser, ou au moins à diminuer la double excrétion de l'oxalate de chaux et de l'acide urique cristallisé, on les administrera avec succès dans les cas de goutte avec oxalurie.

D'ailleurs, l'emploi de ce genre de médicaments a été très-préconisé dans la goutte, qu'elle s'accompagne ou non d'une excrétion d'oxalate calcaire par les urines.

Scudamore, par exemple, conseille les alcalis à l'intérieur et à l'extérieur. La préparation à laquelle il accorde la préférence est une solution de potasse étendue avec une proportion convenable de lait d'amandes récemment préparé. Il l'a appliquée trois fois avec succès sur des concrétions goutteuses récentes, et il a même obtenu, par l'emploi de ce liniment alcalin, une diminution notable dans le volume de tophus articulaires très anciens et très-durs, qui s'opposaient complétement aux mouvements des doigts.

En France, M. Rayer a eu plusieurs fois recours aux eaux de Vichy dans le traitement de la goutte avec oxalurie, et cette pratique vient encore à l'appui des faits que j'ai rappelés, et des opinions que je viens d'émettre.

(1) Begbie, DE LA DIATHÈSE OXALIQUE DANS LA GOUTTE (LA LANCETTE, 1854.)

(2) Garrod, MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACT., 1849; et Bence Jones, LA LANCETTE, 1849.

J'ajoute, en terminant, que la médication alcaline peut être utile pour remédier au mauvais état des voies digestives, qu'on observe si souvent chez les goutteux; elle me paraît surtout indiquée quand ils sont sujets à la gravelle, car elle peut à elle seule diminuer notablement ou même faire cesser l'expulsion des graviers, et s'opposer, dans la plupart des cas, à la formation, dans les reins ou la vessie, de ces calculs qui ont été signalés chez les goutteux, et qui ont été trouvés composés d'oxalate de chaux pur, ou d'oxalate calcaire mélangé à l'acide urique ou à ses composés.

CHAPITRE XI.

DE L'OXALURIE, DANS SES RAPPORTS AVEC LE DIABÈTE.

Prout avait cru reconnaître une étroite parenté entre les urines oxaliques et les urines sucrées; aussi, à propos du traitement de l'oxalurie, insiste-t-il beaucoup sur le régime. Il défend soigneusement les aliments et les vins sucrés; et il déclare avoir vu des cas nombreux dans lesquels c'était l'usage immodéré du sucre qui avait occasionné des dyspepsies, avec excrétion d'oxalate de chaux, et, tôt ou tard, la formation d'un calcul mural. Il ajoute que l'excrétion d'oxalate de chaux par les urines peut être remplacée par une excrétion de sucre, ou, pour me servir de son langage, que la diathèse oxalique peut se transformer en diabète, et il a vu disparaître graduellement, sous l'influence de cette transformation, des affections de la peau très-rebelles, qui accompagnent parfois l'oxalurie.

M. Begbie (1) partage l'opinion de Prout, et pense avec lui que l'urine oxalique peut, sous certaines influences, se changer en urine sucrée; mais la plupart des autres auteurs pensent différemment. Ainsi Golding Bird avoue que, séduit tout d'abord par le rapport chimique qui existe entre le sucre et l'acide oxalique, il a pensé qu'il y avait une relation très-étroite entre l'oxalurie et le diabète, et que le sucre ainsi que la fécule des aliments, se transformaient en acide oxalique sous l'influence de la digestion. Mais, quoique ses recherches aient été commencées avec une tendance bien prononcée à croire qu'il y avait un rapport réel entre la présence du sucre et celle de l'acide oxalique, l'expérience n'a point confirmé cette hypothèse, et ce ne fut que rarement qu'il rencontra l'oxalate de chaux dans l'urine des diabétiques.

M. Owen-Rees nie formellement le rapport que Prout a voulu établir entre l'oxalurie et le diabète.

Pour moi, je ne puis non plus adopter l'opinion de Prout. En effet, si l'on devait espérer rencontrer de l'oxalate de chaux dans une urine, c'était assurément dans celle d'un diabétique auquel on administrait encore du sucre comme médicament. Or ce cas s'est présenté à mon observation. Un malade couché dans le service de M. le professeur Piorry rendait, à l'époque où je l'ai examiné, environ 3 litres 1/2 d'urine dans les vingt-quatre heures, et l'analyse de cette urine faite au polarimètre, indiquait qu'elle contenait environ 94 grammes de sucre par 1000. C'était, par conséquent, un diabète bien confirmé, et

(1) Begbie, MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, août, 1849.

éléments nécessaires pour servir de base à une étude clinique tout à fait concluante. Depuis plus de dix ans, le docteur Cossy a soumis à l'action de son eau thermale sulfureuse un nombre considérable d'affections tympbatiques, de rhumatismes, de maladies de la peau, de lésions articulaires, et les résultats obtenus sont des plus satisfaisants.

A l'exemple de son prédécesseur, M. Cossy a fait usage des eaux mères de Bex dans le traitement des maladies dues a une cachexie plus marquée; il a constaté que le mélange de ces résidus salins avec l'eau sulfureuse produit des effets plus certains, plus prompts, et que des lésions de l'espèce la plus grave, considérées habituellement comme incurables, ont été améliorées a un tel point que des faits de ce genre doivent marcher de pair avec les plus beaux succès.

L'eau thermale sulfureuse de Lavey a une propriété particulière fort remarquable : elle est extrêmement azotée. Tandis que sur un litre de ce liquide les gaz acide sulfhydrique et carbonique figurent pour 8 centimètres cubes, il y a près de 28 centimètres cubes de gaz azote. Ce résultat singulier, constaté avec une grande exactitude par M. Samuel Baup, en 1833, s'explique par la disposition matérielle du sol d'où s'échappe la source, par les cavernes où l'eau s'accumule, par les végétaux confervoïdes qui s'y développent et produisent la glairine si abondante qu'on y remarque. Mais ce qui doit surtout nous intéresser ici, c'est l'efficacité que donne à cette eau sulfureuse l'addition d'une dose graduée des résidus de la saline de Bex, efficacité si grande que les scrofules les plus invétérées cèdent à cette combinaison de principes qu'on ne trouve point associés dans l'état naturel.

C'est là, il faut le dire, une des plus heureuses applications des eaux mères, une ressource nouvelle offerte aux médecins dans le traitement de certaines affections constitutionnelles, d'ordinaire si rebelles à la thérapeutique. Grâce à l'abondance des eaux mères, jusqu'ici perdues pour la médecine, il sera toujours facile de se les procurer et de les joindre aux nombreuses sources sulfureuses des Pyrénées. Les salines du littoral maritime de la France fournissent abondamment les résidus de la fabrication du chlorure de sodium, et l'on a si bien compris l'utilité de ce voisinage, que l'établissement thermo-minéral de *Sextius* (Aix en Provence) annonce le mélange des eaux mères du Midi dans les bains de cette localité. MM. les docteurs Goyrand et Silbert, inspecteurs de ces bains, très au courant de tout ce qui a été écrit sur ce sujet, pensent que, sous ce rapport, la France n'a rien à envier à l'Allemagne, et que les malades trouveront chez nous tout ce que l'on peut désirer en ce genre de médication. Des hommes dont tout le monde accepte et honore la parfaite compétence, M. le professeur Cloquet et M. Mélier, inspecteur général des établissements thermaux, se sont hautement prononcés en faveur de cette adjonction des eaux mères à l'eau sulfureuse d'Aix en Provence, et l'on a droit d'en attendre les meilleurs effets. D'un autre côté, il y a à *Salies en Béarn*, et à un autre *Salies* de la Haute-Garonne, des quantités considérables d'eaux salées et par conséquent d'eaux mères; toutes les salines de l'Est, depuis *Lons-le-Saulnier*, *Salins* et *Arc*, jusqu'à *Dieuze* et *Vic*, donnent des produits riches en bromures, et bien que le savant inspecteur général de ces établissements, M. Becquerel, de l'Institut, retire de ces résidus du carbonate de soude et du nitrate de potasse, il en reste assez pour donner une

de plus, le sujet consommait dans les vingt-quatre heures 1 kilogramme de sucre blanc ordinaire. Néanmoins, je n'ai pu découvrir de traces d'oxalate de chaux dans son urine. Quatre échantillons de ce liquide furent examinés, un d'eux fut conservé pendant neuf jours, un autre pendant seize, et tous les jours je réitérai mes recherches. J'y trouvai de l'acide urique cristallisé qui se déposa successivement, mais jamais d'oxalate de chaux.

Quoi qu'il en soit, je me hâte d'ajouter que j'ai observé, comme je viens de le dire dans le précédent chapitre, une dame goutteuse, qui est devenue diabétique, et dont l'urine contenait à la fois du sucre, de l'oxalate de chaux et de l'acide urique.

J'ai encore rencontré l'oxalate calcaire, accidentellement, dans plusieurs cas de diabète; mais sa présence n'était pas constante dans les émissions de chaque jour, et quatre diabétiques, dont j'ai examiné les urines pendant plusieurs semaines, ne m'ont pas offert de traces de ce sel.

Il est donc vrai de dire que l'oxalate de chaux peut se montrer dans le produit de la sécrétion rénale, dans le cours de la glucosurie, comme dans beaucoup d'autres affections. Mais un rapport aussi étroit que celui qui est admis par Prout, entre l'oxalurie et le diabète, ne me paraît pas jusqu'alors suffisamment démontré.

(*La suite au prochain numéro.*)

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ESPÈCE DE LUXATION MÉCONNUE JUSQU'A CE JOUR : LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS SUR LE FIBRO-CARTILAGE INTERARTICULAIRE DU POIGNET; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

APPRÉCIATION CRITIQUE DES DIVERSES THÉORIES.

Duverney (1) ne connut pas la vraie luxation du radius, mais il observa très-souvent le déplacement que nous étudions aujourd'hui, dont le caractère essentiel était, pour lui, la pronation de l'avant-bras et de la main, l'impossibilité pour le blessé de ramener le membre en supination.

Il l'avait vu très-souvent chez les enfants, quelquefois, disait-il, chez les adultes, avait observé qu'il se produisait chez les premiers par suite de tractions sur le poignet, chez les derniers quelquefois encore par cette cause, mais le plus souvent par suite d'une chute sur le membre. Duvernoy publia trois faits de cette prétendue luxation du radius chez les adultes, dont deux occasionnés par des chutes et l'autre par une traction sur le poignet. Qu'on lise ces observations, on verra qu'il n'est nullement démontré que ce soient là des luxations du radius ou des cas analogues à ceux que ce chirurgien observait chez les enfants.

Duvernoy emprunta la théorie de cette luxation à Fournier, dont il transcrivit dans son livre le passage suivant :

« La luxation *incomplète* (1) ou l'élongation se fait par le relâchement des ligaments qui sont abreuvés d'humidité, et par une violente extension, principalement en des sujets jeunes et délicats, comme aux enfants, laquelle maladie le plus souvent se guérit, ou du moins se remet facilement. »

Ainsi Duverney crut que l'os se déplaçait de haut en bas sans se dévier, et s'éloignait de 2 ou 3 lignes de la petite tête de l'humérus.

Comment le radius ainsi séparé de l'humérus aurait-il pu se tenir à cette place? Comment l'action tonique des muscles qui vont du bras à l'avant-bras et à la main ne l'aurait-elle pas ramené immédiatement au contact du condyle de l'humérus?

M. Perrin qui a cru aussi à la luxation par élongation dans ce cas, a prétendu que la tête du radius déplacée était retenue au-dessous de la saillie que fait le bord de la petite cavité sigmoïde du cubitus; il l'a nommée *luxation intracapsulaire sous-sigmoïdienne*. Ce chirurgien a expliqué l'enflure douloureuse du poignet par le tiraillement, la distension des ligaments de l'articulation radio-cubitale inférieure qui a lieu forcément par suite du déplacement en bas du radius.

A ces deux nuances d'une même théorie (l'élongation), j'opposerai l'absence de toute douleur et de toute déformation osseuse du coude. Pense-t-on qu'un écartement de 2 ou 3 lignes entre le condyle de l'humérus et la cupule de l'extrémité supérieure du radius (Duverney), qu'un déplacement dont l'étendue serait égale à la hauteur de la petite cavité sigmoïde du cubitus (Perrin), ne serait pas facilement reconnu à l'examen du coude, et pourrait se produire sans qu'il y eût de la douleur et qu'il survînt bientôt du gonflement à la jointure disloquée?

Boulay (2) qui, trente-six ans après Duverney (1787) décrivit la lésion en question dans une thèse très-remarquable soutenue devant l'École de chirurgie de Paris, connaissait la doctrine de Duverney, mais comprit autrement le mécanisme de la luxation du radius; suivant lui, quand on soutient ou qu'on soulève l'enfant au moment de la chute, le radius est en pronation sur le cubitus, et cette pronation est encore exagérée par l'action de la main qui presse sur l'extrémité inférieure du premier. Alors la partie moyenne du radius appuyant sur le corps du cubitus, l'extrémité supérieure proémine, force la résistance du ligament annulaire, et la tête du radius est chassée de la petite cavité sigmoïde du cubitus, et perd aussi ses rapports avec la petite tête de l'humérus (3); et, suivant que l'impulsion est dirigée

(1) TRAITÉ DES MALADIES DES OS, 1751.

(1) La luxation incomplète était, pour Fournier, celle du radius seul, le cubitus restant en place.

(2) Boulay était chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris ; on a commis à son préjudice une erreur regrettable en attribuant à Botentuit Langlois la thèse DE RADII SUPERIORIS EXTREMITATIS DIMOTIONE IN INFANTIBUS FREQUENTIORI, dont Boulay était l'auteur, et qui fut soutenue par ce chirurgien sous la présidence de Botentuit Langlois.

(3) C'est la mécanique du levier du troisième genre.

activité merveilleuse à toutes les stations thermales du midi et de l'ouest de la France. Nous ne saurions trop engager les médecins à entrer dans cette voie de progrès; nous ne doutons pas que l'attention étant dirigée sur ce nouveau médicament, la science ne constate promptement des cures d'autant plus remarquables qu'elles sont plus rares dans le genre d'affections dont nous nous occupons en ce moment.

Ajoutons qu'à Lavey, M. Cossy ne se borne pas à donner les eaux mères en bains. Mêlées en faibles proportions à l'eau sulfureuse et prises en boisson, elles constituent un modificateur puissant de l'économie. Quelques cuillerées à café d'eau mère, trois au plus, dans une tasse d'eau sulfureuse, constituent un médicament doué, à un très-haut point, de propriétés dites altérantes, et qui est très-bien supporté, même par les personnes à estomac délicat. En doublant cette dose, on obtient un effet purgatif très-marqué, sans accidents inflammatoires, et qui place le malade dans des conditions excellentes pour subir l'action curative des bains. C'est surtout le chlorure de magnésium qui, d'après les expériences de M. Lebert, jouit à un degré remarquable de la propriété purgative.

Il résulte des bulletins cliniques de l'hôpital de Lavey, publiés par M. le docteur Cossy, que les résultats auxquels il est arrivé concordent parfaitement avec ceux que l'on doit à ses prédécesseurs dans la direction de cet établissement. M. Cossy résume en ces termes les bénéfices obtenus par le mélange des eaux mères de Bex avec l'eau sulfureuse. Voici les cas dans lesquels ce traitement a été employé avec le plus de succès :

1° Atonie et faiblesse de la peau et des diverses membranes muqueuses, particulièrement de la muqueuse de l'appareil génital chez la femme.

2° Débilité générale, irritabilité nerveuse, accidents hystériques.

3° Tumeurs diverses et engorgement des viscères, particulièrement ceux de l'abdomen.

4° Certaines affections de la peau et du système osseux, surtout celles qui sont liées au vice scrofuleux.

5° Enfin, dans la maladie scrofuleuse et ses diverses formes.

Si l'on ajoute à tous les agents thérapeutiques de la station thermale de Lavey le voisinage du Rhône, dont l'eau, venant des glaciers voisins, a toujours une température très-basse, de 6 à 10° C., et peut être utilisée en douches, en affusions, en immersions rapides, comme cela se fait à Genève, aux bords de l'Arve (consultez à ce sujet le travail estimable de M. le docteur Herpin, 1843), on comprendra que cette localité offre de nombreux avantages, et que les malades doivent y trouver un soulagement à bien des misères. Notez que l'établissement thermal, situé en plein midi, sur un sol éminemment perméable et où l'humidité ne peut séjourner, abrité contre les vents du nord par l'énorme masse de la dent de Morcles, devient souvent, grâce à ces circonstances favorables, une station où bien des personnes passent l'hiver et continuent la cure entreprise. L'expérience prouve tous les jours que ce que l'on appelle une saison aux eaux, c'est-à-dire *vingt et un bains* (pourquoi ce chiffre cabalistique?), est loin de suffire au traitement des affections chroniques. La plupart des individus offrant a un certain degré la diathèse strumeuse commencent à peine à se sentir un peu mieux lorsqu'ils s'en vont, retombant le plus souvent dans les conditions fâcheuses qui ont

dans un sens ou dans l'autre, que certains muscles se contractent plus ou moins, suivant la force de résistance des différents ligaments, la tête du radius se déplace en avant ou en dehors, mais de manière cependant à ce que cet os soit peu éloigné de sa position naturelle. Ainsi, suivant Boulay, la luxation peut se faire en avant ou en dehors.

Avec une théorie pareille, on s'attendrait à trouver au coude une déformation osseuse prononcée, et cependant il n'en est rien. Quand il en est venu à la description des symptômes, l'auteur, qui évidemment avait bien observé cette lésion, n'a décrit que ce qu'il avait vu (1), et n'a pu signaler aucune déformation du coude. Boulay réduisit, comme Duverney, par un mouvement simultané de supination complète et de flexion de l'avant-bras, la main étant portée vers le sommet de l'épaule; seulement, il y joignit une pression exercée par le pouce sur l'extrémité supérieure du radius pour reporter celle-ci à sa place, tandis que Duverney ne faisait que contenir cette extrémité sans chercher à la pousser dans aucun sens.

Boulay constata qu'après la réduction la guérison était très-prompte, alors même qu'on n'appliquait pas d'appareil; que toute douleur cessait à l'instant et que le lendemain, souvent même plus tôt, tous les mouvements de l'articulation redevenaient libres.

Monteggia (2) qui, comme Duverney, ne connut pas d'autre luxation de l'extrémité supérieure du radius que la lésion dont nous nous occupons en ce moment, crut qu'elle avait lieu en avant, et la réduisit en étendant l'avant-bras et le tournant en supination pendant qu'avec le pouce il repoussait d'avant en arrière la tête du radius.

En rapportant l'opinion de Boyer, l'auteur milanais parle de la dépression qui doit exister au côté externe du coude, à la place abandonnée par la tête du radius, de la saillie que doit faire cette tête osseuse dans le sens où elle est déplacée; mais il ne paraît pas qu'il ait observé bien distinctement la saillie antérieure de la tête du radius dans sa luxation en avant, car il trouve la preuve la plus irrécusable de la justesse de son opinion, non dans cette saillie qui devrait être le signe le plus caractéristique de la luxation en avant, mais dans le succès constant de son procédé de réduction, dans lequel l'extrémité supérieure du radius est repoussée en arrière.

Martin (de Lyon) (1) vit dans cette lésion une luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière, et ne comprenant pas une pareille luxation sans une saillie de la tête osseuse luxée, crut voir cette saillie à l'endroit où la raison voulait qu'elle fût, c'est-à-dire au-dessous de la tubérosité externe de l'humérus, en dehors de l'olécrâne, et, ajoutant ce trait nouveau à la description des symptômes, rendit ce tableau presque méconnaissable.

Martin dut accommoder son procédé de réduction à sa théorie; il réduisit en combinant l'extension du membre et la supination avec une pression exercée d'arrière en avant sur la tête du radius.

Plus tard est arrivée la théorie de la subluxation de l'extrémité supérieure du radius, autre vue théorique qui n'est non plus appuyée d'aucune preuve directe. La raison dit que si incomplète qu'on suppose la luxation, elle ne peut manquer de déformer d'une manière plus ou moins sensible, l'articulation qui en est le siége, de déterminer dans cette articulation de la douleur et de la tuméfaction. Cependant tous ceux qui, de nos jours, ont vu le déplacement que nous étudions, qui en ont décrit les symptômes d'après leurs observations, et qui ont tenu à n'en point faire un tableau de fantaisie, ont noté que le coude ne présentait aucune déformation osseuse, qu'il n'était non plus jamais tuméfié (2). Il était moins facile de constater qu'il n'était le siége d'aucune douleur, parce que les enfants atteints de ce déplacement poussent des cris dès qu'on les touche, souvent même dès qu'on les regarde; mais l'absence de toute douleur au coude a été par moi bien constatée depuis que mon attention a été attirée sur ce point, et je puis affirmer aujourd'hui que l'articulation radio-cubito-humérale est aussi exempte de douleur que de déformation; cependant le besoin d'une théorie me fit admettre la luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant; mais je soutins cette opinion d'un ton peu convaincu. Je disais dans mon second mémoire que *ce déplacement était une luxation très-incomplète de la tête du radius; que l'étendue, peut-être même la direction du déplacement, n'étaient pas établies d'une manière positive.*

Si l'auteur de cette vue théorique a pu croire à une pareille luxation, il ne pouvait guère en être de même de ceux qui après lui étudiaient ce déplacement sans idées préconçues.

Enfin, l'insuffisance de toutes les théories imaginées jusqu'alors fit naître l'hypothèse qui veut que dans une pronation forcée, la tubérosité bicipitale du radius passe derrière le bord externe du cubitus et y reste accrochée; je l'ai réfuté dans le temps (3). Je me suis assuré, à cette époque, par des dissections nombreuses, que chez les enfants en

(1) Je ne puis résister au désir de transcrire ici la symptomatologie tracée par Boulay, qui est un modèle de précision, et je la publie d'autant plus volontiers que la plupart de ceux qui voudront étudier la question qui nous occupe n'auront pas occasion de lire la dissertation de Boulay.

» Post ictum, lapsum, nisumve quodlibet, aut violentiorem manus in pro-
» nationis sensum inversæ contorsionem, statim, ab omni supinationis motu
» cautus abstinet puer; postbrachium semiflexum, manusque prona rema-
» net; si quid ori ferre cogatur infans, carpi juncturam quam maximè flectit,
» caputque inclinat, ita ut ad manum potius demitti quam manus ad caput
» elevari videatur. Si in supinationis sensum vergat manus, dolorem clamo-
» ribus prodit eo acutioribus quo fortius aut diutius tentatur motus; hoc au-
» tem cessante, cessat dolor; noctu vero identidem vagitus edit puer, quod
» nempe brachium imprudens per somnum moveat, doloresque motibus re-
» vocet. Pro certissimo igitur indicio habendum est, quod prona semper
» manus absque magno dolore supinari nequeat; nam, si commemorativa
» revocentur signa, proindeque attendatur non sensim et per gradus subri-
» puisse malum, sed subito post læsionem externam motus impeditos fuisse,
» et à scrophulo et ab articuli infractione et a quolibet alio morbo peculiaris
» hæc radii dimotio distinguetur. »

(2) INSTITUZIONI CHIRURGICHE, parte seconda, sezione seconda, page 285. *Lussazione particolare della estremità superiore del raggio.*

(1) JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE, 1809, tome XXXIV, page 353.

(2) Voir mes deux mémoires déja cités dans les observations de MM. Gardner, Perrin et Bourguet.

(3) ANNALES DE LA CHIRURGIE, 1842, t. V, p. 135.

---

déterminé, entretenu et aggravé le mal. Ils reviennent l'année suivante, prêts à recommencer une cure non moins efficace, mais non moins inutile, et les accidents se perpétuent. Il faut agir autrement: quand la maladie a une certaine gravité, il importe de continuer la cure, de prendre des bains, de boire des eaux mères, de faire des pansements appropriés à la nature des plaies, et c'est alors que l'on voit survenir un changement radical dans la constitution organique des individus. Ce que l'on fait à Amélie-les-Bains, au Vernet (Pyrénées-Orientales), pour les bronchites chroniques, le séjour prolongé pendant l'hiver, dans des maisons où la température est douce, où l'on respire de l'eau sulfureuse réduite en vapeur, où l'on vit, en un mot, dans un milieu éminemment propre à rétablir l'important phénomène de la respiration régulière, cela peut se faire dans beaucoup de stations thermales où les malades trouveraient des eaux bromo-chlorurées, efficaces surtout par leur continuité d'action. Les médecins, mieux renseignés sur ce point important, devront conseiller ce mode d'action prolongée. J'ai vu guérir contre toute espérance un jeune homme scrofuleux des pieds à la tête, en l'envoyant passer deux hivers dans le midi de l'Italie et de l'Espagne, et en lui faisant prendre plusieurs fois par semaine un bain d'eau de mer convenablement chauffée. Cette dernière précaution me semble absolument indispensable. Il y a peu d'enfants scrofuleux qui puissent supporter l'action des bains de mer, à moins qu'on les envoie à Arcachon, à Cette, là où l'eau est calme et tiédie par l'action du soleil. Partout ailleurs le flot est trop vif, le froid est glacial, et ces pauvres malades restent pâles ou verdâtres en sortant de l'eau; la réaction ne s'opère pas, et le mal local s'aggrave aussi bien que s'aggrave l'état général. On reste à peine quelques minutes dans le bain de mer, on peut rester des heures entières dans un bain chaud contenant une forte proportion d'eaux mères.

Ceci dit, et je crains que le lecteur me trouve prolixe, je quitte la charmante contrée vaudoise pour revenir en France par Genève. Je n'ai pas voulu passer si près d'Evian sans goûter l'eau légèrement alcaline que boivent avec tant de conscience les personnes affectées de lésions de la vessie, qu'elles soient de nature catarrhale ou simplement nerveuses. J'ai pu me convaincre que cette eau n'a ni goût ni odeur, qu'elle contient à peine, par litre, quelques centigrammes de sel de soude et de magnésie, mais je suis loin de contester leur utilité, car chacun sait que le mode d'action de certaines eaux n'est pas du tout proportionnel à la quantité de matières étrangères qu'elles contiennent. Un personnage, dont je n'ai pu apprécier le caractère officiel, me disait que l'antique renommée d'Evian était menacée, car l'on venait de découvrir, à quelques kilomètres de distance, une source qui avait *deux degrés* de plus! Deux degrés de quoi? Je n'ai pu obtenir aucun renseignement sur ce point délicat. Voudrait-on parler des eaux limpides trouvées à Thonon, dans le plus beau pays du monde, là où l'aspect seul de la nature suffirait à guérir toutes les hypocondries anglaises, ou bien des eaux plus franchement minérales de Saxon, en Valais? M. Pyrame Morin a démontré, par des analyses rigoureuses, que, dans cette dernière source, l'iode se présente avec des intermittences très-marquées. Il a établi d'une manière certaine que les quantités d'iode sont très-variables, et que depuis 0g,2257, jusqu'à 5 millièmes, et même 0 gr., on rencontre toutes les quantités intermédiaires. Ces

bas âge la tubérosité bicipitale est peu saillante, l'espace interosseux relativement plus large que chez l'adulte, et les deux os trop écartés l'un de l'autre pour que la tubérosité bicipitale puisse jamais dans la pronation arriver au contact du cubitus. Autre remarque anatomique : le bord externe du cubitus qui est saillant dans le tiers inférieur de l'os, plus saillant encore et même tranchant dans son tiers moyen, s'efface dans le quart supérieur de l'espace interosseux, et est remplacé à la hauteur de la tubérosité bicipitale par une surface large, irrégulièrement triangulaire, dont la base tournée en haut correspond au bord inférieur de la petite cavité sigmoïde du cubitus, et qui ne présente aucune aspérité, aucune saillie capable d'accrocher l'apophyse du radius.

Qui ne croirait en lisant sans une grande attention les divers écrits dont je viens de donner l'analyse succincte, que ces travaux se rapportent à des lésions différentes? Cependant si l'on y regarde de plus près, on reconnaîtra sans peine que la luxation du radius par élongation de Duverney et de M. Perrin, la luxation en avant ou en dehors de Boulay, celle en avant de Monteggia, celle en arrière de Martin (de Lyon), ma luxation incomplète en avant, l'enroulement du radius qui porte derrière le bord externe du cubitus la tubérosité bicipitale, ne sont qu'une seule et même lésion expliquée par des théories différentes; pour s'en convaincre, il suffit de comparer les descriptions que les différents auteurs ont données de ces maladies diversement nommées, et en élaguant au besoin quelques symptômes qu'ils ont admis, parce que par suite de leurs vues théoriques, la raison voulait qu'ils s'y trouvassent, nous aurons, dans tous les cas, même étiologie, mêmes symptômes, même facilité de réduction par des procédés qui ont entre eux une grande analogie Dans tous les cas il y a cessation immédiate de la douleur et de la gêne des mouvements. En un mot, guérison instantanée après la réduction. Or pense-t-on que si les déplacements auxquels ont cru les chirurgiens, existaient réellement dans ces cas, la plupart ne laisseraient pas dans le coude, après la réduction, de la douleur, du gonflement et de la gêne, accidents consécutifs qui mettraient toujours plus ou moins de temps à se dissiper?

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU TÉTANOS; par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

Au Rédacteur.

Très-honoré confrère,

La guérison étant le but final de notre science, on conçoit le vif intérêt et même les passions que suscitent les questions doctrinales et les innovations thérapeutiques. Pour le moment, c'est la lutte de l'empirisme contre le rationalisme qui est à l'ordre du jour, et une médication nouvelle, celle du tétanos par le curare, est arrivée merveilleusement à point pour donner un corps à la discussion.

De tous ceux qui ont pris la plume à ce sujet, vous me paraissez être celui qui a le mieux compris le problème. Non plus que personne vous ne prétendez nier la valeur de la preuve expérimentale, mais vous vous inscrivez nettement et gravement en faveur des droits du rationalisme, en tant qu'initiateur légitime et obligé du progrès thérapeutique. Votre pensée se trouve résumée dans cette phrase de votre argumentation : « Que demande-t-on de plus dans le tétanos que » de neutraliser le symptôme tétanique? N'y avait-il pas, dans la sim» ple espérance d'obtenir cette neutralisation, tous les encourage» ments du monde à la tenter? » (DU CURARE DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS. GAZ. MÉD., 8 octobre 1859.)

Ce simple énoncé met en relief deux principes capitaux d'une science qui, dit-on, n'a pas de principes : le premier est le droit d'intervention du rationalisme dans la recherche des médications; le second, moins apparent, mais non moins réel, est la consécration de cette lumineuse et féconde doctrine des *éléments pratiques*, par moi professée depuis vingt ans, et que j'ai vulgarisée dans bon nombre de publications. La plupart des praticiens, encore aujourd'hui, ne s'appliquent guère qu'à une chose : à détruire le mal dans sa source, dans son principe soi-disant essentiel. De là cette recherche incessante de remèdes absolus, de spécifiques, etc.; que si l'on consent à se rabattre sur les éléments secondaires, accessoires, c'est à contre-cœur, comme pis-aller et sans confiance dans les résultats. La doctrine des éléments, elle, érige ce pis-aller en principe; elle rationalise cette manière d'agir en démontrant son opportunité, en faisant ressortir sa fécondité réelle déduite d'une foule d'observations pratiques. Ce faisant, elle rassure la conscience du praticien, qu'elle réconcilie avec les dures nécessités de l'art. Certes, les réflexions que je fais ici se sont présentées à l'esprit des observateurs éclairés, mais à l'état de lueur obscure, d'impression éphémère, sans lien logique avec la généralité des faits, sans corps de doctrine, en un mot. Aussi beaucoup de ceux qui, pour la première fois, entendent parler de cette doctrine, la considèrent-ils comme une superfétation, en tant qu'elle n'exprime qu'une pensée commune à tous et à chacun. Or voyez pourtant comment se montrent fidèles à ces errements soi-disant vulgaires, même les hommes les plus haut placés dans la hiérarchie de la science : rappelez-vous les malentendus, les logomachies, les inconséquences débitées au sein même de l'Académie, à propos du vitalisme et de l'organicisme, des maladies puerpérales, du croup, etc., et, tout récemment, au sujet de l'origine des médicaments. Le tout pour avoir ignoré, oublié ou méconnu cette précieuse doctrine des éléments qui répand un jour ineffable sur tant de sujets obscurs, qui concilie tant de dissidences.

C'est précisément ce qui ressort de votre déclaration de principes, très-honoré confrère, où se trouve formulée, je le répète, d'abord la valeur de l'*élément* rationnel dans les investigations thérapeutiques, puis l'opportunité des moyens à opposer aux *éléments*, même *secondaires*, des maladies, et spécialement du tétanos. Qu'importe, pensez-vous, que le tétanos ait son point de départ dans la lésion de la sensibilité? La mobilité n'est-elle pas manifestement affectée? N'est-ce pas même son altération qui constitue le danger immédiat de la maladie? Eh bien! dans l'impuissance d'obvier à la cause hypothétique du mal, quoi de plus sensé, de plus urgent, que d'attaquer de front ce formidable élément secondaire? Et si l'observation elle-même vient justifier

---

variations ont lieu à des intervalles tantôt très-éloignés, tantôt très-rapprochées. On peut suivre ainsi plusieurs oscillations dans la journée. Le brome et le chlore sont en quantité très-minime; le chlore s'y montre constamment, mais le brome n'apparaît qu'avec l'iode. Il est probable que l'eau de Saxon provient de deux sources différentes.

J'emprunte ces détails au rapport sur les travaux de la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève, publié tout récemment par M. le professeur Auguste de la Rive, président de cette Société savante. Je ne pouvais puiser à meilleure source, et je me félicite de terminer ce travail rapide par une citation venant de si bon lieu.

P. MENIÈRE.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE. — Par décret en date du 30 septembre 1859, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'Etat au département de l'intérieur, S. M. l'empereur a nommé présidents:

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Laon (Aisne), M. Lejeune, ex-médecin en chef du Dépôt de mendicité de l'Aisne;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin (Aisne), M. Bourbier, docteur-médecin, attaché aux hospices et à la maison d'arrêt de Saint-Quentin;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Cher, à Bourges, M. Lhomme (Gyr-Etienne-Alexandre), médecin de l'Asile départemental;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Puy-de-Dôme, à Clermont, M. Bertrand (Pierre), directeur de l'Ecole de médecine de Clermont, membre du conseil général.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche, 30 octobre prochain, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, boulevard Victoria, près l'hôtel de ville.

MM. les membres de l'Association générale sont invités à assister à cette assemblée.

— M. le professeur Aug. Duméril ouvrira son cours de zoologie (Reptiles et Poissons) le mardi, 25 octobre 1859, à midi très-précis, dans les galeries du Muséum, et le continuera à la même heure les mardis et samedis.

L'histoire générale des reptiles et des poissons fera le sujet du cours de cette année, qui sera surtout consacré à l'étude de l'organisation, des fonctions et des mœurs de ces animaux.

cette détermination, que peut-on opposer à l'érection du fait particulier en principe général? Ce n'est point ici le lieu de justifier cette grave proposition. Cette justification, nous l'avons faite dans plusieurs exposés de notre doctrine (1) et dans mainte autre publication. Il me suffisait de faire observer que cette doctrine existe en germe dans les bons esprits, et qu'elle n'a besoin que d'être développée pour recevoir une foule d'applications utiles auxquelles on ne songe pas, faute d'un code régulateur. Pardon de cette digression par trop personnelle; je reviens au fait.

Les innovations thérapeutiques peuvent être divisées en deux catégories : les unes rationnelles *à priori*, c'est-à-dire basées sur la double notion des caractères de la maladie et du mode d'action du médicament; les autres empiriques, ou du moins sans rapport saisissable entre la nature du mal et celle du remède. Il va sans dire que les unes et les autres prétendent s'autoriser de la preuve expérimentale qui jamais ne fait défaut. Que certains esprits vouent leur admiration aux remèdes purement empiriques, je ne saurais partager leur sentiment, et mes sympathies, au contraire, sont acquises aux remèdes rationnels, que j'accueille, comme clinicien, avec un empressement égal à la répulsion que m'inspirent les autres.

Or le tétanos est en possession de plusieurs de ces médications rationnelles auxquelles appartient manifestement le curare, du moins au point de vue de la doctrine des éléments, qui se contente, faute de mieux, d'indications secondaires. Que ces remèdes ne réussissent pas toujours, ou même ne réussissent jamais, cela ne prouve absolument qu'une chose : c'est que, jusqu'à présent, cette terrible maladie est presque toujours au-dessus de tous les remèdes. C'est déjà beaucoup, pour la justification du rationalisme, que le but immédiat soit atteint, à savoir, le relâchement des muscles. La preuve expérimentale, d'ailleurs, n'est encore que commencée en ce qui concerne le curare, et jusqu'à présent les résultats sont au moins incertains, s'ils ne sont favorables aux remèdes.

Comment s'étonner qu'un médicament qui ne répond qu'à une des indications majeures ne réussisse pas toujours, lorsque les remèdes dont la puissance est avérée échouent si souvent? Parmi les médications rationnelles du tétanos, il en est au moins deux qui semblent répondre à deux des indications capitales, dont l'une est relative précisément à cette altération de la sensibilité qui, dit-on, est l'élément primordial de la maladie. Je veux parler d'abord de l'opium, le premier en date, puis de la méthode anesthésique, par l'éther ou le chloroforme, qui tous s'attaquent à la fois à la sensibilité et à la motilité. Cependant l'opium et le chloroforme, même réunis, ne comptent que de rares guérisons dont j'ai moi-même produit quelques cas (Bullet. de thérap., 1836, 1849), ce qui me permet tout au plus de dire que ces médications sont *les moins impuissantes* que je connaisse. Aussi n'ai-je point été surpris de les voir échouer dans le cas suivant, dont j'ai été témoin, en septembre dernier, dans le département de la Charente-Inférieure.

TÉTANOS TRAUMATIQUE; OPIUM ET CHLOROFORME A HAUTES DOSES; MORT PROMPTE.

Obs. — Une femme de 40 ans, de forte constitution, habitant la campagne, marchant pieds nus par un temps chaud, fut blessée légèrement par une pointe de clou qui lui entra dans la région métatarso-phalangienne de la plante du pied gauche. La douleur fut modérée et n'empêcha pas la malade de vaquer à ses occupations. Il ne survint même ni rougeur ni gonflement considérables. Cependant, deux jours après l'accident, il se manifesta de la roideur dans les mouvements de la mâchoire inférieure, et bientôt le spasme s'étendit graduellement à la nuque et aux membres inférieurs, avec exacerbations douloureuses passagères. Le médecin, appelé le lendemain de l'invasion, reconnut un tétanos en voie d'accroissement rapide. Il s'empressa d'appliquer des sangsues au mastoïde, et d'administrer le laudanum à la dose de 8 ou 10 gouttes répétées à de courts intervalles. Il se proposait d'appliquer le chloroforme; mais ayant appris ma présence dans le voisinage, il désira prendre mon avis. Je vis, avec lui, la malade dans la matinée du quatrième jour. Le trismus était complet, mais la roideur des membres et du tronc n'était pas permanente; l'opisthotonos se prononçait pendant les crises, qui étaient fréquentes et douloureuses. Pouls calme, point de chaleur, intelligence nette; la piqûre de la plante du pied apparait à peine, sans vestiges d'inflammation. Le cas me parut des plus graves et devoir se terminer promptement par la mort. J'approuvai les idées de mon confrère, et on continua l'administration du laudanum en potion et en lavements, et nous procédâmes immédiatement à l'application du chloroforme. L'anesthésie et le relâchement des muscles s'obtenait promptement et facilement. La mâchoire elle-même recouvrait toute sa mobilité, mais le spasme reparaissait dès que cessait le sommeil. Je recommandai de répéter fréquemment de demi heure en demi-heure l'application du chloroforme, en choisissant de préférence le moment des exacerbations et en prolongeant l'anesthésie. Un cataplasme laudanisé fut appliqué à la plante du pied. Nonobstant cette double médication énergique, la malade succomba la nuit suivante, quatre jours après l'invasion du tétanos.

Je pense donc comme vous, très-honoré confrère, que, dans cette pénurie de moyens efficaces, l'acquisition du curare n'est pas à dédaigner, et que son introduction dans la thérapeutique est suffisamment justifiée par son caractère rationnel, par la réalisation de ses effets immédiats, le relâchement des muscles, en attendant l'appréciation expérimentale de sa valeur curative.

Agréez, etc.

Strasbourg, 15 octobre 1859.

(1) Voir Lettre sur la thérapeutique (Gaz. des hôp., 21, 28 mars, 6 avril 1844); — Doctrine des éléments appliquée à la thérapeutique (Bull. de thérap., 1850); — Doctrine des éléments basée sur les nécessités de la pratique (Gaz. méd. de Strasb., décembre 1851).

Au même.

Mon bien honoré confrère,

Dans la note dont avez fait suivre la lettre que vous avez eu l'obligeance d'insérer dans le dernier numéro de votre journal, vous me reprochez d'avoir *mêlé* votre propre article et celui publié par M. Vulpian dans la Gazette hebdomadaire, et par suite de vous avoir attribué *deux* phrases dont l'une, insérée dans la Gazette médicale, vous appartiendrait réellement, et dont l'autre insérée dans la Gazette hebdomadaire, appartiendrait à M. Vulpian. » Je dis sincèrement que j'ai été profondément peiné qu'un homme dont l'opinion est tenue par chacun en si haute estime, ait pu me croire coupable d'une étourderie aussi grossière. Permettez-moi donc de vous détromper.

Les mots *à la même page* qui, je le confesse, ont pu donner lieu à votre interprétation, s'appliquent non *aux pages* 596 et 597 de la Gazette hebdomadaire, mais bien *à la page* 629 de votre critique. Ces mots auraient dû être mis à la ligne au lieu de ceux *qui suit*.

Veuillez par la pensée faire cette correction, et vous reviendrez sans doute, du moins quant au cas présent, de la mauvaise opinion que vous avez pu concevoir de votre bien dévoné confrère.

Martin-Magron.

Réponse. — Nous ne remplissons pas notre rôle de critique en guettant nos contradicteurs le « *lasso* » à la main; et nous nous empressons avec bonheur de rendre justice à un confrère que nous honorons réellement, comme en pareil cas nous désirerions qu'on nous la rendît à nous-même. Il est certain qu'avec la coupure ainsi modifiée, nous ne serions pas tombé dans ce malentendu, que nous regretterions vivement si nous n'avions ici le pouvoir de le réparer.

G.-T.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite.)

II. CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW.

COURTE DESCRIPTION DE LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A MOUNT-PLEASANT ET DANS LE HAVRE DE CHARLESTON, DANS L'ÉTÉ DE 1857; suivie d'une enquête raisonnée sur son origine probable, par M. R.-A. Kinloch, M. D.

La fièvre jaune règne, comme chacun sait, sur le littoral des États du sud des États-Unis; c'est là un fait incontesté dans sa généralité; mais il n'en est plus de même si vous voulez le préciser pour telle ou telle localité.

Les citoyens des villes du Sud ont une grande répugnance à reconnaître, à avouer la présence du fléau. On voit des médecins même faire les efforts les plus désespérés pour allier leur *patriotisme* à leurs convictions médicales, et pour éviter de prononcer le nom fatal de *fiè-*

vre jaune, ils n'ont que des *rémittentes bilieuses congestives*; ou bien ce n'est pas la *vraie fièvre jaune*, c'est une *fièvre jaune en imitation* (*imitation yellow fever*), qui lui ressemble à s'y méprendre, comme les diamants *imités* aux diamants *vrais*, mais qui n'en sont pas.

D'autres médecins se décident à admettre la fièvre jaune : « Oui, elle apparaît dans notre ville, il faut l'avouer ; mais gardez-vous de croire qu'elle y a pris naissance ; c'est impossible. Elle y est toujours importée, elle ne peut s'y développer spontanément. »

Il en est ainsi à Charleston, dans la Caroline du Sud, et, avec beaucoup plus de raison, ce semble, au joli village de Mount-Pleasant, posé sur une éminence, en face et à 4 kilomètres environ de cette ville. Mount-Pleasant est renommé pour sa salubrité; dans l'opinion de ses habitants, la fièvre jaune n'y saurait naître ; elle n'y a jamais régné, même quand les épidémies les plus furieuses désolaient Charleston ; peut-être a-t-on vu à Mount-Pleasant un ou deux cas de fièvre jaune, mais seulement sur des personnes qui s'étaient risquées à visiter la ville. Ces cas, d'ailleurs, ne se sont jamais propagés. L'atmosphère viciée de la cité n'a jamais été importée au village par les bateaux à vapeur. Jugez ce qu'il a fallu de courage au docteur Kinloch pour affirmer que la fièvre jaune régnait à Mount-Pleasant, et qu'elle s'y était déclarée *spontanément !*

Rien de plus certain, cependant; quatre décès s'étaient rapidement succédé dans la maison de M. Lofton, qui venait d'être atteint lui-même. Il présentait l'état suivant : *Tout le corps est jaune ; la conjonctive est orangée ; fuliginosités sanguinolentes aux dents et aux coins de la bouche ; la surface d'un vésicatoire posé sur l'abdomen distille du sang ; délire agité ; hoquet fréquent ; nausées ; la vessie est vide, quoique le malade n'ait pas uriné depuis douze heures. L'intelligence était restée lucide presque jusqu'alors.*

M. Kinloch diagnostique une fièvre jaune à son troisième stade. Le malade meurt le soir même.

On trouve, à l'*autopsie*, l'estomac injecté par places, contenant un demi-litre de liquide noir. L'intestin grêle et le gros intestin en renferment aussi. Le foie présente la couleur jaune chamois, très-manifeste, telle qu'elle a été décrite par M. Louis. Vessie vide et contractée.

Était-ce là une rémittente bilieuse congestive ? Mais le type avait été continu. Il n'y avait eu aucune rémission. Lors même qu'il y en aurait eu, la rémission n'a pas une valeur absolue par elle-même, elle ne prouve contre la fièvre jaune qu'autant qu'elle est liée à d'autres symptômes.

La famille Lofton n'était pas acclimatée; elle avait été soumise à l'impaludation. Cela permet-il de supposer, dans l'espèce, que la fièvre jaune était jointe à une rémittente? Mais cette alliance est des plus rares.

Le foie était chamoisé. On sait que, dans les rémittentes, il est bronzé (Stewardson). Le docteur Morehead rapporte, à la vérité, quelques cas de rémittente bilieuse des Indes dans lesquels le foie était jaune à l'autopsie; mais ces faits sont vraiment exceptionnels.

D'ailleurs la maladie se montra décidément contagieuse. Elle frappa environ quarante personnes dans Mount-Pleasant. On put très-aisément en suivre la propagation. Elle n'attaque que les *non-acclimatés*.

Or cette fièvre jaune ne pouvait venir ni de Charleston où il n'y avait pas un seul cas, ni des vaisseaux sur rade qui n'en présentaient pas non plus, ou n'en avaient pas présenté antérieurement dans des circonstances qui puissent faire admettre la possibilité de leur extension à la famille Lofton.

Le docteur Kinloch discute les faits relatifs à cette origine avec une grande sagacité, et il arrive à la conclusion que la fièvre jaune s'est déclarée spontanément dans la maison de M. Lofton.

Si les périlleuses assertions du docteur Kinloch subsistent, voilà une circonstance dans laquelle on peut voir se former un foyer de fièvre jaune. Il faut avouer qu'il est difficile de dire quelles conditions lui ont donné naissance. La propreté était, il est vrai, fort négligée à Mount-Pleasant ; on y laissait des monceaux d'immondices en putréfaction ; mais le docteur Kinloch doute qu'on puisse attribuer à cette cause un peu banale l'origine de la fièvre jaune.

NOTE SUR UN CAS DE FIÈVRE JAUNE PROVENANT DE JACKSONVILLE (FLORIDE); par M. F.-M. ROBERTSON (de Charleston).

ABSENCE D'URÉE ET D'ACIDE URIQUE DANS L'URINE DE LA FIÈVRE JAUNE ; par M. PEYRE PORCHER.

En octobre 1857, une grave épidémie sévissait sur Jacksonville. Un des habitants de cette cité, fuyant, mais trop tard, avec sa famille devant le fléau, arrive à Charleston, où il meurt cinq jours après son entrée. Il était tombé malade en quittant Jacksonville.

Le docteur Robertson déclare qu'il est mort de la fièvre jaune, tandis que les habitants et les médecins de Jacksonville prétendent, selon l'usage, que la maladie régnante n'est rien de plus qu'une *rémittente bilieuse congestive*. Or, de deux choses l'une, si le docteur Robertson a bien vu, ou la rémittente bilieuse congestive peut se transformer en fièvre jaune, ou, ce qui est plus probable, la congestive bilieuse de Jacksonville n'était autre qu'une fièvre jaune.

La distinction entre ces deux maladies est-elle donc si difficile en pratique, que les médecins eux-mêmes, au gré de leur désir ou de leurs préventions, puissent soutenir ou nier, en présence du même fait, la fièvre jaune ou la rémittente bilieuse, et perpétuer ainsi la confusion? Il faut bien le croire ; mais cependant ces médecins reconnaissent des signes distinctifs dans leurs livres.

« La fièvre jaune est, ainsi qu'on l'a maintes fois établi, une maladie qui n'a qu'un seul paroxysme ; il dure un, deux ou trois jours et est suivi, non d'une rémission, mais d'une cessation complète des symptômes fébriles, qui aboutit à la prostration. Cet état d'apyrexie, bien que marqué d'ordinaire par la diminution de la chaleur, une peau naturelle et moite, et l'absence de toute douleur, n'est pas toujours l'avant-coureur de la guérison, comme cela a lieu dans la plupart des autres fièvres, et n'est suivi par aucune exacerbation périodique des symptômes fébriles. En fait, c'est un collapsus alarmant. Cette métaptose a lieu dans tous les cas, dans ceux qui se terminent par la mort aussi bien que dans ceux qui doivent guérir, et par conséquent elle ne caractérise pas les seuls cas funestes.

» Rien de semblable ne se produit dans la rémittente bilieuse; les périodes de rémission y sont suivies du retour périodique de l'excitation fébrile, qui alterne avec les rémissions jusqu'à la terminaison fatale. Une intermission est toujours le signe précurseur de la convalescence ou du passage à une fièvre intermittente. Et si après l'intermission, on voit reparaître des symptômes graves, ce changement doit être interprété comme une rechute. »

Voilà pour le type et la marche des deux affections : joignez-y pour la fièvre jaune la douleur sus-orbitaire et rachidienne et le mode d'invasion.

« Le malade est en général tout à fait bien jusqu'au moment de l'attaque; il peut dire positivement quand la maladie a commencé. Il est d'ordinaire réveillé pendant la nuit par une vive douleur frontale et dorsale, avec mal de cœur, nausées et sensation de chaleur et de soif. La douleur est orbitaire, ou plutôt sus-orbitaire. Elle ne ressemble pas à la douleur temporale ou à la céphalalgie générale des fièvres intermittentes.

» Si l'œil est injecté, la face et le front congestionnés, la langue rouge à la pointe et aux bords, avec une injection capillaire de toute la surface du corps, vous aurez un aspect qui ne se trouve dans aucune rémittente bilieuse. » (Blair.)

Cet auteur déclare en outre que les urines sont *albumineuses* dans tous les cas funestes. Si l'albumine ne se trouvait pas dans l'urine des malades atteints de fièvre rémittente bilieuse grave, ce serait encore là un signe distinctif. Mais le docteur Peyre Porcher nie la constance de ce fait. L'albumine peut faire défaut dans la fièvre jaune et se montrer dans des intermittentes. Ce qui caractérise sûrement la fièvre jaune, selon M. Porcher, c'est l'absence absolue d'urée ou d'acide urique dans l'urine. Ce produit, supprimé dès le début de l'affection, ne reparaîtrait dans l'urine que pendant la convalescence.

Remarquons que la présence d'albumine et l'absence de l'urée dans le liquide urinaire sont deux phénomènes souvent corrélatifs, comme le montrent la maladie de Bright et certains cas de fièvre scarlatine.

Il serait intéressant, à tous les points de vue, de rechercher comparativement les caractères de l'urine dans les rémittentes bilieuses congestives; la question est posée en Amérique et ne tardera pas à recevoir une solution. Mais dès aujourd'hui, on peut dire qu'il est possible de reconnaître la fièvre jaune quand on n'a pas d'intérêt à la nier.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX PSEUDO-RESSUSCITANTS; par M. F. A. POUCHET.

Le phénomène de la réviviscence de certains animaux microscopiques, qui a été considéré comme si extraordinaire, doit rentrer dans le cadre de la physiologie normale. Il est actuellement bien connu qu'un grand nombre d'animaux d'un type plus élevé, et en particulier certains mollusques, peuvent rester plusieurs années contractés, immobiles, et ayant tout à fait les apparences de la mort...... L'humidité les ranime.

Des animaux *secs et absolument momifiés ne peuvent être ressuscités par l'hydratation*. Les traditions rationnelles, l'observation et l'expérience se réunissent pour le démontrer.

Nos expériences sur ce sujet ont été faites avec du terreau très-abondant en rotifères, en tardigrades et en anguillules réviviscibles, et elles nous ont convaincu que jamais, quand ces animaux sont réellement secs, on ne peut les ranimer. Une expérience aussi simple que facile à exécuter le démontre immédiatement.

Les rotifères et les tardigrades peuvent se conserver plusieurs années sans se dessécher, dans du terreau, à cause de sa grande hygroscopicité; mais si l'on parvient à les isoler de celui-ci, leur dessiccation et la mort qui s'ensuit sont rapides.

Si, à l'aide d'un tamis de soie, on étale une couche excessivement mince de terreau à la surface d'une lame de verre, et si ses grains sont tellement rares, qu'ils se trouvent généralement à distance, en exposant cette lame de verre au soleil, en été, où elle subit souvent une température de 50 à 55 degrés, après six semaines, les rotifères, les tardigrades et les anguillules sont profondément secs et absolument morts. Une hydratation de quatre jours n'en ranime aucun. Celle expérience, si élémentaire, si simple et que j'ai répétée nombre de fois, ne suffirait-elle pas à elle seule pour renverser tout ce qu'on a écrit sur la résurrection des animalcules?

Si l'on expérimente sur des rotifères et des tardigrades vivants, et non sur des animalcules contractés, la pseudo-résurrection perd encore de son extension. Des rotifères, des tardigrades et des anguillules, desséchés avec la plus grande lenteur entre des verres de montre, avec du sable ou à nu, et exposés à l'ombre à une température moyenne de 25 degrés, n'ont jamais vécu vingt jours durant aucune de nos expériences. Pour la plupart ils meurent avant le douzième. Il y a loin de là à la prétendue immortalité dont on avait doté ces animalcules.

Ceux-ci ont cependant une beaucoup plus robuste résistance vitale qu'on ne le suppose généralement. 50 centigrammes de terreau rempli d'animalcules ressuscitants furent plongés dans un mélange frigorifique et y subirent pendant une heure une température de 20 degrés au-dessous de zéro. En sortant de ce mélange, on les jeta subitement sur la boule d'un thermomètre marquant 80 degrés dans une étuve, et on les y laissa. L'étuve dans laquelle celui-ci était placé fut fermée, et la poussière y fut maintenue durant quinze minutes. Après cette seconde épreuve, le terreau fut immédiatement plongé dans de l'eau, et bientôt tous les animalcules s'y ranimèrent.

En voyant ainsi ces animalcules brusquement franchir 100 degrés de température, et en les trouvant tous parfaitement vivants dans l'eau avec laquelle on les met subitement en contact, que doit-on penser des précautions infinies que les partisans des résurrections réclament pour leurs expériences?

Dans plusieurs expériences, en employant du terreau rempli d'animalcules réviviscibles, c'est-à-dire imparfaitement desséchés, et en le plongeant dans une étuve dont la température dépassait de beaucoup de maximum auquel les savants ont fixé la coagulation de l'albumine hydratée, j'ai toujours vu les tardigrades et les rotifères s'y ranimer tant que n'atteignais pas le degré où ils se dessèchent réellement. Du terreau conservé à l'ombre ayant été déposé sur la boule d'un thermomètre marquant 78 degrés dans une étuve, et l'ayant laissé là pendant une demi-heure, après ce temps ce terreau possédait encore tous ses animaux parfaitement vivants. Cependant ils ont supporté durant plus de temps qu'un œuf ne met à cuire, une température qui dépasse de 28, ou au moins de 18 degrés le terme assigné pour la coagulation de l'albumine. En présence d'un fait si tranché, si fondamental, que devient la théorie à l'aide de laquelle on a essayé d'expliquer comment les tardigrades et les rotifères pouvaient supporter des températures élevées?

Dans de nouvelles expériences, j'ai voulu aussi m'assurer quelle était positivement la résistance des animaux pseudo-ressuscitants à ces mêmes températures élevées. Mes expériences sur ce sujet ont été aussi nombreuses que variées, et, pour éviter toute objection, je me suis conformé à tous les procédés qui ont été indiqués, même ceux qui, tels que le vide sec de la machine pneumatique, me paraissent moins précis que d'autres (1).

(1) Les animalcules sont restés jusqu'à quinze jours dans le vide, et l'hydratation a été prolongée trois et quatre jours.

Dans mes expériences sur ce sujet j'emploie l'étuve sèche ou le bain-marie. Je chauffe lentement l'appareil jusqu'à ce qu'il ait atteint 50 degrés. A compter de ce point, je n'élève la température que de 5 degrés par heure. Ainsi l'appareil n'atteint 100 degrés qu'après dix heures de soins : alors je maintiens cette température une demi-heure. C'est en prenant de telles précautions que je suis arrivé à préciser le maximum de chaleur que peuvent supporter les animalcules. Aucun de ceux-ci ne résiste à 100 degrés. J'ai toujours vu que les rotifères, qui sont les plus vivaces des animalcules pseudo-ressuscitants, périssent constamment vers 85 à 90 degrés centigrades; les tardigrades, qui résistent moins qu'eux, meurent tous à la température de 80 à 85 degrés; enfin les anguillules vers 75 degrés.

En présence de telles expériences, fréquemment répétées au Muséum de Rouen, comment est-il possible d'admettre avec certains expérimentateurs que les animaux réviviscibles peuvent résister à des températures de 120 et même de 150 degrés?

RECHERCHE DE L'IODE DANS LES PLANTES, LES ANIMAUX, LES EAUX ET L'AIR ATMOSPHÉRIQUE; par M. MÈNE.

Dans cette note, qui fait suite à une précédente communication faite dans la séance du 8 août dernier, l'auteur commence à exposer les résultats de ses recherches sur la solubilité de l'iodure d'argent dans l'ammoniaque, puis, revenant à la question de la diffusion de l'iode dans l'air et aux analyses instituées dans ce dessein, il rend compte de deux expériences qui ont marché, l'une du 5 au 25 août, l'autre du 13 au 28 septembre. La note se termine par le paragraphe suivant :

« L'ensemble de toutes mes recherches sur la diffusion de l'iode me porte à conclure que, normalement, l'iode n'existe pas dans l'air (du moins dans les lieux où j'ai fait mes analyses), et que s'il y a été trouvé, ce n'était qu'accidentellement ou par suite de l'emploi de réactifs impurs. (Renvoi à l'examen des commissaires déjà nommés : MM. Pelouze, Balard, Fremy.)

EMPLOI DU CURARE DANS LE TÉTANOS; lettre de M. BRODIE à M. FLOURENS.

Ayant en connaissance, par les journaux, des essais faits en France avec le poison woorara (ou curare) comme remède dans des cas de tétanos, j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à vous communiquer les détails suivants :

Quelque temps après que j'eus fait paraître dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES (1811-1812) un compte rendu d'expériences dans lesquelles des animaux morts en apparence par suite d'inoculation du woorara étendu d'huile essentielle d'amande amère avaient été rappelés à la vie au moyen de la respiration artificielle, on m'engagea à reproduire les mêmes expériences sur des animaux de plus grande taille que ceux qui avaient servi dans tous ces essais; je priai alors mon ami feu le docteur Sewell de me permettre de faire au collége vétérinaire l'expérience désirée sur un âne qu'avait donné dans ce dessein le feu duc de Northumberland, alors lord Percy. L'expérience réussit de même, et l'animal fut donné à M. Waterton, dans les terres duquel il a vécu encore plusieurs années.

Le professeur Sewell, considérant que, sous l'influence du woorara, il y avait relâchement complet de tous les muscles du mouvement volontaire, eut l'idée que l'on pourrait, dans des cas de tétanos chez des chevaux, employer avec avantage ce poison, puisqu'au moyen de la respiration artificielle, on rappelait à la vie l'animal empoisonné. En conséquence, il en fit l'essai, et même, autant que je crois, à plusieurs reprises. Mais à l'époque où j'en ai entendu parler pour la dernière fois, il n'avait pas obtenu un seul succès.

Il est évident qu'on ne peut attacher une grande valeur à une ou deux guérisons survenues à la suite de ce traitement, puisque, sur les sujets atteints du tétanos, il y a un nombre, à la vérité assez petit, qui en échappent, quel qu'ait été le traitement employé.

M. SERRES : A l'occasion de la lettre du célèbre chirurgien de Londres, je crois devoir rappeler les observations qui ont été déjà faites dans cette enceinte sur l'emploi du *curare* dans le traitement du tétanos traumatique.

Une première application de ce poison, faite par le chirurgien distingué de la Charité, M. Manec, secondé par son collègue M. Vulpian, a complétement échoué. La marche du tétanos traumatique n'a pas été enrayée; les symptômes si graves du tétanisme n'ont même pas été modifiés. L'action du curare a paru aux observateurs si peu manifeste chez le malade, qu'ils ont dû s'assurer, par des expériences sur des animaux, si le curare qu'ils avaient employé jouissait des propriétés si dangereuses qui lui sont propres : la mort des animaux a promptement répondu à ce sujet.

Nul doute donc; ce premier fait est de nature à faire mettre en doute l'efficacité du curare dans le traitement du tétanos traumatique, efficacité qu'avait fait espérer l'observation de M. Vella, qui est devenue le point de départ de cette médication.

Mais doit-on se laisser décourager par cet insuccès? En présence d'une maladie si grave et presque toujours mortelle, faut-il renoncer sitôt à l'espérance qu'avait fait naître le succès du chirurgien de Turin? Je ne le pense pas.

Sur un sujet si délicat, et qui, théoriquement, s'appuie sur une appréciation encore douteuse d'un point de physiologie expérimentale, la réserve est sans doute de rigueur; mais cette réserve ne doit pas aller jusqu'à nous faire

abstenir de continuer avec prudence les essais des effets du curare contre le tétanos traumatique.

Et c'est aussi de cette manière qu'en a jugé un des membres distingués du corps des chirurgiens de nos hôpitaux, M. Chassaignac. Appelé par deux confrères, MM. Tanère et André, pour partager avec eux la responsabilité de l'administration du curare dans un cas de *formidables accidents tétaniques*, survenus le 19 septembre, à la suite d'une blessure assez légère faite au pied par un coup de feu, M. Chassaignac n'hésita pas.

Le malade, au moment où il fut appelé, était déjà à un degré très-avancé de la période asphyxique; la respiration se faisait sans doute encore, mais on ne la voyait pas s'exécuter. Tous les muscles du tronc et des membres avaient la rigidité du bois; les dents ne purent être écartées de quelques millimètres qu'avec un coin en bois introduit avec une grande force. La plaie était extrêmement irritable, le malade près du dernier moment. Le curare fut administré *intùs* et *extrà* : à l'intérieur, à la dose de 20 centigr., dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerées toutes les deux heures; en topique, a la dose de 25 centigrammes sur 150 grammes de véhicule; avec ordre de renouveler les applications toutes les deux heures également.

Huit heures après la première application, le malade put plier les bras et desserrer lui-même les dents pour renfoncer le coin de bois. La respiration se faisait de nouveau sentir, le malade revenait à la vie. Les progrès n'ont pas cessé depuis un seul instant, et depuis bien des jours le mal marche vers sa terminaison.

Au reste, un fait important ressort nettement des trois essais déjà tentés : ce fait est celui de l'innocuité du curare chez l'homme sous l'influence du tétanisme. Un tel résultat, abstraction faite de toute autre considération, nous paraît de nature à devoir recommander son emploi dans le traitement du tétanos traumatique.

Après la communication de notre confrère M. Cl. Bernard dans la séance du 29 août dernier, un des premiers j'ai pris la parole pour recommander avec lui ce nouveau traitement contre une maladie si terrible, et aujourd'hui je l'ai prise encore pour encourager ces judicieux essais.

M. VELPEAU : La lettre de M. Brodie, le chirurgien le plus autorisé, l'un des deux chirurgiens actuels les plus célèbres en Angleterre, confirme sur tous les points, comme on le voit, ce que j'ai dit, il y a cinq semaines, du curare dans le traitement du tétanos, à l'occasion de l'observation de M. Vella; et les remarques de M. Serres ne l'infirment, il me semble, en aucune façon.

En effet, je n'ai point blâmé les essais en question, je me suis borné à prévenir que le fait annoncé n'était point concluant, qu'il laissait beaucoup à désirer sous une foule de rapports, et que je croyais prudent, en regard d'un agent aussi dangereux, de faire des réserves positives.

Que vois-je aujourd'hui? Un nouveau cas de tétanos (celui de M. Manec) bien caractérisé, traité par le curare et dans lequel les observateurs ont pris toutes les précautions scientifiques nécessaires. Le malade n'en a pas moins succombé sans que le remède ait paru troubler en quoi que ce soit la marche habituelle de la maladie ni l'état physiologique du malade.

Puis un troisième fait dû à M. Chassaignac, chirurgien distingué des hôpitaux de Paris; cette fois le malade est guéri ou à peu près. Mais ici encore, des éléments nombreux de conviction manquent. D'abord le tétanos, quoique traumatique, n'a point eu, dès le début ni dans la suite, les caractères du tétanos franchement aigu, ni complet; ensuite, le curare a été donné surtout à l'intérieur; or on sait que, par la bouche, ce poison est en quelque sorte inerte; sur la plaie, qui était petite, au dix-neuvième jour et gangréneuse, rien ne prouve qu'il ait été absorbé; enfin, on ne s'est point assuré, au préalable, par des expériences sur des animaux, que le curare mis en usage avait bien toute son activité, d'où il suit que cette observation ne réunit point non plus les conditions d'un fait démontré : elle autorise de nouveaux essais, mais elle ne permet pas de conclure.

Autant que qui que ce soit je serais heureux d'avoir un spécifique contre le tétanos : par malheur chacun sait qu'il ne suffit pas de désirer les choses pour qu'elles arrivent. Tant de moyens de ce genre ont déjà été vantés et tant de succès semblables ont été indiqués, sans que la maladie ait pour cela cessé de faire des victimes, qu'il est sage d'y regarder à deux fois avant d'accorder aux nouveaux venus droit de domicile dans le cadre des faits acquis ou réels.

Qu'on me permette de rappeler encore une fois en finissant, pour justifier mes réserves, que, malgré sa gravité extrême, le tétanos, même aigu et traumatique, guérit parfois seul, que les annales de la science renferment un assez grand nombre de ces guérisons attribuées tantôt à l'opium, tantôt au musc, à l'éther, aux saignées, aux vésicatoires, tantôt aux bains, au chloroforme, etc., et que, au début, il est difficile de savoir si le mal aura la forme chronique ou aiguë.

NOTE SUR DES EXPÉRIENCES DÉMONTRANT QUE DES NERFS SÉPARÉS DES CENTRES NERVEUX PEUVENT, APRÈS S'ÊTRE ALTÉRÉS COMPLÈTEMENT, SE RÉGÉNÉRER TOUT EN DEMEURANT ISOLÉS DE CES CENTRES, ET RECOUVRER LEURS PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES (1); par MM. J.-M. PHILIPPEAUX et A. VULPIAN.

Après avoir fait de nombreuses recherches sur la réunion des nerfs d'origine différente, en suivant ainsi, de même que plusieurs physiologistes, la voie ouverte par M. Flourens, nous avons été amenés à reprendre l'étude d'une question qui paraissait avoir depuis longtemps reçu une réponse définitive.

On sait que lorsqu'un nerf a été séparé des centres nerveux au delà du ganglion spécial par une section complète, il subit, dans sa partie périphérique, une altération progressive bien connue (1), par suite de laquelle la substance médullaire des tubes disparaît entièrement. Si le segment périphérique se réunit au segment central, ce segment passe par une nouvelle série de modifications qui le ramènent peu à peu à la structure normale et lui restituent ses propriétés physiologiques.

Mais est-il bien certain que, suivant l'opinion universellement adoptée, la partie périphérique d'un nerf, séparée du centre nerveux, reste altérée, tant qu'une réunion ne s'est point faite entre les deux segments disjoints par l'expérience?

Doit-on, par conséquent, s'empresser de considérer comme une preuve de réunion physiologique entre le segment périphérique d'un nerf et le segment central d'un autre nerf qu'on a rapprochés artificiellement, soit même entre les deux segments correspondants d'un même nerf, la régénération des tubes nerveux dans le segment périphérique?

Des expériences faites avec la plus scrupuleuse attention nous ont donné des résultats tout à fait opposés à ceux qui ont cours dans la science.

Nous avons vu chez des chiens, des cochons d'Inde et des poules, des segments périphériques de nerfs, tout à fait séparés du segment central, devenir le siége d'une régénération très-étendue, après avoir subi, comme nous nous en sommes assurés, une altération complète.

Nos expériences ont été faites sur des nerfs mixtes (sciatique, chez des cochons d'Inde; médian, sur des poules), sur des nerfs moteurs (hypoglosse, chez des chiens), et sur des nerfs sensitifs (lingual chez des chiens).

Dans tous ces cas, les tubes restaurés étaient grêles et prenaient en grand nombre l'aspect variqueux.

Nous décrirons ailleurs les caractères de cette régénération, au début et dans les périodes consécutives.

Non-seulement le segment périphérique d'un nerf peut se régénérer sans s'être réuni au segment central correspondant, mais encore un segment séparé par deux résections de la périphérie et du centre peut, en demeurant isolé, offrir une régénération plus ou moins complète. (Nerf lingual, examen fait trente-huit jours après l'expérience : chien âgé de six mois au moment de l'examen.)

Lorsque le segment périphérique d'un nerf divisé s'est régénéré sans réunion avec le bout central, si l'on fait une nouvelle section sur ce segment, il y a de nouveau altération dans toute la périphérie. (Effet constaté au bout de dix jours, chez un chien, sur le nerf lingual qui s'était régénéré en partie après cinquante jours.

En même temps que les tubes nerveux se montrent avec tous leurs caractères dans le segment périphérique d'un nerf moteur ou mixte séparé du segment central correspondant, et par conséquent du centre nerveux, la motricité reparaît aussi. On voit ainsi renaître la fonction en même temps que l'organe.

Quant aux nerfs sensitifs (lingual), l'induction permet de supposer que leur propriété se rétablit à l'état virtuel.

D'après ces recherches, il faudrait bien se garder d'affirmer qu'il y a réunion fonctionnelle entre deux segments d'un nerf ou de deux nerfs différents, en se fondant uniquement sur la restauration des tubes de la partie périphérique.

Le rétablissement des fonctions, comme l'a observé M. Flourens, ou bien le passage des excitations soit électriques, soit surtout mécaniques, à travers la réunion, telles sont les preuves décisives que l'on doit invoquer.

C'est parce que les faits que nous indiquons aujourd'hui n'étaient pas connus, que MM. Gluge et Thienesse, dans le mémoire qu'ils ont récemment présenté à l'Académie, ont admis que « les nerfs isolés de leurs centres nerveux conservent encore, pendant quatre mois, la faculté de produire de fortes contractions musculaires. » Ces nerfs s'étaient certainement altérés dans toute leur longueur, puis régénérés, pendant le temps qui a séparé le jour de la section de celui de l'examen des nerfs.

Enfin, nous ferons remarquer que les animaux qui ont servi à nos expériences étaient tous très-jeunes; et c'est là une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte.

Quant à ce qui concerne les animaux adultes, nous n'avons pas fait d'expériences sur eux dans ces derniers temps; et, bien que les résultats que nous consignons dans cette note nous portent à concevoir quelques doutes sur les conclusions qu'on a admises jusqu'ici, cependant elles sont dues à des ob-

(1) Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Flourens.

(1) Cette altération n'est pas la mort du nerf. Comme l'a dit M. Flourens, « les diverses parties du système nerveux peuvent être plus ou moins complétement séparées du reste du système, et conserver encore un certain degré de vie ou d'action. C'est par ce degré de vie ou d'action qui leur reste que ces parties sont susceptibles de se rapprocher des parties dont on les a séparées, de se réunir avec elles, et de recouvrer ainsi, dans certains cas, par cette réunion, et la plénitude de leur vie et le plein exercice de leurs fonctions. » RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, 2e édition, 1842, p. 266 : *Expériences sur la réunion des nerfs*.

servateurs assez haut placés dans la science pour que, en l'absence de faits personnels, nous soyons tenus à la plus grande réserve.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858, dans les départements de l'Aine, de la Meuse et du Nord (Commission des épidémies) ;

2° Deux rapports de MM. les docteurs Dufresse et Roussel, médecins inspecteurs des eaux minérales de Bagnol et de la Chaldette (Lozère), sur le service médical de ces eaux pendant l'année 1859. (Commission des eaux minérales).

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Manuel, sur les propriétés thérapeutiques et désinfectantes de l'eau minérale bitumineuse de Visos (Basses-Pyrénées) (Comm. du coal-tar) ;

2° Un mémoire sur les propriétés physiques et la composition chimique des eaux minérales de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), par M. Jules Lefort, (Comm. des eaux minérales) ;

3° Une lettre de M. le docteur Lecoupay, relative au traitement de la phthisie pulmonaire par les mercuriaux ;

4° Divers documents relatifs à la fabrication des allumettes chimiques dites de sûreté, au phosphore amorphe, par MM. Coignet frères, fabricants à Paris (Comm. déjà nommée) ;

5° Un mémoire imprimé sur un procédé nouveau et très-simple pour l'extraction de certains corps aigus engagés dans l'urètre, adressé par M. le docteur Boinet, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Ségalas.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la note suivante.

SUR LA CHLORO-ANÉMIE DES ENFANTS ; adressée par M. AUG. NONAT, médecin de la Charité.

Dans le très-intéressant mémoire sur L'AUSCULTATION DE LA TÊTE, dont l'Académie a entendu la lecture mardi dernier, M. H. Roger a parlé d'une manière accessoire *de la chloro-anémie des enfants* ; il l'a signalée comme un fait nouveau, peu étudié encore, mais très-digne pourtant de fixer l'attention des pathologistes.

Je me livre depuis longtemps à de persévérantes recherches sur ce sujet mal exploré. En attendant que je communique à l'Académie le résultat complet de mes recherches, je lui demande la permission de lui faire connaître en quelques mots de quelle manière j'ai été conduit à m'occuper avec un soin tout spécial de cette question. Mes premières observations remontent à sept ans environ ; elles ont été faites sur mon propre fils. Il était alors dans sa neuvième année. Tout me faisait soupçonner chez lui un certain degré d'appauvrissement du sang, et je ne tardai pas à en acquérir la certitude en constatant, par l'auscultation des gros vaisseaux du cou, l'existence d'un bruit de souffle continu, avec tous les caractères qu'il offre chez les chloro-anémiques. Je le soumis aux ferrugineux, et les bons effets de ce traitement vinrent ajouter une nouvelle confirmation à mon diagnostic.

A la même époque, je rencontrai les mêmes phénomènes sthétoscopiques chez une de mes nièces, belle enfant de 4 ans, robuste, au teint frais et coloré, et n'ayant nulle apparence de chloro-anémie.

Depuis lors, je n'ai négligé aucune occasion d'étudier la chloro-anémie chez les enfants de tout âge, depuis 1 jusqu'à 12 ans, chez des sujets appartenant à diverses conditions sociales, non-seulement à Paris, mais aussi à la campagne. Chez tous j'ai trouvé un souffle carotidien nettement prononcé ; et dans bien des circonstances j'ai fait constater le phénomène, soit par quelques uns de mes confrères, soit par mes élèves.

Après de longues recherches, je suis arrivé à cette conclusion définitive : *que la chloro-anémie, loin d'être un fait rare et exceptionnel chez les enfants, est, au contraire, la règle ; car on la rencontre au moins huit fois sur dix, depuis l'âge d'un an jusqu'à l'époque de la puberté.*

Cette extrême fréquence de la chloro-anémie chez les enfants peut, ce me semble, expliquer pourquoi M. Roger a trouvé si souvent cette affection chez les jeunes sujets atteints de rachitisme et de coqueluche. Je ne saurais donc admettre, avec mon savant collègue, qu'il existe quelque relation pathogénique entre la coqueluche et la chloro-anémie ; je crois plutôt qu'il y a là simplement une coïncidence entre deux maladies également communes dans l'enfance.

L'auscultation des gros vaisseaux du cou, telle qu'on la pratique chez les adultes, m'a presque toujours réussi et paru suffisante chez les enfants. Sans nier la valeur de l'auscultation céphalique, je pense qu'elle doit être regardée comme un moyen accessoire ou supplémentaire et réservée seulement pour les cas où la première méthode ne serait point praticable, ou pour ceux où elle ne fournirait que des résultats douteux.

Cette note est renvoyée à une commission composée de MM. Laugier, Blache et Kergaradec.

— M. LARREY fait hommage à l'Académie, au nom des auteurs, MM. Morel et Vilmain, d'un PRÉCIS D'HISTOLOGIE HUMAINE.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit une lettre adressée à M. le président de l'Académie, par M. le docteur Alquié, inspecteur des eaux de Vichy, à l'occasion de la note lue par M. Devergie dans la dernière séance.

« Je m'empresse, dit M. Alquié dans cette lettre, de protester contre les accusations de M. Devergie. J'affirme que Vichy ne manque d'aucune des nécessités premières de la vie, qu'il possède en grande quantité de l'eau potable fournie, non pas par des puits creusés dans les hôtels et dans les maisons particulières, mais par plusieurs fontaines qu'alimentent des sources abondantes, provenant, à quelques pas de la ville, d'un coteau qui la sépare de Cusset ; que cette eau dissout parfaitement le savon, et que les légumes secs y cuisent très bien.

» Maintenant, cela veut-il dire que l'eau des fontaines de Vichy soit la meilleure eau qui se puisse boire ? Non, sans doute, et depuis longtemps l'administration municipale s'occupe des moyens de faire arriver l'eau de l'Allier à Vichy. »

— M. DEPAUL donne lecture, à l'occasion du procès-verbal, d'une lettre que lui a adressée M. le docteur Rotureau, relativement à la même question.

« J'ai été moins malheureux, dit M. Rotureau, que M. le secrétaire annuel de l'Académie, dans ma visite à Vichy. L'eau servie sur la table de l'hôtel où je suis descendu était parfaitement potable et meilleure que dans la plupart des établissements thermo-minéraux du reste de la France et même de l'étranger. Elle avait été puisée dans l'Allier et parfaitement filtrée, et je crois pouvoir affirmer que, dans la plupart des hôtels, on s'abstient de placer d'autre eau sur la table.....

» Les observations de M. Devergie ne me paraissent pas non plus tout à fait exactes sous le rapport de la composition chimique. M. Devergie dit que les eaux des puits sont chargées de sulfate calcaire ; mais il résulte de la composition des terrains qu'elles traversent, que les eaux communes de Vichy sont plutôt carbonatées que sulfatées calcaires, en sorte qu'elles ne peuvent être, à proprement parler, insalubres, malgré leur saveur désagréable. »

M. Rotureau termine sa lettre en signalant à l'Académie et à la commission des eaux minérales l'état déplorable de la station thermale de Néris sous le rapport de l'eau douce ordinaire.

Ces deux lettres sont renvoyées à la commission des eaux minérales.

M. DEVERGIE fait remarquer que sa réponse est tout entière contenue dans la lettre de M. Alquié ; en effet, si Vichy possédait des eaux potables, pourquoi l'administration municipale, dont le budget est si restreint, s'occuperait-elle à grands frais d'amener dans la ville les eaux de l'Allier ou du Sichon ?

M. FERRUS ne voudrait pas que l'Académie laissât échapper cette occasion de s'occuper de l'hygiène des établissements thermaux. Il pense que les conseils venant de l'Académie encouragent les efforts du personnel médical et stimulent le zèle des administrations locales. Il a pu souvent constater par lui-même qu'il existe à Vichy une véritable endémie de fièvres intermittentes, entretenue par la stagnation des eaux de l'Allier et du Sichon. Il émet le vœu que les travaux qui élèvent les eaux de l'Allier à Vichy régularisent aussi le cours de cette rivière.

— M. MALGAIGNE, chargé de faire un rapport sur divers travaux relatifs au traitement des entorses, déclare que, n'ayant pu s'entendre avec l'autre commissaire, M. Laugier, sur un point qui domine toute la question, à savoir, la fréquence des entorses, il croit devoir se désister de ses fonctions de rapporteur, et dépose le dossier sur le bureau.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL regrette que M. Malgaigne ait cru devoir entretenir l'Académie d'un incident qui n'aurait dû être porté que devant le bureau.

CURABILITÉ ET TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

M. PIORRY donne lecture de la première partie d'un travail intitulé : MÉMOIRE SUR LA CURABILITÉ ET LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET DES TUBERCULES.

Après avoir rappelé les faits, aujourd'hui bien connus, qui démontrent la curabilité des tubercules pulmonaires, M. Piorry fait remarquer que les tubercules sous-cutanés suivent souvent une marche analogue. Quant à ceux du rachis, poursuit l'orateur, il résulte pour moi d'une quarantaine d'observations, qu'ils semblent se résoudre sous l'influence du phosphate de chaux, de l'iodure de potassium et d'une hygiène bien entendue.

J'ai vu aussi plusieurs cas de phymies des articulations guéries à la suite d'un traitement du même genre. M. Choresta relate 17 cas analogues.

L'affection tuberculeuse des bestiaux guérit elle-même dans quelques cas.

La curabilité des tubercules pulmonaires n'est d'ailleurs pas seulement démontrée par des faits d'anatomie pathologique ; elle l'est surtout par le plessimètre et l'organographisme, qui peuvent seuls donner une diagnose exacte et capable de constater les résultats du traitement. C'est parce qu'on

a négligé les moyens physiques d'exploration que l'on a si souvent donné pour des phthisies guéries des affections beaucoup moins graves; de là la réputation nullement méritée de tant de remèdes : belladone, chlore gazeux, tartre stibié, l'atmosphère des étables, l'huile de foie de morue que la spéculation fait valoir quand aucune observation rigoureuse ne porte à l'employer, les eaux Bonnes qui doivent peut-être leur célébrité à l'adjectif qui les désigne, les voyages sur mer, le séjour à Madère ou en Italie dont le sol a été si fréquemment recouvert d'innombrables malades dont les observations auraient pu enrichir le SEPULCHRETUM de Bonnet, les exutoires suppurants.

Tout cela forme un ensemble désespérant de médications hasardées, vantées à la quatrième page des journaux et par des faiseurs de tisane qui se disent médecins.

Pour les médecins qui veulent édifier la thérapeutique sur l'observation rigoureuse et non sur des formules dignes du temps des Arabes ou sur les recettes de gardes-malades, il n'est qu'un petit nombre de moyens qui puissent utilement combattre les accidents réunis sous le nom de phthisie pulmonaire.

Avant tout, le régime doit être regardé comme le moyen préservatif, palliatif et correctif par excellence. Il y a indication précise de nourrir les malades et de soutenir leur organisme par les moyens les plus efficaces : viandes grillées, rôties, végétaux verts, etc., au moins tant que les aliments ne causent pas de diarrhée. Les ferrugineux les moins irritants sont utiles pour refaire le sang, et M. Piorry n'a jamais vu résulter de leur action aucun inconvénient.

La deuxième indication est de faire évacuer les crachats qui peuvent oblitérer soit de petites bronches et causer ainsi de la dyspnée et une diminution dans l'oxygénation du sang, soit des bronches plus grosses ou même la trachée. C'est ici que le tartre stibié joint au sirop d'ipécacuanha peut rendre d'utiles services. Les autres remèdes dits expectorants ont bien peu d'efficacité. Par contre les malades se trouvent souvent bien de respirations de vapeurs d'eau de sureau ou de fleurs de mauve; un autre moyen utile consiste à provoquer lentement une très-profonde inspiration que l'on fait suivre d'une expiration énergique et très-brusque. Le premier de ces moyens humecte et ramollit des crachats trop épais, et le second en provoque l'expulsion.

Une autre indication pressante est de prévenir la putréfaction des crachats dans les cavernes et d'empêcher la résorption du pus ou de la matière pyroïde qui s'y trouve accumulée, puisque c'est ce pus qui cause la fièvre hectique ou chronn-pyoémie, et que ce sont encore les crachats pourris qui produisent la diarrhée des phthisiques.

Pour remplir cette indication, les vapeurs d'alcool et de teinture d'iode inspirées sont des agents de premier ordre.

Il est d'ailleurs extrêmement utile pour des pneumo-phymiques de ne pas avaler les crachats. J'ai vu, dit M. Piorry, chez quelques-uns d'entre eux, des diarrhées s'arrêter alors que les malades évitaient la déglutition des matières phymiques expectorées.

Il serait de la plus grande importance d'arrêter les évacuations qui ont lieu par l'intestin et par la peau, et qui exténuent les phthisiques. Mais il y a des difficultés extrêmes à remplir cette indication, car il est presque impossible de guérir les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. L'iode même et l'iodure de potassium n'ont point l'effet utile qu'on se croit tout d'abord en droit d'en attendre. Le diascordium, la thériaque déchirent... Les seuls moyens efficaces sont de laver le gros intestin à grande eau, de donner peu de boissons et seulement des aliments qui ne donnent pas lieu à des selles liquides. Le lait réduit à un quart par l'ébullition prolongée ne cause pas de diarrhée, et M. Piorry l'administre habituellement à ses malades.

Quant aux sueurs, M. Piorry ne pense pas qu'elles puissent être utilement combattues par l'acétate de plomb. Le sulfate de quinine peut avoir quelque utilité. Mais ce qui réussit de même, c'est de veiller à ce que les couvertures du malade n'entretiennent pas trop de chaleur, et à ce que l'air qu'il respire soit pur, renouvelé et convenablement échauffé.

Une indication essentielle serait d'agir utilement sur les masses indurées à divers degrés qui entourent ou séparent les tubercules. Or il est certain aujourd'hui que, sous l'influence des respirations profondes et réitérées, et de la médication iodée, les masses indurées diminuent d'étendue de la manière la plus évidente. Les effets avantageux obtenus par l'emploi simultané de ces deux moyens ne sont pas dus seulement aux inspirations répétées, mais aussi à l'iode, grâce auquel ils sont beaucoup plus prononcés et surtout plus persistants que lorsqu'on n'a recours qu'aux inspirations. Cette action se produit d'ailleurs, que l'iode soit administré en vapeur, en teinture, ou à l'état d'iodure de potassium.

Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu, dit M. Piorry, des indurations physiques diminuer d'étendue, les symptômes du mal s'amender sensiblement, l'appétit reparaître, le cœur reprendre du volume et le tissu adipeux se remplir. J'ai vu ce soulagement persister pendant des mois, des années, et dans certains cas, chose remarquable, les seins de jeunes femmes ont repris du développement et les règles ont reparu après plus de six mois d'interruption.

Mais, il faut l'avouer, le nombre de guérisons vraiment médicales est bien faible, et ma mémoire me rappelle seulement une douzaine de cures véritablement solides, datant de plusieurs années. Dans la plupart des cas, malgré les grandes améliorations apportées, il reste presque toujours des noyaux d'engorgement qui, plus tard, deviennent la source de nombreux accidents.

Le sel marin pourra peut-être rendre quelques services, si on l'adjoint à la médication iodée. Celle-ci ne donne d'ailleurs lieu à aucun accident sérieux; il n'est pas vrai qu'elle produise le ramollissement des tubercules, et les pharyngites ou rhinites qui en résultent quelquefois sont sans importance.

M. Piorry lira, dans la prochaine séance, la deuxième partie de son mémoire.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'ORGANE DE LA VUE. SON ANATOMIE ET SA PHYSIOLOGIE (1); par le docteur THOMAS NUNNELEY, professeur de chirurgie à l'École de médecine de Leeds. — Churchill, London, 1858.

Il n'existe pas, du moins à notre connaissance, dans la littérature scientifique de notre pays, d'ouvrage plus ou moins récemment publié et qui renferme un traité complet de cette fonction si complexe, de ce sens unique et admirable qu'on nomme la vision. Nous avons bien, dans cette même feuille, rendu compte, il y a de cela une couple d'années, d'un traité, d'une monographie du mécanisme de la vue, dus à un savant physicien, M. Vallée. Mais, quoique l'auteur eût cherché à s'entourer de tous les éléments qu'ont pu lui fournir la physiologie et l'anatomie, n'étant malheureusement ni physiologiste, ni anatomiste, ses recherches, des plus savantes d'ailleurs, étaient demeurées un monument de haute analyse sans ouvertures sur le domaine de la réalité. Tout ce que nous possédons en ces matières est marqué de ce double cachet : infériorité mathématique ou insuffisance en physiologie. Exceptons pourtant certaines publications encyclopédiques, comme certains traités de physiologie, qui renferment, en un petit nombre de pages, le résumé de ce qui paraît établi ou admis en ce moment, en l'état actuel de la science, comme on est convenu de dire; prenant souvent comme science faite des choses qui ne sont encore qu'à l'état embryonnaire ou quelquefois de pure tolérance ou d'oubli.

L'ouvrage anglais dont nous avons à entretenir aujourd'hui nos lecteurs est donc sans analogue dans nos bibliothèques. C'est une monographie complète de l'organe de la vue. La partie mathématique y est traitée d'une manière aussi pleine, aussi assurée que peut l'être la physiologie proprement dite. L'anatomie descriptive et comparée y ont une non moindre part; enfin, c'est un objet complet, complétement traité. On en prendra une idée en jetant les yeux sur le tableau suivant des principales divisions de l'ouvrage.

Le premier et le second chapitre ont pour objet la sensation en général, les sens, et en particulier le sens de la vue, avec un coup d'œil sur la nature des sentiments et des idées qui s'y rattachent ou en dérivent. On voit que le sujet est pris de haut et que l'auteur ne craint pas de mettre le pied sur le terrain métaphysique et de pousser l'analyse du physique jusqu'aux dernières limites du domaine moral, si tant est que personne les ait jamais entrevues ces indéfinissables limites.

Ces deux chapitres, qui sont les premiers de l'ouvrage, disent à eux seuls ce que sera l'ouvrage lui-même. Rien, en effet, ne permet plus à l'imagination de s'égarer, ne requiert un jugement plus assuré que l'analyse de ces phénomènes immatériels, fruit et produit d'organes et d'instruments pondérables. Or, quoique reposant, en apparence, sur de pures spéculations, ces chapitres n'ont pourtant rien de hasardé, rien de téméraire, et c'est là un mérite trop rare, et encore plus chez nos voisins que dans notre pays.

L'analyse des principales propriétés de l'organe de la vue exige, en effet, que l'on fasse appel à toute la pénétration de l'esprit d'observation, à toutes les hardiesses légitimes des conceptions spontanées. Il est vite épuisé le champ du calcul mathématique. Tout ce qu'ont ajouté aux connaissances qu'avaient fournies la géométrie et la physique élémentaires les plus magnifiques développements de l'analyse différentielle transcendante, c'est qu'on pouvait concevoir dans les surfaces de séparation des milieux transparents de l'œil des formes assez savantes pour amincir et effiler les pinceaux au sommet des cônes lumineux tombant sur la rétine, à un degré que ne pouvaient atteindre les formes sphériques de nos lentilles les plus parfaites. Voilà tout ce qu'ont pu produire les admirables efforts de calcul des Sturm et des Vallée. En sommes-nous beaucoup plus avancés, et les facultés évi-

(1) ON THE ORGANS OF VISION. THEIR ANATOMY AND PHYSIOLOGY.

dentes de l'accommodation ou adaptation aux distances, de l'achromatisme, les propriétés toujours surprenantes de l'exactitude du coup d'œil, de la direction des objets, etc., etc., en ont-elles reçu un degré de lumière de plus? Ajoutons à cela que, pour l'établissement de ces remarquables calculs, chacun de ces savants a été contraint de s'attacher à quelque hypothèse démentie depuis par les faits. Ainsi M. Sturm niait l'achromatisme de notre appareil de la vue; M. Vallée qui l'admet, au contraire, ne le conçoit que comme dépendant de la décroissance des densités des couches du cristallin de la circonférence au centre. Or on sait ce qu'il en est.

Nous croyons à cet égard, et tout en rendant justice aux immenses difficultés vaincues dans ces beaux travaux, que depuis longtemps les mathématiques ont dit à cet égard leur dernier mot. Elles ont tiré de la physiologie de leur époque tout ce qu'on pouvait espérer obtenir d'un instrument qui manipule des raisonnements, simplifie et rectifie leur emploi, méthodise leur maniement, mais ne crée pas les propositions initiales.

Or ce sont les propositions physiologiques initiales qui manquent encore pour résoudre les problèmes, dégager les inconnues que recèle cet obscur département de la physiologie. Et c'est un mérite notable que nous trouvons chez M. Nunneley, celui de suivre pas à pas l'observation physiologique, pour y découvrir de ces faits initiaux dont on retrouve ensuite l'influence et la présence cachées dans des faits plus complexes que leur connaissance aide à dégager d'une antique obscurité. On lira à cet égard, dans le second chapitre, une très-intéressante observation qui fait le pendant de celle si célèbre de Cheselden. Il s'agit de l'avénement à la lumière d'un enfant de 9 ans, porteur de cataractes congénitales et observé aussitôt après l'opération, et dans les premiers rapports établis par son nouvel organe, la vue, entre lui et le monde extérieur. Les notions de la forme et de la distance ne lui arrivèrent que graduellement, et avec le correctif du toucher. Il manifeste, tout de suite, le sentiment de la direction des objets et de leur couleur. Cette éducation, cependant, paraît s'être faite très-rapidement, et rappelle ce que l'on connaît des progrès de ce sens chez l'enfant nouveau-né.

Le troisième chapitre est tout mathématique, ou du moins physique; mais ne lui sont pas applicables les reproches que nous avons faits quelques lignes plus haut, à l'abus de la hauté analyse. C'est un simple résumé des lois élémentaires de la catoptrique et de la dioptrique nécessaires à l'intelligence de la marche des rayons lumineux entre les objets et la rétine, comme les lois générales de la lumière, et les propriétés des milieux réfringents, avec la description des principaux instruments de l'optique. Cette partie de l'ouvrage, nécessaire dans une monographie complète, est bien traitée, et comme il convient, dans un travail de ce genre : ni trop, ni trop peu.

Ainsi dirons-nous du suivant, consacré à la description anatomique de l'œil ou de ses annexes. Le scalpel et le microscope ont pris chacun leur légitime part dans cette description. Comme ils ne nous ont rien appris de très-nouveau, nous passerons rapidement sur ce chapitre qui, comme le précédent, n'est là que pour remplir le cadre d'une monographie complète.

L'anatomie comparée, comprenant la description des instruments de la vue, non-seulement chez les vertébrés, mais chez les animaux inférieurs, fait l'objet du cinquième chapitre. Cette partie est très-soignée, neuve dans bien des points, et ne se trouvant pas partout, comme les deux précédentes, possède en cet endroit un réel mérite d'opportunité. L'auteur en tire quelque parti dans ses réflexions ultérieures sur la fonction de l'organe; nous croyons qu'en effet beaucoup de rapprochements utiles pourront y être recueillis. Ces très-savantes recherches, et les observations même personnelles à l'auteur, sont suivies de quelques considérations intéressantes sur les yeux mêmes des espèces qui ne sont plus. Un chapitre curieux, très-court naturellement, est consacré aux yeux des grands sauriens et des articulés des époques géologiques. De leur examen comparé, l'auteur conclut, avec toute apparence de raison, que la conformation reconnue de ces organes révèle, dès l'origine de la vie animale sur notre globe, les mêmes conditions de transmission de la lumière dans l'atmosphère de ces époques, les modes de réception étant identiques à ce qu'ils sont encore aujourd'hui.

Nous arrivons au chapitre le plus intéressant de l'ouvrage, et de tout traité de la vision : celui qui a pour objet l'étude de la fonction elle-même et de ses innombrables difficultés. L'auteur passe en revue ces questions, jusqu'à ces derniers temps si controversées, de l'aberration de sphéricité, de chromatisme et de parallaxe qui ont si longtemps arrêté les savants. Disons que ces questions n'en sont plus guère aujourd'hui : le bon sens a fini par les trancher en ne prétendant plus les résoudre en détail; quelques-unes d'entre elles, du moins. L'achromatisme, par exemple; quoiqu'il soit impossible d'établir par quelles lois physiques l'achromatisme de l'œil est procuré, la plus simple expérience démontre que cet achromatisme a lieu. Il n'y a pour cela qu'un mot à dire, c'est que, dans la vue normale, nous ne voyons jamais les rebords des objets colorés ou portant les auréoles du spectre.

Mais nous n'avons qu'à troubler mécaniquement la forme ou la position de l'un des yeux, et produire une image double (diplopie), nous voyons que cette image n'est plus achromatique.

Donc il y a, dans l'équilibre de la vision, une cause réelle d'achromatisme.

Maintenant, qu'on ne s'en rende pas compte au moyen du calcul appliqué à la courbure des différentes surfaces qui séparent les milieux de l'œil, cela ne nous surprend ni ne nous pourrait convaincre de l'absence de l'achromatisme, quand bien même l'expérience ne serait pas là pour nous le démontrer suffisamment.

Les calculs de la physique mathématique ne peuvent s'appliquer sainement qu'à des substances homogènes ou dont la composition, du moins, varie suivant des lois déterminées et régulières développables en séries. Mais dès qu'on a affaire à la nature organique, il est d'abord évident qu'on ne peut plus supposer cette homogénéité. Toute application de calcul, démentie par les faits, ne prouve alors qu'une chose, c'est que l'hypothèse qui a servi de base au calcul était fausse.

Les mêmes remarques sont applicables à la question de l'aberration de sphéricité. Les plus savants calculs ont été faits sur cette question sans pouvoir porter la conviction dans l'esprit ni s'accorder avec tous les faits. Comme nous le disions tout à l'heure, le physicien ne s'occupe que des surfaces de séparation des milieux, supposant un milieu homogène. Or rien ne démontre ni ne permet de supposer cette homogénéité, cette indifférence de molécule à molécule, et tout permet même de croire le contraire.

Le physicien a fait assez sur ce sujet quand il a établi que, considéré comme instrumentation optique, l'appareil cristallinien et cornéal peut être approximativement comparé à un système de lentilles achromatiques corrigeant en elles-mêmes, et dans leur constitution moléculaire, les défauts dus à l'homogénéité, à l'invariabilité de structure intime de leurs sœurs infirmes de l'optique industrielle.

Ainsi que le dit le docteur Nunneley, jamais sujet (y compris celui de l'accommodation ou aberration de parallaxe) n'a donné lieu à tant de savants calculs, suivis de moins de résultats.

L'aberration de parallaxe, ou, pour nous servir d'une expression physiologique qui répond au même objet dans l'organisation de l'œil, la faculté d'accommodation, est traitée au long et d'une manière très-sensée par l'auteur anglais. Plusieurs points cependant, si l'espace le permettait, prêteraient encore ici à discussion. Tous les organes qui composent l'appareil oculaire ont été par les uns ou par les autres investis du pouvoir de produire l'adaptation aux différentes distances : nous ne les citerons pas les uns après les autres, tous ont, à cet égard, leurs défenseurs. Le docteur Nunneley, dans un esprit de composition par trop tolérant, fait bon accueil à tous ces systèmes à la fois. Comme aucun d'eux ne lui paraît avoir une existence bien exclusivement démontrée, le savant professeur leur accorde à tous une part d'influence sur la production du phénomène. C'est là une solution politique ou par compromis. La science y a déjà retranché; elle nous semble avoir éliminé déjà de la question la variation de forme de la cornée, le changement de dimensions du globe de l'œil. Tout semble aujourd'hui devoir se passer dans la variation de la forme du cristallin conjointement avec celles de l'iris; le reste demeurant invariable.

A propos des variations du diamètre pupillaire, considéré encore par plusieurs comme l'unique agent de cette adaptation, tout en approuvant fort notre savant confrère de l'opposition qu'il fait à cette doctrine exclusive, qu'il nous soit permis de lui faire observer un côté faible de son argumentation. M. Nunneley oppose à cette opinion l'expérimentation de vision à travers le trou d'épingle, qui permet de voir à toutes distances sans que l'ouverture pupillaire éprouve le moindre changement, ou puisse jouer un rôle dans le phénomène, car elle est, pour tous les cas, plus large notablement que le trou d'épingle. Cette objection serait très-sérieuse, en effet, si la vision à travers le trou d'épingle s'opérait dans les conditions de la vue physiologique. Mais le savant professeur n'a pas remarqué que dans cette expérimentation les propriétés du cristallin et de la cornée sont tout aussi bien annulées que celles de l'iris. Ces milieux se réduisent ma-

thématiquement à leur axe (théorie de la production des images à travers les petites ouvertures), et la vue s'opère dans des conditions physiques entièrement nouvelles. Il n'y a plus ni lentilles; ni distances focales, ni aberration de parallaxe à corriger. Il n'y avait qu'une chose à dire, c'est qu'en physique un diaphragme ouvert, tant qu'il ne se réduit pas outre mesure, ne change pas la distance focale de la lentille placée derrière son ouverture.

Ces questions, on ne nous le contestera pas, sont des plus vitales en optique physiologique. Celles qui suivent, quoique un peu plus abstraites, n'offrent pas au physiologiste moins d'intérêt. Nous n'avons cherché jusqu'ici qu'à préciser les conditions de l'arrivée à la rétine, et exactement sur la rétine, des images peintes sur cette membrane par l'illumination du monde extérieur. Le physiologiste arrivé là, rencontre l'étude des rapports de l'organisme sensible avec cette image. Ici la métaphysique s'introduit dans la fonction, ou du moins des facultés qu'on ne peut mesurer, viennent réclamer leur part d'influence. Ne nous étonnons pas des obstacles que le physiologiste doit franchir. On en mesurera les degrés et on pourra même apprécier les progrès faits par la science dans ces dernières années, et dus à l'esprit analytique et observateur de nos voisins. Le résumé des travaux des Brewster, Wheatstone, et leur discussion par l'auteur, donneront au lecteur une idée très-complète du point où est parvenu la science aujourd'hui sur les questions de la vision monoculaire et binoculaire, l'appréciation des distances absolues et relatives au moyen d'un œil ou de deux yeux, de la grandeur apparente des objets, de la loi de la direction du regard, etc.

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur ce dernier et important chapitre, digne couronnement d'un excellent ouvrage, tableau fidèle des connaissances acquises aujourd'hui sur ces matières. Jugement sain et indépendant, servant de base à une grande science acquise, telles sont les qualités qu'on doit chercher et qu'on trouvera dans un ouvrage utile à toute bibliothèque de savant.

GIRAUD-TEULON.

VARIÉTÉS.

OBSÈQUES DE M. LE DOCTEUR GILLETTE.

La profession vient de faire une perte nouvelle à ajouter à la longue liste de ses dévouements obscurs et de ses silencieux martyrs : M. le docteur Gillette a succombé lundi dernier, emporté par une angine couenneuse, contractée au lit d'un de ses petits malades.

Le JOURNAL DES DÉBATS, par l'organe d'un de ses rédacteurs les plus éminents, rapporte, en ces termes, les obsèques de notre regrettable et regretté confrère :

« Les obsèques de M. le docteur Gillette, dont nous avons annoncé hier la fin douloureuse et prématurée, ont eu lieu aujourd'hui dans l'église Saint-Étienne-du-Mont, sa paroisse. Le deuil était conduit par le fils du défunt, qui se destine lui-même à la carrière dans laquelle son père s'était acquis une si juste réputation et l'estime universelle. Une députation des élèves du lycée Louis-le-Grand suivait le cercueil. On sait que M. Gillette était attaché à cet établissement en qualité de médecin depuis plusieurs années. La bonté de son cœur, sa vigilance, ses soins paternels lui avaient naturellement concilié l'affection des élèves. Une autre députation, plus touchante encore peut-être, composée de quelques enfants de l'hôpital, et conduite par les Sœurs, accompagnait l'homme bon et charitable jusqu'à sa dernière demeure. Enfin, un grand nombre d'amis et de collègues, parmi lesquels on remarquait les docteurs Trousseau et Grisolle, professeurs de la Faculté et membres de l'Académie de médecine, M. Davenne, directeur de l'Assistance publique, MM. les docteurs Blache, Bouvier, Guersent, Guérard, Monneret, Vigla, Giraldès, anciens professeurs agrégés de la Faculté, et la plupart des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, étaient venus rendre un dernier hommage à la mémoire de l'homme qui n'honorait pas moins sa profession par les rares qualités de son âme que par sa science et ses talents. Au cimetière Mont-Parnasse, un dernier adieu a été dit au défunt par M. le docteur H. Roger, collègue de M. Gillette à l'hôpital des Enfants. Nous reproduisons ce discours, ou plutôt cette simple et touchante biographie du plus modeste et du meilleur des hommes. Hélas! il n'est que trop vrai que M. Gillette est mort victime de son dévouement. » — S. DE SACY.

« Arrêtons-nous ici, nous et nos douleurs, » selon la parole du poëte; arrêtons-nous devant cette tombe, qui va nous séparer à jamais d'un homme de bien, d'un confrère estimé, chéri de tous; apportons-lui l'hommage suprême de notre profonde affliction.

» Dire en peu de mots ce que fut Gillette, le savant et habile praticien, l'homme de l'honnêteté et du devoir, le médecin aux entrailles de père pour les malades et surtout pour les pauvres enfants de l'hôpital (vous les voyez réunis pour pleurer avec nous); raconter simplement quelques circonstances d'une simple et noble existence et d'une mort inopinée qui nous remplit de tristesse et d'effroi, c'est la meilleure manière de le louer, c'est la seule qu'eût permise la modestie de notre regretté collègue de la Société médicale des hôpitaux.

» Sorti en 1821 de l'Ecole normale, Gillette fut d'abord professeur de l'Université, comme le furent quelques-uns de nos collègues dans les hôpitaux et de nos maîtres à la Faculté. Il ne resta que peu d'années dans l'enseignement, assez néanmoins pour y entretenir son goût des fortes études et pour en rapporter cette haute instruction classique qui fut sa distinction dans la carrière médicale et souvent aussi sa consolation dans les dures années comme sa joie dans les temps plus heureux. D'un caractère droit et ferme en ses convictions, il fit sans ostentation le sacrifice d'une position assurée aux opinions libérales qu'il avait sous la Restauration et auxquelles il resta constamment fidèle.

» A l'âge de 25 ans, le professeur de rhétorique se faisait étudiant en médecine, et, bientôt docteur, il commençait avec courage cette vie de rude labeur, de lutte incessante, de dévouement et d'abnégation sans bornes, vie que couronnaient enfin le succès et presque le bonheur, et qui vient de se terminer tout à coup si douloureusement.

» Médecin du bureau de bienfaisance, ami infatigable des pauvres, professeur d'histoire naturelle dans un collége, écrivain anonyme d'excellents articles scientifiques, candidat dans des concours où il faisait preuve d'une rectitude d'esprit et d'une sûreté de jugement remarquable, où il laissait voir la plus solide érudition en médecine ancienne et moderne, concours où la victoire restait à des rivaux plus brillants peut-être, moins instruits et moins modestes assurément; il usait son esprit et son corps dans des travaux sans résultats et une clientèle sans profits.

» Vinrent des jours meilleurs : quelques mémoires intéressants de médecine pratique, la position de médecin du collége Saint-Louis, puis du lycée Louis-le-Grand; le titre si bien gagné de médecin des hôpitaux, la nomination de Gillette à l'hôpital des Enfants, ses rapports plus fréquents avec ses confrères et avec la jeunesse médicale, qui appréciait sa bienveillance et son savoir; tout cela le fit enfin connaître, et lui mérita l'estime et l'affection universelles. C'est ainsi qu'il fut élevé par le suffrage de ses confrères aux seuls honneurs dont nous puissions disposer : il fut élu président de la Société du 10e arrondissement, président de la Société de médecine pratique, de la Société médicale d'émulation, et notre Société des hôpitaux lui réservait aussi l'importante mission de diriger ses travaux scientifiques.

» D'un autre côté, son dévoûment à ses malades riches ou pauvres lui constituait une clientèle d'amis et lui assurait une position plus honorable, il est vrai, que fructueuse, mais qui allait s'améliorant chaque jour, grâce à un déploiement soutenu et comme un redoublement des mêmes qualités qui la lui avaient conquise. Plein de charité pour les autres et sans pitié pour lui, nuit et jour, sans repos ni trêve, il courait partout où l'appelait la souffrance: c'est ce dévouement qui l'a tué.

» Tout récemment, Gillette était mandé à la campagne pour soigner un enfant affecté de diphthérite. Oublieux de lui-même, il s'exposa, en ramenant son jeune malade à Paris, à la contagion dont il connaissait bien la redoutable puissance : plusieurs heures durant, il respira un air chargé du poison morbide; de ce moment il était atteint : il sentit ses forces s'amoindrir et sa robuste constitution chanceler.

» Il y a huit jours, celui qui était déjà frappé et qui allait mourir vint encore à l'hôpital faire sa visite accoutumée; ce devait être la dernière! Ses amis, effrayés de son état, le contraignirent de s'arrêter; mais il était trop tard et hier matin Gillette succombait dans un accès de suffocation.

» Dès le but, notre confrère, stoïque devant la mort, avait prononcé sur lui-même l'arrêt fatal et prié l'ami qui le soignait de ne point prolonger contre le mal une lutte qu'il sentait devoir être impuissante.

» Se rappelant le passé, les amertumes et les épreuves d'une vie qu'avaient encore attristée des pertes de famille, peut-être pensa-t-il alors, comme Socrate : « Vivre, mourir, les dieux seuls savent quel est le meilleur. » Il dit adieu à sa femme et à son fils, les éloigna en leur dissimulant sa souffrance, et « maintenant, écrivit-il (car sa voix était éteinte), je suis tranquille, je » puis mourir. » Sa vie avait été pure et belle, sa mort fut grande, antique.

» Cher et excellent confrère, tu nous lègues un fils digne de toi, entré déjà dans la carrière. La Société des hôpitaux veillera sur lui; puisse l'Administration, dont on connaît la sollicitude pour ses loyaux serviteurs, ses collaborateurs dans le bien; puisse l'Administration, reconnaissante des longs services du père, adopter aussi l'orphelin, comme fait la patrie pour les enfants de ses défenseurs.

» Tu nous lègues, en outre, un grand exemple de vertu dans le malheur et de dévouement dans le danger.

» Pour nous, tes contemporains et tes confrères, nous te gardons un souvenir ineffaçable dans nos cœurs, et la postérité médicale te rangera parmi ses justes et ses martyrs. »

— Par décret du 3 octobre, M. Léon, chirurgien de marine, détaché dans les mers de l'Indo-Chine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Van Dencorpnt, secrétaire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, vient de recevoir du shah de Perse la décoration de chevalier de l'ordre du Lion et du Soleil.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE. — M. PIORRY.

La lésion locale, mieux étudiée, mieux appréciée dans ses symptômes, mieux décrite dans ses désordres, mieux caractérisée dans ses effets, en un mot, le tubercule mieux vu, mieux reconnu et mieux anatomisé, tel est le progrès réalisé par les quarante dernières années de la science, et tel est le point de départ des considérations qui viennent d'être exposées devant l'Académie de médecine. Résumons-les en quelques mots.

La phthisie pulmonaire est le produit de la présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire ; les symptômes de la maladie suivent parallèlement le développement, les transformations et les altérations de l'élément tuberculeux. Le traitement de la phthisie pulmonaire doit avoir pour but de combattre le tubercule depuis sa première manifestation miliaire jusqu'au ramollissement de ses masses et la suppuration des cavernes. Tel est l'état de la science et de l'art par rapport à la phthisie pulmonaire, et tel est aussi le sens et la portée de la communication de M. Piorry ; car, malgré une plus grande précision d'analyse, malgré une détermination symptomatique souvent plus complète, malgré des efforts souvent heureux pour mieux voir et mieux traiter le mal, son œil, son oreille et sa main ne vont guère au delà de la cage thoracique, et ses moyens ne dépassent pas l'horizon de ses vues. N'était-il pas possible d'aller au delà ? Sans faire de grands efforts, il nous suffira de reprendre les aperçus semés dans notre dernier article.

Nous avons dit précédemment : « Qu'est-ce que l'affection tuberculeuse du poumon, si ce n'est l'affection tuberculeuse générale qui siége tantôt dans les os, le rachis, les jointures ; tantôt dans le foie, dans l'intestin, etc. ?... Si l'affection tuberculeuse du poumon n'est souvent qu'un cas particulier, qu'une dépendance de l'affection tuberculeuse générale, la maladie est générale dans sa cause, générale dans ses symptômes, générale dans ses lésions ; et elle doit être générale dans son traitement. »

Pour ceux qui auraient observé au même point de vue que nous, ces deux propositions n'auraient pas besoin de développement : elles ne seraient que des conclusions dont les prémisses seraient partout. Mais l'esprit médical de l'époque en est loin d'en être là. Pour quelques-uns qui ont échappé à l'engouement de la localisation, il y a une très-grande majorité qui ne se décide encore à reconnaître la phthisie que lorsqu'il y a matité, respiration râpeuse ou gargouillement. Ce qui serait superflu pour quelques-uns reste donc plus que nécessaire pour le plus grand nombre.

Quand M. Louis est arrivé, par l'observation pure, dégagée de toute préoccupation théorique, à établir que la présence des tubercules dans le poumon implique toujours la présence de tubercules dans d'autres organes, on ne s'est pas demandé ce que voulait dire cette coïncidence. On l'a enregistré avec la confiance et le respect dus à un observateur de cet ordre, mais on est resté vingt ans à en rechercher les conséquences. Il était bien naturel pourtant de se demander si la simultanéité de la présence des tubercules dans les poumons, dans l'intestin et ailleurs ne signifiait pas que la maladie fût générale avant d'être locale ; que sa localisation n'était qu'un effet variable, dont le siége était décidé, dans une seconde période du mal, par diverses circonstances extérieures ou intérieures. On avait tous les jours sous les yeux, dans d'autres affections du même caractère, le même ordre de filiation et de succession des symptômes ; mais la préoccupation organopathique était telle qu'on se contentait de voir des yeux, de toucher du doigt, et l'esprit n'allait pas au delà. Cependant l'observation clinique est venue peu à peu au secours de l'observation scientifique. Un grand nombre de malades, souffrant, maigrissant, toussant, dormant mal et n'ayant qu'un médiocre appétit, n'offraient rien à la palpation, à la mensuration ou à l'auscultation qui pût faire soupçonner un commencement de tuberculisation. Le mal inaperçu marchait, et ce n'est qu'un ou deux plus tard que l'auscultation venait compléter le diagnostic. Ces faits se sont reproduits tous les jours, et nous avons pour notre part dans notre souvenir bien des cas soumis aux lumières du temps, où, grâce à la sécurité trompeuse du stéthoscope, le développement de la maladie mortelle s'est opéré au grand désappointement de la science et au grand désespoir des familles. C'est qu'en effet, dans les cas de ce genre, il y a maladie avant qu'il y ait des tubercules sensibles dans les poumons, et cette maladie est précisément ce que nous voulons qu'on distingue, sous le nom d'*affection tuberculeuse générale*, de la *maladie tuberculeuse locale*. Les faits qui commandent cette séparation et cette distinction surabondent. Quoi de plus fréquent, à la suite de varioles, de rougeoles et de scarlatines mal jugées, que de voir se développer des tubercules dans les poumons, dans le rachis ou les jointures ? Il est bien évident qu'alors le ferment tuberculeux préexistait au dépôt pulmonaire ou rachidien. On peut même suivre, dans les cas de cette catégorie, la marche des dépôts, du rachis au poumon, du poumon à l'intestin, de l'intestin au foie, etc. C'est, sous une autre forme, l'équivalent de la généralisation scrofuleuse. Du reste, le tubercule et la scrofule ont un degré de parenté telle que ce qui se remarque pour l'un est d'un enseignement bien précieux pour l'autre.

Que la localisation tuberculeuse pulmonaire débute souvent d'emblée par le poumon, cela ne contredit en rien le caractère général de l'affection ; car, même dans les cas de cet ordre, les faits bien observés, bien étudiés, maintiennent à la lésion tuberculeuse locale son caractère et sa signification d'effet et non de cause de la maladie.

Ceux qui ont été fréquemment consultés pour des *menaces* de phthisie comme de tuberculisation rachidienne au arthritique, ont pu faire les remarques suivantes. Souvent les malades se plaignent de douleurs erratiques qui vont d'un point à un autre. Pour la colonne, par exemple, la douleur existe tantôt en haut, tantôt en bas, tantôt sur les côtés ; de même à la poitrine. Cette douleur, vu son caractère erratique et intermittent, ne saurait être attribuée à une altération locale qui n'existe pas encore. A une époque où toute douleur signifiait irritation, et où l'irritation appelait les évacuations sanguines, que de fois n'avons-nous pas vu des dépôts tuberculeux, des abcès froids succéder presque immédiatement à des applications de sangsues. Elles avaient comme pour effet de décider du dépôt de la matière en migration. Dans

---

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LES POETES LATINS ; par le docteur MÉNIÈRE.

ÉTUDES MÉDICALES SUR L'ANCIENNE ROME ; par J. ROUYER, D.-M.

Décidément un souffle littéraire court et se répand sur la France médicale. Une érudition de bon goût et sans pédantisme, des notions médicales puisées à des sources qu'on ne recherchait guère auparavant, des tentatives même purement littéraires et qui témoignent d'un amour éclairé pour le beau et pour le bon ; sans parler de ces travaux sur les médecins grecs qui font tant d'honneur à quelques sommités de la science, et que nous, humbles disciples, admirons en regardant d'en bas, tout cela prouve qu'aujourd'hui comme autrefois les médecins aiment et cultivent les sciences, les arts et surtout les belles-lettres.

Il semblerait que tout médecin dût être fier de l'éclat que de savants confrères jettent sur notre profession, et sentir que de ces rayons épars quelques-uns jaillissent jusque sur lui.

Mais, hélas ! on a beaucoup parlé de la jalousie théologique, de la jalousie féminine, il en est pourtant une autre qui ne le cède guère à ses sœurs, nous le disons tout bas, c'est la jalousie médicale.

C'est elle, comme nous l'écrit un de nos plus savants confrères de la seconde ville de France, qui établit *bêtement* une barrière entre la *science* et la *pratique*. Et nous aussi nous avons entendu faire cette stupide distinction ! Mais Fernel, mais Boerhaave, Sydenham, Baglivi et tant d'autres, n'alliaient-ils pas à des connaissances aussi étendues que variées la plus saine pratique d'une médecine journalière ?

Si nous ne craignions de blesser au vif certains amours-propres, nous dirions comme un médecin du siècle dernier : *Purus medicus, purus asinus.* Au reste, c'est toujours l'éternel refrain de l'impuissance envieuse : *ils sont trop verts.*

Au lieu de prolonger cette discussion incidente, nous aimons mieux renvoyer le lecteur au préambule de l'article PLAUTE dans le travail de M. Ménière. On verra avec quelle grâce et quelle modestie parfaite notre confrère a défendu la cause des lettres qui est la sienne propre. A cette juvénile ardeur on reconnaît qu'il combat *pro aris et focis.*

Les ÉTUDES MÉDICALES SUR LES POETES LATINS, que nous ne connaissions qu'imparfaitement, nous avons voulu les lire en entier et presque d'une seule haleine. Nous ne conseillons néanmoins à personne cette façon de procéder. La nature de l'ouvrage ne comporte pas une tension si prolongée de l'esprit : il faut le lire comme il a été composé, article par article, auteur par auteur.

M. Ménière nous donne son travail comme nouveau, *intactum opus*, et que personne n'a abordé avant lui.

Il a raison, la voie n'est pas nouvelle à la vérité. Il existe un grand nombre de traités isolés : DE HOMERO MEDICO, DE CICERONE MEDICO, DE MEDICA MAR-

les cas de ce genre, que nous avons observés en très-grand nombre, les douleurs vagues sont accompagnées d'autres symptômes qui accusent un trouble général de l'économie; le malade maigrit, il a de la diarrhée, il dort mal, a de temps en temps de petits accès de fièvre; son humeur change, il pâlit, tousse à de longs intervalles. L'ensemble de ces symptômes, empreints d'un cachet général, nous a toujours paru constituer ce que nous appelons la *période d'incubation de la phthisie*: le mal s'engendre, il couve, mais il n'est pas éclos.

Voilà donc un second ordre de faits à étudier dans l'évolution pathogénique de la phthisie.

Ce n'est pas tout.

Une fois le tubercule formé, ramolli, expectoré, la scène change. Un second état pathologique commence: l'affection générale avait donné naissance à la lésion locale; la lésion locale engendre à son tour la maladie générale. En effet, dès que la suppuration tuberculeuse est mise à découvert, dès que l'air, avec l'aide de la chaleur, commence la putréfaction de ces produits, ceux-ci repris par l'absorption portent partout dans l'économie de nouveaux germes de cachexie tuberculeuse, et d'autres germes d'intoxication purulente. Ce troisième ordre de faits n'a pu échapper aux observateurs contemporains. M. Piorry y a insisté avec raison, et il en a tenu compte aussi bien dans l'inventaire symptomatique que dans la formule thérapeutique. Mais l'admission de cette donnée incontestable du caractère général, mais *consécutif* de la phthisie pulmonaire, a eu pour inconvénient de fermer les yeux sur son caractère général *primitif*. Ce que l'on a vu après comme émanation du mal local, on ne l'a pas vu avant comme cause de ce mal, et l'on s'est endormi, pendant des années, avec une déplorable sécurité, sur l'imminence d'un danger si possible, si ce n'est si facile à conjurer à cette époque.

Voilà donc trois ordres de faits à prendre en considération dans l'établissement de la formule pathologique et thérapeutique de la phthisie pulmonaire, à savoir:

1° L'affection tuberculeuse générale comme préalable de la phthisie pulmonaire;

2° La période d'incubation de la tuberculisation locale;

3° La suppuration tuberculeuse locale et la généralisation des effets consécutifs de cette suppuration.

Ces trois ordres de faits constituent les trois grandes indications à remplir pour aborder le traitement rationnel de la maladie. Jusqu'ici, que nous sachions, personne n'y a explicitement songé. On y a été conduit plus ou moins par le hasard ou par l'instinct; mais jusqu'ici nul principe et nulle règle n'ont été posés en rapport avec cette triple source d'indications.

Nous sommes à l'aise maintenant pour apprécier la communication de M. Piorry, et pour apprécier aussi les autres communications qu'elle pourrait appeler.

Or que conseille M. Piorry?

1° Des remèdes propres à résoudre la tuberculisation fermée;

2° Des remèdes contre la tuberculisation ouverte;

3° Des remèdes contre l'intoxication tuberculeuse putride.

On en trouvera l'indication précise au compte rendu de la séance. On peut donc y constater d'abord deux grandes lacunes, résultant du défaut de considération du caractère général primitif de l'affection et de la période d'incubation de la tuberculisation locale. Sa thérapeutique commence à la tuberculisation réalisée, occulte, diffuse, à l'état cru d'abord; mais elle ne suppose rien à faire au préalable. Ainsi nulle considération et nul moyen pour combattre cette fermentation tuberculeuse, consécutive aux affections éruptives mal jugées. Nulle considération et nulle prescription pour prévenir et combattre les localisations tuberculeuses imminentes. Toute sa thérapeutique commence donc à une époque où le mal a pris domicile dans les poumons. C'est à nos yeux fort tard, si ce n'est trop tard.

Mais à l'époque où M. Piorry commence le traitement de la phthisie pulmonaire, n'y a-t-il rien à voir et à dire de plus que ce qu'il a vu et dit? Certes nous ne nions pas les bienfaits possibles d'une respiration plus large, de l'emploi du bon air et même de l'air comprimé; nous ne nions pas davantage les bienfaits des inspirations de vapeurs d'iode, soit pour résoudre les masses tuberculeuses, soit pour changer le caractère de sécrétion des cavernes; tout cela doit être jugé par l'expérience, et entre les mains de M. Piorry l'expérience paraît avoir déjà donné des résultats fort encourageants. Mais à nos yeux, tout cela est encore du tâtonnement, de l'incohérence dans les principes et du désordre dans l'application. Il nous paraît manquer au traitement de la phthisie pulmonaire, même à l'époque où l'on a coutume de le commencer, une conception qui coordonne les faits, qui les sépare par leur véritable caractère physiologique et pathologique, qui pose les principes et les règles de ce traitement. Peut-être l'état actuel de la science permet-il à cette conception de se produire: c'est ce que nous essayerons, avec toute la réserve que commande un sujet aussi difficile, et des idées si fortement enracinées dans les esprits.

JULES GUÉRIN.

CLINIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES ERREURS EN MÉDECINE; par le professeur FORGET (de Strasbourg).

(Suite et fin. — Voir les n°s 41 et 42.)

PRODROMES, INVASION, DURÉE, DÉCLIN.

Ce sont encore là des sources fréquentes d'erreurs. Ainsi, rien de plus obscur et de moins arrêté que le début des affections soit aiguës, soit chroniques. A voir l'aisance avec laquelle les auteurs parlent de prodromes, d'invasion, de durée en tant de jours ou de septénaires, il semble que rien n'est plus facile que de déterminer le point d'origine et l'âge réel des maladies. Eh bien! c'est là, j'ose le dire, une des plus grandes difficultés, un des plus grands embarras de la pratique.

Et d'abord, qu'entend-on par prodromes? Où gît le point de séparation des prodromes et de l'invasion? A mon avis, ce qu'on appelle la période des prodromes est une de ces vieilles traditions qui se perpétuent par le fait de l'habitude, par paresse d'esprit, autant au moins que par respect pour l'antiquité. Dans la plupart des cas, j'en suis

---

TIALIS TRACTATIONE, LA MÉDECINE DES HÉBREUX, mais des ETUDES MÉDICALES SUR LES POETES LATINS, nous ne sachions pas qu'il en existât dans notre littérature professionnelle ayant l'idée si heureusement mise en œuvre par le médecin de l'institut des Sourds-Muets de Paris.

Ce travail consciencieux, de si longue haleine, ayant coûté tant de lecture, de patience et de veilles est, en vérité, un espèce de prodige à notre époque. Véritable élucubration de bénédictin décelant, par cette ténacité à l'étude, un esprit ferme, sérieux et juste.

On a peint le vieil Homère sous l'image d'un fleuve immense où les poëtes de tous les temps venaient s'abreuver. Cette comparaison trop ambitieuse sans doute, et que notre confrère désavouerait le premier, si on voulait la prendre à la rigueur, représente néanmoins avec assez de justesse, ce qui arrivera désormais quand quelqu'un voudra interroger les poëtes latins sous un rapport médical.

On ne se donnera plus la peine de recourir aux sources primitives, on ne feuilletera pas l'immense collection de nos classiques, on ne suera plus pour accorder des commentateurs. Le livre de M. Ménière sera là, et comme on dit vulgairement: Chacun n'aura qu'à se baisser pour en prendre.

Est-ce à dire pourtant que l'auteur a épuisé la matière? Qu'il ne reste plus rien à glaner? Non. Il est possible, après lui, de recueillir plus d'un épi, mais des gerbes entières, nous ne le pensons pas.

M. Ménière a donc atteint son but. Personne désormais, nous le croyons du moins, ne reprendra ce travail en sous-œuvre, ce qui n'est, selon nous, un mérite ni médiocre ni ordinaire.

Il était difficile dans un pareil travail d'éviter la monotonie. Le sujet ne comportant ni variété ni transition habilement amenée. Néanmoins, par de courtes et heureuses notices sur chaque auteur, par d'ingénieux rapprochements, des allusions à des usages et à des mots qui, aujourd'hui encore, sont dans les habitudes et le langage du peuple, l'auteur a trouvé le moyen d'ôter à ses recherches un peu de la sécheresse qu'il était impossible de faire disparaître tout à fait.

L'auteur n'a pas besoin de nous avertir qu'il est un fervent adorateur des muses latines. Nous ne savons quel souffle circule dans tout l'ouvrage et nous le fait sentir. On voit que M. Ménière sait un gré infini à tous ces poëtes d'avoir jeté quelques fleurs sur une profession à laquelle il s'est voué et qu'il honore par ses travaux.

Ce n'est donc pas une tâche pénible et ingrate qu'il a entreprise, c'est un élan du cœur qu'il a satisfait, une œuvre qu'il a conduite avec entraînemen, et *con amore*.

C'est avec ces mêmes sentiments et sous de pareilles impressions que nous avons lu ces ETUDES MÉDICALES. Nous remercions l'auteur du plaisir qu'il nous a fait, et nous désirons que tous les jeunes médecins soient désormais, par leur éducation littéraire, capables de sentir la valeur de ce travail, de l'étudier et d'en profiter.

Quelques hommes, incapables vraisemblablement de comprendre l'ouvrage de M. Ménière, ont dit dédaigneusement: c'est une compilation. Entendons-nous. Qu'un commentateur entasse citations sur citations, sans rapport avec son sujet, que Lacerda, à l'occasion du mot *botulos*, dans Tertullien, aille de-

convaincu, les prodromes sont déjà la maladie et font corps avec elle, sans solution de continuité. Ainsi j'éprouve un sentiment de peine et d'impatience lorsque j'entends dire, par exemple, que le frisson et la fièvre sont les prodromes de la pneumonie ou d'une inflammation quelconque; lorsque je vois produire la diarrhée cholérique comme le prodrome du choléra, l'embarras gastrique comme le prodrome de la fièvre typhoïde, etc., etc., il est évident que tous ces phénomènes signalent bel et bien le début de la maladie et lui appartiennent essentiellement.

S'il n'y avait là qu'une confusion de mots, on pourrait en prendre son parti, mais, malheureusement, il en découle de graves conséquences pratiques, et l'on établit carrément des méthodes thérapeutiques applicables au traitement spécial de la période prodromique et tout à fait distinctes du traitement de la maladie même, si elles ne lui sont complétement opposées. Ainsi, l'on pose en principe que les prodromes de la pneumonie seront avantageusement combattus par les sudorifiques, qui sont des stimulants; que les prodromes du choléra, ou la cholérine, comme on dit plus exactement, se trouvent bien des laxatifs; que les purgatifs sont également indiqués dans les prodromes de la fièvre typhoïde, etc. Ce sont là, selon nous, autant de préceptes funestes, et le bon sens devrait faire comprendre que des procédés susceptibles d'aggraver la maladie elle-même ne sont guère propres à la prévenir; et qu'il est absurde de mettre en avant des moyens auxquels il vous faudra, du jour au lendemain, substituer des procédés tout contraires.

Ces difficultés font pressentir celles qui se rattachent à la détermination du début, et partant, de la durée des maladies. D'où ferez-vous dater le début? Sera-ce des prodromes ou de ce que vous appelez l'invasion? Mais nous venons de voir ce qu'il faut penser de ce critérium. La maladie débute du moment où cesse l'état de santé; or il n'est rien de plus difficile à déterminer, dans la plupart des cas, que ce point initial. Il faut vous en rapporter au dire des malades, lesquels, nous l'avons vu, ne méritent aucune confiance. Le citadin douillet et méticuleux fera dater son mal des impressions les plus insignifiantes; le rude ouvrier le fera partir du jour où, vaincu par la douleur, il a dû cesser de travailler; tous trouveront à leurs maux des origines plus ou moins imaginaires ou ridicules.

Alors même que des phénomènes bien tranchés, tels que le frisson suivi de chaleur, paraissent indiquer franchement l'invasion du mal, il n'est pas certain que celui-ci n'ait pas précédé. Ne voyez-vous pas, dans les inflammations externes, la fièvre n'apparaître que lorsque la phlegmasie a déjà pris un certain développement? Que sera-ce donc dans les cas obscurs de malaises vagues et fugitifs, tels que ceux qui précèdent souvent les fièvres graves? Si vous ne faites dater la fièvre typhoïde que du moment où il y a fièvre et prostration, vous courez grand risque de commettre de graves erreurs, et si, d'autre part, vous la faites débuter avec ce que vous appelez les prodromes, force vous est de convenir que la fièvre et l'état typhoïde ne sont que des effets secondaires et même fortuits, car on voit des entérites folliculeuses entraîner la mort par hémorrhagie, par perforation, ou autrement, sans passer par la fièvre et l'adynamie, c'est ce que vous appelez des fièvres typhoïdes *latentes*. Or ici le début vous échappe complétement, et vous êtes tout surpris de rencontrer à l'autopsie des désordres plus avancés que vous ne le soupçonniez.

Il est une circonstance où la cause manifeste agissant dans un moment donné, semblerait ne devoir laisser aucune prise au doute ou à l'erreur : c'est le cas de contagion. Cependant le mal ne suit pas toujours immédiatement, il y a ce qu'on appelle la période d'incubation. Or que se passe-t-il pendant cette période? Pouvez-vous affirmer que le mal n'existe pas déjà? Lorsque vous datez l'invasion de la variole de l'apparition des pustules, pouvez-vous dire que ce soit le début du mal? N'avez-vous pas déjà constaté de graves symptômes : céphalalgie, rachialgie, vomissements, délire, convulsions, symptômes si graves qu'ils peuvent produire la mort avant l'éruption?

C'en est assez, c'en est trop sans doute pour vous faire comprendre le peu de foi que nous devions ajouter aux supputations relatives au début et à la durée des maladies. Et cela doit suffire pour faire comprendre le peu de valeur de l'antique et fameuse doctrine des jours critiques.

Donc, en fait d'invasion et de durée des maladies, nous ne pouvons, dans la plupart des cas, établir que des approximations; c'est tout ce que je voulais établir et c'est ce que je regrette de ne pas voir établi par les classiques.

MARCHE, DÉCLIN, TERMINAISONS, PRONOSTIC.

La marche des maladies, même les mieux réglées, est souvent très-variable. Tantôt un début insidieux et bénin vous fait prévoir une marche modérée, quand, tout à coup, éclatent des accidents formidables; tantôt, et par contre, un début orageux se calme pour aboutir à une solution bénigne. L'espérance que fait naître le calme de la journée est souvent détruite par les exacerbations de la nuit. Fréquemment de fâcheuses recrudescences viennent, avec ou sans cause connue, troubler le cours régulier de la maladie. Ce sont là des notions banales.

Une circonstance qui trop souvent trompe les praticiens, ce sont les apparences de périodicité qui se produisent dans les affections continues. Cette fâcheuse erreur est souvent commise dans le cours des fièvres typhoïdes où les exacerbations du soir, la chaleur et la diaphorèse passagères induisent à l'usage abusif du quinquina. D'autres fois, au contraire, la périodicité méconnue entraîne des résultats funestes; c'est ce qui a lieu pour les fièvres pernicieuses prises pour des affections continues. Ces erreurs, tous nous les avons commises.

Ce que nous avons dit précédemment fait pressentir les incertitudes et les erreurs qui environnent la détermination de la période du déclin : les irrégularités, les recrudescences imprévues doivent rendre très-circonspect à cet égard. L'ensemble phénoménal des maladies ne constitue pas toujours un tout harmonique et solidaire. Tantôt les symptômes fonctionnels s'amendent, les lésions organiques restant stationnaires ou poursuivant un cours ascendant. C'est ce qui a souvent lieu dans les affections pulmonaires; c'est ce qui arrive fréquemment au déclin des fièvres typhoïdes où l'entérite ulcéreuse prolonge la maladie. Plus rarement c'est l'inverse qui se produit, et alors on peut présumer qu'il existe des causes accidentelles occultes qui entretiennent les troubles fonctionnels. C'est ainsi que, dans le rhumatisme ai-

---

mander à Apicius la recette pour composer d'excellent boudin, on peut s'écrier avec un traducteur : *sunt magna otia*. Mais qu'à l'appui d'une thèse on multiplie les textes qui la démontrent, qu'on les commente, rien de plus juste, c'est le devoir et l'honneur de l'écrivain, c'est, en un mot le problème posé et résolu.

Sans doute un critique minutieux et sévère pourrait trouver quelques grains d'ivraie au milieu de ce pur froment, le sens d'un mot quelquefois hasardé, l'oubli, bien rare à la vérité, de ce sel attique, que l'auteur connaît si bien, et qu'il nous fait sentir et remarquer dans les POËTES LATINS.

Page 213, au mot *Ansa*, à l'occasion de ces deux vers d'Ovide :

Tollere nodosam nescit medicina podagram,
Nec formidatis auxiliatur aquis.

Nous demanderons à M. Menière pourquoi, à la page 274, il dit : « Quelle est cette maladie qui redoute l'eau? quels sont ces malades *formidatis aquis?* » est-ce la rage?... »

Si nous ne nous trompons, l'auteur cherche bien loin ce qu'il a sous la main : *formidatæ aquæ*; ce sont des eaux qu'on redoute, c'est-à-dire l'hydropisie.

Page 149

Rectique cultus pectora roborant.
(HORACE).

ne signifie pas le culte du bien, mais l'excellente éducation.

Page 261, M. Ménière dit qu'il a vu à Séville et à Madrid de malheureux chevaux éventrés et, *alvo inani*, marcher sur leurs entrailles traînées dans la poussière. Il trouve cela *attrayant*. Ne disputons pas des goûts; mais à nous ce spectacle paraît horrible et digne d'un peuple barbare.

L'auteur ne semble pas avoir non plus une foi bien vive dans le progrès indéfini de l'espèce humaine.

Nil sub sole novum lui paraît la devise de la marche humanitaire. Cette thèse a été soutenue par M. de Lamartine. Malgré cette imposante autorité, nous croyons au progrès même moral, quoiqu'il n'aille pas vite.

Nous ne trouvons pas non plus dans le livre de M. Ménière deux vers de Martial qui touchent à une maladie aussi dégoûtante que rebelle aux moyens de l'art, la mentagre.

Non illos acre, pustulæve lucentes,
Nec triste mentum sordidive lichenes.

L'habitude des études anatomiques et du langage médical fait que le médecin perd, peut-être plus promptement que dans toute autre profession, cette sensibilité pudique qui s'effarouche au moindre mot licencieux. Nous aurions voulu ne pas rencontrer dans l'ouvrage de M. Ménière deux vers de Juvénal, qu'il n'a pas traduits à la vérité, ce dont nous le félicitons, et devant l'exégèse desquels *Scioppius* lui-même aurait peut-être reculé.

M. Constant Dubos a eu pourtant le triste courage de rivaliser avec le satyrique latin; mais nous ne pouvons applaudir à de pareils tours de force. Thomas dans sa traduction française d'un de ces morceaux scabreux, nous

gn, la fièvre persistant, malgré la disparition de l'arthrite, on a lieu de soupçonner quelque complication du côté du cœur ou ailleurs. On n'est donc rationnellement autorisé à diagnostiquer le déclin réel que lorsque les symptômes organiques et fonctionnels s'amendent parallèlement.

Ceci nous conduit naturellement à signaler les erreurs relatives aux terminaisons. Il est un axiome accepté par tous les praticiens sages : c'est que la terminaison d'une maladie, quelle qu'elle soit, est toujours douteuse. Une maladie légère peut devenir inopinément très-grave : une piqûre d'épingle peut produire le tétanos ; et d'autre part surgit un autre axiome non moins sage que le précédent, bien qu'il lui soit contradictoire en apparence ; c'est qu'il ne faut jamais désespérer d'un malade, quelque grave que soit sa situation : on a vu guérir des individus sur le visage desquels on avait jeté le linceul (1).

Ces réserves en sens contraires ne sont pas commandées seulement par l'observation empirique des faits : elles résultent, rationnellement, d'abord des péripéties de cause occulte que nous savons se produire dans l'organisme humain, et dont la science nous découvre progressivement les secrets : ainsi l'anatomie pathologique nous a révélé que, dans le cours d'une fièvre typhoïde bénigne ou parvenue à la période de convalescence, une perforation intestinale peut entraîner rapidement la mort ; qu'un rhumatisme modéré qui se prolonge peut devenir mortel par le fait d'une lésion cardiaque, etc.

Ces réserves sont encore basées sur l'indépendance du malade, c'est-à-dire sur l'impuissance où nous sommes de gouverner ses actes physiques et moraux. Tous les jours nous sommes sollicités à nous prononcer sur la marche, la durée et la terminaison des maladies confiées à nos soins. A ces exigences naïves et indiscrètes, nous ne pouvons répondre que par des probabilités, et nous pourrions ajouter que, pour être plus sûrs de notre fait, il nous faudrait revêtir la peau du malade lui-même. Journellement, dit Sydenham, on nous attribue la mort de gens qui n'ont rien fait ou qui ont fait le contraire de ce que nous leur avions prescrit.

Il ne nous reste que peu de chose à dire du pronostic, qui se trouve impliqué dans ce qui précède. Les anciens, nous dit-on, avaient porté très-loin cette science du pronostic. C'est là un vieux préjugé d'école, et nous affirmons sans hésiter qu'à cet égard nous leur sommes infiniment supérieurs, par la raison toute simple que nous possédons une foule d'éléments du pronostic dont les anciens étaient privés. Ce qui peut causer l'illusion à cet égard, c'est que le pronostic étant implicitement compris dans le diagnostic organique et fonctionnel, tel que nous savons l'établir aujourd'hui, nous nous dispensons de proférer le mot inhérent à la chose. Il nous paraît complétement oiseux et superflu d'administrer les preuves d'une vérité si flagrante. Nonobstant notre supériorité sur ce point, il plane encore sur la science une foule d'obscurités, et l'art est semé de nombreuses déceptions, si bien qu'une extrême réserve nous est commandée. « Soignez le pronostic, » disait Barthez; cela veut dire ne basardez rien dans un sens ou dans l'autre: nous disions tout à l'heure qu'une égratignure peut donner la mort et qu'un agonisant peut ressusciter : n'oublions jamais, je le répète, que notre science ne se compose que de probabilités. Et pourtant ce précepte si rudimentaire est journellement oublié par les praticiens légers, présomptueux, mais plus souvent encore artificieux, qui tranchent imperturbablement là où l'expérience et la sagesse commandent de s'abstenir. Jeu dangereux, qui peut éblouir un instant le vulgaire, et qui finit presque toujours par tourner à la confusion de celui dont les erreurs grossières et multipliées finissent par démasquer l'ignorance ou le charlatanisme.

(1) Voir DE L'AGONIE ET DE SON TRAITEMENT (BULL. DE THÉRAP.).

COMPLICATIONS.

Il y a des termes si clairs en eux-mêmes que personne ne songe à s'en rendre raison, bien que de profonds mystères gisent sous leur apparente simplicité. Nous avons vu qu'il en était ainsi pour le mot prodromes; eh bien ! cela est encore plus vrai pour le mot complications. Une maladie étant donnée, il y a complication lorsqu'apparaît un accident plus ou moins grave qui ne fait pas partie du cortége ordinaire de cette maladie, dont il est indépendant..... indépendant, voilà le point litigieux. Ainsi une phlegmasie survenant dans le cours d'une autre phlegmasie ou d'une maladie quelconque ; ainsi la tuberculisation se produisant dans le cours d'une bronchite, etc. Mais le problème n'est pas toujours aussi simple, et quantité d'accidents sont des complications pour les uns et des éléments essentiels pour les autres. Ainsi la fièvre elle-même n'est-elle pas essentielle ou purement accidentelle, suivant que l'on professe telle ou telle doctrine? L'entérite folliculeuse n'est-elle pas, selon la diversité des théories, primitive ou secondaire, essentielle ou accidentelle, dans la fièvre typhoïde? Le délire, dans le rhumatisme, n'est-il pas considéré par les uns comme une pure complication, par les autres comme une dépendance du principe rhumatismal ? On couperait court à toutes ces dissensions, à toutes ces logomachies, si, acceptant franchement cette lumineuse doctrine des éléments positifs, on voulait bien se borner à prendre note de tous les phénomènes qui se présentent dans un cas donné, pour les combattre par les moyens reconnus propres à chacun d'eux, sans s'évertuer à créer tant de mystiques essentialités complétement stériles pour la pratique.

Quoi qu'il en soit, on se trompe souvent dans l'appréciation des complications morbides, non-seulement en ce qui concerne leur nature, mais encore en ce qui regarde leur importance et leur gravité, jugeant légères celles qui sont graves, et *vice versâ*. Je ne voudrais pas parler des cas pourtant si communs, même dans la pratique des plus habiles observateurs, où les complications passent inaperçues, soit qu'une maladie étant reconnue, on se tient pour satisfait, sans s'enquérir, par un examen général, minutieux et souvent répété, s'il n'existe pas quelque autre maladie concomitante, soit que les complications soient elles-mêmes assez obscures pour échapper aux investigations les plus consciencieuses. La pratique fourmille de ces erreurs qui se révèlent en quelque sorte à chaque autopsie : telles sont ces phlegmasies pulmonaires ultimes dont les symptômes extérieurs sont si peu expressifs, ces péricardites latentes, ces péritonites obscures, ces abcès profonds, ces tubercules, ces cancers occultes, etc., etc., et les chances d'erreurs augmentent en proportion même des complica-

---

semble avoir atteint la limite qu'il n'est pas permis à un traducteur de dépasser.

Ces quelques ombres au tableau sont bien légères, on l'avouera; et si nous y avons insisté, c'est pour prouver avec quelle scrupuleuse exactitude nous avons lu l'ouvrage; car

> . . . ubi plura nitent. . . . . non ego paucis
> Offendar maculis.
>
> (HORACE).

En résumé le travail de M. Ménière a un mérite réel. Peu de médecins en France étaient capables de l'entreprendre et de le conduire à bonne fin.

Si cette œuvre était susceptible de traduction, elle prendrait bien vite rang dans les bibliothèques des médecins étrangers.

Si la modestie de l'auteur ne s'y opposait pas, les ETUDES MÉDICALES SUR LES POETES LATINS pourraient avoir pour épigraphe ce vers d'Horace :

> Indocti discant et ament meminisse periti.

Précieuses leçons pour les *uns;* agréables souvenirs pour les *autres.*

A peine ces mille et un textes avaient-ils, comme un mirage agréable et varié, passé devant notre vue que, les yeux encore éblouis de ce cliquetis harmonieux, nous tombions sur un ouvrage nouveau, tout nouveau (août 1859) intitulé : ETUDES MÉDICALES SUR L'ANCIENNE ROME.

Dii boni! nous sommes-nous écrié *in petto :* après cette battue à fond sur les terres des auteurs classiques, quel gibier le docteur Rouyer a-t-il donc pu faire lever? Si cette tâche nous eût été imposée, notre embarras aurait été grand. Ne préjugeons rien néanmoins, lisons et sans désemparer nous avons lu.

Percy, l'une des gloires de la chirurgie et de la littérature médicale française, sur le tombeau duquel on n'inscrirait pas comme sur celui du P. Hardouin : *Vir egregiæ memoriæ in exspectatione judicii*, car il était aussi *judicieux* que savant, disait au commencement de ce siècle que les médecins dédaignaient l'opuscule et la brochure, ne voulant se présenter dans le monde qu'un livre a la main, *legitimum volumen*. La matière étant souvent trop courte, ils avaient recours au procédé de l'abbé Trublet.

> Au peu d'esprit que le bonhomme avait,
> L'esprit d'autrui par complément servait ;
> Il compilait, compilait, compilait.
>
> (VOLTAIRE).

Aussi compilaient-ils et Dieu sait ce qu'il en advenait.

Nous avons donc lu, avec tout l'intérêt qui s'attache aux études qui paraissent sérieuses, le travail de M. J. Rouyer sur l'ancienne Rome et nous y avons applaudi. Ce jeune médecin (car nous le supposons tel), déjà connu par des travaux de médecine, a prouvé, en faveur de la thèse que nous défendons, que l'érudition s'allie fort bien à la pratique quotidienne et intelligente de la médecine.

Si pourtant nous avions mission de donner conseil à quelqu'un, partageant complétement les idées de Percy, nous dirions :

tions, parce qu'alors il devient d'autant plus difficile de faire la part des symptômes qui relèvent de chacune des altérations simultanées. La plupart des observations ci-dessus exposées sont des exemples de complications méconnues.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Nous voici sur le terrain le plus brûlant des doctrines belligérantes de notre époque. A Dieu ne plaise qu'on nous suppose la présomption de mettre un terme aux hostilités, d'apporter la lumière dans ces ténèbres et la paix dans ces conflits, éternels comme les préjugés et les passions inhérents à l'humanité ! Il y aura toujours des vitalistes et des organicistes, par la raison qu'il existera perpétuellement des esprits positifs et des esprits chimériques, sans parler des sots et des hypocrites; et ce qui sera vérité pour les uns sera toujours erreur pour les autres. Aussi n'est-ce point de doctrines qu'il doit s'agir ici, mais bien de faits matériels, d'altérations visibles et tangibles.

Après avoir tenté de monopoliser la pathologie tout entière, l'inflammation s'est vue menacée de proscription absolue. Les opinions scientifiques, tout comme les modes, procèdent toujours par les extrêmes. De tout temps on avait considéré comme pris d'inflammation les tissus affectés de rougeur, de tumeur, de chaleur et de douleur. Mais un ardent novateur ayant abusé du mot et de la chose, on a proscrit la chose et même le mot qui, aujourd'hui encore, est accueilli par beaucoup de gens avec l'ironie la plus dédaigneuse. Un mot heureux est venu au secours de la réaction, le mot hyperhémie, et sous prétexte qu'il existe des hyperhémies passives, mécaniques, congestionnelles, etc., on s'en est autorisé pour supprimer l'hyperhémie irritative ou inflammatoire. Mais voilà que, par compensation, l'Allemagne laborieuse a rétabli la presque ubiquité de l'inflammation broussaisienne, et que le microscope vient la révéler dans les cas où on la soupçonnait le moins, et jusque dans les tissus en apparence dépourvus d'organisation ou du moins de système vasculaire : dans l'épithélium.... De l'inflammation sans vaisseaux ! Cette idée heurte toutes les idées classiques. Laissant de côté ces excentricités en sens contraire pour en revenir aux vieilles antiques, comme dit Bacon, nous pensons que les esprits rassis s'accorderont à reconnaître l'inflammation à certains caractères de rougeur et de tumeur, surtout s'il en est résulté des exsudations de plasma, des sécrétions de pus, des ulcérations, et si pendant la vie ont existé la douleur et la fièvre.

Mais le pus lui-même ne serait plus un indice d'inflammation; il pourrait se former spontanément, par suite d'une diathèse spéciale. C'est encore là une erreur, au moins dans la grande majorité des cas; et si cette erreur paraît justifiée dans certaines circonstances, c'est souvent, nous le pensons, par le fait d'une autre erreur, c'est-à-dire parce qu'on n'a pas tenu compte d'inflammations antécédentes ou qu'on n'a pas découvert le foyer, la source de la suppuration. Par contre, le microscope refuse le titre de pus à certains produits puriformes rencontrés dans des tissus manifestement enflammés, sous prétexte qu'il n'y trouve pas les caractères voulus par la micrographie. Ces exigences trouveront peu de crédit auprès de ceux qui pensent que la clinique et l'anatomie pathologique ont aussi leurs droits, et que l'instant n'est pas encore venu pour elles d'abdiquer devant le microscope.

Que l'ulcération puisse se produire sans inflammation, c'est ce que nous ne nierons pas; mais il est certain qu'on abuse de cette possibilité en niant le caractère inflammatoire d'un grand nombre d'ulcérations, telles que celles de l'entérite folliculeuse, de la phthisie, du cancer, etc., et le microscope, qui a parfois du bon, nous vient en aide dans la plupart de ces cas.

Les caractères cliniques et nécroscopiques du tubercule et du cancer sont assez bien dessinés, dans les cas ordinaires, pour que l'erreur puisse être évitée. Le microscope, qui a prétendu confisquer à son profit le diagnostic de ces lésions, n'a de valeur ici que comme preuve confirmative ou affirmative, mais nullement comme preuve négative. Où en serions-nous, bon Dieu ! si nous avions humblement accepté comme critérium absolu la cellule cancéreuse et la cellule tuberculeuse?

C'en est assez de ces exemples pour vous faire comprendre que les obscurités, les doutes, les erreurs qui nous assiègent au lit du malade, nous suivent jusqu'à l'amphithéâtre, nonobstant même les secours offerts par les moyens d'investigation les plus modernes. Et ces concessions que nous faisons franchement aux antagonistes de l'organicisme nous coûtent d'autant moins que nous restons toujours convaincu que l'anatomie pathologique, en dépit de ses nombreux *desiderata*, est encore et sera toujours la source non pas unique, mais la plus féconde des progrès réels. Il est bien entendu que pour nous le microscope et les réactifs ne sont que des procédés anatomo-pathologiques.

THÉRAPEUTIQUE.

La thérapeutique, quoi qu'en disent les ignorants, les esprits étroits et les empiriques, n'est que le reflet des doctrines nosologiques. Donc nous pouvons dire de la thérapeutique ce que nous avons dit des doctrines, à savoir qu'il y aura toujours des oppositions et des luttes entre ceux qui pratiquent l'art de guérir, suivant la diversité des théories. Heureusement la Providence a voulu que, dans la plupart des cas, la nature fût plus forte que la maladie et le médecin réunis, et bien en prend à l'humanité, car sans cela le monde serait bientôt un désert.

Il est donc évident qu'un doctrine curative ce qui est vérité pour l'un est erreur pour l'autre, et qu'il n'est pas de tribunal pour juger entre eux en dernier ressort : le verdict ne relève ici que de la conscience individuelle; aussi ne sont-ce pas ces erreurs dogmatiques qui doivent nous occuper.

Nous ne parlerons pas non plus, si ce n'est pour engager les praticiens à se tenir en garde contre elles, des nombreuses erreurs qui sont du fait : 1° des pharmaciens qui.... se trompent sur la qualité, la quantité, la composition du remède prescrit; 2° des assistants qui modifient de mille manières, et quelquefois même suppriment les remèdes et les prescriptions; 3° du malade agissant de concert avec les assistants, ou trompé par eux, ou perpétrant par lui-même des infractions plus ou moins graves et nombreuses, etc. Néanmoins, si fréquentes sont les erreurs émanant de cette triple source, que je crois vrai de dire et de proclamer que sur cent observations consciencieusement

---

Qu'un jeune écrivain doit se garder de céder à la tentation de l'*in-8°*. Que, plein d'une mémoire exubérante, il prend quelquefois pour sien ce qui appartient à autrui; que vivant de réminiscences il oublie parfois les sources où il a puisé, puisqu'il ne les cite pas.

Nous dirions en particulier à M. J. Rouyer que, sauf meilleur avis, il n'a peut-être pas été heureusement inspiré dans le choix de son travail, ou plutôt qu'il s'est trop isolé de M. Ménière.

Même après les ÉTUDES SUR L'ANCIENNE ROME, l'ouvrage de M. Ménière avait une raison d'être; car il entrait dans des détails que l'œuvre de M. Rouyer ne comportait pas.

Mais une fois la mine des poètes latins en quelque sorte épuisée par le médecin des Sourds-Muets, à quelques mois de distance seulement, il fallait ou découvrir de nouveaux filons, ou s'appuyer, en le citant, sur le travail de son devancier.

Nous avons dit que ce dernier avait esquissé très-heureusement les notices sur les auteurs qu'il interrogeait. Ces détails biographiques se reliaient naturellement au programme que l'écrivain s'était tracé. En est-il de même des biographies succinctes que M. Rouyer a données de quelques poètes latins, en reprenant en sous-œuvre ce que venait de faire M. Ménière? Il nous est difficile de le croire.

Dans un pareil travail, c'est toujours un malheur d'arriver le second.

Dieu nous garde de refuser à M. Rouyer le titre d'érudit auquel il paraît prétendre. Les érudits sont si rares de nos jours que je les salue partout où je les rencontre; mais quand, dans deux ouvrages, sur vingt citations, dix-huit sont semblables, ne serait-ce point une superfétation?

Mon Dieu! nous le confessons, ce n'est pas un propos délibéré; puisant aux mêmes sources, on est exposé aux mêmes résultats. Ce n'est même souvent, nous l'avons déjà dit, qu'une intempérance de mémoire; mais quand ces réminiscences sont trop nombreuses, on leur donne, dans le monde savant, un nom que tout écrivain qui se respecte doit éviter.

Voyons comment une mémoire trop fidèle peut quelquefois simuler le plagiat.

M. Ménière dit, p. 352, à l'article *Juvénal* :

« Cùm tot abortivis fecundam Julia vulvam
» Solveret et patruo similes effunderet offas.

» Il n'y a guère que la poésie qui ose dire de semblables choses.... Un poëte
» qui a mis sa muse au service de la muse latine, M. Constant Dubos, a
» ainsi rendu les deux vers de Juvénal :

» Quand de ses flancs brisés par tant d'avortements,
» Julia rejetait les fruits de ses débauches,
» Images de son oncle, effroyables ébauches. »

De son côté, M. Rouyer dit, p. 75 :

« Cùm tot abortivis....., etc.

» Il est à peu près impossible de donner dans notre langue une traduction sa-

rédigées, il n'en est peut-être pas deux qui ne soient entachées de quelques inexactitudes, sinon de graves erreurs.

Celles dont je vous parlerai sont les erreurs commises par le praticien lui-même et de propos délibéré, celles qui résultent en un mot des erreurs de diagnostic. Or nous avons vu combien sont fréquentes les erreurs de diagnostic. Heureusement toutes ne portent pas de graves préjudices au malade, grâce, avons-nous dit, à la tutelle de la nature, grâce aussi à ce que divers traitements peuvent convenir à une même maladie, ou bien à ce que les moyens employés sont innocents, ou du moins ne s'opposent pas énergiquement à la solution favorable.

Le public est profondément pénétré de l'idée qu'il est des remèdes pour toutes les maladies, et les miracles que l'on raconte à l'endroit de maladies incurables que pourtant on a pu guérir autorisent les médecins eux-mêmes à partager cet optimisme. Tel est, il faut bien le dire, le fond de la pensée de beaucoup de praticiens qui se disent instinctivement, *in petto*, à chaque malheur qui leur advient : « Si j'eusse employé tel remède, peut-être mon malade ne fût-il pas mort. » Ainsi le médecin lui-même est le premier à se taxer d'erreur ! Cela même est une erreur, ou du moins une faiblesse qui n'a d'autre effet que de troubler le repos du praticien en alarmant sa conscience, et contre laquelle nous voudrions le prémunir. Ce n'est pas cela qu'il faut se dire, c'est ceci : « Si j'eusse employé tel autre remède, le résultat fatal n'en eût été que plus assuré, plus prompt, plus douloureux peut-être. » Mais pour se tenir ce langage à soi-même, il faut avoir la conscience nette, c'est-à-dire des principes arrêtés et le sentiment d'être à la hauteur de sa mission. Or je doute qu'ils puissent avoir cette consolation les malheureux néophytes instruits selon les errements modernes, où le bon sens et le raisonnement sont à l'index, où les principes sont conspués, où l'empirisme est divinisé, où le praticien le plus en faveur est celui qui hasarde le plus de témérités : plus jaloux d'étaler ce qu'on appelle ses richesses thérapeutiques que d'obtempérer à la nature, comme dit Baglivi. Pour lui, en effet, un remède en valant un autre, il est tout naturel qu'il regrette celui-ci lorsque celui-là lui a fait faux bond. Mais revenons.

Les véritables erreurs thérapeutiques proviennent de ce qu'on traite une maladie pour une autre, de ce qu'on se trompe sur le véritable caractère de la maladie bien reconnue du reste, de ce qu'on ne tient pas exactement compte de la constitution, de l'idiosyncrasie et autres circonstances accessoires. On se trompe souvent sur le choix de la médication et du médicament, sur les contre-indications, sur les doses, sur le mode d'administration, etc., etc.

Donnons quelques exemples :

1° Quoi de plus facile que de prendre une névrose pour une lésion organique, et réciproquement ; une gastralgie pour une gastrite chronique, ou bien une lésion pour une autre ; un ulcère simple de l'estomac pour un cancer, une chlorose pour une maladie du cœur, une bronchite chronique pour une phthisie commençante ? etc., etc. 2° La maladie étant bien déterminée, quoi de plus facile que de se tromper sur la valeur relative de ses divers éléments, de méconnaître l'importance de la lésion intestinale dans la fièvre typhoïde, de l'arthrite dans le rhumatisme articulaire, de la diarrhée ulcéreuse dans la phthisie ? etc., etc. ; d'où résultent des médications fausses, insuffisantes ou dangereuses. 3° Combien de praticiens, tenant trop ou trop peu compte de la constitution du sujet, abusent des saignées chez les individus faibles et anémiques atteints de phlegmasie, ou prodiguent les excitants dans les inflammations sous prétexte d'anémie et de faiblesse ? Quel tact ne faut-il pas dans ces cas-là pour équilibrer la balance ! 4° On se trompe sur le choix de la médication et du médicament, lorsqu'on a recours d'emblée aux médications indirectes ou à celles qui méritent le moins de confiance. Ainsi on commencera le traitement d'une pneumonie sur-aiguë par le tartre stibié avant de recourir à la saignée, ou administrera d'emblée le quinquina, le musc, le camphre au début d'une fièvre grave. Ceux qui sont à l'affût des remèdes nouveaux s'empressent de les appliquer avant que l'expérience ait constaté leur valeur, et sont presque toujours déçus dans leurs espérances. Ce travers est des plus communs, parce que l'étrangeté des moyens appelle l'attention sur le praticien. 5° On se trompe sur les contre-indications : ainsi on purgera un hydropique en dépit de la susceptibilité du tube digestif, et l'on créera une complication fâcheuse ; on s'obstinera à ingérer de la quinine dans l'estomac irrité d'un fiévreux, au lieu de l'administrer par le bas ; on traitera par l'eau froide un rhumatisant affecté de bronchite ; on prescrira des bains de vapeurs dans une infiltration par maladie du cœur, etc. 6° Les erreurs sur les doses sont peut-être les plus fréquentes, et ce à quoi l'on ne s'attend pas, c'est que ces erreurs portent plus souvent sur l'insuffisance que sur l'excès : ainsi l'on accuserait moins les saignées d'impuissance dans les phlegmasies si on les appliquait avec plus de hardiesse. Il est clair que si quatre saignées sont nécessaires pour enlever une pneumonie, deux saignées ne la guériront pas. L'opium jouirait de la confiance qu'il mérite s'il n'était un épouvantail pour le public et pour les médecins. Ceux-ci ne comprennent pas assez que pour produire les effets sédatifs qu'on lui demande, l'opium doit être administré jusqu'à sédation et souvent jusqu'au narcotisme, qui n'a rien de dangereux lorsqu'on s'arrête aux limites initiales. Il en est ainsi de la plupart des remèdes actifs. Nous ajouterons que la versatilité naturelle au malade et même au médecin s'oppose presque toujours à ce qu'on tire au clair, c'est-à-dire à ce qu'on épuise l'action des médicaments. 7° Enfin, on se trompe sur le mode d'administration : ainsi, dans les maladies aiguës, on éloignera les saignées de manière à perdre les avantages procurés par chacune d'elles, au lieu de les faire succéder de manière à dompter promptement la maladie. On donnera le sulfate de quinine à doses réfractées, tandis que l'expérience se prononcera pour une seule dose administrée le plus loin possible du prochain accès de fièvre intermittente ; on accompagnera l'administration du tartre stibié de boissons abondantes qui s'opposent à la tolérance ; on donnera en dilution les remèdes qu'il faut administrer en substance, etc., etc. Nous ne voulons pas parler des formules incohérentes, des topiques mal appliqués, et de ces mille négligences qui peuvent compromettre l'effet d'un médicament. Mais ce sont là moins des erreurs que des témoignages d'insuffisance et d'incurie.

Il est à remarquer que l'on se trompe gravement encore en prodiguant les remèdes alors qu'il faudrait s'en abstenir, et tous les grands praticiens s'accordent à dire qu'il y a souvent beaucoup d'art à ne rien faire. L'erreur inverse est moins commune, bien qu'elle se pro-

---

» tisfaisante à tous égards de ces deux vers. M. Coustant Dubos traduit ainsi » la pensée du satirique.... » Suivent les vers français que nous venons de citer.

A qui appartiendrait un ouvrage où se trouveraient des imitations si textuellement pareilles ?

Quand l'âge a mûri le jugement ; quand on a beaucoup lu et surtout beaucoup retenu (car l'un n'est pas toujours la conséquence de l'autre), on devient difficile sur certaines compilations qui n'exigent souvent qu'un peu de loisir et de patience. Une petite brochure bien substantielle vaut alors, à nos yeux, plus qu'un gros volume pris un peu partout.

Pour revenir aux ÉTUDES de M. Rouyer, nous dirons, en terminant, que si elles n'ont rien ajouté à nos connaissances, elles sont néanmoins un manuel que les jeunes médecins peuvent consulter, mais prudemment. Nous les regardons comme un ballon d'essai. Que l'auteur prenne pour modèle celui-là même qu'il a trop suivi pas à pas, sans malheureusement indiquer que c'était son guide, et nous espérons voir sortir quelque chose de neuf de cette intelligence qui paraît promettre beaucoup.

Si jamais M. Rouyer donnait une seconde édition de son travail, nous lui conseillerions d'adjoindre à son nom celui de M. Meniere ; car si l'un d'eux a tenu la plume, l'autre a, selon nous, fourni une grande partie des matériaux.

Dr J. DUMONT (d'Angers).

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes dans les hôpitaux de Paris, commencera le samedi 5 novembre. Ont été nommés juges : MM. Potain, Goupil, Hervieux, Jamain et Fouché, titulaires ; MM. Mesnet (en remplacement de M. Charcot, empêché) et Dolbeau, suppléants.

— Le concours pour le prix à décerner aux élèves internes commencera le vendredi 4 novembre. Ont été nommés juges : MM. Gendrin, Gueneau de Mussy, Pidoux, Demarquay et Broca, titulaires ; MM. Hérard et Monod, suppléants.

— SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS. — Dans sa séance du 24 de ce mois, la Société médico-pratique a mis au concours la question de prix suivante : *De l'eczéma.*

Les concurrents devront insister sur l'historique, l'étiologie, et surtout sur le traitement de cette maladie, en s'appuyant sur des faits nombreux et bien observés.

La valeur du prix est de 300 fr.

L'auteur du mémoire couronné aura droit à 100 exemplaires de son travail, pourvu que ce travail n'excède pas trois feuilles d'impression. Le mémoire est, en outre, inséré dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ.

Les mémoires écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco* et suivant les formes académiques, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville, à Paris. Ils devront lui être parvenus avant le 31 décembre 1861.

Le secrétaire général,
Dr PERRIN.

duise assez souvent. Il est quantité de maladies qui marcheraient d'elles-mêmes à une heureuse solution, si l'on avait le courage d'assister à leur évolution, uniquement pour les surveiller, les diriger, les redresser à l'occasion, et non pour les maîtriser de vive force. Telles sont les fièvres éruptives modérées : rougeole, scarlatine, variole, érysipèle ; telle est, dans la plupart des cas, la fièvre typhoïde, cette variole interne, comme on l'appelle ; tel est encore l'ictère simple. Il en est probablement ainsi de la plupart des phlegmasies simples ; et dans ces derniers temps de hardis praticiens ont érigé l'expectation en précepte à l'égard du rhumatisme articulaire et même de la pneumonie. Peut-être ont-ils eu raison ; mais la timidité se résoudra difficilement à cette inaction ; la prudence même fait un devoir de combattre activement de graves affections dont les résultats peuvent être mortels ; enfin le public ne saurait comprendre cette haute stratégie : il aime les moyens d'action, et le praticien se voit forcé d'agir dans son propre intérêt de conservation, c'est-à-dire pour conserver la confiance de ses clients. Néanmoins il y aurait une curieuse étude et une intéressante statistique à faire sur les maladies qui guérissent mieux, c'est-à-dire plus souvent, plus promptement et plus innocemment sous l'influence de l'expectation que sous l'empire des remèdes actifs.

Ici se termine notre tâche, qui était de signaler rapidement et pour ainsi dire à vol d'oiseau les principaux éléments des erreurs en médecine pratique. C'en est assez, nous l'espérons, pour faire comprendre que tous nous nous trompons, par la raison toute simple que la science elle-même n'est pas infaillible et qu'elle comprend encore une foule de problèmes insolubles et de difficultés insurmontables. C'est au point, disions-nous, que, même dans les observations les plus scrupuleuses et les plus complètes, nous nous trompons toujours en quelque chose ; car, ainsi qu'on l'a vu, les piéges qui nous environnent sont innombrables et souvent inévitables. Soyons donc indulgents pour nos égaux, alors que, doués de lumières incontestables, il leur arrive de se tromper de bonne foi. Ne soyons sévères qu'à l'égard de l'ignorance avérée, de l'insouciance des intérêts sacrés de l'humanité et des coupables manœuvres du charlatanisme.

Or, pour mériter l'indulgence que nous prêchons ici, travaillons ardemment à nous instruire, de manière à pouvoir faire face aux difficultés qu'il est possible de vaincre, et soyons religieusement dociles à la voix du devoir. Deux mots suffisent à résumer les qualités du véritable médecin, ce sont les mots : science et conscience.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ESPÈCE DE LUXATION MÉCONNUE JUSQU'A CE JOUR : LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS SUR LE FIBRO-CARTILAGE INTERARTICULAIRE DU POIGNET ; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

(Suite et fin. — Voir les nos 41 et 42.)

CONSÉQUENCES FACHEUSES DE NOS FAUSSES THÉORIES ; ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE SUR CETTE QUESTION.

Les chirurgiens qui lisaient nos travaux sur la lésion dont je m'occupe en ce moment ne pouvaient accepter aucune de nos théories, et nos observations étaient perdues pour eux, parce que nous ne leur avions pas fait connaître une maladie qu'il leur fût possible de classer dans le cadre nosologique.

Aussi voyez où en sont, jusqu'à présent, les praticiens les plus haut placés et les auteurs les plus accrédités.

John Gardner raconte le fait suivant :

En septembre 1839, on apporte chez lui, comme affecté d'une fracture, un enfant atteint de ce déplacement. L'accident avait été produit par une violente traction sur le poignet, durant laquelle on avait ouï craquer quelque chose. Un examen attentif l'ayant édifié sur la nature du cas, Gardner voulut le montrer à Guthrie ; mais, comme Hale Thompson, collègue de Guthrie à l'hôpital de Westminster, demeurait près de chez lui, il fit porter l'enfant chez ce chirurgien, en le priant d'examiner l'état du membre. Après un examen sérieux qui fit souffrir beaucoup le petit malade, Thompson déclara qu'il n'y avait pas de déplacement osseux, et attribua la douleur à la distension et, peut-être, à la rupture des ligaments du poignet. Gardner voulut lui démontrer la nature de l'accident en en opérant devant lui la réduction ; mais Thompson s'y opposa, ne voulant pas, disait-il, permettre que chez lui des violences inutiles fussent exercées sur un membre malade ; il conseilla donc d'appliquer des attelles, des bandages, de faire des lotions froides, et renvoya l'enfant toujours fort souffrant. Je fus indigné de cette manière d'agir, dit Gardner, et revenant chez moi avec l'enfant, je réduisis la luxation en une seconde, et j'écrivis un mot à M. Thompson pour l'en informer. Il se rendit immédiatement chez moi ; nous examinâmes l'enfant ; il trouva le bras remis en parfait état, le petit malade le portant joyeusement sur sa tête, et s'écriant que M. Gardner l'avait guéri en une minute...... Thompson reconnut son erreur et offrit des excuses convenables à Gardner ainsi qu'aux parents de l'enfant. (DUBLIN JOURNAL, mars 1843.)

Ce qui est arrivé à Thompson aurait pu arriver à bien d'autres. Il est évident que nos maîtres les plus illustres n'ont pas connu ce déplacement, bien qu'il eût été signalé à plusieurs reprises depuis environ un siècle ; mais déroutés par les théories mal fondées des auteurs qui s'en sont occupés, ils ont méconnu la lésion et traité ces cas-là comme des entorses, erreur de diagnostic qui fort heureusement n'avait pas pour les blessés de graves conséquences, et ne les empêchait pas, ordinairement, de guérir en quelques jours.

Notre illustre maître Boyer voyait et observait bien ; cependant, comme il écrivait un livre didactique qui devait être complet, quand il n'avait pas observé une maladie, il la décrivait d'après les autres auteurs, en modifiant quelquefois un peu le tableau suivant les besoins de sa théorie. C'est ce qu'il fit quand il en vint aux luxations du radius. Boyer croyait peu à la luxation du radius en avant, ne croyait pas du tout aux luxations incomplètes des articulations énarthrodiales ; il parla de la fréquence de la luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière chez les enfants en bas âge qui subissent des tractions sur la main en pronation, du rétablissement immédiat des mouvements et de l'usage du membre après la réduction, si complet, que les enfants se servent volontiers de leur membre l'instant d'après, si l'on excite leur curiosité ou leur gourmandise (tome IV). Mais si on le lit avec attention, on se convaincra qu'il n'a pas décrit le déplacement d'après ses propres observations, mais qu'il a emprunté les détails descriptifs qui s'y rapportent à des auteurs qui avaient vu ce déplacement, qu'ils prenaient pour une luxation de l'extrémité supérieure du radius, notamment à Duverney et à Martin (de Lyon) (1). Boyer adapta, du reste, sa description et ses préceptes à ses vues théoriques, et partant de l'idée de la luxation complète, qui n'allait guère avec le rétablissement immédiat de l'usage du membre, prescrivit un traitement consécutif sévère et prolongé.

A. Cooper décrivit mieux que personne ne l'avait fait avant lui les vraies luxations de l'extrémité supérieure du radius, qu'il avait observées, mais ne dit pas un mot qui puisse se rapporter à la lésion qui fait le sujet de ce travail.

Et les auteurs en renom à l'école desquels se forment les générations médicales actuelles, ont-ils mieux connu ce déplacement ?

Voyez ce qu'en dit M. le professeur Nélaton. Après une analyse succinte de mon premier mémoire, publié en 1837, il doute de la réalité de la luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant ; quant au travail de M. Rendu, il ne paraît pas qu'il ait été lu par M. Nélaton ; mais ce chirurgien avait lu dans les ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE (1841, tome II, p. 77) deux observations qui en étaient extraites, et que, par mégarde, le rédacteur du journal avait présentées comme des cas de luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière, opinion qui n'était pas celle de l'auteur ; et jugeant les faits mal intepétés, M. Nélaton pense que M. Rendu n'a eu affaire qu'à des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus. Ce qui détermina l'opinion de M. Nélaton, ce fut, sans doute, le gonflement qui, dans les deux cas de M. Rendu, existait à la face dorsale du poignet, et la douleur que les petits malades ressentaient dans cette région.

Si le savant auteur des ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE eût lu avec attention les observations de M. Rendu, et les eût rapprochées de ma description générale, des faits de M. Gardner, et d'autres faits encore qui, à cette époque, avaient déjà été publiés par M. Perrin (de la Sarthe), il aurait sans peine reconnu qu'il s'agissait, dans tous ces cas, du même déplacement, quoique les faits identiques fussent interprétés de manière fort différente par MM. Gardner, Rendu, Perrin et par moi.

(1) Si l'on doutait que Boyer eût emprunté une partie de sa description à Martin, il suffirait pour s'en convaincre de lire la description de la luxation de l'extrémité supérieure du radius que Richerand donnait d'après les leçons de Boyer en l'an XI (1803), puis le mémoire de Martin (1809), puis enfin la description que Boyer a donnée de cette luxation dans son grand ouvrage dont les quatre premiers volumes ont paru en 1814, cinq ans après le mémoire de Martin.

M. le professeur Malgaigne, qui a étudié avec tant de soin les luxations, n'a pas mieux compris ce déplacement.

L'éminent professeur établissant sa description d'après des faits dont quelques-uns auraient dû être éliminés, voit dans ce déplacement une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant, laquelle aurait lieu chez les enfants en bas âge, par suite de tractions exercées sur le poignet, tandis que chez l'adulte et le vieillard, elle résulterait plutôt de chutes sur la main ou l'avant-bras. C'est ainsi que Duverney, au milieu du siècle passé, avait compris l'étiologie de la luxation du rayon. Pour M. Malgaigne, le signe pathognomonique de la lésion se trouve dans la saillie de la tête radiale en avant, avec une dépression correspondante en arrière, au-dessous du condyle huméral; il avoue cependant que souvent le déplacement est si léger qu'on a bien de la peine à le reconnaître, et que la saillie de la tête radiale est surtout difficile à distinguer à travers l'épaisseur des muscles épicondyliens; mais, dans ce cas, il explore attentivement le condyle en arrière, et reconnaît la dépression qui existe au-dessous de cette saillie osseuse. Enfin, dit-il, après la réduction, en tenant le pouce appliqué en avant sur la tête radiale, on sent manifestement qu'elle est reportée plus en arrière, et cette épreuve achève de lever tous les doutes.

M. Bourguet, étudiant les symptômes de cette lésion, a cru reconnaître une augmentation de volume de l'avant-bras à 3 ou 4 centimètres au-dessous du coude, un agrandissement du diamètre antéro-postérieur pouvant aller de 5 à 10 millimètres, un agrandissement du diamètre transverse de moitié moindre; mon collègue voyait dans ce symptôme une preuve en faveur de la théorie de l'accrochement de la tubérosité bicépitale derrière le bord externe du cubitus; M. Malgaigne admit l'existence de ce symptôme sans l'avoir constaté lui-même, et l'expliqua par le déplacement de la tête radiale en avant, semblable à celui qu'il avait trouvé à l'autopsie d'un vieillard mort quarante-sept jours après la réduction d'une luxation de l'extrémité supérieure du radius. Dans cette autopsie, lorsqu'on reproduisit le déplacement, la tête du radius appuyait par sa circonférence sur le bord antérieur de la petite cavité sigmoïde du cubitus, et par le bord de sa cupule sur le condyle de l'humérus, faisant ainsi saillie à la fois en avant et un peu en dehors, ce qui explique, suivant le professeur, l'agrandissement des deux diamètres de l'avant-bras signalé par M. Bourguet.

Cependant, bien qu'il n'ait pas rencontré souvent le déplacement en question, M. Malgaigne a signalé, ainsi que je l'ai dit plus haut, un symptôme négligé de nos jours, bien qu'il eût attiré l'attention de Monteggia il y a un demi-siècle, le craquement analogue à la crépitation des fractures, qui se produit dans les mouvements imprimés à la main, et que M. Malgaigne n'a pas distingué du claquement qui se fait sentir au moment où se produit le déplacement et au moment de la réduction.

Avec ses idées sur la luxation en question, M. Malgaigne devait croire, comme Boyer, à la nécessité d'un traitement consécutif; aussi a-t-il conseillé de tenir l'avant-bras demi-fléchi et en demi-pronation, assujetti par un bandage et une écharpe, pendant douze ou quinze jours chez les enfants, pendant vingt-cinq ou trente jours chez les adultes.

Plaçons maintenant en regard, dans un tableau comparatif, la symptomatologie de M. Malgaigne et celle des chirurgiens qui, depuis une vingtaine d'années, ont fait une étude spéciale de la lésion que nous étudions; nous ne retracerons dans ce tableau que les traits essentiels, caractéristiques.

SYMPTOMATOLOGIE.

D'après M. le professeur Malgaigne :	D'après les auteurs qui ont fait une étude spéciale de ce déplacement :
1° Cette lésion est très-rare.	1° Cette lésion est très-commune.
2° Tous les âges y sont exposés.	2° Elle ne se rencontre que chez les enfants en bas âge.
3° Elle se produit chez les enfants ou les adultes et les vieillards, par des mécanismes différents; chez les premiers, ce déplacement résulte de tractions exercées sur le poignet; chez les autres, il résulte, le plus souvent, de chutes sur la main ou l'avant-bras.	3° La seule cause déterminante est la pronation forcée de la main, combinée ou non avec une traction suivant l'axe du membre.
4° Le signe pathognomonique de cette luxation est la saillie de la tête du radius en avant, ordinairement appréciable, et, dans les cas où elle est masquée par l'épaisseur des muscles épicondyliens, une dépression toujours sensible en arrière, au-dessous de la petite tête de l'humérus.	4° Ce déplacement existe toujours sans la moindre déformation de l'articulation du coude. Son signe pathognomonique est la fixité dans la pronation, la résistance osseuse qu'on rencontre quand on veut ramener la main en supination.
5° La pression exercée sur l'articulation radio-cubito-humérale, dans le but de reconnaître la saillie de la tête du radius luxée, développe une douleur très-vive au niveau de la tête du radius et au-dessous (p. 650).	5° Des pressions exercées en tous sens sur l'articulation du coude n'y déterminent aucune douleur.
6° Traitement consécutif consistant à assujettir l'avant-bras en demi-flexion et demi-pronation, par un bandage et une écharpe, pendant douze ou quinze jours chez les enfants, et le double de ce temps chez les adultes.	6° Tout traitement consécutif est inutile.

Qui croirait que c'est le même déplacement qui est décrit dans les deux colonnes de ce tableau?

Évidemment si l'une des deux descriptions est vraie, l'autre est fausse. Pour moi, je garantis l'exactitude de la seconde colonne, et je suis sûr que les chirurgiens qui, dans ces derniers temps, ont, comme moi, étudié cette lésion, ne me démentiront pas.

Le tableau de M. Malgaigne est formé de la réunion des traits de deux déplacements bien différents; l'auteur l'a de plus arrangé, comme eût pu le faire un *cartésien*, de manière à l'adapter à sa théorie; mais à vrai dire il ne représente ni la luxation de la tête du radius en avant, ni l'autre lésion, dont je ferai bientôt connaître la nature.

Ainsi, tranchons le mot, bien qu'il ait observé quatre fois ce déplacement chez de très-jeunes enfants, M. le professeur Malgaigne ne l'a guère mieux connu que Boyer et M. Nélaton.

Seul parmi les auteurs modernes de traités généraux, Vidal (de Cassis), mettant à profit les travaux de ses contemporains, décrivit très-exactement cette lésion dans ses trois dernières éditions; mais il admit, avec nous, la théorie de la luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant, et en suite de cette théorie erronée, donna à cette luxation, dans le cadre nosologique, une place d'où il faudra la déloger.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite.)

III. NEW ORLEANS MEDICAL NEWS AND HOSPITAL GAZETTE.

PHYSIOLOGIE DE L'INTOXICATION; par M. L. CRAWCOUR, professeur de chimie et de médecine légale à la Nouvelle-Orléans.

Le mot *intoxication*, qui signifie *empoisonnement* dans notre langue, veut dire *ivresse* en anglais; mais le professeur Crawcour avertit qu'il étend ce terme à tous les degrés de stimulation, de sédation et de narcotisme. Ne nous bâtons pas de crier au paradoxe: tout stimulant finit par agir comme un sédatif, tout sédatif commence par agir comme un stimulant. Exemples: l'alcool et l'opium.

C'est qu'il y a, dans la stimulation comme dans la sédation, un agent commun qui produit les effets les plus opposés. Cet agent est l'*acide carbonique*.

Augmenter la formation d'un produit excrémentitiel dans l'organisme, pendant un temps donné, ou en empêcher l'excrétion, c'est arriver au même résultat, savoir, l'accumulation de ce produit dans l'économie.

Or, quelque moyen qu'on emploie pour amener l'*exhilaration*, la stimulation, ou le plus haut degré de l'ivresse, la sédation et le coma lui-même, ce moyen agit toujours en augmentant la production de l'acide carbonique ou en s'opposant à son excrétion; bref, en déterminant son accumulation dans le système.

Il est, d'autre part, facile de prouver que l'acide carbonique est capable de produire tous les effets ci-dessus indiqués, depuis l'exhilarité, degré le plus faible de l'ivresse, jusqu'au *coma* qui en est le summum, selon la quantité de ce gaz qui s'accumulera dans l'organisme. Il suffit de rappeler ici l'effet du vin de champagne. Eh bien! toutes les sub-

stances douées de propriétés exhilarantes ou stimulantes les doivent à l'acide carbonique qu'elles introduisent dans l'économie ou qu'elles y retiennent. Prenons pour exemple l'inhalation de l'oxygène pur et de l'oxyde d'azote. Ces deux gaz sont d'abord stimulants; le second a mérité le nom de *gaz hilarant*. Ils amènent rapidement le coma et la mort chez les animaux qui les ont respirés longtemps.

L'oxygène introduit en excès se combine d'abord avec une quantité un peu plus grande du carbone fourni par les tissus pour produire de l'acide carbonique. Bientôt les parties organiques, plus rapidement brûlées, fournissent un excès considérable d'acide carbonique; le coma et la mort par asphyxie en sont la suite. L'acide carbonique cristallise l'hématosine, et amène ainsi l'arrêt de la circulation dans les capillaires du poumon.

En vain objectera-t-on que la mort n'est pas due à l'acide carbonique, parce que le sang, après la mort, est rouge dans les vaisseaux. Orfila a prouvé que, dans l'empoisonnement par l'acide carbonique, la couleur noire du sang ne peut être considérée comme un phénomène constant et caractéristique de ce genre de mort. John Davy fait la même remarque.

D'ailleurs, l'oxygène n'est pas nécessairement la cause de la couleur rouge du sang, ni l'acide carbonique de sa couleur noire. Ces différences de coloration sont produites par un simple changement dans l'état moléculaire de ce liquide, et sont dues à une nouvelle condition allotropique. C'est ainsi, par exemple, que le bioxyde de mercure, le phosphore et le soufre changent de couleur par une simple transposition de particules sous l'action de la chaleur.

L'éther et le chloroforme entravent l'expiration de l'acide carbonique. Un chien qui exhale 10,1 parties d'acide carbonique à l'air pur, n'en émet plus que 4,8 dans un air chargé de vapeurs de chloroforme.

L'alcool produit une diminution semblable.

L'acide carbonique, retenu dans le sang quand ces substances sont introduites dans l'économie, s'y accumule de plus en plus, et il en résulte d'abord l'excitation, puis l'ébriété, puis le délire, puis le coma, et finalement l'asphyxie.

La strychnine, la brucine, l'acide hydrocyanique, la narcotine, le quinine et la morphine s'opposeraient, selon le docteur Halley, à l'expiration de l'acide carbonique. Toutes ces substances sont formées d'une énorme quantité de carbone.

Le docteur Brown-Séquard témoigne en faveur des propriétés stimulantes de l'acide carbonique. Le sang artériel, dit-il, conserve et maintient les propriétés vitales des tissus; il ne saurait les mettre en action. Le sang veineux seul est capable de stimuler un muscle irritable, d'exciter un centre nerveux; il produit ici la contraction, là une action réflexe.

Or la différence entre le sang artériel et le sang veineux consiste uniquement en ce que ce dernier contient plus d'acide carbonique et moins d'oxygène que le premier. Les propriétés stimulantes du sang veineux ne doivent donc être rapportées qu'à l'excès d'acide carbonique qu'il renferme.

RECHERCHES SUR LA NATURE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur HENRY CAMPBELL, M. D. à Augusta.

Le docteur Campbell, résumant les faits anatomiques et physiologiques les plus saillants, fournis par l'étude du grand sympathique, et les rapprochant des symptômes que présentent les affections typhoïdes, est amené à cette conclusion : *La fièvre typhoïde et le typhus dépendent d'une altération du système nerveux ganglionnaire.*

1° En effet, ce système anime les muscles de la vie organique : le cœur, les tuniques musculaires des intestins; et dans la fièvre typhoïde, la fréquence des battements du cœur est accrue, leur force diminuée, leur régularité atteinte; donc l'innervation du cœur est altérée. Les muscles de l'intestin ont perdu leur tonicité, et nous avons le météorisme.

2° Le grand sympathique préside à la nutrition et aux sécrétions, par conséquent aux phénomènes de circulation capillaire. De là les congestions, les ramollissements, les ulcérations, en rapport avec les portions lésées du sympathique et les parties où il se distribue avec le plus d'abondance. La diarrhée, les suffusions sanguines, les hémorrhagies sont dues à la même cause.

3° Le typhus et la fièvre typhoïde sont dus tous deux à une maladie du système nerveux ganglionnaire; la différence de leur expression symptomatique est donnée précisément par la différence de siége de cette altération.

Dans la fièvre typhoïde, les ganglions *viscéraux isolés*, comme le semi-lunaire, sont le siége de l'action morbide; dans le typhus, les ganglions *vertébraux* sont affectés.

4° Le docteur Campbell corrobore ses assertions des observations de Lobstein et de M. Arronsohn, qui ont noté la diarrhée chez des sujets atteints de lésion des ganglions semi-lunaires; il rappelle aussi que le professeur Autenrieth (de Tubingen), a vu les nerfs ganglionnaires abdominaux quelque peu altérés chez les sujets morts de fièvre typhoïde.

Les déductions pratiques de cette théorie sont les suivantes : dans le traitement de cette classe de fièvres, il faut avoir soin d'augmenter la tonicité du système nerveux; toute mesure débilitante, toute déplétion par la saignée ou les purgatifs doit être scrupuleusement évitée; il faut s'adresser à des moyens tout opposés.

DE L'ACCLIMATATION; LES NÈGRES SONT-ILS SUJETS A CONTRACTER LES FIÈVRES ENDÉMIQUES OU SUD? par M. E. D. FENNER.

En Amérique, aussi bien qu'en Europe, les opinions sont divisées sur ce sujet difficile. Les doutes sont aisés à résoudre en apparence; demandez aux gens du pays, aux médecins qui y pratiquent si l'on s'acclimate, ils répondront certainement par l'affirmative. Malheureusement, les médecins étrangers à la localité suspecte sont généralement d'un avis contraire. On juge souvent mieux de loin que de près. Sir Gilbert Blanc dit que des gens instruits et même des médecins niaient énergiquement l'insalubrité de l'île de Walcheren. Les soldats ne devaient leurs maladies qu'au mépris des règles de l'hygiène.

Il en est de même à peu près partout : le docteur Nott, le savant auteur d'un livre sur les *races indigènes*, est d'un État du Nord, il n'a point à ménager l'amour-propre des États du Sud, il s'exprime ainsi au sujet de l'acclimatation :

« Les faits sont si évidents, si universellement admis, que je serais véritablement en peine de choisir entre tant de témoignages qui prouvent qu'il n'y a pas d'acclimatation contre les fièvres endémiques de nos districts ruraux. N'est-ce pas la préoccupation constante des populations du Sud que de chercher les moyens de préserver leur santé? Est-ce que toute personne prudente n'émigre pas en été vers les localités salubres, les sapinières ou les montagnes? Ceux de la dixième génération négligent-ils plus cette précaution que les hommes de la première? Les livres écrits dans le Nord parlent beaucoup de l'acclimatation dans le Sud; mais on n'a jamais entendu parler en cela que *des villes à fièvre jaune*. Nous savons, au contraire, que les générations qui se succèdent dans les contrées à malaria finissent par être complétement empoisonnées et qu'elles montrent les mille affections protéiformes qu'engendre cet insidieux toxique.

» J'ai été pendant plusieurs années le médecin de plusieurs *compagnies d'assurance sur la vie*. L'une des questions posées dans la police est celle-ci : *Le sujet est-il acclimaté?* S'il vit dans un port du Sud où règne la fièvre jaune, qu'il y soit né ou domicilié depuis longtemps, ou s'il a eu une attaque de fièvre jaune, je réponds : *oui*; mais s'il habite la campagne, je réponds : *non*, parce qu'il n'y a *pas d'acclimatation contre les fièvres intermittentes et bilieuses, et les autres maladies palustres.*

» Maintenant, je demande s'il y a eu dans le Sud un médecin observateur et expérimenté qui veuille répondre autrement. »

Le professeur Fenner répond à ce défi. Il est vrai qu'il admet que la fièvre jaune est de nature palustre, qu'elle n'est qu'une des formes des fièvres limniques, et qu'on peut avoir plusieurs fois la fièvre jaune. Mais de fortes attaques des formes les plus graves des rémittentes et de la fièvre jaune semblent assurer à l'individu atteint une sorte d'immunité contre des attaques ultérieures; cependant les accès d'une forme plus légère, comme des simples intermittentes par exemple, n'assurent point une telle immunité; au contraire, s'ils se renouvellent ils amènent des engorgements spléniques et créent une tendance aux récidives. Le terme *acclimatation* est toutefois aussi familier aux habitants du sud de la vallée du Mississipi qu'aux citoyens de New-Orleans; il sert à exprimer la même idée : que des personnes qui viennent du Nord s'établir dans le pays sont très-sujettes aux fièvres pendant les deux ou trois premières années, et qu'après ce temps elles en demeurent tout à fait exemptes. Ce fait est commun aux nègres et aux blancs.

Il est si bien connu qu'il produit une différence considérable dans le prix des nègres et même des chevaux et des bestiaux. Un nègre, un cheval, une vache laitière acclimatée, se payent beaucoup plus cher que s'ils ne le sont pas.

« Convaincu, comme nous le sommes, que la fièvre jaune n'est qu'une des formes de la fièvre palustre endémique qui se montre pres-

que tous les ans dans cette ville, nous pouvons établir que les personnes qui en ont eu une attaque grave ou même légère, pendant des épidémies graves, sont certainement à l'abri de nouvelles attaques, surtout si elles continuent à résider dans les mêmes localités. »

Cette proposition nous paraît décider le débat contre M. Fenner; du moment qu'il confond la fièvre jaune avec la fièvre palustre, il doit avoir sur la valeur et la portée du terme *acclimatation* des idées fort différentes de M. Nott.

On s'acclimate pour la fièvre jaune, en ce sens qu'une attaque de cette maladie préserve presque à coup sûr d'une seconde attaque.

On ne s'acclimate pas aux fièvres palustres, aux miasmes marématiques, précisément parce qu'une première attaque prédispose presque à coup sûr à des attaques subséquentes qui aboutissent alors fatalement à la cachexie.

EFFETS GÉNÉRAUX PRODUITS PAR DES SUBSTANCES INTRODUITES DANS L'URÈTRE; par M. J.-L. CRAWCOUR, professeur de chimie et de médecine légale à l'École de médecine de Nouvelle-Orléans.

Si l'on introduit dans le canal de l'urètre une sonde dont l'extrémité est enduite d'une pommade contenant de la morphine ou de l'atropine, on produit instantanément sur l'organisme les effets physiologiques propres à ces agents; bien que l'expérience soit faite de manière à n'en mettre en contact avec les tissus qu'une quantité très-minime et pendant un temps fort court.

Ce fait confirme, par un nouvel exemple, l'activité extrême de ces deux substances, et révèle l'incroyable facilité d'absorption dont paraît douée certaine portion du canal de l'urètre.

Ce qu'il y a de très-remarquable encore, c'est que ce pouvoir absorbant est tout à fait limité à la partie prostatique et au col de la vessie, car il est nul dans le reste du canal et dans la vessie elle-même.

Des expériences pratiquées par le professeur Crawcour, sur lui-même, mettent cette particularité hors de doute.

Cette découverte n'est pas sans importance pratique, car elle permet de faire pénétrer dans l'organisme d'une manière aussi sûre que rapide des médicaments, dans les cas où ils n'auraient pu y être introduits par d'autres voies, et il est évident que l'atropine et la morphine ne sont pas les seules substances capables d'être absorbées de la sorte. Quant à la rapidité de l'effet physiologique produit dans cette circonstance, on peut le rapprocher de la soudaineté d'action de ces mêmes substances injectées dans le tissu cellulaire hypodermique par la méthode de M. Wood (d'Edimbourg), sur laquelle M. le docteur Béhier a appelé récemment l'attention en France.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

COMPOSITION DES EAUX COURANTES EN LOMBARDIE, CONSIDÉRÉES RELATIVEMENT A L'INFLUENCE QU'ON PEUT LUI ATTRIBUER SUR LA PRODUCTION DU GOITRE. Recherches de M. DEMORTAIN, transmises par M. le maréchal Vaillant.

Lettre de M. le maréchal VAILLANT à M. le président de l'Académie.

M. Demortain, pharmacien en chef de l'armée d'Italie, m'a fait parvenir un travail sur les eaux des fleuves et rivières que nous avons rencontrés dans notre campagne. Ce travail a pour objet l'analyse de ces eaux au point de vue de leur action sur la production des goitres, affection si commune en Lombardie.

J'ai pensé que les recherches auxquelles M. le docteur Demortain s'est livré pourraient avoir leur utilité pour la solution d'une question souvent traitée, mais peut-être encore un peu obscure : je prends la liberté de vous adresser le travail que j'ai reçu, et auquel vous donnerez telle destination que vous jugerez convenable.

Extrait de la note de M. DEMORTAIN.

« J'ai pensé que la pharmacie militaire pourrait, en Lombardie, comme elle l'avait fait dans la campagne de Crimée, payer son tribut à la science, et avancer peut-être la solution d'une question d'étiologie, grosse de discussions déjà, mais toujours indécise. Comme la qualité des eaux a toujours fait une grande partie des frais des discussions sur l'étiologie du goître, je voulais, aidé du secours de l'appareil hydrotimétrique de Boutron et Boudet, faire déterminer la nature et la qualité des eaux de toute la Lombardie, et particulièrement de celle de ces pays que nous avons parcourus, et où le goître est endémique.

» La rapidité des marches et les exigences toujours pressées de notre service ont mis obstacle à tout travail d'analyse, mais elles nous ont laissé le temps de récolter les eaux des rivières, des sources et des puits. Nous sommes revenus de Valeggio à Milan riches de trente échantillons pris sur notre route, et depuis notre séjour ici toutes ces analyses ont été faites, plusieurs sous mes yeux, par deux de mes camarades, MM. Brauwers et Villard, tous deux attachés à l'ambulance du grand quartier général. C'est le résultat de ce travail que j'ai l'honneur de vous adresser aujourd'hui. Ce n'est qu'une série d'analyses faites par les procédés ordinaires de l'hydrotimètrie, mais faites avec un grand soin; et cette échelle de composition des eaux qui servent aux usages des populations parmi lesquelles le goître est endémique offrira peut-être de l'intérêt.

» Le tableau qui résume toutes ces analyses est destiné à la Société d'hydrologie médicale de Paris. J'ose espérer, monsieur le maréchal, que vous ne verrez pas d'indiscrétion dans la pensée qui me dirige en le soumettant tout d'abord à votre savante appréciation. Deux faits vous frapperont dans ce tableau : le premier, l'*absence* absolue de sels de magnésie dans les eaux des localités où nous avons observé le plus de goîtreux : Cassano, Gorgonzola, Crescenzago, etc.; le deuxième, l'absence simultanée du chlore. Il y a dans ces eaux si peu de chlorures, que pour en découvrir des traces j'ai été obligé de faire recommencer plusieurs expériences, et d'agir sur de grandes quantités. Ici, comme nous attachions une grande importance à cette constatation, nous ne nous sommes plus bornés à l'emploi des agents hydrotimétriques, mais nous avons opéré, comme on le fait d'ordinaire pour la recherche du chlore, avec l'azotate d'argent et l'acide azotique.

» Par contre, toutes ces eaux sont dures, et, nous le savions d'avance, elles cuisaient mal nos légumes et ne savonnaient pas. Toutes, en effet, accusent de notables proportions de carbonate et de sulfate de chaux, et, plusieurs, dépouillées de ces sels et d'acide carbonique, semblent en vérité de l'eau pure, de l'eau distillée; enfin, monsieur le maréchal, je dois ajouter que beaucoup d'entre elles, celles de Brescia par exemple, n'ont donné qu'un très-faible volume d'air. »

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Dumas, Pelouze, Velpeau.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

NOUVEAU CAS D'HÉMORRHAGIE CÉRÉBELLEUSE TERMINÉE PAR LA GUÉRISON; PLUS TARD ATTAQUE D'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE; MORT; CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC PORTÉ A LA PREMIÈRE ATTAQUE; par M. HILLAIRET.

Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie pour le concours des prix, j'ai été conduit, par l'étude des faits cliniques que j'avais observés, à poser des conclusions parfaitement semblables à celles que M. Flourens a déduites il y a déjà longtemps de ses expérimentations sur les animaux vivants, et que d'autres observateurs, parmi lesquels M. Bouilland, ont corroborées par des recherches nouvelles et nombreuses.

Un vieillard de 79 ans, d'une très-bonne constitution, grand, maigre et se portant toujours bien, fut pris au milieu de la nuit du 16 janvier 1859 d'une attaque violente. Il se redressa sur son lit et retomba incliné sur le côté droit en poussant des cris plaintifs et fut pris de vomissements incoercibles qui durèrent pendant quatre ou cinq jours, durant lesquels, malgré l'état comateux, son intelligence resta intacte. Il accusa, dans les premiers jours, de la céphalalgie générale, principalement dans tout le côté droit de la tête; il resta dans le décubitus sur le côté droit, le corps subissant une espèce de mouvement de rotation; si on le remuait pour le mettre sur le dos, les vomissements ou seulement des nausées se montraient.

Le malade pouvait agiter tous ses membres, les porter dans la direction qu'on lui indiquait et les soutenir élevés au-dessus de son lit, mais il lui était impossible de rester même sur son séant. La sensibilité était conservée, elle fut passagèrement exaltée quelques jours plus tard.

Le visage avait un air d'hébétude tout particulier. Plus tard la céphalalgie se limita à la région occipitale droite et disparut au bout de quinze jours; les vomissements et les nausées cessèrent ainsi que l'état comateux. Je voulus alors faire lever le malade; mais, bien qu'il agitât parfaitement ses membres dans le décubitus dorsal, il ne put se tenir seul debout; il tombait en avant et sur le côté droit. S'il voulait essayer de faire un pas étant soutenu, ses membres inférieurs se portaient dans des directions tout autres que celles qu'il voulait leur donner.

Peu à peu cependant tous ces phénomènes disparurent, et la station, l'équilibration et la progression purent s'effectuer assez bien, puisque le malade partit après deux mois de l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes) pour rentrer dans sa salle.

Dès le début des accidents j'avais diagnostiqué, en présence des élèves du service, une hémorrhagie cérébelleuse.

En septembre dernier, le malade fut atteint d'une hémorrhagie cérébrale violente qui l'enleva en quelques jours. Il fut paralysé du côté droit et à l'autopsie, outre un vaste foyer hémorrhagique récent, siégeant dans la couche optique gauche, j'ai pu constater un ancien foyer hémorrhagique cicatrisé dans le centre de la substance blanche de l'hémisphère cérébelleux droit.

Je borne cette communication à la simple analyse des principaux phénomènes survenus chez ce malade.

On remarquera que ce fait confirme de tout point les savantes recherches de M. Flourens et les assertions que j'ai émises dans mon précédent mémoire.

BRISE-PIERRE SÉCATEUR.

M. le docteur Guillon adresse la lettre suivante à l'Académie des sciences :

« J'ai fait confectionner, dernièrement, un *brise-pierre sécateur* qui manquait à notre chirurgie française, et avec lequel on peut morceler très-rapidement, pour les pulvériser ensuite, ces volumineux calculs vésicaux qui nécessitent toujours l'opération de la taille.

» Comme je ne dois pas, sans l'avoir suffisamment expérimenté, joindre cet instrument aux travaux en lithotripsie que j'ai eu l'honneur de vous adresser pour le concours Montyon de 1859, je viens vous prier d'avoir la complaisance de faire renvoyer ces mêmes travaux au concours Montyon de l'année 1860.

» J'ose espérer que votre illustre compagnie, qui a daigné me décerner deux encouragements pour les perfectionnements que j'ai introduits dans l'art de détruire la pierre dans la vessie,—le premier en 1847, et le deuxième en 1850, — reconnaîtra que, depuis cette dernière époque, j'ai encore notablement perfectionné la lithotripsie, en même temps que j'en ai étendu l'application.

» Avec ce *brise-pierre sécateur à levier, qui divise le marbre en fragments*, un calcul vésical de 9 à 10 centimètres de diamètre peut être morcelé très-rapidement dans une première séance; et, en une ou deux autres séances, quelquefois trois, de quatre à cinq minutes chaque, on réduit les fragments en poudre, à l'aide de mon *brise-pierre pulvérisateur;* puis, comme cela a lieu ordinairement, cette poudre lithique est entraînée au dehors, naturellement par l'urine ou par des injections faites à l'aide de ma sonde évacuatrice.

» Le renvoi que je sollicite, monsieur le secrétaire perpétuel, me permettra de faire imprimer un mémoire dans lequel sont exposés les perfectionnements que j'ai introduits dans la lithotripsie depuis 1833 jusqu'à ce jour.

» En outre, ce travail démontrera que j'ai complétement atteint le but proposé par M. Dupuytren, en 1833, dans un rapport qu'il a fait à l'Académie des sciences, puisque, à l'aide de mes *brise-pierres à levier*, — sans aucun moyen contentif, — et par simple pression, — on détruit dans la vessie, — ordinairement en une ou deux séances de cinq minutes, un calcul vésical qui, avec les autres brise-pierres, nécessiterait dix ou vingt séances d'égale durée. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Quatre rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales des départements de l'Ariége sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1857.

2° Un rapport de M. Niepce, médecin inspecteur des eaux minérales d'Allevard (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

3° Un mémoire de M. le docteur Jobert de Guyonvelle sur les maladies qu'il a traitées de 1833 à 1858 dans le canton de la Ferté-sur-Amance.

4° Un rapport de M. le docteur Gonpil sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans l'arrondissement de Ploermel depuis plusieurs mois. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une note relative à la description d'un nouveau plessimètre, par M. Jules Thénier, étudiant en médecine. (Commissaires, MM. Barth, Kerkaradec et Piorry.)

2° Un pli cacheté, contenant une note sur quelques points de la thérapeutique chirurgicale des affections des voies urinaires, par M. Mathieu, fabricant d'instruments. (Accepté.)

— M. Rilliet (de Genève) adresse une lettre sur la valeur du bruit de souffle céphalique comme symptôme du rachitisme.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre adressée par M. Leudet (de Rouen), à l'occasion de la note de M. Nonat sur la chloro-anémie des enfants. L'auteur revendique en faveur de M. Ward-Ogier (de Birmingham) l'honneur d'avoir signalé le premier la fréquence du bruit de souffle chez les enfants dans un mémoire publié en 1851 dans le Provincial medical and surgical journal. (Commission déjà nommée.)

— M. le Président, sur la demande de M. le docteur Delcaux, ouvre un pli cacheté déposé par ce médecin dans la séance du 3 juin 1856, et fait connaître le contenu de la note qui y est renfermée; elle est relative à l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer.

— M. le Secrétaire perpétuel communique un résumé sommaire d'une lettre de M. le docteur Noyer, médecin en chef de l'hôpital civil de Vichy, ancien maire de cette ville, répondant aux arguments de M. Devergie, que si l'administration municipale s'occupe du projet d'amener dans l'intérieur de Vichy les eaux de l'Allier, ce n'est point parce que les anciennes eaux sont insalubres, mais uniquement parce qu'elles sont devenues insuffisantes, vu l'accroissement de la population. (Commission des eaux minérales.)

Après de courtes observations de MM. Devergie et Ferrus qui maintiennent leur dire, M. Boullaye monte à la tribune et propose, au nom de la commission des eaux minérales, de demander à M. le ministre l'envoi à l'Académie d'échantillons authentiques des eaux des différentes fontaines publiques et des puits des principaux hôtels de Vichy, pour qu'elles soient analysées dans le laboratoire de l'Académie. (Adopté.)

M. le Président annonce que, deux places étant devenues vacantes dans la section de physique et de chimie médicale, par suite de la mort de MM. Burdin et Soubeiran, la section devra se réunir prochainement pour présenter une liste de candidats à l'une de ces places.

CURABILITÉ ET TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

M. Piorry continue et termine la lecture de son mémoire sur la phthisie et son traitement. L'auteur, après avoir exposé la méthode d'après laquelle il prescrit l'iode aux phthisiques, examine successivement les questions suivantes : — Les tubercules sont-ils susceptibles de guérison? — Les tubercules une fois développés peuvent-ils se guérir par dessiccation? — Lorsque les tubercules sont ramollis et évacués, lorsque des matières pyoïdes mélangées d'air séjournent dans des cavernes irrégulières, multiples et s'y putréfient, que convient-il de faire? Puis il résume l'ensemble de son travail dans les conclusions suivantes :

1° Les symptômes désignés sous le nom de phthisie pulmonaire appartiennent à des états morbides divers, qui souvent ne sont pas des affections tuberculeuses.

2° Ces symptômes sont en général ceux de la septico-pyémie chronique ajoutés à ceux d'une affection lente des organes pulmonaires.

3° Il y a un traitement et non pas un remède à employer contre la pneumophymie, c'est-à-dire contre la tuberculisation des poumons.

4° Ce traitement varie en raison des états organiques qui dans la pneumophymie se succèdent ou qui coexistent.

5° Les indications thérapeutiques découlent ici des états pathologiques existants.

6° C'est sur une diagnose anatomique et physiologique très-exacte que le traitement général de la pneumophymie peut se fonder.

7° Des soins hygiéniques convenables, des moyens propres à favoriser l'expectoration, sont les agents les plus propices pour prévenir le développement des tubercules pulmonaires.

8° Il est possible que les tubercules à l'état initial soient susceptibles de rétroactivité et par conséquent de disparition.

9° Il est certain que la respiration profonde et réitérée diminue tout d'abord l'étendue des indurations pulmonaires chroniques.

10° La respiration des vapeurs d'iode, qui n'a pas d'inconvénient alors que l'on prend pour la faire pratiquer les précautions convenables, diminue l'étendue du mal et améliore sensiblement l'état du malade.

11° L'action de fumer l'iode, quel que soit l'appareil que l'on emploie, est infiniment moins avantageux que les simples inspirations de vapeurs iodiques.

12° L'une des premières indications dans les cas de cavernes tuberculeuses est d'évacuer la matière pyoïde qui se putréfie, se décompose dans les cavernes, cause ainsi la septico-pyémie, et qui oblitérant les canaux aériens, cause la mort.

13° Le contact des crachats purulents avec la membrane gastro-entérique, paraît causer en partie la diarrhée des pneumo-phymiques, qui ne doivent pas en conséquence avaler les crachats qu'ils expectorent.

14° Les vapeurs oléo-iodiques de teinture d'iode, ou même simplement alcooliques, sont utiles pour empêcher le pus des cavernes de se putréfier et de causer la septico-pyémie chronique; elles le sont encore pour obtenir la cicatrisation des phymopsies.

15° La compression des cavernes pulmonaires superficielles peut avoir de l'utilité.

16° Le temps et la pratique éclairée par la diagnose positive et mathématique, apprendront si l'on peut dans quelque cas ouvrir utilement certaines cavernes pulmonaires pour injecter de l'iode.

17° Le phosphate de chaux peut avoir de l'avantage pour augmenter la tendance des tubercules à devenir crétacés et inoffensifs.

18° Enfin une hygiène bien entendue, une nourriture réparatrice et l'usage modéré et prudent du fer, la respiration d'un air pur et qui ne soit pas froid et humide sont, dans la curation de la pneumophymie, des moyens de premier ordre et que l'on ne doit jamais négliger de prescrire.

TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES.

M. le professeur Gosselin donne lecture d'un travail intitulé : Études cli-

NIQUES SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE PAR LE TAXIS, ET EN PARTICULIER PAR LE TAXIS FORCÉ ET PROLONGÉ.

Sur 85 malades atteints de hernie étranglée, auxquels il a été appelé à donner des soins, M. Gosselin en a traité lui-même 35 par le taxis, et le plus souvent par le taxis forcé, prolongé de 20 à 60 minutes. Sur 19 d'entre eux la hernie était inguinale, sur 13 elle était crurale, sur les 3 autres elle était ombilicale.

Voici quels ont été les résultats : pour les hernies inguinales 17 ont été guéries sans accidents, et promptement, 2 n'ont pu être réduites, malgré les efforts qui ont été faits, et ont été opérées plus tard. Pour les hernies crurales 7 ont été guéries, 4 n'ont pu être réduites et ont été opérées avec succès, une n'a pu être réduite et n'a pas été opérée parce que la malade s'y est refusée obstinément, une autre s'est terminée par la mort après réduction d'un intestin qui était perforé, quoique l'étranglement datât de onze heures seulement. L'autopsie a permis de reconnaître que dans ce dernier cas l'étranglement avait porté sur une anse incomplète, c'est-à-dire non accompagnée par le mésentère, et à ce propos l'auteur appelle l'attention sur trois points importants : 1° la rapidité plus grande de la gangrène et de la perforation sur ces anses incomplètes ; 2° la fréquence plus grande de l'anse incomplète dans la hernie crurale, où il l'a rencontrée quatre fois, que dans la hernie inguinale sur laquelle il n'a pas encore eu l'occasion de la rencontrer ; 3° la difficulté d'établir positivement le diagnostic de cette variété de hernie, lorsque la tumeur a, par suite de l'épanchement séreux ou consistant, un certain volume, lacune regrettable ; car si le chirurgien pouvait distinguer la présence d'one anse incomplète, il serait autorisé à ne pas prolonger autant les tentatives de taxis, et à opérer plus promptement. Pour les hernies ombilicales, la guérison a eu lieu dans les trois cas sans accident.

Dans la plupart des observations, l'étranglement était récent et datait de douze à soixante-dix heures pour les hernies inguinales, de douze à trente-six pour les hernies crurales. M. Gosselin pense que ces dernières ne doivent pas être soumises au taxis aussi tard que les premières, parce que l'expérience a démontré que la gangrène y survenait plus rapidement, surtout dans le cas d'anse incomplète.

Après l'exposé des résultats qu'il a obtenus par le taxis, M. Gosselin indique la manière dont il a procédé. Il n'a pas employé les moyens préparatoires ou préalables conseillés par la plupart des auteurs, tels que les bains, les sangsues, les lavements de tabac, etc. ; il est convaincu que ces moyens ajoutent peu à l'efficacité du taxis et ils ont l'inconvénient de faire perdre un temps précieux. Mais il a soumis la plupart des malades à l'anesthésie au moyen de chloroforme. Il pense que le sommeil anesthésique est utile, en ce qu'il permet au chirurgien d'employer plus de force, et de n'être pas arrêté, malgré lui, par les souffrances et les cris du patient.

Il a d'ailleurs commencé toujours par des pressions douces et modérées, puis, lorsque la réduction n'était pas obtenue au bout de cinq ou six minutes, il a augmenté la force des pressions, en les exécutant avec les deux mains, se penchant au-dessus du malade pour ajouter une partie du poids de son corps, souvent enfin faisant placer au-dessus de ses mains celles d'un aide vigoureux, de manière à faire ce qu'il appelle le taxis à quatre mains. Il a continué ces manœuvres pendant vingt, trente, quarante et cinquante minutes, et ne s'est arrêté que quand la hernie s'est trouvée réduite, ou quand la résistance était restée telle, au bout de ce temps, que l'étranglement lui a paru invincible par ce moyen.

L'auteur appelle ensuite l'attention sur un phénomène qui l'a frappé dans plusieurs de ses observations, c'est l'apparence de réduction. La hernie avait assez diminué de volume pour faire croire que l'intestin au moins avait été réduit, et que l'épiploon seul restait dans le sac herniaire.

Viennent ensuite les apparences de non-réduction qui trompent moins souvent les observateurs exercés.

Enfin, M. Gosselin en comparant ses observations à celles qui ont été publiées par M. Malgaigne comme des exemples d'inflammation du sac herniaire sans étranglement, affirme qu'il ne s'agissait ni de simples épiplocèles, ni de ces grosses hernies inguinales ou ombilicales qui, en effet, ne réclament pas habituellement l'intervention de la chirurgie active, mais qu'il s'agissait de hernies intestinales ou intestino-épiploïques positivement étranglées, et dans lesquelles la constriction, consécutive ou non à l'inflammation, était la lésion capitale, celle contre laquelle il importait de lutter.

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes : « Il résulte » donc de tout ce qui précède que le taxis forcé est moins dangereux et plus » utile que ne l'ont cru beaucoup de chirurgiens, et qu'il peut être tenté » sans crainte dans les soixante-dix premières heures sur les hernies cru- » rales et ombilicales.

» J'ajouterai que pour moi le traitement de l'étranglement herniaire est » essentiellement chirurgical et doit consister dans l'emploi immédiat du » taxis, lorsqu'il est possible, ou dans l'opération, lorsque la prudence ne » permet plus le taxis. Je n'admets la temporisation que dans les cas où, le » diagnostic n'étant pas suffisant, on a besoin pour s'éclairer de donner » un purgatif.

» Quant aux autres moyens conseillés par les auteurs avant d'en venir à » l'opération, bains, sangsues, lavements de tabac, glace sur la tumeur, » belladone, café, etc., je ne les emploie que dans les cas encore trop fré- » quents, où les malades ne veulent consentir ni aux manœuvres du taxis, ni » à celles de l'instrument tranchant. Lorsqu'on me laisse libre d'agir je les » rejette absolument ; et si l'on m'objecte qu'ils ont réussi dans certains cas, » je réponds que le taxis, bien fait, aurait réussi de même, et qu'en outre » ce dernier réussirait dans un bon nombre de cas où les moyens précédents » échouent. » (Commissaires, MM. Malgaigne, Velpeau et Robert.)

Le travail de M. Gosselin est renvoyé à une commission composée de MM. Malgaigne, Velpeau, Robert.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

SUL DIABETE E SULLA SACCARIFICAZIONE ANIMALE MORBOSA (SUR LE DIABÈTE ET SUR LA SACCHARIFICATION ANIMALE MORBIDE) ; — SULLA FORMAZIONE PER METAMORFOSI REGRESSIVA DELLO ZUCCHERO E DELL' AMIDO, OSSIA SULLA DEGENERAZIONE ZUCCHERINA ED AMILACEA NEL CORPO UMANO (SUR LA FORMATION DE L'AMIDON ET DU SUCRE PAR MÉTAMORPHOSE RÉDUCTIVE, OU SUR LA DÉGÉNÉRATION SACCHARINE ET AMYLACÉE DANS LE CORPS HUMAIN) ; — ULTERIORI STUDI SUI PROCESSI ASSIMILATIVI (ÉTUDES ULTÉRIEURES SUR LES PROCÉDÉS DE L'ASSIMILATION) ; del dottore BENVENISTI. — Padoue, 1858.

Les titres mis en tête de ces trois mémoires indiquent assez et leur sujet et leur importance. Ils ont pour but simple et net la révision absolue des théories ayant cours aujourd'hui sur la nutrition. C'est un nouvel essai physiologique sur la digestion dans les secondes voies. L'auteur s'y attaque donc au cœur même de la physiologie.

Ce n'est pourtant que graduellement et comme entraîné par la logique des déductions que la formule de M. le docteur Benvenisti prend une extension aussi vaste. Les deux derniers mémoires sont une conséquence naturelle du premier, et dans la voie qu'il parcourt maintenant, notre confrère n'est certainement pas près de s'arrêter. Nous dirons plus loin le sens que renferme cette minime critique.

Le point de départ du savant médecin de Padoue est des plus justifiés par l'état actuel de la science. Il a pour objet l'étude d'une maladie contre laquelle l'art est plutôt faible qu'armé, malgré toutes les recherches savantes qui ont cru en avoir apporté la clef, et qui est à elle seule un des sujets les plus intéressants que puisse aborder le physiologiste : nous voulons parler du diabète.

Qu'est-ce que le diabète, en tant que principe morbide ? A quelle loi faussée de l'économie physiologique répond cet ensemble symptomatologique que chacun connaît, et que, par conséquent, nous ne retracerons pas ici ? Voilà une grande question, d'autant plus opportune qu'elle a reçu plus de solutions opposées. Ces solutions on les connaît aussi, et cependant nous les rappellerons brièvement, il est bon de les avoir sous les yeux comme point de comparaison avec les propositions nouvelles dont nous allons avoir à parler dans un instant.

Ce sont d'abord : la présence dans l'estomac d'un excès de ferment glycogénique (Bouchardat) ; une cardialgie saccharigène (Polli) ; la même propriété rapportée à un échelon plus bas dans les premières voies, c'est-à-dire au tube intestinal lui-même (Dezeimeris) ; une diminution dans les facultés comburantes du système de forces vitales préposées au maintien de la chaleur animale, particulièrement dans le poumon (Reynoso) ; l'acidité ou l'insuffisance de l'alcalinité du sang amenant chimiquement ce même défaut de combustion des aliments dits respiratoires (Mialhe) ; enfin l'exagération morbide de la production de la matière glycogénique que le foie a la faculté de sécréter (Cl. Bernard).

Tels sont, en effet, en bloc, les titres principaux auxquels se rattachent les principales explications proposées pour donner une idée du mécanisme physiologico-pathologique de cette grave perturbation de la nutrition.

L'auteur les discute toutes, et montre le côté faible de chacune : c'était un premier travail nécessaire pour justifier la production d'idées nouvelles sur ce sujet. Si nous voulions reproduire ici la discussion, qui ne fait d'ailleurs que rappeler celles connues déjà des adversaires de chaque théorie en particulier, nous tomberions dans des redites ; occupons-nous tout de suite de l'exposition du propre système de M. Benvenisti.

L'idée première de l'auteur lui est fournie d'abord par une remarque très-méthodique en médecine : c'est qu'à toutes les vues qu'il vient d'énumérer manque une consécration formelle, le témoignage de l'anatomie pathologique. Les aperçus physiologiques abondent, les conceptions spontanées se multiplient, la spéculation se donne le champ libre. L'anatomie morbide seule n'est point appelée en témoignage. Or ce témoignage, c'est ce qu'invoque d'abord notre confrère italien.

Il évoque toutes les autopsies dont les auteurs ont pu rapporter les conclusions générales ou détaillées et ne trouve que dans un seul système d'organes des lésions fixes et constantes.

Ce système, c'est l'appareil lymphatique glandulaire mésentérique. Au dire des auteurs les plus accrédités, cet appareil se présente en première ligne et même presque exclusivement parmi les organes altérés que les nécropsies mettent au jour dans le diabète. M. Benvenisti passe en revue toutes les relations d'autopsie consignées dans la science depuis Mascagni jusqu'à nos jours, et y trouve des ganglions mésentériques, indurés, hypertrophiés, gonflés, ramollis, congestionnés, tuberculeux, etc., etc., etc., l'estomac, au contraire, et le foie très-rarement altérés. Nous accepterons ce compte rendu sur la foi de l'auteur, regrettant qu'il n'ait pu y joindre ses propres observations. Ces sortes d'analyses ont sans doute une valeur, et rapprochées des résultats des recherches actuelles acquerraient encore plus de poids; mais présentées isolément elles semblent plutôt un procédé d'argumentation *à posteriori* apporté au secours d'une idée première et spontanée, qu'un point de départ pris dans les faits et éclairant l'auteur d'une révélation subite.

Quoi qu'il en soit, demeurons au point de vue de notre confrère, et sans vouloir nous engager, supposons démontrée cette première catégorie de faits; les conséquences qu'en tire l'auteur sont assurément des plus dignes de remarque, et peuvent jeter un jour tout nouveau sur la question de physiologie pathologique qui nous occupe. Fussent-elles primitives au lieu d'être présentées comme le résultat d'une observation anatomique, fussent-elles le produit d'une simple spéculation, ces considérations seraient encore très-dignes d'occuper l'attention des physiologistes.

Dans l'opinion de M. Benvenisti, l'altération du système glandulaire mésaraïque rendrait tout à fait concevable l'imprégnation saccharine que présentent dans le diabète tous les liquides sécrétés de l'économie. Quel rôle remplissent ces organes? La chylification, c'est-à-dire la production d'un liquide lacté éminemment gras que le conduit thoracique est chargé de déverser dans les canaux généraux de la circulation. Eh bien! tout porte à croire (et la publication tout entière de notre confrère va désormais avoir pour but la démonstration de ce principe) que ce liquide laiteux a pour éléments, en dehors des principes protéiques et de la graisse toute formée dans les aliments, et émulsionnée par les alcalis du tube intestinal, une graisse nouvelle formée dans ce même système glandulaire aux dépens du sucre contenu dans le chyme, et provenant de l'action de la diastase animale sur les amylacés ingérés.

Assurément cette idée ne saurait être écartée *à priori* par une fin de non-recevoir. Il est certain qu'elle choque tous les principes admis, les lois apparentes de l'équilibre statique de l'organisation vivante. Partant de cette loi inébranlable, quoique peut-être considérée d'une manière trop absolue et à qui l'on peut concevoir de très-judicieuses exceptions, que le corps animal est un appareil chimique de combustion, on est fort gêné tout d'abord pour accepter cette idée d'une fonction nouvelle dans l'économie, et ayant pour objet et pour caractère la réduction, l'abaissement du degré d'oxygénation d'un principe immédiat végétal ingéré.

Cette proposition, pour hardie qu'elle soit, n'est pourtant pas si déraisonnable qu'on pourrait le croire. Sans doute, il faut un effort pour admettre que des sucres dont la composition atomique est beaucoup plus riche en oxygène que les graisses, dérogent à la loi susénoncée et aillent dans l'économie en perdant leur oxygène.

Il est cependant un point de vue très-rationnel et qui n'infirme en rien la loi statique de MM. Dumas et Boussingault, auquel on peut se placer pour se rendre raison de ce mécanisme nouveau. Sans doute l'animal, qui respire, est un appareil chimique de combustion, et est cela dans tout son être, sans doute aussi le végétal est non moins exclusivement, considéré d'une manière générale, un instrument de réduction. Mais cela signifie-t-il que tout soit si bien pondéré dans la marche physiologique des uns ou des autres, que jamais l'un de ces appareils ne prendra, n'absorbera plus qu'il ne peut brûler, l'autre plus qu'il ne peut réduire? Ne parlons pas de ces derniers qui ne sont pas de notre ressort, mais de l'animal qui respire et qui brûle hydrogène et carbone, afin de se maintenir à une température donnée constante; est-ce que les obligations de la vie nous montrent cet animal toujours placé dans des conditions identiques, ayant toujours devant lui juste ce qu'il faut de nourriture pour produire ce résultat, et constamment assez sage pour estimer l'exacte quantité que la loi d'équilibre permettra et prescrira d'utiliser. Il est trois fois clair que non; que les animaux vivent dans des conditions tout opposées, que les ingesta et les circumfusa sont, de par les lois naturelles, les plus variables des éléments; mais il y a équilibre pourtant, donc il se rétablit au dedans.

Il se rétablit au dedans, et comment? si ce n'est par des lois contraires et correctrices dont les instruments sont quelque part sur le chemin de la digestion ou de la combustion.

Déjà M. Blondlot a fait voir l'importance du foie comme élaborateur de la résine biliaire, excrétion combustible, non brûlée; *caput mortuum* de l'approvisionnement.

M. Cl. Bernard en découvrant dans le même organe un pouvoir glycogénique, lequel va prendre son glycogène, substance ternaire, dans un produit élevé comme organisation, dans des substances protéiques, nous en fournit un second exemple.

Rien ne nous répugne donc logiquement dans l'hypothèse qui assignerait un rôle analogue aux canaux chylificateurs, et il n'impliquerait en rien avec les principes les mieux établis jusqu'ici sur la matière, que la combustion d'un atome de sucre eût lieu simultanément à la réduction d'un atome voisin, qu'une molécule de sucre se partageât en deux atomes dont l'un emprunterait à l'autre, pour être apte à se brûler bientôt, une portion de son oxygène dont la perte rangerait ce dernier dans les réservoirs de l'économie. Les matières saccharines présentent au dédoublement de leurs principes une propension si décidée qu'il n'y aurait rien là de surprenant. Ne voit-on pas le sucre, par une série de fermentations opérées dans le laboratoire, passer aisément à l'état d'acide lactique, puis d'acide butyrique, pour la formation desquels il a laissé échapper hydrogène et acide carbonique?

Il n'y a donc rien de forcé à admettre que, par les procédés de la chimie vivante, des catalyses de même ordre produisent des modifications de même caractère; que le sucre jeté dans les premières voies en quantités sans mesure (chez les herbivores) se partage dans les secondes en produits plus oxygénés et plus voisins de la combustion, et d'autre part en éléments plus réduits et propres à alimenter la réserve: le tissu adipeux, magasin ouvert à ces balancements de produits.

Ce n'est pas, d'ailleurs, un besoin absolument nouveau que celui qui porterait à chercher quelque part dans l'économie un organe non pas créateur, mais préparateur de substances adipogènes. Les Allemands ont entrevu cette nécessité, et le mot d'adipogène vient d'eux. MM. Boussingault et Persoz en ont adopté l'idée et ont démontré sa réalité dans l'engraissement morbide, et nous avons dit par quelle série de dédoublements moléculaires elle pouvait s'effectuer.

Plus on y réfléchit, plus on est porté à faire accueil à cette idée; elle a évidemment une base dans le défaut d'équilibre inévitable de l'offre et de la demande en matière d'alimentation. Dès qu'un jour ou plusieurs jours de suite, un animal est obligé d'ingérer, par prudence instinctive ou par une avidité née d'une faim prolongée, plus de matières amylacées qu'il ne lui en faut pour vingt-quatre heures, cet animal devient-il pour cela diabétique? Non; chacun sait quelle modification il éprouve; il engraisse. Les amylacés doivent donc pouvoir se convertir en graisse.

M. Benvenisti va plus loin, lui; il affirme que la modification désirée a les glandes conglobées pour organes. Nous ne le contestons pas, mais nous serions bien aise que ce fût démontré. Et nous nous étonnons que les expériences assez naturelles au moyen desquelles on pourrait explorer le bien fondé de cette supposition, n'aient pas, au préalable, été instituées par notre intelligent confrère. Il semble qu'en nourrissant des herbivores avec des féculents bien dépourvus de graisse, c'est-à-dire bouillis avec des liqueurs alcalines et lavés ensuite, liant la veine porte, et puis analysant leur chyme et le chyle pris dans le canal thoracique à la sortie des glandes, il serait arrivé aux termes exacts de son problème. S'il avait été constamment trouvé une abondance de sucre dans le chyme, et point de graisse; et par contre, dans le chyle, abondance de graisse et absence de sucre, ce qui ne semble pas très-difficile à vérifier, cette proposition nouvelle eût eu toutes les proportions d'un événement. C'est là une lacune sérieuse de cet intéressant travail, en ce qu'il laisse à des considérations très-savantes et judicieuses un caractère hypothétique regrettable, et qui en suspendra plus ou moins longtemps l'influence sur la science. Nous ne saurions donc trop engager notre savant confrère à reprendre cette étude au point de vue expérimental.

Nous devons, pour donner une idée plus complète encore des conceptions de l'honorable professeur de Padoue, ajouter à ce qui précède quelques développements dont le fond fait l'objet principal des deux derniers mémoires.

Plusieurs chimistes, Koelliker, Payen, Lehmann, ont déjà fait voir qu'il existe chez les insectes et certains invertébrés des tissus principalement composés d'une substance en tout semblable à la cellulose,

et susceptibles comme elle de se transformer en sucre fermentescible (Berthelot). Le professeur Wirchow a été plus loin : il a depuis rencontré les mêmes matières amyloïdes dans les animaux supérieurs et ici dans la forme globulaire même des grains de fécule : c'est dans le cerveau, sur les membranes des ventricules qu'elle a été particulièrement rencontrée, dans la moelle, dans les ganglions et les principaux nerfs des sensibilités spéciales, et surtout chez les sujets âgés et sur les tissus atrophiés. Elle existe en abondance dans la rate frappée de dégénérescence colloïde concomitante avec des cachexies profondes des sujets. On l'a trouvée, dans des cas analogues, dans le foie, sur les artères frappées de dégénérescence graisseuse, dans tous les points de l'économie enfin où se montrent plus abondamment les éléments gras. M. Cl. Bernard a fait de son côté les mêmes remarques.

Comment s'explique maintenant l'apparition de ces globules d'amidon, rencontrés dans tous ces points de l'économie animale? Peuvent-ils être venus là directement de l'extérieur? Il est clair que non. Le tube intestinal ne pourrait les y avoir laissés passer sans une dissolution préalable nécessitant leur passage à l'état de glucose. Il faut donc qu'ils soient eux-mêmes un produit de décomposition ultérieure, de dédoublement. Leur présence constante dans les points où abondent les graisses et particulièrement dans les cas où la force vitale y fait défaut, où il y a une cachexie, une désassimilation prédominante, le rapprochement de composition atomique, toutes ces considérations réunies portent M. Benvenisti à rapporter la production amylacée à une déviation de la molécule de graisse qui, au lieu d'obéir à des forces vitales en déficit, suit la loi des énergies physiques; au lieu de se convertir en sucre, la molécule graissense descend d'un ou deux degrés et retourne à l'état d'amidon.

D'où, dans l'opinion de M. Benvenisti, une explication nouvelle du rôle de la matière glycogène découverte par M. Cl. Bernard dans le foie. Cette matière amylacée, résultat d'une décomposition par défaut de vitalité des graisses qui abondent tant dans le foie, rencontre dans le sang un ferment qui la retransforme en sucre, la faisant ainsi remonter un degré dans les métamorphoses progressives. Et la preuve en serait dans le foie même des diabétiques qui, manquant de graisse, manquent également de sucre, lequel abonde au contraire dans les urines; quand, par contre, chez les animaux dont le foie est particulièrement riche en graisse, la production du sucre par les expériences de M. Bernard est si abondante.

En résumé, la glycogène ou amidon animal ne serait dans l'économie que le résultat d'une opération de décomposition des matières grasses, comme celles-ci ne seraient elles-mêmes que le résultat d'une décomposition semblable de la glycose. Cette dernière étant une opération normale est destinée à fournir des réservoirs à l'économie pour l'entretien de la chaleur animale, la première ayant ce même objet encore si l'aliment du sujet est pauvre en matière amylacée, ou bien devant être considérée seulement comme la manifestation d'une décomposition contraire aux lois normales de la vie, d'un commencement de mort.

Dans le compte rendu de l'ouvrage du docteur Jones (analysé par nous dans le numéro du 21 mai), nous avions déjà indiqué cette origine possible à la fonction glycogénique du foie, et le considérions déjà comme une fonction supplémentaire. Allant plus loin que nous, M. Benvenisti n'y verrait qu'une manifestation chimique d'un état morbide et l'influence d'une décomposition prématurée par affaissement ou suppression des actions de forces vitales.

Deux systèmes, on le sait, sont consacrés à l'absorption des éléments dissous qui coulent dans le tube intestinal : le système veineux, le système lymphatique. Le premier absorbe le glycose et le jette non altéré, par la voie de la veine porte, dans le torrent circulatoire; le second, avons-nous dit, l'absorbe également, mais le transforme, en fait de la graisse qui se déposera dans le parcours de tout l'individu, où elle remplira même peut-être quelque rôle supérieur à celui d'une simple réserve; c'est du moins l'opinion du médecin italien.

Le diabète s'explique dès lors tout naturellement. Le système lymphatique étant malade ne remplit plus son rôle, le sucre le traverse sans la modification exigée pour l'équilibre, et tous les liquides du corps regorgent de glycose.

Dans une seconde hypothèse, le système vital s'affaiblissant, les graisses contenues dans le foie et dans bien d'autres organes ne pouvant, vu la débilité vitale, ou pour obéir à quelque autre loi, maintenir leur constitution atomique, descendraient à l'état d'amidon, et rencontrant dans le sang le ferment convenable, repasseraient de nouveau à l'état de sucre et rentreraient dans la circulation générale : c'est assurément ainsi que les animaux hivernants fournissent à l'entretien de leur chaleur animale. Chez nous et chez les animaux supérieurs, cette transformation serait morbide dans certains cas et supplémentaire dans d'autres.

Tout est très-plausible là dedans; il ne reste plus qu'à savoir pertinemment si les choses se passent bien effectivement comme le dispose cette théorie. Avant d'être fixé, et tout en louant l'auteur, nous attendrons donc l'élément qui fait encore un peu défaut, la démonstration expérimentale. C'est là le triomphe vrai de la science : l'expérience mise au service d'une idée et la glorifiant!

Tel est à peu près le précis des principales propositions émises, dans ces trois publications successives, par M. le docteur Benvenisti, en y ajoutant toutefois un complément qui fait suite au rôle des glandes conglobées. De même que les glandes agissent, dans son opinion, comme agent de transformation du sucre en graisse, de même le conduit thoracique et les veines, la rate, agiraient dans la marche du chyle seul ou emporté dans le cours du sang sur les graisses, et modifiant tout ou partie de leurs globules, les feraient servir à la constitution des globules mêmes du sang. Nous redirons ici, à la louange de l'auteur, ce que nous avons formulé déjà relativement à sa première proposition. Son argumentation est des plus savantes, des plus logiques, des plus probantes en tant que discussion. Le nombre des textes consultés, et dont on peut tirer des conclusions conformes aux siennes, est vraiment considérable et d'origine imposante : il y a dans ce travail une réelle érudition, non moins que de pénétration et de jugement. Mais nous dirons encore, il y manque l'expérience, quoique l'influence, dans ce dernier cas, de la méthode expérimentale, doive être et plus éloignée et plus difficile à introduire nans la discussion.

Disons toutefois que, des développements donnés par M. Benvenisti à sa pensée, ressort clairement l'influence générale et précieuse de la présence de la graisse dans le sang de la digestion ; qu'il y a un grand profit à faire de ces idées, tant pour l'hygiène que pour la thérapeutique, et qu'y eût-il encore un peu trop d'hypothèses dans les points de départ, il y a mille avantages à tirer des développements.

Peu familier avec la langue italienne, nous avons certainement laissé échapper, dans notre étnde de ce remarquable travail, plus d'une remarque, plus d'un développement bons à connaître. Nous le regrettons pour nous-même et pour nos lecteurs, et cela nous ramène à un vœu très-sage dont nous, Français, devrions donner l'exemple, à savoir, de reprendre l'habitude de nos pères et d'écrire en latin nos livres de science. Combien de bonnes choses se perdent encore d'un pays à l'autre, malgré le mélange apporté dans les nationalités par les progrès sans exemple des moyens de communication internationaux, faute d'une langue commune entre les savants de différents pays!

Giraud-Teulon.

VARIÉTÉS.

— Les médecins des hôpitaux de Paris ont à voter vendredi prochain, à l'administration de l'Assistance publique, sur trois candidats à la place vacante de membre du Conseil de surveillance.

Dans une réunion préparatoire, les médecins des hôpitaux ont décidé qu'ils recommanderaient à leurs collègues la liste suivante :

Au premier rang, M. Grisolle;

Au second, M. Béhier;

Au troisième, M. Vernois.

— Nouvelles du choléra. — Il y a en tout, à Hambourg, jusqu'au 15 septembre, 2436 cas de choléra, sur lesquels 1194 morts, 1149 guérisons ; 93 restaient en traitement. En juin, il y eut 27 malades; en juillet, 1025 (89 cas dans la seule journée du 24 juillet); en août, 1217 (61 le 16 août); et en septembre, jusqu'au 15, 135; le 15 septembre, il n'y avait qu'un seul nouveau cas.

A Lübeck, le choléra a fait de nombreuses victimes du 26 juillet au 8 septembre, il y eut en tout 329 malades et 163 morts. On regarde l'épidémie comme terminée.

A Goldberg, dans le Mecklenburg, il y a eu, dans l'espace de dix-sept jours, 263 morts sur une population de 2700 habitants.

Enfin, à Rostock, qui compte 26000 âmes, on a compté, du 5 juillet au 17 septembre, 494 personnes mortes du choléra. Dans les deux derniers jours, il n'y a pas eu de morts. (Deutsche Klinik, n° du 1er octobre.)

— MM. les professeurs particuliers qui sont autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire un cours à l'Ecole pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le 31 octobre, dans la salle du conseil de la Faculté, à une heure.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

CONTRIBUTIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE PHYSIOLOGIQUE DU CURARE.

Frappé, ainsi que le public médical, des divergences capitales dont une discussion toute récente a signalé l'existence entre les principaux physiologistes de nos écoles, nous avions clos notre participation momentanée à cette discussion, quant à ce qui touchait le fond du débat, par une remarque qui devait rencontrer plus d'une approbation, à savoir, que, convaincu non-seulement de la bonne foi, mais encore de la grande habileté des parties prenantes au débat, nous devions croire que les savants expérimentateurs n'avaient probablement pas eu à opérer sur des substances identiques. La variété des provenances du curare, le vague des descriptions des voyageurs qui en avaient rapportées des pays les plus éloignés entre eux, l'absence de données suffisamment positives sur une origine et une préparation plus ou moins semblable des échantillons apportés en Europe, formaient plus de motifs plausibles qu'il n'était nécessaire pour justifier cette manière de voir.

Cette opinion, qui n'avait, au moment où elle était émise, que la valeur d'une présomption, très-logique assurément, peut se présenter de nouveau aujourd'hui, mais avec le caractère du fait reconnu et l'autorité des témoignages les plus circonstanciés. Nous trouvons, dans THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, pour le mois de juillet dernier, un travail très-complet de MM. Hammond et Mitchell, l'un chirurgien attaché à la marine militaire des États-Unis, le second professeur de physiologie à Philadelphie, et qui vient jeter sur cette question une lumière toute nouvelle et propre, nous l'espérons, à fixer, d'une manière plus précise qu'elle ne l'a été jusqu'ici, la voie des études expérimentales.

Dans leur intéressant mémoire, les médecins américains, après avoir brièvement rappelé l'historique scientifique de la substance en question, et qu'a donné avec une élégante sobriété M. Cl. Bernard au début de ses leçons sur l'action physiologique des substances toxiques, ajoutent cependant quelques détails plus curieux au point de vue historique que sous le rapport de la science. Plus anciens que ceux produits par M. Bernard, ils manquent plus qu'eux-mêmes de précision et s'enveloppent de plus de merveilleux, mauvaise condition pour la science. Ce rapide aperçu n'est cependant pas sans quelque valeur à ce dernier point de vue, en ce sens qu'il confirme les différentes versions parvenues jusqu'à nous sur la préparation de la substance, et qui ont toutes pour caractère commun la confection d'un extrait avec des lianes de la famille des strychnées. A cet égard, tous les rapports concordent; le seul point de divergence que présentent les moins nombreux étant relatif à la présence ou à l'absence, dans le mélange premier des matières soumises à la concentration, de venins animaux.

La suite de ce travail montrera, du reste, ce que l'on doit penser, avec le plus grand nombre de probabilités pour soi, quant à ce côté de la composition du curare.

Avant d'entrer dans l'exposition de leurs propres recherches, MM. Hammond et Mitchell rappellent à leurs lecteurs, et nous croyons bien faire en les imitant, les propositions émises sur l'action physiologique du curare par les expérimentateurs les plus autorisés, et qui réunissent en leur faveur l'assentiment le plus général. Ce point de départ, outre l'avantage qu'il présente de servir de base aux discussions futures, aura encore celui de donner une raison d'être aux dissentiments respectables qui se sont fait jour; la suite de ce travail allant apporter, mais en les justifiant pleinement, de bien autres contradictions.

Les premières assertions physiologiques ayant un caractère expérimental incontestable sont dues à Virchow et à Minster : on remarque parmi elles les suivantes, qui en sont les principales :

1° L'action physiologique du curare est en harmonie avec l'analyse chimique qui (malgré sa prétendue origine dans la famille des strychnées) n'y a pas rencontré de strychnine.

2° Loin d'appartenir à la classe des poisons tétaniques, le curare doit plutôt, comme l'opium, être rangé parmi les stupéfiants : car, quoiqu'il amène de légères convulsions chez les chats, ces convulsions ne sont cependant ni le tétanos, ni même le trismus.

Il amène la paralysie des muscles volontaires, mais, en même temps, ajoute à la durée de l'action des muscles de la vie organique.

Enfin, il paraît sans action spéciale sur le sang, et la manière dont il produit la mort semble moins être l'effet primitif du poison que la conséquence secondaire de la cessation de l'acte respiratoire.

Les principes posés par M. Cl. Bernard, et confirmés depuis par MM. Koelliker, Vulpian, Pélikan, sauf de légères nuances qui ne survivraient sans doute pas à des expériences faites en commun, sont quasi-identiques à ceux que nous venons de rappeler. Il n'y a pas de mal à les reproduire de nouveau avec la formule de leur savant auteur :

« Dans le silence de la chimie sur la composition du curare, c'est uniquement par l'étude des propriétés physiologiques de cette substance que l'on peut espérer acquérir des notions un peu arrêtées sur sa nature. »

Or la physiologie, comme la chimie, ne saurait lui trouver la moindre ressemblance avec la strychnine ou ses composés.

Le curare est en général peu absorbable par les muqueuses, sauf celles des poumons et du gros intestin. Cependant, chez les animaux à jeun, il est incontestable qu'on le voit absorbé et produire des effets toxiques, mais bien inférieurs à ceux qui suivent l'absorption par les plaies du tissu cellulaire.

Le curare est *sans action* sur les organes actifs de la circulation, et il n'enlève pas au sang ses aptitudes physiologiques.

Le curare n'agit *que* sur le système nerveux; mais pour produire cette action (dont nous allons parler), il lui faut être amené au contact avec lui par les extrémités, c'est-à-dire par la circulation sanguine. Mis en contact immédiatement avec les centres nerveux, il est sans action sur eux (1). Pour tous les poisons, non destructeurs des tissus,

(1) Cette proposition est fortement combattue par M. Martin-Magron : c'est

FEUILLETON.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Deux solennités d'un caractère très-différent, et pourtant concourant au même but, ont eu lieu dimanche dernier : nous voulons parler de la séance d'inauguration de l'Association générale des médecins de France, et du banquet qui a suivi cette séance. Les hommes qui ont compris tout ce qu'il y a d'utile dans le présent et de prévoyant pour l'avenir, dans cette grande et noble institution, ont été heureux de constater, par cette première et double épreuve, qu'elle répond à un besoin qui sera bientôt universellement senti, qu'il ne lui manque que le temps pour s'emparer de la profession tout entière.

Commençons par la séance d'inauguration.

Cette séance, à laquelle assistaient les présidents et délégués des associations départementales, et les membres adhéreuts du département de la Seine, aussi imposante par sa distinction que par le nombre des personnes présentes, a offert un puissant intérêt. M. Rayer, le père de l'œuvre, présidait la séance. A côté de lui siégeait M. le docteur Latour, secrétaire général, auquel il est juste de reconnaître une très-grande part dans le succès de l'entreprise.

Après les communications officielles, ordonnances, décrets, qui autorisent et constituent l'Association, M. le président, dans une allocution chaleureuse, a très-heureusement rappelé le but et les moyens d'action de la nouvelle association; il en a fait ressortir les avantages : avantages matériels et moraux, pour le bien-être et la dignité du corps médical. Il est impossible de dire mieux, et d'une façon mieux sentie, des vérités qui n'ont eu jusqu'ici d'autre obstacle à leur succès que d'être restées inconnues et incomprises. C'est dans les grandes assemblées que les idées prennent possession de la généralité des esprits. L'intelligence et le sentiment se développent par le contact, et beaucoup de vérités, de l'ordre moral surtout, gagnent à être communiquées à un grand nombre d'individus réunis. Nous augurons beaucoup, pour l'Association générale des médecins, du résultat de la séance, et en particulier du discours si pénétrant de M. Rayer. Qu'il nous soit permis d'ajouter, à la gloire de son dévouement, qu'il n'a pas seulement trouvé de belles et éloquentes paroles pour émouvoir et séduire son auditoire : il y a joint l'exemple non moins puissant d'un grand désintéressement. Nous outre-passons peut-être en ceci les limites que sa modestie aurait voulu imposer à notre discrétion; mais il nous pardonnera de songer plus en ce moment aux intérêts de l'Association qu'aux délicates exigences de son caractère, en proclamant hardiment, sans hésitation aucune, que M. Rayer a pris jusqu'ici à sa charge tous les frais de la mise en œuvre de l'Association, lesquels s'élèvent à plus de 4,000 fr. Puisse-t-il trouver des imitateurs!

Après M. Rayer M. Latour. On connaît les ressources de la plume délicate et fine de notre confrère en presse médicale. Jamais cette plume n'a été

la loi est d'ailleurs la même ; il faut qu'ils arrivent par la circulation sanguine en contact avec les extrémités nerveuses.

Le curare laisse aux muscles toute leur irritabilité propre : il l'augmente peut-être, mais il paralyse le système *nerveux moteur* en s'étendant de la périphérie vers le centre.

[La strychnine agit de la même manière, de la périphérie au centre, mais en paralysant le système nervenx *sensitif*.]

Augmentant la contractilité propre du tissu musculaire lui-même, on ne trouvera pas étonnant que, pendant qu'il condamne au repos, par paralysie, le système nerveux moteur, les muscles de la vie de relation, il augmente et entretienne l'énergie du cœur, muscle soustrait physiologiquement à l'action directe du système nerveux. Tant que la respiration naturelle ou artificielle continue, le cœur continue de même avec pleine énergie.

Cette circonstance a été appréciée par tous les physiologistes qui se sont occupés de cette question. Remarquons que lorsque la dose de curare n'était pas exorbitante, les animaux revenaient à la vie, absolument comme s'ils n'avaient rien pris, tant que le cœur n'avait pas absolument cessé de battre, ils en ont induit et vérifié la sagesse de la précaution qui consisterait à recourir à la respiration artificielle comme source suprême de salut et antidote véritable, tant que le cœur n'aurait pas cessé de battre. Le poison traverse alors l'économie comme un tube de verre, et quand il est éliminé, ce qui arrive assez vite, l'animal reprend paisiblement et sans s'en apercevoir, toutes ses fonctions.

Ces préliminaires posés, arrivons aux recherches propres de nos confrères d'outre-mer.

Ils nous apprennent tout d'abord que les substances sur lesquelles va porter leur travail sont de deux sortes. Elles leur furent apportées du Rio-Darien (province de la Nouvelle-Grenade, Amérique du sud), par les docteurs Reischenherger et Caldwell, de la marine nationale des Etats-Unis, et portent les noms de woorard, *variété corroval*, et de woorara, *variété vao*. La première considérée comme extrêmement puissante, la seconde comme l'étant heaucoup moins ; rapport qui concorde avec d'autres renseignements obtenus par une autre voie.

PREMIÈRES RECHERCHES SUR LE CURARE *corroval*. — D'une analyse chimique conduite d'après le procédé de M. Boussingault, les médecins américains obtinrent une substance concentrée offrant les caractères d'un alcaloïde, lequel possédait seulement à un degré plus élevé toutes les propriétés du corroval lui-même.

L'action de cette espèce de curare n'est, en effet, aucunement inférieure à celle du curare le plus puissant, et n'offre pas plus que lui la moindre apparence d'effet tétanique, d'où l'auteur conclut à l'absence de strychnine dans sa préparation.

Jusque là rien de surprenant : mais voici qui contraste avec tout ce que l'on avait obtenu précédemment avec le curare. Nous avons rappelé tout à l'heure l'absence absolue d'action paralysatrice du curare sur le cœur, et même le soupçon très-plausible de l'accroissement de l'énergie cardiaque à la suite de son administration, tant que la respiration n'était pas suspendue ; ici c'est tout autre chose. Dans toutes les expériences avec le corroval, quel est le premier effet observé, et sans aucune relation de conséquence avec l'acte respiratoire? *la cessation des mouvements du cœur*.

Et, disons-nous, sans qu'on puisse rattacher ce phénomène à la cessation des mouvements respiratoires ; parce que, en effet, il a lieu tout aussi soudainement quand on entretient artificiellement la respiration ; parce que la contraction des pupilles, la cessation de la circulation capillaire, tout porte à croire à une paralysie primitive du système du grand sympathique ; parce qu'enfin l'irritabilité musculaire même du cœur paraît primitivement anéantie, toute excitation, même celle du plus fort courant galvanique, étant impuissantes à la réveiller une minute après son extinction.

Le curare-corroval aurait donc une action qui rappellerait celle du sulfo-cyanure de potassium (voy. les leçons de M. Cl. Bernard) ou de la nicotine. MM. Hammond et Mitchell ont reconnu effectivement que l'arrêt de circulation dans les capillaires précédait d'une ou deux minutes l'arrêt de mouvement du cœur ; mais ils n'ont observé aucune action directe sur le sang lui-même.

Quant aux effets produits sur les centres nerveux eux-mêmes, toutes les expériences ont conduit les auteurs à conclure que la cessation des mouvements volontaires ou réflexes ou la mort des centres nerveux n'était qu'une conséquence secondaire de la vie du cœur ; car ces phénomènes se sont toujours manifestés de même et peu de temps après la cessation des mouvements du cœur *ou la ligature des vaisseaux*.

---

le point de dissidence le plns considérable qui le sépare de M. Bernard. Il semble que sur nne question de fait, bien simple en apparence à décider, le dissentiment devrait être court. M. Martin-Magron, ponr justifier cette dissidence avec l'école adverse, dit qne pour avoir des convulsions avec le curare, *il faut s'arranger de manière à empoisonner la moelle avant les extrémités, comme pour n'en pas avoir avec la strychnine, il faut faire en sorte d'empoisonner les extrémités avant la moelle*. Nous ne savons quelles sont les précautions particulières à prendre pour arriver à ce double résultat. M. Martin-Magron dit seulement qu'en injectant une solntion de curare dans le canal rachidien, on produit aussi sûrement des convnlsions qu'avec la strychnine ; mais M. Cl. Bernard énonce le fait exactement contraire, en s'entourant de contre-épreuves qui donnent à son opinion un grand surcroît de valeur. Si la substance employée a été la même de part et d'autre, il y a donc encore là nn point important à résoudre.

Nous demanderons pourtant s'il est bien logique de se placer pour la discussion théorique dans un ordre de faits et d'expériences en toute opposition avec les cas ordinaires de pratique, et avec les moyens d'absorption habituels des poisons ou des médicaments ? Quand on parle des effets produits par le curare on la strychnine, il est à supposer qu'on les a ingérés par les voies ordinaires, sous la pean on par les muqneuses. On n'onvrira pas le canal rachidien ponr administrer soit la strychnine, soit le curare. Si donc telle est la précaution à prendre ponr empoisonner la moelle avant les extrémités, M. Cl. Bernard, quelle que soit la valeur réelle de la proposition de M. Martin-Magron dans les termes où il l'a posée, M. Cl. Bernard avait raison de dire que le curare agit sur les extrémités et non snr la moelle, car chacun, en se servant du curare on de la strychnine, empoisonne les extrémités avant la moelle vu qu'il n'onvre pas, pour y fourrer du curare, le canal rachidien on le crâne.

Dans l'espèce et quelle que soit la valeur de l'expérience au fond, on devait donc et on doit considérer le curare on la strychnine et tous les poisons d'ailleurs, comme agissant snr les extrémités d'abord.

---

mieux inspirée ; jamais elle n'a dit avec plus de clarté, plus d'éloqnence et de sentiment ce que c'est que l'Association générale. Les avantages ont été exposés, les objections discutées, les oppositions renversées avec une délicatesse de touche qui aurait séduit, sinon convaincu, les plus difficiles. M. Latonr a parlé de l'œuvre de l'Association avec amour : et ce sentiment, il a plus que personne le droit de l'éprouver et de l'exprimer ; car, ainsi que nons avons du plaisir à le répéter : l'Association médicale est personnifiée en lui ; il en a fait sa chose depnis la grande manifestation du congrès de 1848.

Peut-être M. Rayer et M. Latour auraient bien fait d'insister davantage sur deux points de vue qui caractérisent au plus haut point l'Association générale, et empêchent qu'on ne la confonde avec les associations préexistantes. Sans doute celles-ci et celle-là ont le même but prochain : les unes et les autres tendent au soulagement des misères médicales, et à la moralisation de la profession ; mais il eût été utile d'insister pour faire comprendre comment l'Association générale, qnoique ayant le même bnt prochain, quoique se servant des mêmes moyens immédiats, a néanmoins un bnt éloigné différent, et des moyens différents d'atteindre ce hnt.

En effet, nons l'avons dit, et on ne saurait trop le rappeler, l'Association générale n'est pas un double emploi des associations particulières on locales, qu'elle ne ferait que résumer, en appelant dans sa caisse ce qui est versé dans la caisse particulière de chacune d'elles, et en volant au secours de misères que chacune d'elles serait en droit et en mesure de soulager. Les moyens et le hut de l'Association générale sont autres. Quoique nous ayons déjà insisté sur cette distinction (1), nous croyons devoir y revenir avec nne nouvelle insistance, parce que c'est pent-être faute d'avoir édifié suffisamment les esprits à cet endroit que beaucoup de préventions ont persisté et persistent encore contre l'œuvre pourtant si caractérisée et si élevée de l'Association générale.

L'Association générale, comme l'exprime bien son nom, doit être la mise en commun des moyens et des efforts des associations particulières. C'est la contribution des associations particulières, considérées comme individns, au profit d'une œuvre d'utilité commune, que l'Association générale est senle capable de réaliser. Ces abstractions peuvent mieux se faire comprendre par un exemple. Supposons que l'on venille créer un asile de retraite pour la vieillesse médicale, certes aucune association particulière n'aurait la prétention ni le moyen d'accomplir une pareille entreprise, et cette entreprise au profit de tous, puisque tous y pourraient prétendre, ne saurait être que le prodnit de la contribution de tous. Cela est logique, cela est équitable, cela est pratique. Mais nne grande difficulté s'opposait à ce que d'emblée, d'un bout de la France à l'autre, chaque individualité médicale envoyât sa contribution. Indépendamment des difficultés matérielles que tout le monde prévoit, il y avait les nécessités morales que tout le monde comprend. Une Association universelle des médecins de France aurait difficilement écarté ce qui n'aurait pas été digne d'y prendre part. Or, dans une œuvre de ce genre, la

(1) Voy. GAZ. MÉD., 1858, p. 483.

Il y aurait donc lieu de penser ici que ce curare-là est sans action directe sur les centres nerveux.

Si l'on recherche son action sur les nerfs eux-mêmes, on observe dans une série d'expériences très-rationnellement conduites, qu'il agit sur eux d'après les lois posées au collége de France, de la *périphérie au centre*, abolissant à la fois les fonctions motrices et sensibles; réunissent en même temps les caractères du curare commun et de la strychnine.

Mais loin d'augmenter l'irritabilité musculaire, comme le fait le curare, il la détruit absolument.

Le curare-corroval entre par absorption tant par la peau que par les muqueuses intestinales chez les grenouilles.

Tous ces caractères sont assurément de nature à éveiller l'attention des physiologistes et à justifier les soupçons quant aux nombreuses variétés des poisons des sauvages.

Quant à la seconde variété, le vao, il semble, d'après les conclusions des auteurs et surtout d'après leurs expériences, que ce ne serait qu'une variété affaiblie de la précédente. Les alcaloïdes tirés de l'un et de l'autre produisent des effets physiologiques non-seulement semblables, mais identiques dans la forme et dans le fond. Cependant, eu égard à l'atténuation du principe actif, comme les expériences instituées avec le vao sont utiles à consulter comme confirmatives, sur une échelle réduite au point de vue de la rapidité d'action, de celles de la première étude, nous en rapporterons les principaux traits.

Le curare-vao est absorbé par le tissu aréolaire dans les formes solide ou liquide; plus rapidement dans ce dernier état.

Il l'est également par l'estomac et les muqueuses œsophagiennes, par le rectum, la peau (grenouilles), celle-ci suivant le degré de sécheresse de cette membrane.

Les animaux à sang chaud l'absorbent par l'estomac et l'intestin, mais pendant l'état de jeûne. Ils y demeurent insensibles si la substance est administrée pendant la digestion (propriété commune à tous les curares). On doit penser que cette innocuité n'est point due au simple mélange du vao avec la nourriture, car chez les lapins, dont l'estomac n'est jamais vide, l'innocuité n'a lieu que s'il est administré concurremment avec une nourriture nouvelle qui provoque le commencement d'une nouvelle digestion.

Le premier effet du vao est d'accroître la force du cœur sans augmenter le nombre des pulsations.

Le second effet est la paralysie du tissu même du cœur dans l'ordre suivant: le ventricule s'arrête d'abord (chez les batraciens), puis l'auricule droit, enfin l'oreillette gauche. Dans la majorité des cas, le cœur demeurait irritable par le galvanisme pendant quelque temps encore après la cessation des mouvements.

Le cœur, dans tous les cas d'empoisonnement rapide, s'arrête avant que les mouvements volontaires soient rendus impossibles; quand, au contraire, l'intoxication a lieu par la voie des muqueuses, c'est-à-dire quand elle est lente, le pouvoir régulateur et le pouvoir réflexe sont quelquefois perdus avant la cessation des mouvements du cœur.

La circulation chez les grenouilles est arrêtée de dix minutes à une heure, après l'introduction du poison sous la peau; il faut de vingt-quatre à quarante-huit heures, quand il est pris à petites doses par l'estomac.

Chez les animaux à sang chaud, le vao arrête la respiration en mettant un terme au mouvement circulatoire par la paralysie du système nerveux; il en est de même, du reste, chez les batraciens. Le phénomène est encore plus marqué chez les reptiles (*alligator*); la respiration continue encore quelque temps après le silence du cœur.

Ces derniers faits ont une grande importance: ils témoignent de l'inutilité de la respiration artificielle dans l'intention de restaurer ou rétablir les mouvements du cœur chez les animaux à sang chaud empoisonnés par le vao. Le poison porte, en effet, d'abord sur le cœur, et l'asphyxie observée plus tard n'est que la conséquence de ce premier fait. L'arrêt de la circulation ne permettant plus l'élimination physiologique du poison, l'animal est mort et bien mort. Il y a entre lui et le curare, qu'on croyait le plus redoutable des poisons, cette différence toute à l'avantage du dernier, que le vao suspend d'abord la vie organique, tandis que le curare la laisse intacte, ne touchant qu'à la vie de relation.

Avec le vao et le corroval, les nerfs de sentiment perdent les premiers leurs qualités; puis viennent les nerfs moteurs. La paralysie, comme partout, procède de la périphérie au centre. (MM. Hammond et Mitchell vérifient cette loi presqu'à chaque expérience.) Le premier phénomène observé est la paralysie du grand sympathique dans la portion supérieure de ses distributions. Contrairement à ce qui s'observe avec le curare, le vao amène un abaissement notable de température chez les animaux à sang chaud. Le vao est, avons-nous dit, comme les autres curares, sans action propre sur le sang. Ce que nous avons dit de l'inutilité de la respiration artificielle exprime l'absence de tout antidote certain, puisque cette ressource est la seule à opposer à tous les poisons de cet ordre.

Voilà donc bien élargi le champ de l'observation et de l'expérimentation physiologiques offert par l'étude des poisons des Indiens. Ainsi sont confirmés les soupçons qu'on devait justement avoir sur la grande variété des diverses substances toxiques qui pouvaient ou devaient faire le fond de cette matière considérée dans le fait, sinon de droit, comme unique (1).

Les expériences de MM. Hammond et Mitchell conduisent encore à penser, ce que M. Bernard lui-même incline depuis peu à croire contrairement à ses premières tendances, que les curares ne contiennent en général, et malgré les rapports de quelques voyageurs, aucune traces de venins animaux. La forte chaleur à laquelle sont soumis ces extraits dans la préparation est peu compatible avec la présence d'une matière animale qui y serait vite détruite. Secondement les alcaloïdes fournis par ces extraits et obtenus par une série de décompositions, présentent, sous une forme comparable à celle des bases végétales définies, des substances douées de toutes les qualités condensées du poison lui-même. Troisièmement, aucune de ces décompositions ne donne

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que, dans son cours de cette année au collége de France, M. Cl. Bernard a été aussi conduit à étudier de son côté ce nouveau produit toxique, si différent des précédents; si nous sommes bien informé, le savant professeur attribuerait ces nouvelles propriétés à la présence dans cet extrait d'un poison végétal de l'espèce de l'*upas*.

---

participation pécuniaire ne suffit pas: il faut que l'œuvre de dignité commune ne puisse pas être entachée de l'indignité individuelle. A ce titre donc l'Association universelle devait avoir comme intermédiaire entre elle et l'individualité médicale, l'association particulière on partielle. Ainsi se trouve justifié, dans son but, dans ses moyens et dans son résultat l'Association générale. Faut-il ajouter que l'exemple fourni par une institution matérielle d'un caractère d'utilité générale, n'est qu'un cas particulier du système, n'est qu'une des applications, qu'un des résultats possibles de l'Association générale. Nous avons déjà rappelé ailleurs une foule de circonstances dans lesquelles les intérêts généraux de la profession ont eu besoin du concours général, de la protection générale de la corporation, et nous avons fait voir que ce concours et cette protection étaient seuls aptes à donner satisfaction et assistance à ces intérêts. Ceci est la formule générale dont l'exemple tiré d'un asile pour la vieillesse médicale n'est qu'une application. Nous ne renonçons pas à traiter un jour à fond la question des intérêts généraux professionnels considérés dans leurs rapports avec l'Association médicale; nous l'avons promis et nous espérons bientôt tenir parole. Mais revenons à la séance d'inauguration de l'Association générale.

M. le président et M. le secrétaire ont particulièrement insisté sur la situation matérielle et financière de l'œuvre. Certes ils n'ont pas eu tort; car la meilleure idée échoue souvent devant ces tristes et étroites nécessités pratiques. Grâce à une initiative aussi vigilante qu'économique, grâce au concours désintéressé des promoteurs de l'œuvre, grâce enfin à la fervente générosité de quelques-uns, le succès matériel de l'Association générale est assuré. On peut dire que le résultat de la séance d'inauguration et des communications faites par MM. le président et secrétaire général est la démonstration logique et réfléchie du succès de l'entreprise. Les chiffres, les faits et les raisonnements en ont fait les frais; ajoutons une dernière fois que le talent de l'exposition n'y a pas fait défaut.

Mais il y avait un autre genre d'épreuve à tenter et une autre source de succès à constater. C'était l'épreuve et le succès de l'entrainement. En France on ne le remarque pas assez, les bonnes raisons n'ont jamais le pouvoir du sentiment, et celui-ci a d'autres ressorts pour se mettre en action que le bon sens et la logique. Dans tous les temps, dans tous les pays, le sentiment a été le mobile du grand nombre; et depuis les délibérations du Forum jusqu'aux meetings de nos voisins, y compris nos clubs, dont on ne parle plus, c'est par cet ordre de moyens, c'est-à-dire par le contact et le frottement, qu'il se manifeste: sorte d'électricité morale qui se developpe au contact des individualités, comme l'électricité dynamique résulte du contact des éléments juxtaposés de la pile. Eh bien! sans outrer la comparaison, il faut au succès de toute grande idée le secours de la pile, et cette pile a été pour l'Association générale le banquet qui a suivi la séance d'inauguration.

Ce banquet, il faut d'abord le reconnaître, ordonné avec autant de goût que de distinction, n'a rien laissé à désirer. Matériellement, ce qui ne nuit pas au but moral de la chose, ça été un banquet modèle: le fond et la forme y ont rivalisé de perfection. Nous laissons à d'autres le soin d'entrer dans plus de détails; disons seulement qu'aucun ingrédient, qu'aucun liquide, n'a manqué

lieu à une odeur ammoniacale. Quatrièmement, des venins animaux, le « crotalus confluentus » entre autres, ancien et desséché, donnent aux plaies mortelles dans lesquelles ils sont insérés une apparence coagulante, congestive, inflammatoire, œdémateuse, etc., toute autre que celle offerte après l'insertion d'un woorara quelconque, qui ne change jamais en rien l'aspect des parties. Enfin un des motifs qui donnait à penser que le curare pouvait être plus particulièrement un venin animal, était la croyance à sa non absorption par l'estomac. Or on sait aujourd'hui que cette non-absorption n'est qu'exceptionnelle et temporaire; et, d'autre part, que le venin des reptiles n'a pas du tout l'innocuité qu'on lui supposait dans tous les estomacs et dans toutes les circonstances.

Il y a donc aujourd'hui plus de motifs sérieux de croire à la seule présence de végétaux toxiques puissants dans la composition de cet extrait. Les voyageurs attribuent toutes ces plantes à la famille des strychnées (strychnos toxifera). Or il semble étonnant que dans toutes ces combinaisons de strychnées, ce qui manque toujours c'est la strychnine. Et c'est là ce qui arrête plus d'un savant. Mais connaît-on toutes les strychnées? Et toutes les strychnées, familles naturelles en botanique, est-il absolument nécessaire qu'elles soient aussi sœurs en chimie, et portent le même sang, ici la strychnine? assurément non. La chimie n'a pas encore été mise en mesure de prononcer sur la composition de toutes ces espèces plus ou moins inconnues. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'elle y révélât un jour des alcaloïdes différents et multiples.

Jusque-là la seule analyse à faire est celle indiquée par le savant professeur du collége de France, *l'analyse physiologique*. A cet égard, il nous paraît que le travail de MM. Hammond et Mitchell sera une page intéressante à ajouter aux beaux travaux de M. Cl. Bernard sur le curare, par lesquels nos confrères d'outremer ont été évidemment et heureusement inspirés.

Enfin une dernière conclusion, celle-ci pratique, à tirer de cette dernière phase de l'exposition des propriétés du curare, c'est qu'on devra dire « *les curares* » pour désigner les poisons des Indiens; et que toute personne détentrice de ces poisons terribles et apte à en user dans un but thérapeutique, devra l'avoir préalablement fait essayer par des expérimentateurs éclairés. Jugez du désastre s'il arrivait que l'on se servît du corroval et du vao, au lieu du curare connu précédemment! Que l'on fît usage de l'espèce qui paralyse subitement la vie organique par arrêt de la circulation, au lieu de celle qui maintient les forces éliminatrices, tout en agissant sur le système musculaire de la vie de relation!

Car enfin, avec la précaution recommandée avec grand sens par M. Martin-Magron, de tenir tout prêt pour la respiration artificielle, on peut être à peu près certain, surtout en n'employant que de faibles doses successives, de ne pas compromettre la vie de son malade. L'oreille appliquée sur le cœur dirait le moment où l'on devrait agir. Mais avec le corroval! c'est bien alors qu'on pourrait se dire que le malade meurt deux fois, et du tétanos et du remède!

GIRAUD-TEULON.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

(Suite. — Voir les nos 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42 et 45.)

CHAPITRE XII.

DE L'OXALATE DE CHAUX DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS.

§ I.

Les auteurs qui ont étudié la gravelle en ont admis un assez grand nombre d'espèces, dont je n'indiquerai même pas les noms, parce qu'on n'est point complétement d'accord sur la classification à adopter. Mais, ce que je puis dire sans crainte de soulever de contradictions, c'est que les gravelles d'acide urique ou d'urates sont de beaucoup les plus fréquentes. Je n'en fais qu'une seule catégorie, parce que tous ceux qui se sont occupés de ce sujet conviennent, d'un commun accord, que l'acide urique est presque toujours associé à de petites quantités d'urates de potasse, de soude, d'ammoniaque et de chaux. La seconde espèce de gravelle, sous le rapport de la fréquence, c'est la gravelle d'oxalate de chaux; mais il est très-rare que l'oxalate y existe à l'état de pureté. On y trouve presque toujours, en plus ou moins grande proportion, de l'acide urique ou des urates, quelquefois du phosphate ou du carbonate de chaux.

M. Civiale (1) déclare que, chez beaucoup de graveleux, l'acide urique et l'oxalate de chaux paraissent à la suite l'un de l'autre, et qu'il a souvent observé cette alternance, sans avoir jamais pu la rattacher à aucune circonstance spéciale. Quelquefois la succession est rapide et dure peu; dans d'autres cas, au contraire, le passage d'une substance à l'autre est moins brusque; mais une fois la prédominance établie pour l'un des principes, elle persiste plus ou moins longtemps. Pour cet auteur, la gravelle d'oxalate de chaux, beaucoup moins rare qu'on ne le pense généralement, existe à l'état pulvérulent et à l'état cristallin; et il a soigneusement décrit les formes diverses et souvent bizarres que présentent les graviers d'oxalate calcaire. Il ajoute que les formes particulières qu'ils affectent ne lui paraissent pas exercer d'influence appréciable sur la production des accidents.

Prout, qui n'a jamais observé la gravelle sous la forme de poudre, a rencontré dans trois cas des graviers qui avaient une apparence cristalline bien prononcée, et dont la surface était couverte d'octaèdres aplatis. Marcet en a également observé trois cas.

Je ne m'arrêterai point à décrire les symptômes de la gravelle murale, parce que, le plus souvent, ils ne diffèrent en rien de ceux qui sont engendrés par les autres espèces de gravelles; seulement je ferai

(1) Civiale, TRAITEMENT MÉDICAL ET PRÉSERVATIF DE LA PIERRE ET DE LA GRAVELLE, p. 17.

---

pour multiplier, aiguiser et fortifier les éléments de la pile. Aussi quand le moment est venu d'en tirer des étincelles, elles sont sorties avec toute la puissance nécessaire pour former un circuit d'un point de l'ellipse à l'autre.

Après donc les mets les plus recherchés et les plus variés, après les vins les plus exquis, après cette mise en rapport de chaque voisinage, dont la truffe et le champagne ne sont pas les moindres mobiles, ont commencé les toasts et les beaux discours.

Comme c'était son droit et son devoir, M. le président a porté un toast à MM. les délégués des associations départementales: les têtes et les cœurs de la profession extra-parisienne. L'un deux, le mieux inspiré à coup sûr, a répondu par un petit chef-d'œuvre de haute raison, de grâce et de sentiment. Au nom de l'association de la Gironde, M. Sarraméa a rappelé le rôle d'initiative joué par cette association. En quelques mots d'une rare distinction, que nous sommes heureux de reproduire, il a caractérisé le rôle de la fille aînée de l'association générale: il était impossible de mieux dire et de mieux sentir. Aussi l'assemblée a-t-elle été instantanément et universellement commotionnée par cette première décharge. Puis sont venus M. de Melun, conseiller d'Etat, qui a célébré le progrès intellectuel et moral de l'esprit d'association par le fait de l'Association générale des médecins de France; puis M. Bethmond, dont l'éloquence, comme une pile de Bunsen, a repris l'idée et le sentiment de M. de Melun, pour en porter les effets jusqu'à l'enthousiasme; puis enfin, d'autres toasts et d'autres discours, qui se perdent dans l'harmonie générale et contribuent encore à en accroître les effets; si bien qu'à la fin de la cérémonie (pourquoi pas cérémonie?), chacun était prêt à s'immoler pour le succès de cette grande œuvre. Pour ne citer qu'un nom, mais un nom qui résume tous les autres, nous avons entendu le noble et illustre président de l'assemblée s'écrier: « Messieurs, ceci est le plus beau jour de ma vie! » Que peut-on ajouter de plus, si ce n'est qu'une pareille œuvre, qu'un pareil dévouement, qu'un pareil entraînement, sont dignes de l'imitation et du concours de tous ceux qui ont à cœur la gloire, la force et les intérêts de notre profession.

JULES GUÉRIN.

— S. M. l'empereur a nommé présidents de diverses Sociétés de prévoyance de médecine, MM. Lejeune, à Laon; Bourbier, à Saint-Quentin; Lhomme, à Bourges; Bertrand, à Clermont-Ferrand.

— M. le docteur Prosper de Pietra-Santa, médecin par quartier de l'empereur, vient d'être chargé par M. le ministre de l'Algérie et des colonies de la mission spéciale d'étudier l'influence du climat d'Alger sur les affections chroniques de la poitrine.

remarquer, avec Marcet et Brandes, que les graviers d'oxalate calcaire ne se développent souvent qu'à des intervalles éloignés, pendant lesquels l'état de santé ne semble rien laisser à désirer.

Certaines substances prises en trop grande quantité comme aliment peuvent engendrer des graviers d'oxalate de chaux, et Magendie affirmait même qu'ils n'avaient jamais d'autre origine. A ce propos, il cite le cas d'une personne qui, pendant près d'un an, avait mangé tous les matins un grand plat d'oseille, et qui rendit un gravier volumineux d'oxalate de chaux.

M. Laugier a observé un cas analogue, qu'il a cru devoir rapporter aussi à l'usage de l'oseille. Enfin, M. le docteur Ratier a inséré une semblable observation dans les ARCHIVES pour 1831. Chez son malade, qui était un homme de 80 ans, plusieurs concrétions d'oxalate d'ammoniaque se déposèrent dans les bassinets des reins, et furent ensuite expulsées après beaucoup de souffrances. On calcula que cet homme avait mangé, pendant trois ans, une demi-livre environ d'oseille par jour. Quand il éprouvait une colique néphrétique, elle se terminait par l'expulsion de plus d'un demi-gros de concrétions, dont quelques-unes étaient grosses comme des pois.

M. Caventou (1) donne l'analyse d'un gravier d'oxalate de chaux, dont la formation lui paraît devoir être rapportée aussi à l'usage de l'oseille. La personne qui le rendit en mangeait à tous ses repas, depuis nombre d'années. Enfin, Pront a vu des graviers d'oxalate de chaux engendrés par l'usage immodéré de la rhubarbe.

Sans nier l'importance des aliments, je pense, avec M. Civiale, que cette cause ne peut pas être invoquée dans la majorité des cas, et je développerai, dans le prochain chapitre, les influences auxquelles je crois qu'il convient de rapporter la formation de l'oxalate de chaux dans l'organisme.

Je ne dis rien non plus maintenant du traitement de la gravelle d'oxalate de chaux; je ne m'en occuperai qu'après avoir parlé des calculs.

§ II.

Le calcul d'oxalate de chaux n'est point particulier à l'espèce humaine. En effet, Fourcroy avait découvert de l'oxalate calcaire dans des calculs de rats, et Lassaigne (2) ayant analysé six petites concrétions trouvées dans la vessie de plusieurs de ces animaux, annonça qu'elles étaient composées d'oxalate de chaux.

Ce sel a été rencontré aussi dans certains calculs du cheval, et particulièrement dans ceux que MM. Bouley et Reynal (3) désignent sous le nom de calculs blancs jaunâtres. Ces concrétions, assez fréquentes et solitaires, acquièrent un diamètre considérable. Leur forme est sphérique; il s'en trouve aussi de triangulaires. Elles présentent des protubérances mamelonnées qui rendent leur surface rugueuse. Elle le devient plus encore par le dépôt de cristaux d'oxalate de chaux. Au centre existe un noyau sédimenteux : les couches nombreuses foncées et très-dures sont polies. Ces calculs ont un poids de 390 à 500 grammes Ils sont formés de carbonate de chaux, 87 0/0 de magnésie, d'oxalate de chaux et de matière organique.

M. Ohme (4) a trouvé aussi de l'oxalate de chaux dans un calcul urinaire du cheval.

Dans deux espèces de calculs vésicaux de l'âne, les bruns jaunâtres et les blancs jaunâtres, l'analyse a découvert de l'oxalate et du carbonate de chaux, du carbonate de magnésie, de la matière organique et des traces de fer. Il suit de là que l'oxalate calcaire est un des éléments les plus habituels des concrétions vésicales du cheval et de l'âne.

Mais si ce sel existe dans les calculs vésicaux du cheval, il doit se retrouver aussi dans les calculs de l'urètre et du prépuce de cette même espèce animale. Selon MM. Bouley et Reynal, les calculs bruns, qu'on rencontre dans l'urètre du cheval, sont composés de carbonate de phosphate et d'oxalate de chaux, de carbonate de magnésie, de matières organiques et de traces de fer. Ils sont rugueux et souvent recouverts d'oxalate de chaux. Quant aux calculs préputiaux, ils ont aussi une surface arrondie, brune, et rendue très-rugueuse par des cristaux d'oxalate de chaux. Ils se composent de carbonate de phosphate, de sulfate et d'oxalate de chaux, de carbonate de magnésie, de matières organiques et d'une trace de fer.

A propos des concrétions des poils du prépuce du bœuf, MM. Bouley et Reynal disent qu'elles se composent de phosphate ammoniaco-magnésien, d'oxalate de chaux, de carbonate de chaux, de poils et de matière organique. La composition chimique des concrétions, des poils du prépuce du mouton est fort analogue, car on y trouve du phosphate ammoniaco-magnésien, du carbonate de chaux, de la matière organique et une trace d'oxalate de chaux.

Lassaigne ayant analysé un calcul vésical du chien, le trouva composé de 53 parties d'oxalate de chaux, 13 de phosphate de chaux, et 39 de matière animale. Dans un calcul rénal du chien, il a également trouvé 50 d'acide urique, 30 d'urate d'ammoniaque, 1 d'oxalate de chaux et 10 de phosphate de chaux. Gmelin, dans sa CHIMIE ORGANIQUE, indique aussi l'oxalate de chaux, comme se trouvant dans les calculs urinaires du chien. Quant aux concrétions calculeuses du porc, elles consistent surtout, d'après Simon, en carbonate de chaux, en phosphate de la même base et en phosphate ammoniaco-magnésien. Mais, d'après Yellowly, elles contiendraient aussi de l'oxalate de chaux.

Enfin, M. Taylor (1) rapporte l'analyse d'un calcul qui avait été, selon toute probabilité, fourni par un iguane d'Amérique (espèce de lézard), et qui était composé d'urate de potasse, avec traces d'oxalate de chaux, plus de la magnésie, de l'ammoniaque, du phosphate de chaux et de la matière animale.

En résumé, l'oxalate de chaux paraît entrer très-fréquemment dans la composition des calculs des animaux, mais dans une proportion, il est vrai, très-variable.

Chez l'homme, on a trouvé des concrétions d'oxalate de chaux dans le rein et dans la vessie, et elles forment deux variétés. Celles qui sont petites et à surface lisse, se désignent sous le nom de calculs en grain de chènevis, et MM. Martres et Prévost (2) disent en avoir observé. Mais le plus souvent les calculs d'oxalate calcaire sont d'un volume assez considérable, et leur surface mamelonnée a été comparée à la surface de la mûre, d'où le nom de calculs muraux, qui leur a été appliqué.

M. Civiale dit qu'il a plusieurs fois rencontré des calculs formés d'oxalate de chaux à l'état de pureté. M. Crosse rapporte aussi l'histoire d'un homme à l'autopsie duquel on trouva l'uretère gauche obstrué par un calcul qui interceptait le passage de l'urine, et au-dessus duquel le canal et le bassinet étaient distendus par une humeur fétide, mucoso-purulente. L'autre rein offrait de nombreuses concrétions blanches très-petites, disséminées dans toute la substance, et variant depuis la grosseur des plus petites graines jusqu'à celle d'une forte tête d'épingle. L'analyse apprit qu'elles étaient formées d'oxalate calcaire pur, cristallisé et transparent, qui remplissait les conduits urinifères. Berzélius a vu aussi des calculs formés d'oxalate de chaux pur et cristallisé.

Mais si l'oxalate existe quelquefois à l'état de pureté dans les calculs urinaires de l'homme, il est bien certain qu'il en est rarement ainsi, et que presque toujours il y est associé à d'autres matières salines. Il peut arriver, dans ce cas, que le noyau de la concrétion urinaire ait une composition différente de celle de la substance corticale, et que celle-ci soit formée elle-même de plusieurs couches distinctes, de composition différente. Le nombre des couches alternantes est ordinairement de deux; mais, dans certains cas, il est plus considérable. Simon parle d'un calcul volumineux qui était formé principalement de phosphate terreux, avec de petites quantités d'urate d'ammoniaque et de soude, alternant par couches. Ce calcul présentait un noyau de la grosseur d'une noix, qui avait l'aspect d'une mûre, et qui était constitué par de l'oxalate de chaux. Au centre de celui-ci, on trouva un nucléole du volume d'un gros pois, formé presque entièrement d'acide urique.

Marcet donne la figure d'un calcul dont les couches extérieures étaient formées d'un mélange de phosphate triple et de phosphate de chaux. Celles qui étaient immédiatement au-dessous étaient formées d'oxalate de chaux; les troisièmes étaient du phosphate de chaux, et enfin le noyau était une concrétion d'acide urique.

On trouve, dans la description de Brugnatelli, des calculs dont les couches extérieures sont formées d'un mélange d'oxalate et de phosphate de chaux, tandis que la partie centrale, de couleur de chair, consiste en acide urique et eu phosphate de chaux, sous forme de lames très-minces et à peine perceptibles à l'œil nu. Il en cite un autre dont les couches extérieures consistent en urate d'ammoniaque. Celles-ci enveloppent une série de con-

(1) Caventou, JOURNAL DE PHARMACIE, t. XVI, p. 750.
(2) Lassaigne, JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, 1828, t. V, p. 683.
(3) Bouley et Reynal, DICT. DE MÉD. VÉTÉR.
(4) Ohme, ANALYSE D'UN CALCUL URINAIRE DU CHEVAL (ARCHIV. DER PHARMACIE, 1847, t. XCVIII, p. 287.

(1) Taylor, ANNUAIRE DE CHIMIE, 1847, ou PHILOSOPHICAL MAGAZINE, 3e série, vol. XXVIII, p. 36 et 192.
(2) Martres et Prévost, ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE, 1817, t. VI, p. 221.

ches brunâtres d'oxalate de chaux, et ces dernières enferment à leur tour un noyau blanc et pur de phosphate de chaux. Enfin, un troisième calcul a sa couche extérieure composée d'un mélange d'urate d'ammoniaque et d'une matière de couleur rose. Au-dessous se trouve une couche blanche de phosphate de chaux, puis une couche jaune d'acide urique, et au centre, un noyau d'oxalate de chaux.

Simon, dans sa CHIMIE ANIMALE, dit que la silice peut exister dans un calcul, mêlée à l'oxalate de chaux; mais je n'en ai point trouvé d'exemples dans les auteurs que j'ai consultés.

Un fait bien aussi rare que celui-ci, c'est l'association de l'oxalate calcaire et du benzoate d'ammoniaque. A ce propos, Brugnatelli dit qu'il a examiné une concrétion urinaire composée de carbonate et d'oxalate de chaux unis à du benzoate d'ammoniaque.

J'ai consulté la plupart des observations de calculs de cystine qui ont été publiées, et dans aucune concrétion provenant de l'homme, l'analyse chimique n'a fait découvrir l'oxalate de chaux et la cystine existant simultanément. Lassaigne est le seul chimiste qui dise avoir trouvé dans un calcul de la cystine unie à une petite quantité de phosphate et d'oxalate calcaire. Ce calcul avait été trouvé dans la vessie d'un chien. Mais il n'est pas encore bien certain que ce fût réellement de la cystine. Quoi qu'il en soit, si la présence de l'oxalate calcaire n'a pas encore été constatée dans les calculs humains de cystine, c'est peut-être aussi parce qu'on n'a pas encore analysé un grand nombre de ces concrétions. Ce qui porte à croire que cette association n'est nullement impossible, c'est que ces deux substances se sont déjà trouvées alterner chez des calculeux. Par exemple, Prout parle d'un malade qui, après avoir été taillé une première fois pour une pierre formée probablement d'oxalate de chaux, rendit en second lieu un petit calcul de cystine.

M. Bouchardat (1) rapporte l'observation d'un calcul dans lequel l'oxalate de chaux était uni au carbonate de chaux. Il était situé dans le rein, de forme arrondie et recouvert d'éminences dont quelques-unes étaient très-étendues; il renfermait une notable quantité de fer dans sa portion organique.

M. Bley (2) a rapporté également l'analyse d'un calcul provenant d'une jeune femme, et qui contenait de l'oxalate de chaux uni à des carbonates de chaux et de magnésie, du nitrate de soude, de l'oxyde de fer et des traces d'oxyde manganique, de l'albumine et de la graisse.

Les musées d'anatomie pathologique contiennent un certain nombre de concrétions dans lesquelles on retrouve cette association, sur laquelle je ne m'étendrai pas plus longuement.

Le phosphate de chaux et le phosphate ammoniaco-magnésien ont été souvent rencontrés unis à l'oxalate de chaux dans les concrétions urinaires. M. Sarreau (3), analysant les calculs du cabinet d'anatomie de Rennes, en a décrit un qui était hérissé de cristaux rhomboédriques aplatis. L'examen chimique de ces cristaux démontra qu'ils étaient formés d'oxalate de chaux, avec un sel ammoniacal, une matière animale et du phosphate de chaux.

Un autre calcul était recouvert de cristaux blancs qui étaient des rhomboèdres aplatis et des tétraèdres. L'analyse démontra que les premiers étaient constitués par de l'oxalate de chaux, et les seconds par du phosphate ammoniaco-magnésien.

Hopff, de Deux-Ponts (4) a également publié l'analyse d'un calcul urinaire, du volume d'un œuf de pigeon, qui contenait de l'oxalate de chaux, du phosphate ammoniaco-magnésien, du fer et de la matière animale.

Dans un autre calcul, il a trouvé de l'oxalate de chaux, de la magnésie, du fer, de la matière organique et de la matière grasse.

Mais le corps qu'on rencontre le plus souvent uni à l'oxalate calcaire, dans les concrétions calculeuses, c'est l'acide urique, soit libre, soit combiné à l'ammoniaque et à la soude. Pour établir ce fait, qui a beaucoup d'importance à mes yeux, je vais passer en revue les différentes collections de la France et de l'étranger, afin de pouvoir présenter des chiffres suffisamment élevés, et je rangerai, dans une seule et même classe, tous les calculs qui contiendront à la fois de l'oxalate de chaux et de l'acide urique, ou un urate, lors même qu'il n'y aurait que des traces de l'un ou l'autre de ces corps.

Dans un article inséré dans le JOURNAL DE GLASCOW (5), je trouve

(1) Bouchardat, JOURNAL DE PHARMACIE, 1836.
(2) Bley, ANNUAIRE DE CHIMIE, année 1847, ou ARCHIV. DER PHARMAC., t. XCVIII, p. 171.
(3) Sarreau, JOURN. DE PHARM., 1836.
(4) Hopff, JOURN. DE PHARM., 1831.
(5) JOURNAL DE GLASCOW, 1857, p. 175.

indiquée la composition chimique de 56 calculs urinaires extraits dans l'Inde par Atkinson, et analysés par le professeur Rowney. Or, sur ces 56 concrétions, il en est 48 dans lesquelles l'analyse a fait découvrir en même temps de l'oxalate de chaux et de l'acide urique, ou de l'oxalate et un urate, ou les trois corps réunis.

Prout (1) a publié, à la fin de son ouvrage, un tableau dans lequel il passe en revue les collections de calculs qui existent dans les hôpitaux Guy et Saint-Barthélemy à Londres, dans les hôpitaux de Norwich, de Manchester et de Bristol, puis dans la Souabe et à Copenhague. Or, sur 1473 calculs, il y en a 805 qui contiennent de l'acide urique ou un urate, et parmi ceux-ci, il en est 533 qui renferment en même temps de l'oxalate de chaux.

En Allemagne, M. Rapp (2), sur 56 calculs muriformes, en a trouvé 53 dont l'acide urique occupait le centre.

Enfin, en France (3), la seule collection un peu importante que je connaisse, et qui ait été soumise à l'analyse, est celle du musée Dupuytren. C'est M. Bigelow qui l'a étudiée, et il résulte de son travail que, sur 149 calculs examinés, 128 contenaient de l'acide urique ou un urate, et que, parmi eux, 57 contenaient en même temps de l'oxalate calcaire.

Si nous nous en tenons à ces chiffres, nous voyons que, sur 989 calculs, qui renfermaient de l'acide urique ou des urates, 643 contenaient en même temps de l'oxalate de chaux, ce qui fait une proportion de 65 pour 100.

Ainsi donc, en résumé, la coexistence, dans les calculs, de l'oxalate de chaux et de l'acide urique ou des urates constitue un phénomène très-fréquent, et nous l'invoquons immédiatement pour réunir en un seul et même groupe, au point de vue du traitement, la gravelle et les calculs formés d'acide urique ou d'urates, et les concrétions d'oxalate calcaire.

On sait avec quelle facilité on fait disparaître de l'urine, un sédiment d'acide urique ou d'urates, en administrant un alcali. Quant aux cristaux d'oxalate de chaux, j'ai déjà fait remarquer que, chez les malades qui en rendaient d'une manière continue, on pouvait faire cesser à volonté l'excrétion de ce corps, en administrant une dissolution de bicarbonate de soude gazeuse, qu'on donne dans les hôpitaux, sous le nom d'eau de Vichy artificielle. Ce résultat se faisait rarement attendre plus de trois ou quatre jours, et quand il avait été obtenu, si l'on suspendait l'eau de Vichy, les cristaux d'oxalate ne tardaient pas à reparaître, à moins que l'eau alcaline n'eût été continuée pendant un certain temps. Cette apparition et cette disparition successives de l'oxalate de chaux ont été plusieurs fois provoquées chez un même malade, et les résultats observés étaient si constants que l'examen microscopique de l'urine fait aux différentes heures de la journée, me permettait d'affirmer à peu près à coup sûr que le malade avait pris son eau de Vichy, ou au contraire s'en était abstenu.

De telles observations me paraissent assez importantes, car le traitement de la gravelle oxalique se trouve dès lors tout tracé, aussi bien que s'il s'agissait d'une gravelle formée d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque. Dans ces deux cas, c'est à la médication alcaline qu'on devra recourir, et on administrera l'eau de Vichy naturelle, ou une eau minérale analogue, on encore la solution de bicarbonate de soude, en quantité modérée bien entendu, afin de ne pas provoquer un dépôt phosphatique par lui-même dangereux. J'ajoute qu'on interdira soigneusement aux malades l'usage de l'oseille, de la rhubarbe, des tomates et des autres matières alimentaires ou médicamenteuses, qui sont réputées contenir de l'acide oxalique.

Ainsi donc, et j'insiste à dessein sur ce point, la médication alcaline, vaguement conseillée par quelques auteurs, regardée par d'autres comme inutile, est au contraire la méthode la plus efficace à opposer à la gravelle d'oxalate de chaux, contre laquelle elle réussit aussi bien que quand il s'agit d'une gravelle urique. Quant aux calculs formés d'oxalate de chaux et d'acide urique, on peut, par le même moyen, en arrêter l'accroissement et en prévenir plus sûrement le retour, quand ils ont été extraits par la taille, ou détruits par la lithotritie.

En résumé, l'acide urique et l'oxalate de chaux se trouvent très-souvent réunis dans les calculs urinaires de l'homme; les mêmes agents thérapeutiques diminuent ou font cesser leur excrétion; or il me semble que ce sont là de puissantes raisons pour faire croire que

(1) Prout, DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES MALADIES DES VOIES URINAIRES.
(2) Rapp, NATURWISSENSCHAFTLICHE ABHANDLUNGEN, 1826, t. I. p. 150.
(3) Houel, MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

l'organisme les puise à deux sources bien voisines, comme je vais essayer de le démontrer tout à l'heure.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC; par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

(Suite. — Voir les nos 38, 39, 40 et 41.)

3° EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DU CHLORURE DE ZINC SUR LES TISSUS CHEZ LES ANIMAUX VIVANTS.

A l'époque où nous commençâmes les expériences qui font le sujet de ce mémoire, nous avions déjà très-fréquemment étudié l'action du chlorure de zinc sur les différents tissus chez l'homme, et en outre, nous avions eu connaissance, dans une des séances de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, et plus tard dans les bulletins de cette Société, du travail de M. GIROUARD dont nous venons de résumer les données principales; enfin, nous avions pu lire encore ce document à la fois dans la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE de M. MALGAIGNE, où le patronage de ce chirurgien l'avait fait admettre, puis dans le TRAITÉ DE LA CAUTÉRISATION de M. PHILIPEAUX, car ce travail fait presque à lui seul les frais du paragraphe très-court où il s'agit de l'action du chlorure de zinc sur les tissus.

C'était donc avec parfaite connaissance de causes que nous tentions des expérimentations nouvelles; mais il faut bien le dire, ces expérimentations nous semblaient absolument indispensables pour vérifier certaines assertions du travail de M. GIROUARD, qui, partisan quand même des caustiques, et opérateur et guérisseur de cancer par les caustiques, pouvait être quelquefois accusé d'un peu trop d'enthousiasme pour le plus actif de ses moyens de destruction des tumeurs.

On jugera si nous avions raison d'émettre ces doutes, après la lecture des expériences que nous allons maintenant rapporter.

EXP. XVII. — La première expérience que nous fîmes avec le chlorure de zinc avait pour but de déterminer d'un côté la rapidité de son action, et de l'autre, de connaître facilement sa tendance à pénétrer dans les divers tissus de l'économie. Dans cette intention, nous appliquâmes le caustique sur l'oreille d'un lapin, la transparence de cette partie permettant de suivre aisément les phases diverses de la destruction. Mais comme il n'y avait pas intérêt à attendre la perforation de la peau externe, nous incisâmes cette peau sur une longueur de 1 centimètre, et à travers cette ouverture, on introduisit 15 centigrammes de chlorure de zinc sec, puis une suture de la partie incisée servit à maintenir exactement la substance caustique à demeure.

Déliquescence prompte du chlorure de zinc.

Injection rapide, même presque instantanée de toute la largeur de l'oreille, quoique l'application caustique ait eu lieu à peu près à la partie moyenne.

Pas d'agitation de l'animal.

Après un quart d'heure, nous examinons les parties que nous voulions cautériser: le chlorure de zinc est en complète déliquescence, et il n'existe plus de débris solide; la peau interne est pénétrée, et l'indice de cette pénétration est un aspect chagriné, rugueux de cette peau, avec coloration blanche.

Après une demi-heure, le point blanc, chagriné, rugueux, que nous venons d'indiquer, a bruni légèrement; mais au pourtour, un cercle blanchâtre d'un demi-centimètre d'étendue indique une pénétration nouvelle du caustique, et, dans ce cercle, la peau interne a pris aussi un aspect chagriné, rugueux.

Après quatre heures, une infiltration séreuse a épaissi tout le tissu de l'oreille autour du point cautérisé; l'escarre s'est étendue et mesure 3 centimètres de diamètre. A son niveau, la peau et le cartilage ont conservé leur souplesse normale; mais la surface est plus blanche et plus rugueuse; sans cela, on ne pourrait pas savoir exactement s'il y a cautérisation véritable.

Au-dessous de la peau rampent des vaisseaux bien conservés et libres au milieu du tissu cellulaire; ils ne paraissent pas diminués de volume, et la comparaison en est facile avec l'oreille du côté sain; la coloration des vaisseaux est plus brune seulement. Enfin, en disséquant ces vaisseaux, nous les isolons du tissu cellulaire ambiant très-friable, et après les avoir incisés, nous exprimons de leur cavité intérieure un caillot noirâtre et desséché.

Même état et même aspect des vaisseaux et de la peau du côté externe.

Après vingt-quatre heures, escarre complétement desséchée; elle est transparente, sans traces de vaisseaux, parcheminée en un mot; son étendue est encore de 3 centimètres de diamètre; il n'y a pas d'inflammation des parties saines.

REMARQUER: 1° que 15 centigrammes de chlorure de zinc sec ont pénétré l'épaisseur du cartilage et de la peau interne de l'oreille d'un lapin en un quart d'heure; 2° qu'après une demi-heure, l'escarre avait 2 centimètres d'étendue; 3° qu'elle a été complète après quatre heures et atteignait 3 centimètres de diamètre; 4° mais que les vaisseaux n'ont pas subi le retrait considérable indiqué par M. GIROUARD; 5° qu'ils contenaient un caillot noir et desséché; 6° que la cautérisation n'a changé l'aspect des parties qu'après vingt-quatre heures, c'est-à-dire quand il y a eu dessiccation de la partie morte; 7° que cette dessiccation est un effet purement physique et non pas le résultat de la cautérisation elle-même.

EXP. XVIII. — Le 21 juillet, nous expérimentons sur un lapin pour connaître l'action du chlorure de zinc sur le tissu musculaire, et dans ce but, nous incisons, dans une étendue de 2 centimètres, la peau de la fesse droite et l'aponévrose correspondante; puis les fibres charnues étant à découvert, nous introduisons sur le muscle et dans son épaisseur deux morceaux de chlorure de zinc pesant 30 centigr. Nous suivons enfin l'opération produite par le caustique à découvert d'abord.

Déliquescence rapide du chlorure de zinc.

A mesure que le liquide formé s'écoule et touche les fibres charnues, celles-ci blanchissent, mais sans changer de consistance; mais pour empêcher le liquide de fuser trop loin et de côté, nous enveloppons les parties de ouate et nous maintenons le tout avec un bandage peu serré.

Après vingt-quatre heures, nous examinons de nouveau l'animal.

Le caustique s'est notablement étendu en surface: on reconnaît son action à l'aspect blanchâtre des fibres musculaires dans les points cautérisés; l'escarre a ainsi, en étendue superficielle, 3 centimètres et demi; mais en profondeur, le chlorure de zinc a pénétré à peine à 2 ou 3 millimètres, car, en incisant l'escarre, on arrive presque immédiatement à des parties charnues rouges et saignantes.

L'escarre ne se détacha que le douzième jour; elle était noire et desséchée.

Nous dirons plus loin quelle est l'action réelle produite par le chlorure de zinc sur les éléments anatomiques du tissu musculaire. Signalons seulement ici: 1° le peu de profondeur de l'escarre obtenue; 2° la marche de la cautérisation envahissant plutôt les parties superficielles en suivant les espaces intermusculaires que les parties profondes; 3° la difficulté d'apprécier la profondeur de la cautérisation; 4° l'impossibilité de même absolue d'affirmer que l'escarre, après deux heures, aura 6 millimètres; après six heures, 9 millimètres, etc.

EXP. XIX. — Un des points les plus curieux à étudier dans l'action du chlorure de zinc était l'escarre produite sur les vaisseaux d'un certain volume. Nous mettons en conséquence à découvert, chez un lapin, l'artère crurale du côté droit, dans une étendue de 3 centimètres environ. Puis nous appliquons, sur un point de cette artère, un mélange de chlorure de zinc et de collodion, mais contenant une proportion considérable de chlorure.

Le vaisseau blanchit immédiatement.

Puis il semble se rétracter de haut en bas plutôt que dans ses parties latérales; enfin, il s'épaissit à mesure que le chlorure le pénètre.

Après dix minutes, les battements ayant cessé, nous voulons connaître le résultat obtenu sur le sang contenu dans le vaisseau et sur les parois, et nous incisons l'artère avec précaution. Mais le vaisseau n'avait pas diminué de calibre dans le point cautérisé, et eut lieu une hémorrhagie que nous arrêtâmes avec peine par la compression.

EXP. XX. — Le lendemain, nous mettons à nu, comme dans l'expérience précédente, l'artère crurale d'un lapin, et nous l'entourons en totalité d'une lanière de pâte Canquoin, et nous laissons cette pâte à demeure.

Puis après vingt-quatre heures, nous examinons l'animal.

Une infiltration séreuse légère enveloppe les parties cautérisées; les lanières ont plus que doublé de volume. L'action du chlorure de zinc s'est manifestement étendue dans les parties environnantes, menée en quelque sorte par le tissu cellulaire. Au milieu de ces tissus blanchâtres apparaît le cordon dur, coriace, comme fibreux, produit par l'artère cautérisée; cependant le volume ne semble pas diminué; il n'y a pas de battements, et nous coupons le vaisseau en travers.

Il n'est survenu aucun écoulement de sang.

Puis, comme la veine nous semble cautérisée aussi, nous l'ouvrons, et cette section ne donna lieu encore à aucune hémorrhagie.

Dans l'artère et dans la veine existaient des caillots noirâtres, consistants et durs.

REMARQUER que, dans cette expérience, une seule application de chlorure de zinc pendant vingt-quatre heures a suffi pour arrêter le cours du sang dans un vaisseau du volume de l'artère crurale d'un lapin, et que ni les mouvements désordonnés du lapin pendant l'ex-

périence, ni la section du vaisseau à ce moment, ni les mouvements faits dans la suite, ne déterminèrent d'hémorrhagie; mais n'y avait-il pas exagération dans cette phrase de M. Girouard : « Sur une artère du volume d'une plume d'oie, les parois se resserrent à un tel point qu'en vingt à trente minutes, elle est réduite à une sorte de cordonnet compacte, comme ligamenteux, qui a à peine le quart du volume primitif du vaisseau. »

Exp. XXI. — L'étude de l'action du chlorure de zinc sur le sang fraîchement tiré d'une veine devait compléter celle de l'action de ce caustique sur les vaisseaux. Nous appliquons en conséquence une pastille de gutta-percha au chlorure de zinc sur du sang de ce genre non coagulé. Aussitôt la coloration *acajou* du sang devient d'un rouge vif de vermillon; puis un coagulum se produit; puis la teinte vermillon pénètre à un demi-centimètre dans l'épaisseur du caillot sanguin.

Exp. XXII. — Dans une autre expérience faite sur du sang coagulé, il n'en fut pas de même : l'escarre était noire, très-consistante; à la circonférence était un liséré blanc, très-mince; au delà de ce liséré, le sang se teignait en rouge vermillon dans une étendue d'un centimètre environ.

Remarquer qu'on doit à M. Girouard d'avoir signalé le premier cette action intéressante du chlorure de zinc sur le sang dans les vaisseaux ou hors des vaisseaux. Dans les vaisseaux, *coloration noire*; hors des vaisseaux, *coloration rouge*; à la surface du sang en caillots, *coloration rouge*; dans la profondeur du caillot, *coloration noire*. Ajoutons cependant que toujours, quand on cautérise avec les chlorures métalliques, il y a formation d'un *liséré blanchâtre* sur les caillots sanguins, et que si l'on touche du sang liquide avec ces caustiques, il se forme une sorte de précipité grumeleux, blanchâtre, assez comparable à celui que forment les sels solubles d'argent dans une solution de sel marin. Toutefois, parmi tous les caustiques métalliques, nous ne connaissons que le chlorure de zinc qui donne au sang une coloration rouge vif, rappelant très-nettement celle du vermillon.

Exp. XXIII. — La dernière expérience que nous allons rapporter a un double but: 1° d'indiquer l'action du chlorure de zinc sur des tissus, comme la cornée; 2° l'action de la potasse sur les escarres au chlorure de zinc.

Nous appliquons, en effet, sur l'œil d'un lapin, au bord inférieur de la cornée, une plaque au chlorure de zinc et à la gutta-percha, et nous maintenons cette plaque avec précaution pendant une demi-heure.

Après ce temps, nous examinons l'animal.

La cornée a pris une coloration blanche dans les parties cautérisées; mais la conjonctive palpébrale et oculaire correspondante a aussi participé à la cautérisation; et le lendemain, à la place de cette tache, un albugo très-épais est formé sur ce point; la cornée est en outre comme desséchée et durcie.

Alors, en promenant le crayon de potasse sur cette escarre, on détruit peu à peu l'opacité; puis la cornée reprend sa transparence complète; mais alors elle se perfora brusquement, comme dans l'exp. XIV.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite.)

THE NORTH AMERICAN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

(Mars, mai, juillet 1858.)

DE L'INJECTION DE L'URÉE ET D'AUTRES SUBSTANCES DANS LE SANG; par William-A. Hammond.

L'objet des expériences entreprises par l'auteur était de vérifier la théorie proposée par Frerichs pour expliquer l'intoxication urémique. On sait que le pathologiste allemand regarde les symptômes d'empoisonnement du sang si fréquents dans la maladie de Bright, non comme l'effet direct de l'accumulation de l'urée dans le sang, mais comme le résultat et la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque par l'entremise d'un ferment sur la nature duquel Frerichs ne s'explique pas.

Le docteur Hammond institue deux séries d'expériences.

Dans la première, les substances sont injectées dans le sang d'animaux intacts.

Dans la seconde, aussi semblable d'ailleurs que possible à la première, on agit sur des animaux auxquels on a enlevé les reins.

Les substances injectées sont : l'urée, l'urée et le mucus vésical, le carbonate d'ammoniaque, le nitrate de potasse et le sulfate de soude.

Le résultat de ces expériences n'a point confirmé la théorie de Frerichs.

Dans aucun des cas où l'urée fut injectée dans le sang, on ne découvrit de l'ammoniaque dans l'air évaporé, dans les matières vomies ou contenues dans l'estomac des animaux.

Le docteur Hammond pense que l'ammoniaque trouvée par Frerichs dans ses expériences était accidentelle, et qu'elle n'est pas la conséquence forcée de la rétention de l'urée dans le sang.

L'ablation des reins semble exercer une influence très-importante sur l'action des substances qui, introduites dans le sang des animaux intacts, ne sont pas capables de causer la mort, ni même de produire de troubles généraux très-intenses. Aussi sur les dix animaux sujets des expériences de la première série, il n'y en eut qu'un qui succomba, celui chez lequel on avait injecté du nitrate de potasse, tandis que tous ceux de la deuxième série furent pris de convulsions et succombèrent en quelques heures. On voit ainsi que le carbonate de potasse n'est pas plus toxique que les autres substances, qu'il l'est même moins que le nitrate de potasse.

L'état de l'économie après l'extirpation des reins, est, à beaucoup d'égards, analogue à celui que produit la maladie de Bright. Dans cette affection les reins ne fonctionnent qu'imparfaitement, et beaucoup de substances qu'ils devraient éliminer sont retenues dans l'organisme.

Chez les animaux dont on a enlevé les reins, la mort est hâtée par l'injection de l'urée dans le sang; qui empêche donc de regarder l'intoxication urémique comme le résultat direct d'une excessive accumulation de l'urée dans le sang? On répond qu'on a trouvé une grande quantité d'urée dans le sang *d'albuminuriques* qui n'avaient cependant pas présenté les symptômes de l'urémie; mais tous les organismes ne sont pas également sensibles à l'action des mêmes poisons, et puis si l'accumulation de l'un se fait lentement, l'organisme peut sans doute s'y habituer jusqu'à un certain point.

L'auteur conclut donc :

1° Que l'urée seule ou combinée avec le mucus vésical, le carbonate d'ammoniaque et le sulfate de potasse injectés dans le sang d'animaux sains, ne causent pas la mort;

2° Que le nitrate de potasse introduit de la même manière, est rapidement fatal;

3° Que la mort suit l'injection de chacune de ces substances chez les animaux dont on a enlevé les reins;

4° Que, dans aucun cas, l'urée introduite directement dans la circulation ne se change en carbonate d'ammoniaque.

LA FACULTÉ PERCEPTIVE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE PROUVÉE PAR DES EXPÉRIENCES SUR DES ANIMAUX A SANG FROID; par Georges Paton (de Galt, Canada occidental).

Il est aujourd'hui admis, depuis les travaux de M. Flourens et de Marshall-Hall, que les mouvements exécutés par les animaux décapités ou privés de leur cerveau, sont dus à ce qu'on appelle l'action réflexe de la moelle.

Ces mouvements sont regardés comme purement mécaniques. Un nerf sensitif de la périphérie étant excité, le courant nerveux aboutit à la moelle et y suscite un courant en sens contraire, c'est-à-dire du centre à la périphérie dans les nerfs moteurs, et le mouvement s'ensuit d'une manière involontaire et forcée.

Ces caractères doivent être ceux des mouvements réflexes, et nul doute qu'ils n'appartiennent à la plupart des mouvements qu'on peut faire exécuter à des animaux dont on a enlevé le cerveau. Mais le docteur Paton découvre qu'il existe aussi chez ces animaux des mouvements d'une autre sorte, qui présentent évidemment les effets de la volition, puisqu'ils sont :

1° Coordonnés;
2° Coordonnés dans un but déterminé;
3° Variables comme la cause excitatrice qui les provoque.

Le docteur Paton en conclut que l'animal a perçu l'excitation, puisqu'il a agi par suite de l'excitation dans un but déterminé, et, par conséquent, que la corde spinale a le pouvoir de percevoir les impressions et de coordonner des mouvements pour un but spécial.

Si l'animal ne sentait pas et ne pouvait vouloir, pourquoi porterait-il une patte plutôt que l'autre sur la partie que l'on touche avec une aiguille? Pourquoi la patte de derrière se porterait-elle en avant sur le point même de la région dorsale que l'on irrite? Ces mouvements

sont parfaitement semblables à ceux que produisent les animaux sains quand on les irrite de la même manière.

L'animal décapité a perdu, il est vrai, la spontanéité des mouvements, il ne se ment que quand il est irrité.

Ainsi : 1° La moelle épinière donne à l'animal la faculté de sentir et de manifester ses perceptions en accomplissant des mouvements définis et combinés en réponse à la stimulation ;

2° Le cerveau est établi au-dessus de la moelle épinière pour agir sur ces facultés qu'elle possède, il est de plus le siége de la mémoire et de l'intelligence ;

3° Les mouvements associés de la déglutition, de la respiration, de l'éternument, de la toux, de la contraction de l'iris, etc., etc., dépendent du pouvoir réflexe de la moelle épinière.

Maintenant quel est le siége de la faculté perceptive de la moelle? Appartient-elle à la moelle allongée et aux portions supérieures de la corde spinale?

Les expériences de l'auteur le conduisent à répondre par l'affirmative à la seconde de ces questions. Il fait observer toutefois que dans les salamandres le siége de cette faculté est situé plus bas encore sur la corde spinale, car après la division de cet organe au-dessous des plexus brachiaux et de la seconde paire de nerfs spinaux, l'animal témoigne qu'il reconnaît une impression et qu'il est capable de coordonner les mouvements de ses extrémités postérieures.

On ne saurait assimiler les mouvements que ce travail a pour but de distinguer à certains mouvements d'ensemble dus à l'action réflexe, comme ceux qui produisent la respiration, la toux, etc. ; ces derniers sont prédéterminés dans l'intérêt spécial d'une fonction. Ils suivent nécessairement l'irritation, et n'ont besoin d'aucun acte de volition pour s'accomplir ; mais quand un animal porte la patte au point piqué et fait effort pour écarter l'aiguille qui le pique, il y a intervention de la volonté, et non mouvements automatiques nécessaires et coordonnés d'avance dans le but d'assurer une fonction essentielle, comme la déglutition, les battements de cœur, etc. Il n'y a là rien de moins que ce qui suffit à faire juger d'un animal sain qu'il a senti, perçu et voulu. Les signes de la détermination volontaire chez un animal ne peuvent être plus évidents.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

DE QUELQUES PERFECTIONNEMENTS A APPORTER AUX OPÉRATIONS D'URÉTROPLASTIE ; par M. C. SÉDILLOT.

La facilité avec laquelle on remédie aujourd'hui aux rétrécissements de l'urètre, par des incisions longitudinales dont nous avons expliqué l'efficacité (voir notre MÉMOIRE SUR L'URÉTROTOMIE INTERNE, 1858), permet de poursuivre l'occlusion des fistules sus-scrotales par une simple suture ou par un des nombreux procédés autoplastiques dont la chirurgie s'est enrichie, et les lambeaux soit latéraux, soit supérieurs ou inférieurs à la fistule, ramenés au devant d'elle par glissement ou transport, suffisent habituellement à la guérison.

La condition principale du succès est de bien aviver la circonférence de l'ouverture fistuleuse, afin d'en obtenir l'adhésion à la surface saignante et *superposée* du lambeau oblitérateur.

Si le canal paraît trop étroit après la cicatrisation, on le fend de côté avec un de nos urétrotomes internes, et l'on rétablit ainsi le diamètre de l'urètre.

Dans les cas compliqués et réfractaires aux moyens curatifs ordinaires, les règles générales du traitement paraissent assez bien tracées. S'il existe une fistule urinaire au périnée, on la dilate et on l'agrandit (Ségalas), pour y engager une sonde, dont l'extrémité est maintenue dans la vessie. Si le périnée est intact, on le fend (Ricord), on incise l'urètre, et une sonde sert, comme dans le cas précédent, à détourner le cours de l'urine et à en empêcher le contact sur les points à réparer.

L'urétroplastie est alors pratiquée par la méthode à double lambeau superposé (Bach, de Strasbourg, 1841), eu ayant ou non recours à des fils métalliques pour les sutures (méthode dite *américaine* de MM. Pancoast et Bozemann), et la plaie, préservée du contact de l'urine, est recouverte en dehors par la couche épidermique de la peau, et en dedans ou du côté du canal, par la même membrane ou par du tissu cicatriciel, sans tension ni étranglement des parties.

Dès que la guérison de la fistule est obtenue, on retire la sonde périnéale, on la remplace par une sonde ordinaire introduite par le gland, et en deux ou trois semaines la laie du périnée est cicatrisée.

Malgré des conditions opératoires aussi naturelles, on ne saurait méconnaître la rareté des succès immédiats ou primitifs de l'urétroplastie.

La réunion par première intention est presque constamment incomplète, et ce n'est qu'à la suite de suppurations prolongées, après de nouvelles sutures, des applications de substances excitantes ou caustiques, du feu et parfois de la ténotomie que l'on parvient à la cicatrisation de la fistule.

Il y a donc des causes d'insuccès à faire disparaître, et nous nous sommes efforcé d'y parvenir.

Deux indications dépendent des dispositions de la fistule : tantôt *a* la muqueuse est unie à la peau ; tantôt *b* ces deux membranes sont séparées l'une de l'autre par une large cicatrice.

a. Si les adhérences du tégument externe à la membrane muqueuse sont intimes, il faut diviser la peau à quelques millimètres en dehors et de chaque côté de la solution de continuité, par des incisions droites et parallèles, dont les extrémités sont coupées à angle droit au niveau de la fistule, on bien l'on termine les incisions latérales par des angles légèrement arrondis. On obtient ainsi, sur les côtés de la fistule, une sorte d'encadrement de peau dont les deux moitiés, en forme de valves, sont partiellement disséquées de dehors en dedans, puis renversées dans le même sens sur elles-mêmes, pour en tourner en arrière la face épidermique et former l'ouverture accidentelle de l'urètre. On fixe les lambeaux, dans cette position, par quelques points de suture entrecoupés, dont les anses regardent en dehors, et les fils noués du côté du canal sont entraînés par l'urètre au delà de l'orifice du gland, au moyen d'un petit stylet fenêtré d'argent flexible.

L'urètre se trouve ainsi fermé par le renversement et l'accolement de la peau, et l'on a sous les yeux une assez vaste plaie que doit recouvrir un second plan de lambeaux. On arrive à ce résultat par plusieurs procédés : on peut disséquer les téguments vers le prépuce. On a de cette manière un grand lambeau transversal abaissé au devant de la fistule déjà fermée et les points de suture extérieurs n'ont aucun rapport avec ceux des premiers lambeaux, condition essentielle et des plus favorables au succès de l'opération. Lors même qu'un peu de suppuration aurait lieu autour des fils, la solidité des deux plans de lambeaux n'en serait pas affectée, puisque le pus serait isolé et trouverait une libre issue, du côté du canal de l'urètre pour les lambeaux profonds, et en dehors des téguments de la verge pour les lambeaux superficiels, et qu'aucun corps étranger communiquant de l'urètre à la peau ne favoriserait la persistance de pertuis fistuleux.

On peut en outre soumettre la verge à une légère pression pour mieux assujettir les lambeaux, en déterminer l'immobilité et empêcher le gonflement œdémateux, qui est à peu près constant, lorsque les plaies sont abandonnées à elles-mêmes.

b. Si des surfaces cicatricielles séparent la peau de la membrane muqueuse de l'urètre, on doit les exciser en totalité, à l'exception des points les plus rapprochés du canal dont on forme deux lambeaux, en suivant les procédés précédemment décrits.

Telles sont les règles que nous avons adoptées, et l'observation suivante paraît en confirmer la valeur.

M.. portait une large perte de substance de 2 à 3 centim. de hauteur à la portion sus-scrotale de l'urètre, et le pourtour de cette ouverture était formé à une assez grande distance en tous sens, par une cicatrice mince, sèche et non adhérente. Une ulcération phagédénique avait été la cause de cette infirmité dont la date remontait à un grand nombre d'années.

L'urétroplastie fut pratiquée le 3 novembre 1858, en présence de MM. les docteurs Leuret, médecin principal, Hergott et Boekel, professeurs agrégés à la Faculté, et d'autres médecins militaires attachés à l'hôpital militaire.

Le malade couché en décubitus dorsal et chloroformé, une sonde fut portée dans la vessie ; le périnée et l'urètre furent fendus au niveau du bulbe par une incision longitudinale ; la sonde fut retirée, et une autre sonde du même calibre, dirigée entre deux stylets conducteurs par la plaie, fut conduite jusque dans l'intérieur de la vessie (voir pour plus de détails mon MÉMOIRE SUR L'URÉTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE). La membrane cicatricielle séparée du pourtour de la fistule forma deux lambeaux latéraux dont le renversement de dehors en dedans devait servir à fermer l'urètre. Les bords excédants de ces lambeaux furent excisés, et lorsque les dimensions en furent convenables, on les réunit sur la ligne médiane par trois points de suture entrecoupés. La peau fut ensuite largement disséquée du côté du prépuce et ramenée de haut en bas au devant des lambeaux profonds. Un des fils des sutures fut coupé près des nœuds et les fils restant dirigés au dehors de la plaie.

Aucun accident grave ne survint, mais la cicatrisation ne fut pas complète. Un peu de suppuration suivit un gonflement œdémateux assez marqués, et à la chute des fils du quatrième au huitième jour, un pertuis de 4 à 5 millimètres persista et laissa passer les liquides injectés par le gland.

Nous essayâmes à plusieurs reprises de fermer ce pertuis avec une épingle et la suture entortillée. Les pansements à plat et la cautérisation au nitrate d'argent échouèrent également, et le 5 décembre j'eus recours à un nouvel avivement avec deux points de suture dont les fils profonds furent ramenés par l'urètre, mais le moment opportun de cet utile procédé était passé, et nous ne réussîmes pas. La sonde périnéale était changée de temps à autre sans difficulté, et donnait passage à l'urine.

Je fis quelques cautérisations au fer rouge qui réduisirent le pertuis aux dimensions d'une tête d'épingle. Des applications de teinture d'iode concentrée le fermaient pendant deux ou trois jours, sans l'oblitérer définitivement. Je divisai, par quelques sections sous-cutanées, des brides qui fixaient les

téguments aux parties profondes et ne leur laissaient pas toute la laxité désirable.

Le prépuce remonta, après cette opération, d'une manière assez notable; mais un second pertuis presque imperceptible s'ouvrit dans le trajet de la cicatrice, disparut, puis se reproduisit de nouveau.

Le 1er mars 1859, je retirai la sonde du périnée, dont la plaie était entièrement cicatrisée le vingtième jour. Pendant ce temps, le malade avait gardé une autre sonde introduite par le gland dans la vessie.

Le 5 avril, il retira définitivement cet instrument et continua à uriner librement et à gros jet, sans éprouver aucun inconvénient de la persistance des pertuis, qui étaient à peine humides pendant la miction.

Nous pensâmes que le changement de régime, l'exercice et le grand air amèneraient dans la constitution lymphatique du malade des modifications avantageuses, et nous l'engageâmes à quitter l'hôpital; peu de temps après, ce militaire était en effet guéri.

Cependant, nous ne pouvons nous dissimuler que le traitement a été long, et nous sommes convaincu qu'on l'abrégerait beaucoup en adoptant le procédé que nous avons proposé et qui consiste à faire sortir par l'urètre les fils des sutures des lambeaux profonds, et en dehors de la plaie tégumentaire ceux des lambeaux extérieurs.

Aucun corps étranger interposé entre les surfaces des lambeaux ne compromettrait la réunion, et l'on pourrait obtenir en quelques jours la guérison d'une infirmité dont la cure a exigé jusqu'ici plusieurs mois de traitement, en ayant surtout la précaution de faire les lambeaux profonds très-courts, pour empêcher la formation de cavités ou poches secondaires, dans lesquelles quelques gouttes d'urine restent parfois accumulées et gênent un peu la miction.

La guérison spontanée de la plupart des fistules urinaires, après le libre rétablissement du cours des urines, autoriserait à tenter l'urétroplastie par notre nouveau procédé, sans recourir à l'incision périnéale, et ce serait évidemment un grand progrès, puisque l'opération deviendrait plus simple, et qu'on pourrait en espérer un succès plus prompt.

— M. J. Tarry soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : « De la physiologie de l'homme en particulier et de la physiologie universelle. » (Commissaires : MM. Duméril, Flourens, Rayer.)

— M. le Chargé d'affaires du Mexique transmet ampliation d'un décret du président par intérim de la république mexicaine, M. B. Juares, décret qui, après avoir rappelé ce que cette partie du nouveau monde doit à Alexandre de Humboldt, décide qu'une statue sera érigée aux frais de l'État à cet homme illustre, comme un témoignage de la reconnaissance publique, et placée à l'École des mines de Mexico.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. O. Henry fils, deux opuscules concernant : l'un, le traitement de la scrofule par les eaux minérales; l'autre, les désinfectants considérés au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

Effusion par suite de violences externes du liquide céphalo-rachidien; observation de M. Pirondi.

(Communiquée par M. Jobert de Lamballe.)

M. le docteur Pirondi (Sirus), chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille m'a prié de communiquer à l'Académie un fait observé par lui en 1851. Il s'agit d'une plaie intéressant le canal vertébral et la moelle épinière. Il s'écoula par la blessure une grande quantité d'un liquide transparent qui n'a pas été analysé.

A l'autopsie, on a constaté que l'instrument du crime avait pénétré entre l'axis et l'atlas, et qu'il avait intéressé la dure-mère sur la ligne médiane.

La moelle épinière était percée de part en part, et le cordon postérieur gauche était peu intéressé, mais le droit l'était tout à fait.

Cette observation, quoique bien présentée, ne peut pas éclairer la science sur les usages du liquide céphalo-rachidien, et ne peut infirmer ni confirmer les expériences de Magendie et de M. Longet.

Addition a la séance précédente.

Recherche de l'arsenic; remarques présentées a l'occasion d'une communication récente; par M. Gaultier de Claubry.

(Commissaires, MM. Chevreul, Pelouze, Regnault.)

Dans une note insérée par extrait au Compte rendu de la séance du 3 octobre, M. Leroy signale la production depuis longtemps bien connue de taches de soufre et de sulfures métalliques dont on sait parfaitement se délivrer dans les recherches de *chimie légale* par l'addition de l'acide nitrique ou de l'eau régale au produit de l'action de l'acide sulfurique sur les matières suspectées. Plus loin il remarque que la carbonisation par l'acide sulfurique pouvant laisser des sulfures dans le charbon, ou l'imprégner d'acide sulfureux, c'est aussi une raison de préférer dans bien des cas l'emploi de l'acide nitrique ou du nitrate de potasse. Ces deux derniers procédés offrent des inconvénients que j'ai discutés dans mon Traité de chimie légale, dont j'ai eu l'honneur de faire hommage à l'Académie. Le premier surtout est jugé et repoussé par tous les chimistes.

Quant à l'existence de l'acide sulfureux dans le produit du traitement par l'acide sulfurique, j'ai prouvé, dans une discussion avec Orfila, relative à ce dernier procédé qu'il repoussait sous le même prétexte, que sa supposition était entièrement gratuite et que les réactifs les plus sensibles ne pouvaient la démontrer. Ces résultats ont été publiés dans le numéro de juillet, année 1843, p. 163, des Annales d'hygiène et de médecine légale.

De l'identité du fluide électrique et de l'agent qui détermine la contraction musculaire; par M. Moilin.

Ce travail, qui est fort étendu, étant peu susceptible d'analyse, nous devons nous borner à en reproduire le titre, qui fait connaître suffisamment la conclusion à laquelle est arrivé l'auteur. (Commissaires, MM. Pouillet, Rayer, Bernard.)

Addition a un précédent mémoire sur le traitement par la méthode hephestoraphique du prolapsus de l'utérus; par M. Gaillard.

L'auteur avait précédemment adressé au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1860 un premier travail sur ce sujet : son nouvel envoi contient quatre observations nouvelles, dont deux lui donnent occasion de faire remarquer que dans certains cas il y a double indication à remplir, de sorte que l'on ne doit songer à l'opération destinée à contenir le prolapsus qu'après avoir combattu la phlegmasie chronique et l'hypertrophie de l'organe qui en est souvent une conséquence. (Réservé pour la future commission.)

— M. Tavignot adresse un travail sur la méthode galvano-caustique appliquée à la guérison de la cataracte. (Commissaires, MM. Becquerel, Velpeau, Cloquet.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Plassiart sur une épidémie d'angine couenneuse qui vient de régner dans la commune d'Ardin (Deux-Sèvres). (Commission des épidémies.)

2° Un mémoire de M. le docteur Chabanne sur les eaux minérales de Vals (Ardèche). (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail intitulé : Rapport général sur la salubrité publique dans l'arrondissement de Chateaulin, par M. le docteur Halliguen. (Comm. : MM. Villermé, Tardieu, Kergaradec.)

2° Une note du même auteur contenant la suite d'une observation d'invagination intestinale avec expulsion d'une anse d'intestin grêle, communiquée à l'Académie dans la séance du 16 juin 1855. (Comm. : MM. Cruveilhier, Gaultier de Claubry.)

3° Une note de MM. Bombes-Devilliers et Dalemagne sur les avantages hygiéniques des allumettes dites androgynes. (Comm. déjà nommée.)

4° Une lettre de M. le docteur Noyer, médecin en chef de l'hôpital civil de Vichy, sur la « potabilité » des eaux de Vichy. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Gaultier de Claubry dépose sur le bureau un travail sur les eaux de la Loire, par M. Rabourdin, pharmacien à Orléans.

Bothrops lancéolé.

M. Guérard présente au nom de l'auteur, M. Rufz, une brochure intitulée : Enquête sur le serpent de la Martinique ou bothrops lancéolé.

Ce travail contient des détails très-circonstanciés sur le reptile qui fait chaque année un grand nombre de victimes (près de 50 sur une population de 150,000 âmes) à la Martinique, et estropie en outre la plupart des sujets qui ne succombent pas à sa morsure. Pour détruire ce fléau, on a essayé d'acclimater à la Martinique divers animaux destructeurs des serpents, tels que l'ichneumon, certains hérissons et le serpentaire ou secrétaire du Cap, oiseau originaire d'Afrique, où il exerce de grands ravages parmi les serpents. Mais ces diverses tentatives ont complétement échoué jusque-là, et le nombre des bothrops est toujours le même.

M. Guérard ajoute que la Société d'acclimatation a proposé une médaille de 1,000 fr. à décerner à la personne qui aura acclimaté à la Martinique un animal capable d'exterminer les bothrops.

M. Cloquet fait remarquer, à l'occasion de la présentation de M. Guérard, que l'on obtiendrait probablement la destruction du bothrops lancéolé, si l'on acclimatait à la Martinique la cigogne, que l'on pourrait tirer facilement de l'Algérie.

M. Geoffroy Saint-Hilaire croit que l'introduction de la cigogne à la Martinique serait, en effet, un excellent moyen de triompher du bothrops.

Au reste, si la tentative que l'on a faite d'y acclimater le serpentaire n'a pas réussi, c'est parce que cette tentative a été faite avec un nombre tout à fait insuffisant de serpentaires; il est à peu près sûr que cet oiseau exterminera très-facilement les bothrops si l'on en envoie à la Martinique un nombre suffisant; on trouve cet oiseau en abondance en Nubie et au Cap de Bonne-Espérance.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de l'auteur, la troisième édition du Manuel de matière médicale de M. le professeur J. Clarus (de Leipzig).

— M. Tardieu dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, le Traité des maladies inflammatoires du cerveau, de M. Calmeil.

— M. le Président annonce que M. Houssard, membre correspondant de l'Académie à Avranches, assiste à la séance.

LECTURE. — TRAITEMENT DE LA CHORÉE.

M. le docteur Briquet donne lecture d'un travail intitulé: Quelques recherches thérapeutiques sur la chorée.

M. Briquet a essayé d'appliquer à la chorée le traitement par la faradisation, qui lui a donné des succès remarquables dans un grand nombre de maladies nerveuses. Il n'a pas tardé à reconnaître que l'influence de la faradisation sur la chorée est très-différente, suivant que l'on agit sur les muscles ou sur la peau.

La faradisation des muscles suspend leurs contractions désordonnées pendant tout le temps que dure le passage du courant; mais aussitôt qu'on interrompt ce courant, la chorée reparaît avec la même intensité qu'auparavant, et il ne subsiste aucune trace du passage de l'électricité.

La faradisation des muscles ne peut donc guérir la chorée; mais elle trouve un emploi très-utile contre l'asphyxie, l'un des accidents les plus graves de cette maladie; il suffit, pour obtenir ce résultat, de faire passer le courant alternativement à travers les muscles inspirateurs et à travers les expirateurs.

La faradisation de la peau, au contraire, peut s'appliquer à tous les cas de chorée, amener une diminution très-prompte et très-notable dans l'intensité des mouvements choréiques, et souvent une guérison assez rapide de la maladie.

M. Briquet a fait la faradisation de la peau tous les ?ours ou tous les deux jours, en la faisant durer de cinq à six minutes, sur toute la longueur des membres convulsés, en s'arrêtant principalement sur les membres les plus agités.

Sur huit jeunes filles choréiques qui ont été soumises à ce traitement, la cessation complète des mouvements convulsifs s'est faite chez l'une au bout de 8 jours; chez une seconde, au bout de 21 jours, et chez les autres, au bout de 24, 28, 33, 36 et 47 jours. Une neuvième malade a quitté la Charité vers le quinzième jour sans être complétement guérie. La plupart des neuf malades avaient été soumises sans résultat aucun, pendant six semaines à trois et quatre mois, au traitement par les moyens ordinaires.

On peut donc assurer que la faradisation de la peau hâte d'une manière évidente la terminaison de la chorée.

Le travail de M. Briquet est renvoyé à la commission déjà nommée pour les travaux sur la chorée.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les prix de l'Académie.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

PREMIÈRE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

TENUE A PARIS LES 30 ET 31 OCTOBRE 1859.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE.

A deux heures, M. Rayer, Président de l'Association générale, accompagné des membres de la Commission organisatrice, qui, aux termes de l'article 52 des statuts, remplit les fonctions attribuées au Conseil général, monte au fauteuil.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales agrégées à l'Association générale, les Membres du bureau de la Commission administrative de la Société centrale sont introduits et prennent place sur les siéges qui leur sont réservés dans l'hémicycle, ainsi que plusieurs personnes distinguées qui ont bien voulu honorer cette réunion de leur présence.

MM. les membres de l'Association générale, parmi lesquels on remarque quelques confrères venus des départements, occupent en grand nombre l'élégant et spacieux amphithéâtre que M. le Directeur de l'Assistance publique a mis à la disposition de l'Association.

M. le Président ayant déclaré la séance ouverte, M. Amédée Latour, remplissant les fonctions de Secrétaire général, donne lecture de l'arrêté de M. le Ministre de l'intérieur, en date du 31 août 1858, qui approuve les statuts de l'Association générale des médecins de France.

Il donne ensuite lecture du décret de l'Empereur, en date du 31 août 1858, qui nomme M. Rayer, membre de l'Institut, son médecin ordinaire, Président du Comité consultatif d'hygiène de France, Président de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*.

M. le Secrétaire général présente la liste nominative des Présidents et Délégués des Sociétés locales, agrégées à l'Association générale, qui sont présents à l'Assemblée.

Ce sont, par ordre alphabétique des départements :

Aisne : M. le docteur Lejeune, ex-médecin en chef du dépôt de mendicité du département, Président de la Société locale de Laon ;
M. le docteur Bonrbien; Président de la Société locale de Saint-Quentin, qui a délégué M. le docteur Blin, secrétaire de cette Société.

Calvados : M. le docteur Vastel, directeur de l'École préparatoire de Caen, Président de la Société locale à Caen ;

Cher : M. le docteur L'homme, Président de la Société locale de Bourges ;

Côte-d'Or : M. le docteur Vallée, Président de la Société locale de Dijon ;
M. le docteur Gannet, ancien médecin-inspecteur des bains de Dieppe, Président de la Société locale de Châtillon-sur-Seine ;

Doubs : M. le docteur Sanderet, directeur de l'École préparatoire de Besançon, Président de la Société départementale, à Besançon ;

Finistère : M. le docteur Gestin, médecin des épidémies, Président de la Société départementale, à Quimper, qui a délégué M. le docteur Halleguen (de Chateaulin).

Gard : M. le docteur Roch, Président de la Société locale, à Alais, qui a délégué M. le docteur Auphan, secrétaire de cette Société.

Gironde : M. le docteur Mabit, professeur à l'École de pharmacie, médecin de l'hôpital Saint-André, Président de l'Association de la Gironde, à Bordeaux ;

Indre : M. le docteur Cornnau, Président de la Société départementale, à Châteauroux ;

Indre-et-Loire : M. le docteur Crozat, professeur à l'École préparatoire de médecine de Tours, Président de la Société départementale, à Tours ;

Loire : M. le docteur Escoffier, Président de la Société départementale, à Saint-Étienne, qui a délégué M. le docteur Maurice.

Loire-Inférieure : M. le docteur Lafond, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, directeur de l'École préparatoire de médecine de Nantes, Président de l'Association départementale, à Nantes, qui a délégué M. le docteur Petit, Vice-Président de cette Société.

Manche : M. le docteur Houssard, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, Président de la Société locale d'Avranches et Mortain.

Nord : M. le docteur Cazeneuve, directeur de l'école préparatoire de médecine de Lille, Président de la Société départementale, à Lille ;

Oise : M. le docteur Colson, Président de la Société locale, à Compiègne ;
M. le docteur Voillemier, vice-Président du Conseil d'hygiène de l'arrondissement, Président de l'Association locale, à Senlis ;

Seine-et-Marne : M. le docteur Bancel, médecin de l'hôpital et des prisons, Président de la Société de l'arrondissement de Melun, à Melun ;
M. le docteur de Saint-Amand, Président de la Société de l'arrondissement de Meaux, à Meaux ;
M. le docteur Michelin, ex-chirurgien en chef de l'hôpital, Président de la Société de l'arrondissement de Provins, à Provins ;

Seine-et-Oise : M. le docteur Pénard oncle, Président de la Société départementale, à Versailles ;

Haute-Vienne : M. le docteur Bardinet, directeur de l'École de médecine, à Limoges, Président de la Société départementale, à Limoges ;

La Société locale du Puy-de-Dôme, qui a pour président M. le docteur Bertrand, directeur de l'École de médecine de Clermont, membre du Conseil général du département,

Et la Société locale de La Rochelle, dont le Président est M. le docteur Sauvé Saint-Cyr,

Ne se sont pas fait représenter à l'Assemblée générale.

M. le docteur Landouzy, Président de l'Association de l'arrondissement de Reims, non encore agrégée à l'Association générale, assiste officiensement à la réunion.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers confrères,

» Quand, il y a maintenant dix-huit mois, obéissant à la généreuse initiative des médecins de la Gironde, je devins l'instrument d'une pensée que j'adoptai, mes meilleures espérances n'allaient pas jusqu'à se représenter ce qui est aujourd'hui devant mes yeux : une œuvre sérieusement commencée, une organisation établie, une propagation fructueuse, le concours et l'appui de tant d'hommes éminents, ici rassemblés. Pourtant, au fond, il faut plus nous en féliciter que nous en étonner; les choses mûrissaient depuis longtemps. Qui ne connaît les efforts tentés, à diverses reprises, pour donner aux méde-

cins disséminés, quelque lien qui prolongeât la communauté de leur éducation, qui mit à profit cette première base, et introduisît parmi eux l'association, la protection, et ce qui en découle, un plus haut respect de soi-même. Notre chance, à nous, a été de recueillir les fruits des efforts déjà faits et de ne pas rencontrer les défavorables circonstances qui avaient fait échouer les entreprises antérieures.

» Pour des hommes comme vous, Messieurs, dans la pleine maturité de la vie, de l'activité et de l'influence, il n'est pas de meilleure jouissance que de s'attacher à quelqu'une de ces créations où, l'intérêt personnel ne jouant aucun rôle, on aperçoit le bien public à la fois comme mobile et comme récompense.

» Ces mêmes conditions, qui concourent en faveur de notre Association, sont aussi celles qui ayant permis de trouver et de grouper des hommes tout disposés à contribuer de leur temps et de leurs lumières, ont fait que l'œuvre a véritablement commencé.

» C'est mon devoir, comme c'est ma bien vive satisfaction de le dire : tout émane de la Commission fondatrice ; à elle doit remonter tout remercîment. Sans le travail assidu de la Commission fondatrice, rien n'existerait de ce qui existe déjà.

» Des membres considérables de notre profession, chirurgiens ou médecins, un légiste renommé que la voix publique place entre les premiers, des économistes distingués, l'habile et expérimenté directeur de l'Assistance publique, notre secrétaire général qui s'est dévoué sans réserves, et dont la main infatigable a été dans tout ce qui s'est fait au nom de l'Association et pour elle, ont tracé le plan, étudié les détails, disposé le mécanisme d'une œuvre qui, dépassant tout ce qui a été conçu jusqu'ici, a la prétention et l'espérance d'embrasser la France entière.

» La Commission fondatrice n'a pas entendu seulement donner plus d'extension aux sociétés médicales de prévoyance et de secours mutuels, qui spontanément se sont établies en divers lieux; elle n'a pas entendu créer, à Paris, un centre d'action qui, se substituant à tout, gouvernât tout. Mais un point décisif qui la préoccupait a été saisi; c'est qu'il fallait avoir, à la fois, des Sociétés particulières et une Société générale, les parties et le tout, combinant ainsi l'action locale qui est plus sûre et l'action commune qui est plus haute.

» Les Associations locales emprunteront à l'Association générale une vitalité qui, antérieurement, leur a fait défaut. Quelques-unes ont duré et prospéré; mais toutes n'ont pu se constituer; tant l'existence commune est nécessaire à l'existence particulière!

» Ce qui avait été élaboré avec application et maturité, dut se produire et trouva devant les pouvoirs publics accueil et examen. M. Delangle, alors ministre de l'intérieur, la Commission supérieure d'encouragement et de surveillance des Sociétés de secours mutuels, son vice-président, M. Rouher, son rapporteur, M. de Melun, nous ont accordé l'appui le plus bienveillant. Ils n'ont rien vu dans nos projets et dans notre avenir qui ne fût digne d'être encouragé, et leur sage contrôle est devenu notre garantie.

» Enfin, quand il a fallu obtenir la sanction suprême, l'Empereur, qui porte sur les hommes et sur les choses un regard vigilant, ne nous a refusé ni son attention, ni sa protection; et, en me nommant Président de l'Association générale des médecins de France, il a voulu confondre en un même objet, ma reconnaissance envers lui et mes devoirs envers vous.

» Dès que la Commission fondatrice eut en main les sanctions nécessaires, elle usa du temps qui lui restait et du pouvoir qui lui appartenait pour avancer l'œuvre d'organisation : proposant au corps médical d'adhérer aux statuts qu'elle avait dressés; provoquant la formation de Sociétés locales; agrégeant celles qui se décidèrent; établissant la Société centrale, destinée à rallier les membres épars de la profession, et administrée par une Commission dont les deux Vice-Présidents représentent ce qu'il y a de plus élevé dans la médecine civile et dans la médecine militaire.

» Au milieu des travaux qui nous occupent et des espérances qui récompensent nos travaux, pourquoi faut-il que la mort soit venue, deux fois, nous attrister ! Sans parler des affections privées et des amitiés confraternelles, qui ne ressent le regret de voir disparaître des hommes si justement et si universellement honorés, et qui ne vent donner à leur mémoire la place qu'ils tenaient tout à l'heure parmi nous! M. Bégin, esprit ferme, cœur généreux, chirurgien célèbre, chargé de services importants, revêtu de hautes fonctions, avait pris à cœur le succès de l'Association générale. Il est mort s'efforçant de fonder une société de prévoyance en Bretagne ; ses efforts n'ont pas été perdus, et un de nos honorables collègues les a continués et menés à bien.

» M. Arthaud, d'abord praticien très-employé à Bordeaux, puis amoureux de la retraite et des loisirs studieux, n'était pas moins que M. Bégin au service des projets qui ont pour but d'associer les médecins de France, et les suffrages unanimes de ses confrères l'avaient désigné comme candidat à la présidence de la Société de prévoyance de la Gironde. Nos deux regrettables confrères étaient convaincus que si associer les médecins d'un département est bien, associer les médecins de la France entière est mieux; ils étaient convaincus que si l'Association générale est une plus certaine garantie d'assistance matérielle, elle est aussi une meilleure garantie d'assistance morale. Je l'ai déjà dit ailleurs : Association protége, mais Association oblige. A la longue, une grande autorité arrive à un grand corps, une grande autorité d'opinion, c'est-à-dire celle qui, ne disposant que d'une force toute morale, tend toujours à élever le niveau de l'honneur et de la considération.

» Vous, chers collègues, présidents et délégués des Sociétés des départements, qui êtes venus de si loin et du milieu de vos occupations pour inaugurer l'Association générale et l'asseoir sur ses bases; votre présence, qui est une sanction, est aussi une récompense. Il n'y a rien qui provoque plus vivement la reconnaissance que de voir, autour de soi, tant et de si éminents confrères ; rien qui provoque plus vivement l'espoir que de sentir des sympathies et un concours, apportés de toutes les parties de la France.

» Les pouvoirs de la Commission fondatrice vont expirer. Vous la remercierez, je n'en doute pas, de son zèle et de son dévouement; et, je n'en doute pas non plus, vous donnerez à de bons commencements une bonne continuation. Une longue perspective est ouverte devant nous : étendre l'Association locale et la fortifier, relier les Sociétés à un centre, venir en aide aux moins riches par le moyen des plus riches, assurer partout secours et protection, et préparer les origines d'un corps qui prenne une puissance d'opinion et de morale sur les médecins pour les élever, sur le public pour élever la médecine. Tel est le but de nos efforts.

» Votre Président, vous le savez, et je n'ai pas besoin de le redire, vous est dévoué. En tout ceci, il n'a fait qu'obéir à des initiatives qui lui ont paru bienfaisantes et généreuses; y obéir jusqu'au bout est le seul désir qui l'anime, le seul mérite qu'il réclame. »

Plusieurs fois interrompu par les applaudissements, cette allocution prononcée avec chaleur et fermeté, reçoit les témoignages unanimes de la vive satisfaction de l'assistance.

M. le Président donne la parole à M. Amédée Latour pour présenter le compte-rendu des travaux de la Commission organisatrice et pour exposer la situation de l'Association générale.

M. Amédée Latour s'exprime en ces termes :

Messieurs,

La Commission organisatrice de l'Association générale, dont j'ai l'honneur d'être l'organe, ne croit pas que, malgré ses efforts, la grande institution que nous inaugurons aujourd'hui soit suffisamment connue dans son but, assez appréciée dans ses résultats immédiats ou lointains, pour que son interprète puisse se borner à remplir strictement le devoir que lui impose l'article 20 des statuts, c'est-à-dire de vous exposer la situation morale et financière de notre œuvre.

La Commission a pensé que cette première et solennelle Assemblée générale lui fournissait une occasion propice et opportune d'exposer toutes ses idées, toutes ses convictions, toutes ses espérances; de faire connaître à côté des résultats obtenus les objections qui se sont produites, les réponses que l'on peut y faire, les résistances qu'elle a rencontrées et les motifs de persuasion par lesquels elle espère les vaincre; et lorsque dans son sein elle eût trouvé tant de voix autorisées et éloquentes, et des plumes si habiles, c'est à moi, le plus humble de ses membres, qu'elle a confié la tâche périlleuse qu'il me faut remplir en ce moment.

C'est parce que je sens aussi vivement que possible l'importance de cette assemblée et les conséquences qu'elle peut avoir sur les destinées de l'Association générale, que j'éprouve la plus grande et la plus légitime appréhension. Je vois et je comprends que, de ce compte-rendu, doit sortir, et par mon fait, du bien ou du mal pour l'institution nouvelle; et dès lors, comment ne pas me sentir comme accablé par le sentiment de mon insuffisance; comment ne me demanderai-je pas, en ce moment solennel, si la Commission d'organisation a bien mesuré mes forces, et si mon dévouement à l'œuvre n'a pas été poussé jusqu'à la témérité en acceptant la mission lourde, difficile et délicate que je dois accomplir devant vous?

Et cependant, Messieurs, — car devant des hommes de cœur pourquoi ne parlerai-je pas un instant le langage du cœur? — quelque chose me dit là que parmi vous je trouverai une certaine bienveillance ; que vous pardonnerez en faveur de l'intention qui m'anime les imperfections de ce travail. Devant la grandeur de l'œuvre, vous oublierez que mes paroles sont peut-être indignes d'elle comme on contemplant les souveraines beautés de quelque monument célèbre, on oublie les explications monotones d'un guide officieux.

I

Je voudrais, messieurs, vous épargner un historique de l'Association générale; cependant, pour l'intelligence de ce que je dois avoir l'honneur de vous exposer, il faut que je raconte, aussi brièvement que je le pourrai, les principales scènes de ce drame professionnel dont le dénouement s'accomplit en ce moment.

Avant de prendre une forme et un corps, l'idée de l'Association générale s'était fait jour dans quelques esprits. Plus qu'un projet arrêté, c'étaient de vagues aspirations, de lointaines espérances, quelques prévisions d'un avenir si éloigné, que ceux qui caressaient avec le plus d'amour ce rêve de leur cœur, n'auraient osé présenter ni un plan ni une formule.

Pourquoi ces hésitations chez ces rêveurs de l'avenir? Si j'étais leur organe, je répondrais :

C'est que le présent ne leur offrait pas des conditions suffisantes de succès; c'est que dans leur esprit un lien mystérieux, mais nécessaire, enchaîne les choses de la science aux choses de la profession; c'est que là où en science et en pratique on ne voit que divergence et antagonisme, on ne devait trouver dans la profession qu'isolement et individualisme; c'est que tout se commande dans la nature humaine, que la communauté dans les vues de l'esprit appelle et attire la sympathie des cœurs, et que les conditions inverses des esprits ne peuvent produire que des résultats inverses dans les

cœurs; c'est que, dans nos mœurs médicales actuelles, il paraissait que les médecins étaient encore trop éloignés de toute idée de règle et de discipline, pour qu'ils acceptassent une institution professionnelle générale, uniforme et harmonique; c'est que la profession, livrée à l'âpre concurrence des intérêts et à sa dissociante influence, leur semblait peu disposée à faire bon accueil à des projets basés sur un sentiment de mutualité protectrice; c'est que ces projets devaient, selon leur avis, être préparés de longue main; que l'esprit d'association devait d'abord s'étendre et s'appliquer à de plus ou moins grandes agglomérations locales avant d'entreprendre la généralisation de l'œuvre; c'est qu'enfin, il leur paraissait plus facile, plus utile et plus pratique de suivre sur ce point les vœux du Congrès médical de 1845, dont je serais coupable et ingrat de ne pas rappeler ici les vues, les tendances et les efforts, puisqu'en effet, nous ne faisons que réaliser aujourd'hui une de ses grandes pensées, qui fut sa dernière pensée.

Eh bien, Messieurs, ces rêveurs de l'avenir, ces timides penseurs avaient tort; j'avais tort moi-même, car j'étais du nombre.

II

Tout à coup, sans préparation, sans avertissement, un cri généreux partit de cette généreuse terre de la Gironde, d'où sont partis, en tout temps, de si nobles et de si courageux élans.

A l'invitation de M. le docteur Jeannel, — et vous savez, Messieurs, avec quelle chaleur et quel talent, — un Comité d'honorables confrères s'était organisé à Bordeaux. Ce Comité avait cru possible et immédiatement réalisable le projet d'étendre aux médecins de tous les départements, l'institution si heureusement créée par Orfila pour les médecins de Paris, l'Association de la Seine devenant ainsi le centre de l'Association générale de tous les médecins de France.

Le principe de ce projet, séduisant par sa simplicité, fut proposé à l'adhésion des docteurs en médecine de toute la France, qui, au nombre de 1,500 à 1,600, répondirent à cet appel.

C'est dans ces circonstances que le Comité de Bordeaux, encouragé par ces nombreuses adhésions, adressa à l'Association de la Seine un projet étudié, en l'invitant à répondre favorablement à un vœu exprimé — on peut le dire après avoir pris connaissance de la liste d'adhésions — par l'élite du corps médical français.

Ce vœu du corps médical, malgré de chaudes et honorables adhésions qui s'étaient rencontrées dans son sein — et pouvait-il s'en rencontrer de plus intelligentes et de mieux intentionnées que celles de notre excellent confrère M. Cabanellas et de notre célèbre et bien aimé Ricord? — ce vœu, dis-je, ne put pas être entendu par l'Association de la Seine. Je me sers à dessein de ces mots: *ne put*, ils rendent ma pensée tout entière qui voudrait exprimer un regret, non un reproche.

Mais fallait-il laisser s'éteindre ce mouvement véritablement remarquable, et auquel personne ne pouvait s'attendre, qui s'était produit dans la famille médicale? Était-il confraternel et généreux d'étouffer dans le silence et l'inaction ces vœux, ces aspirations de bienfaisance, de moralisation et de protection que le Comité de Bordeaux avait fait naître? La voie que ce Comité avait crue ouverte et facile étant fermée, n'en était-il pas d'autres par où l'Association générale pût entrer et qu'elle pût parcourir?

III

Messieurs, le fruit des généreux efforts de nos confrères de Bordeaux ne devait pas être perdu. Un médecin éminent par la science, par la position, par le cœur, avait en silence et non indifféremment, observé le mouvement qui venait de se produire dans la famille médicale. De son esprit pénétrant il en avait compris la grandeur, d'un regard ferme il avait envisagé les difficultés de l'entreprise, avec son tact prudent et pratique il avait prévu et indiqué déjà les moyens de succès. Lorsque dans une heureuse tentative qu'habile inspiration, le Comité de Bordeaux invita M. Rayer à prendre dans ses puissantes mains l'œuvre que l'Association de la Seine croyait ne pouvoir retenir dans les siennes, alors que, dans l'opinion publique, la cause de l'Association générale semblait perdue, M. Rayer, confiant dans la famille médicale, ayant foi en la beauté et en l'utilité de l'œuvre, tout en mesurant avec une admirable justesse les obstacles qu'il allait rencontrer, M. Rayer accepta sans hésitation l'œuvre du Comité de Bordeaux.

Ici, je me sens retenu par une recommandation formelle et pressante que je dois respecter. Il faut que je fasse le sacrifice de tout ce qu'un sentiment de gratitude profonde inspirerait à mon cœur et ferait naître dans les vôtres, en indiquant tout ce que m'a appris à connaître de bon, de bienfaisant et d'élevé une fréquentation presque quotidienne avec l'illustre chef de l'Association générale, ce qu'il attend ou espère de notre institution, son dévouement, son activité, ses préoccupations, son souci de tous les instants, depuis dix-huit mois, pour le succès de l'œuvre, ses démarches, ses instances, son abandon de ses travaux les plus chers en faveur de l'institution nouvelle, ses inquiétudes quelquefois, mais aussi sa résolution ferme et constante d'aller jusqu'au bout, afin, si le succès venait à tromper ses espérances, de pouvoir s'écrier comme le poëte:

> Et si de *réussir* je n'obtiens pas le prix,
> J'aurai du moins l'honneur de l'avoir entrepris.

IV

Le premier soin de M. Rayer fut de solliciter le concours d'une commission nombreuse et imposante par les lumières et l'autorité de ses membres. C'est ainsi qu'il fit appel à des confrères éminents, à des jurisconsultes célèbres, à des économistes illustres, à des administrateurs haut placés. Son désir était aussi d'invoquer les précieuses lumières de quelques célébrités médicales de nos départements, les doyens des Facultés de Montpellier et de Strasbourg, les directeurs des principales Écoles préparatoires, les présidents des principales Associations déjà existantes, mais il fût retenu par un sentiment de discrétion. La Commission d'organisation allait entrer dans un ordre de travaux inconnus, imprévus, difficiles assurément, très-longs peut-être: de nombreuses séances et rapprochées les unes des autres allaient être nécessaires, et dès lors comment oser demander à nos confrères des départements un sacrifice aussi considérable de déplacement, de séjour à Paris, de temps et de travail? Qui d'entre eux eût pu l'accepter? M. Rayer, qui n'a voulu rien tenter qui ne fût sérieux et possible, dut s'abstenir d'offrir une mission qui ne pouvait être remplie, le cœur et l'esprit de nos confrères des départements sont assurément trop élevés pour qu'ils eussent été sensibles au vain honneur d'un appel auquel ils ne pouvaient répondre.

D'ailleurs, cette absence de nos confrères des départements ne pouvait avoir aucun inconvénient sérieux. Existerait-il, par hasard, quelque antagonisme entre Paris médical et la province médicale? Y a-t-il, dans les départements, des besoins scientifiques, moraux et professionnels, autres et différents de ceux de Paris? Les abus, les insuffisances, les illégalités, les désordres dont on se plaint à Lyon, à Strasbourg ou à Lille, n'en souffrons-nous pas au moins également à Paris? Ce serait donc bien à tort, sans motifs et sans justice, qu'on opposerait Paris aux départements. Au demeurant, ce que le promoteur de la Commission d'organisation par discrétion n'osa faire, les statuts l'ont réalisé: nos confrères des départements seront largement représentés dans le Conseil général qui doit être élu demain, car ils peuvent y entrer pour un tiers de ses membres, disposition à la fois de justice, de convenance et d'utilité.

La Commission d'organisation étant constituée, elle se mit immédiatement à l'œuvre. Sa première séance eut lieu le 21 mars 1858, et le 23 août suivant, après dix longues séances, elle adoptait par un vote d'ensemble le projet des statuts généraux qu'elle soumettait à l'approbation de M. le ministre de l'intérieur.

Le 31 août suivant, un arrêté de M. le ministre de l'intérieur approuvait les statuts, et un décret de l'Empereur nommait notre illustre confrère, M. Rayer, président de l'Association générale.

Après la circulaire si lucide adressée par M. le Président de l'Association aux médecins de France, il paraîtrait superflu de donner ici un commentaire de nos statuts. Aussi telle n'est pas mon intention. Mais, quelques critiques, — et je ne parle que des critiques bien intentionnées, sincères et ayant plus pour but l'amélioration de l'œuvre que celui d'entraver son développement, — quelques critiques, disais-je, ayant été faites de l'œuvre de la Commission, l'occasion se présente ici naturelle et opportune d'en examiner le fondement et la valeur.

V

Les statuts ont été critiqués et sur ce qu'ils ne contiennent pas et sur les dispositions qu'ils renferment.

Dans ce moment, Messieurs, je voudrais pouvoir vous introduire dans ce salon de l'Assistance publique, si gracieusement mis à la disposition de la Commission par l'honorable et dévoué directeur de cette administration. Vous entendriez, dans leur expression la plus chaleureuse et sous leur forme la plus éloquente, tous les vœux, toutes les aspirations, toutes les espérances de la famille médicale. Car, qui pourrait admettre, sans parti pris de contradiction et de blâme, qu'une réunion telle que celle qui a composé la Commission organisatrice, se soit montrée insouciante ou ignorante des désirs et des besoins de notre profession? Cette pensée est bien éloignée de vos esprits; n'est-ce pas, Messieurs, et vous êtes bien convaincus que tout ce qui pouvait se dire a été dit, que tout ce qui pouvait se faire a été fait, et que la Commission ne s'est arrêtée que devant des obstacles insurmontables et qu'en présence de cette impérieuse alternative ou de ne rien tenter, ou d'accepter ce qui seulement pouvait être approuvé par l'autorité supérieure.

Vous comprenez, Messieurs, que je fais allusion à la sobriété si remarquée dans nos statuts des dispositions qui touchent à la protection et à la moralisation de la profession. Nos statuts n'énoncent à la vérité, sur ce point, qu'un principe, mais il ne vous a pas échappé que cette énonciation se trouve placée dans l'énoncé même du but de l'association, car, dans la pensée intime des rédacteurs des statuts, assistance, protection et moralisation, sont trois termes connexes et inséparables autour desquels et vers lesquels l'œuvre de l'Association générale doit nécessairement graviter. Ceux qui ont fait reproche à la Commission de n'avoir réglementé qu'un seul de ces trois termes, ne se sont pas assurément demandé si les lois générales qui régissent notre ordre social, si les décrets particuliers qui réglementent les Sociétés de secours mutuels, permettent de faire plus que ce qui a été fait; ils n'ont certainement pas comparé sur ce point nos statuts, qui ont au moins le mérite d'avoir énoncé un principe, aux statuts de quelques autres Associations anciennes, et dont la prospérité actuelle était opposée comme empêchement à notre œuvre naissante, statuts dans lesquels pas un seul mot ne rappelle les vœux si ardemment exprimés du corps médical. J'ai là, sous les yeux, les statuts de l'Association médicale d'une des plus grandes cités de la France, et qui vient récemment d'être déclarée établissement d'utilité publique; j'y cherche vainement, sous le point de vue moralisateur et protecteur, une formule plus large et plus explicite à la fois que celle des statuts de l'Association générale.

C'est qu'il ne faut pas s'y tromper, Messieurs, la Commission organisatrice n'a pu et n'a voulu demander aux pouvoirs publics que ce qu'ils pouvaient lui accorder. C'est la loi à la main et avec la connaissance de l'esprit qui gouverne la société française, esprit qui condamne et rejette tout privilége de caste et de corporation, que la Commission pouvait se présenter avec succès auprès du gouvernement. Demander plus que la loi, c'était peut-être mettre en péril l'œuvre tout entière, c'était certainement s'exposer à un refus. Constituer l'Association générale dans son but essentiel, l'assistance et la mutualité, y introduire comme conséquence nécessaire la moralisation professionnelle, y proclamer comme résultat le principe de la protection légale pour tous ses membres, voilà quels étaient seulement le droit et la mission de la Commission organisatrice. Rien là qui ne soit légitime et conforme aux principes énoncés par le gouvernement lui-même dans l'institution des Sociétés de secours mutuels. Rien là qui ne rappelle mieux ces belles paroles prononcées par l'Empereur lui-même, le 16 août 1850, en présidant à l'inauguration d'une Société de secours : « Ces institutions, une fois établies partout, seraient à mes yeux le meilleur moyen, non de résoudre les problèmes insolubles, mais de secourir les véritables souffrances en stimulant également et la probité dans le travail et la charité dans l'opulence. »

VI

De ces observations présentées sur les prétendues lacunes des statuts, je passe, Messieurs, aux remarques diverses qui ont été faites sur quelques-unes des dispositions adoptées.

Ces remarques se sont produites surtout au sein des Sociétés et Associations dont l'existence est antérieure à celle de l'Association générale.

Quelques-unes de ces Sociétés purement *autorisées* ont demandé avec empressement leur agrégation à l'Association générale, et ont mis leurs statuts en harmonie avec les statuts généraux de l'œuvre. Quelques autres ont une composition mixte qui leur a fait ajourner toute décision à l'égard de leur agrégation. L'Association générale n'admet, en effet, que des médecins, et il est de ces Sociétés qui ont admis dans leur sein des pharmaciens et des vétérinaires. Peut-être que ce qui est arrivé dans l'une d'elles pourra se représenter et que, d'un commun accord, les membres non médecins, après avoir repris leur part dans l'apport social, se retireront de leur plein gré afin de ne pas entraver pour leurs collègues de la médecine leur désir d'annexion à l'Association générale.

Les Sociétés *approuvées*, moins nombreuses que les précédentes, se rangent aussi dans deux catégories, l'une contenant celles dont la composition est en harmonie avec les statuts de l'Association générale, l'autre dont la composition est plus ou moins complexe. Ce sont là des embarras, Messieurs, nous ne le dissimulons pas, mais nous n'y pouvons voir des obstacles invincibles. Mieux vaudrait, assurément, qu'il y eût partout homogénéité de composition ; mais cette condition n'existe pas ; nous n'y pouvons rien faire ; à peine oserions-nous conseiller à celles d'entre elles dont l'élément médical aspirerait énergiquement à l'agrégation, une de ces mesures conciliatrices et de transition qui serait, sans doute, approuvée de l'administration. Ainsi, par exemple, qui empêcherait ces Sociétés de conserver leurs membres actuels non médecins, de les laisser jouir, eux et leurs ayants cause, des avantages de l'Association aux charges de laquelle ils ont contribué, mais en s'interdisant pour l'avenir de recevoir d'autres membres que des médecins ?

VII

Mais, Messieurs, ce ne sont là, pour ainsi dire, que de petites difficultés à côté des vives et nombreuses appréhensions que l'Association générale a fait naître dans le sein de quelques Sociétés approuvées.

Ces Sociétés se sont crues menacées :

Dans leur fortune,
Dans leur composition,
Dans leur indépendance.

De là des hésitations, et, en dernière analyse, une décision d'ajournement en ce qui concerne leur agrégation à l'Association générale.

Dans cette situation, la Commission organisatrice aurait aujourd'hui deux partis à prendre : le premier serait d'en appeler au temps et à l'expérience, de laisser graduellement se développer l'œuvre, soit par la Société centrale, soit par les Sociétés locales, et de n'agir sur les Sociétés qui s'abstiennent que par la seule pression de l'exemple et de l'imitation. Ce parti, qui serait le plus prudent, le plus habile peut-être, le plus sûr indubitablement, serait encore le plus digne.

Mais, Messieurs, la Commission organisatrice ne veut consulter, en cette circonstance, ni les susceptibilités de l'amour-propre, ni l'habileté, ni la cauteleuse prudence. Tous ces petits intérêts disparaissent pour elle devant la grande et sainte mission qu'elle se croit appelée à remplir, à savoir, de constituer la famille médicale sur les bases morales d'une mutualité protectrice; aussi, sans embarras, sans hésitation, sans répugnance, la Commission a-t-elle adopté le second parti, m'a-t-elle chargé de répondre par le langage le plus confraternel et le plus persuasif, aux doutes, aux appréhensions et aux incertitudes qui se sont manifestés dans tés Sociétés qui s'abstiennent.

J'aborde donc immédiatement la plus grave des difficultés et la plus générale qui nous ait été opposée.

Je ne veux ni la dissimuler, ni l'amoindrir, je m'empresse de dire, au contraire :

L'agrégation des Sociétés existantes à l'Association générale, est pour ces Sociétés d'abord un sacrifice.

Cela est vrai, cela est évident, et personne ne le conteste.

Ce sacrifice est-il exorbitant ?

Sera-t-il sans compensation, plus ou moins éventuelle, pour les Sociétés elles-mêmes ?

N'est-il pas le seul moyen de réaliser, plus ou moins prochainement, les grandes fondations confraternelles prévues par les statuts ?

N'est-ce pas par lui seul que peut être réalisée l'œuvre de solidarité et de mutualité générales que l'Association a précisément pour mission d'accomplir ?

Permettez-moi, Messieurs, d'examiner rapidement ces diverses questions :

VIII

Non, le sacrifice demandé aux Sociétés existantes n'est pas exorbitant. Vous savez qu'il consiste dans le versement du dixième de leurs revenus dans la caisse générale de l'Association, c'est-à-dire une somme de 100 fr. par chaque somme de 1,000 fr. de revenus. Si je ne craignais d'entrer dans des détails dont l'intérêt ne compenserait pas l'aridité, je pourrais montrer que cette modeste exigence de l'Association générale ne constitue pas véritablement une perte pour aucune des Sociétés existantes, qu'elle n'en entraînerait aucune à se limiter dans son devoir d'assistance, car il n'en est aucune qui, prélévement fait de son fonds de réserve, absorbe la totalité de son fonds de secours ; car il en est quelques-unes — condition heureuse — qui depuis leur fondation n'ont eu jamais encore aucune infortune confraternelle à secourir, car toutes consacrent à la capitalisation presque la totalité de leurs revenus, sans que, cependant, jamais cette accumulation puisse leur permettre de dispenser l'assistance confraternelle sous une autre forme et dans des proportions sensiblement plus élevées. La contribution du dixième prélevée sur les Sociétés locales n'a donc pour conséquence que d'amoindrir très-légèrement leur fonds de réserve ; elle ne porte aucune atteinte à leur fonds de secours ; et dès lors que ces Sociétés admettent que l'Association générale est une institution utile, elles doivent admettre que l'Association doit pouvoir fonctionner dans son élément dirigeant, et que cet élément dirigeant, en leur demandant pour son fonctionnement le dixième de leurs revenus, n'a demandé qu'une contribution équitable, loin d'être exorbitante.

Mais, Messieurs, à quoi est destiné le produit de cette contribution du dixième ? Les statuts sont formels : à venir en aide aux Sociétés locales qui auront épuisé leur fonds de secours, et à instituer les fondations d'assistance confraternelle, transformer le secours en pension viagère et de retraite, assurer le sort des orphelins des associés, préparer à ces associés eux-mêmes devenus vieux, infirmes et malheureux, tous les moyens d'assistance que saura trouver et que pourra réaliser une confraternité ingénieuse, bienfaisante et prévoyante.

Est-ce que toutes les Sociétés locales, anciennes ou récentes, ne sont pas intéressées à la réalisation de ce plan ?

Cependant il en est qui nous disent :

Nous pouvons nous suffire à nous-mêmes ; notre caisse de secours dispense une assistance efficace à nos confrères malheureux ; notre réserve s'accroît sans cesse et pourra parer à toutes les prévisions fâcheuses. Pour une éventualité très-douteuse et qui ne pourra jamais se réaliser pour nous, pourquoi voulez-vous que nous changions notre situation relativement prospère ? Pourquoi amoindririons-nous nos ressources ? Venir en aide à des Sociétés locales moins heureuses que la nôtre, est, sans doute, une tentation généreusement confraternelle ; mais, avant tout, nous devons nos ressources à nos associés ; c'est à nos infortunes locales qu'appartient notre caisse locale. Restons chez nous, chacun chez soi, chacun pour soi.

Messieurs, il y a beaucoup d'imprévoyance dans ce langage, car je ne veux parler que de l'imprévoyance, et je dois faire taire tous les autres sentiments que suggère cette manière strictement locale d'envisager l'Association, cette triste et décourageante doctrine de chacun chez soi.

Rien ne vous garantit, dirons-nous à ces Sociétés, que votre situation, prospère aujourd'hui, ne devienne demain fâcheuse. Que faut-il pour cela ? Une de ces éventualités malheureuses dont les exemples n'ont pas été rares depuis quelques années. Qu'une épidémie désastreuse, comme celles de 1832, de 1849, de 1854, vienne à sévir sur vos localités ; que les médecins, toujours si dévoués et si exposés, payent un large tribut au fléau, comme cela s'est vu dans plusieurs départements, que vous ayez plusieurs veuves et plusieurs enfants à secourir ; et voilà, en très-peu de temps, votre caisse an dépourvu ; et vous voilà forcés ou de suspendre vos secours—nécessité cruelle—ou d'entamer votre réserve au mépris des dispositions formelles de vos statuts. Dans ces conditions—que Dieu tés éloigne de vous !—vous regretterez assurément alors vos appréhensions et vos résistances à l'égard de votre agrégation à l'Association générale ; mais ces familles que vous laisserez sans secours les regretteront bien plus que vous ; elles ne béniront pas certainement ce que vous décorez du nom de protection et de prudence.

Mais, Messieurs, ce point de vue de la mutualité des Sociétés locales entre elles, sous le rapport de l'assistance confraternelle, est-il le seul sous lequel on doive envisager la question de l'annexion ? Des éventualités d'un autre ordre ne peuvent-elles pas se présenter encore ? Nous pouvons, nous devons tout prévoir ; une bonne hypothèse n'est souvent qu'une prudente prévision. Supposons donc qu'une grave question professionnelle vienne à surgir dans un département où existe une Association encore jeune et par conséquent peu riche ; que cette question soit de l'ordre de celles qui intéressent non seulement l'honneur et la dignité de l'un de ses membres, mais encore

l'honneur et la dignité de la profession même; que la solution de cette question ne soit pas seulement d'un intérêt professionnel, mais d'un intérêt social, comme elles le sont presque toutes, et que, en défendant ses intérêts et ses droits, cette Association ait à protéger encore, comme presque toujours, les intérêts de la santé publique et de la morale générale; qu'il faille, s'il s'agit d'une décision judiciaire à obtenir, épuiser tous les degrés de la juridiction, et faire rendre un de ces arrêts souverains qui fixent la jurisprudence; s'il s'agit d'une décision administrative, presser avec persévérance et autorité sur les divers pouvoirs publics auxquels ressortit l'exercice de la profession médicale; franchement, Messieurs, sera-ce avec les ressources si limitées d'une Société locale, sera-ce dans son isolement et dans son éloignement du centre où se décident les questions, qu'elle pourra rendre un éminent service à un confrère, à la profession, à la Société.

Devant des considérations de cet ordre, que devient, Messieurs, l'étroite question d'argent? Quelle est celle de ces Sociétés qui pourra regretter et la contribution du dixième et le versement du droit d'entrée de ses membres nouveaux à la caisse générale, alors que ces contributions sont indispensables pour réaliser les vœux de tous, c'est-à-dire la mutualité générale, la solidarité protectrice, la constitution de la famille médicale, avec toutes les conséquences que ce mot famille entraîne avec lui de bienfaisance, d'affection et de protection?

Je réponds certainement à vos sentiments, Messieurs, en n'insistant pas davantage sur ce point. Je réponds aux sentiments de ces Sociétés elles-mêmes. Frappées par le bien qu'elles pourraient faire et qu'elles retardent, elles ne voudront pas ressembler plus longtemps à ces coureurs du stade antique qui, désespérant d'arriver au but, se couchaient en travers dans l'arène pour ralentir l'élan de ceux qui les suivaient.

IX

Cependant, disais-je tout à l'heure, des Sociétés antérieurement existantes ont craint que, par le fait même de leur annexion, elles ne fussent tenues à modifier leurs statuts en ce qui concerne leur composition. Il a été déjà assuré à ces Sociétés que cette crainte était sans fondement. Ce n'est pas seulement l'opinion de la Commission organisatrice que j'expose, c'est encore celle de l'administration supérieure, dont nous nous sommes soigneusement enquis, et qui nous autorise à le déclarer devant vous. En effet, l'article 33 des statuts est formel, il dispose:

« Les Sociétés médicales approuvées déjà existantes...., peuvent se réunir à elle. »

Cet article si clair ne peut donner lieu à aucune ambiguïté d'interprétation. Toute Société *approuvée* peut s'agréger à l'Association générale sans formalités préalables, sans intervention administrative, sur sa simple demande au Conseil général de l'œuvre, et son engagement pour la contribution du dixième de ses revenus.

A propos de cette contribution du dixième, on a demandé à la Commission si dans ce dixième les Sociétés locales devaient comprendre également le revenu provenant des dons et legs faits ou à attendre. La Commission a pensé qu'une telle interprétation ne pouvait être donnée aux statuts, qu'à moins d'une disposition formelle des donateurs, capital et intérêts des legs et dons faits ou à faire aux Sociétés locales, étaient leur propriété intégrale et ne devaient pas figurer dans la contribution du dixième. Si nous sommes bien informés, nous pensons que c'est aussi l'opinion de la Commission supérieure des Sociétés de secours mutuels, opinion conforme au respect dû aux volontés des donateurs et à l'inviolabilité de leurs actes.

Ai-je maintenant besoin de m'étendre sur la troisième objection tirée de la perte que pourraient faire les Sociétés existantes de leur indépendance? En quoi donc pourrait consister l'indépendance de ces Sociétés, si ce n'est dans la conservation de leurs statuts, de leur composition, de leur fonctionnement, de l'administration de leurs fonds, de la distribution de leur secours, de leur intervention spontanée dans toute circonstance qu'elles jugent favorable?

Telles sont, Messieurs, les considérations les plus générales que j'ai été chargé de vous présenter sur les principales observations qui se sont produites relativement aux statuts de l'œuvre. Je peux reprendre dès lors plus librement le récit des travaux de la Commission d'organisation, et c'est ce que je m'empresse de faire.

X

Aussitôt que l'approbation de M. le ministre de l'intérieur donnée à nos statuts lui fut connue, la Commission s'empressa de leur donner la plus grande publicité; M. le président de l'Association les fit accompagner de la circulaire n° 1, commentaire concis, quoique suffisamment détaillé, de leurs dispositions, et des adhésions furent provoquées chez nos confrères des départements et de Paris.

Ce premier et unique appel, fait par la Commission au corps médical, a eu des résultats très-satisfaisants. Plus de 1,500 adhésions individuelles lui sont parvenues qui ne traduisent pas exactement la sympathie générale que l'œuvre a rencontrée, car il est plusieurs départements où des Sociétés locales s'étant presque immédiatement organisées, les adhésions collectives n'ont pas passé sous les yeux de la Commission. Vous verrez tout à l'heure que ce chiffre de 1,500 est aujourd'hui de beaucoup dépassé.

Alors, Messieurs, une grave préoccupation s'est emparée de la Commission. Elle s'est demandé ce qui était le plus urgent et le plus utile, ou d'organiser immédiatement la *Société centrale*, à Paris, ou de s'occuper avant tout de provoquer l'institution de *Sociétés locales* dans les départements et les arrondissements.

C'est ce dernier parti que la commission a adopté; elle a mis une certaine lenteur à organiser la Société centrale, qui fonctionne aujourd'hui; elle a fait au contraire tous ses efforts pour organiser le plus promptement possible, le plus possible de Sociétés locales, et de sa temporisation d'un côté, de son activité de l'autre, elle vous doit les motifs; les voici:

La Commission ne pouvait pas oublier que la plus sérieuse objection qui ait été faite au projet d'une Association générale, était celle de concentrer la vaste organisation et la difficile direction d'une Société de secours s'étendant à tous les médecins de France. Comment, disait-on, s'y prendrait cette Association pour connaître la valeur morale de ses associés? Où puiserait-elle les renseignements nécessaires pour apprécier la légitimité et l'opportunité soit d'une demande de secours, soit d'un concours moral en faveur de l'un de ses membres?

L'institution de Sociétés locales, partout où ces Sociétés sont possibles, était le seul moyen pratique de relier à l'Association générale les nombreux adhérents devant lesquels la Commission se trouvait déjà en présence. Les Sociétés locales, outre tous les avantages qu'elles présentent comme facilité de fonctionnement et simplification de mécanisme, offrent encore cette grande utilité morale de répandre et de propager l'esprit d'association, de grouper les médecins qui ont le plus d'intérêt à se voir et à se connaître, d'entretenir là précisément où les intérêts les plus dissociants sont en présence, l'esprit de bienveillance réciproque et de bonne confraternité. Les médecins, disséminés dans les départements, et qui ne tiennent à l'Association que par les liens de la Société centrale, tout associés qu'ils sont, restent dans leur isolement; ils ignorent que tel confrère voisin fait comme eux partie de l'œuvre, les associés de cet ordre n'ont entre eux aucun rapport, aucune communication, ils ne vivent ni ne ressentent les conséquences de la confraternité protectrice que l'Association a pour mission de faire naître; ils sont associés, c'est vrai, ils ne sont pas unis.

La Commission a donc dû faire tous ses efforts, et les a continués jusqu'à ce jour pour organiser l'Association en Sociétés locales dans le plus grand nombre de localités possible.

Mais c'est là, Messieurs, un travail très-long, très-compliqué, qui a demandé une volumineuse correspondance, aux exigences de laquelle tout notre zèle n'a pu quelquefois et trop souvent suffire, nous en demandons bien excuse à nos honorés correspondants. Ainsi, il fallait d'abord s'enquérir des dispositions générales du corps médical du département ou de l'arrondissement, car en dehors de cette enquête, nous n'aurions eu, pour nous guider, que notre registre des adhérents. Lorsque nous voyions sur ce registre que le chiffre des adhésions approchait, avait atteint ou même dépassé le chiffre réglementaire (25) nous cherchions à nous mettre en rapport avec un ou plusieurs confrères adhérents que nous savions être sympathiques à l'œuvre, et à qui leur position pouvait permettre d'agir avec une certaine efficacité sur leurs confrères. Alors, nous leur offrions la délégation de convoquer le corps médical de leurs localités, de lui proposer la formation d'une Société locale agrégée à l'Association générale, et, pour abréger et faciliter tous les préliminaires, nous leur adressions un projet de statuts que nous avions eu le soin préalable de soumettre à l'Administration supérieure, qui lui avait donné son assentiment.

Quand ces mesures obtenaient un bon résultat, nous cherchions à compléter notre intervention en guidant les Sociétés nouvelles dans leurs démarches auprès de l'Administration soit locale, soit supérieure, pour leur faire obtenir et l'approbation ministérielle et le décret de l'Empereur qui nommait leur président.

Quel a été, Messieurs, le résultat de ces efforts? Dans le plus grand nombre des cas, ils ont été couronnés de succès. Le temps nous a manqué pour faire plus, mais sur une quarantaine de départements ou d'arrondissements qui ont plus ou moins reçu l'action de la Commission, 26 ont pu être représentés dans cette solennité, 4 sont encore en instance au ministère de l'intérieur, plusieurs autres sont en voie d'organisation plus ou moins avancée.

Ce résultat est considérable et c'est avec une grande satisfaction que la Commission le fait connaître; il est de nature à encourager le Conseil général qui va nous succéder à persévérer dans des mesures qui ont réuni à l'Association générale, en peu de temps, presque le tiers des départements, et qui, sans folle illusion, pour l'année prochaine, à pareil jour, peut au moins en faire espérer un nombre double.

Je dois vous présenter ici, Messieurs, le tableau des Sociétés locales instituées aujourd'hui et qui sont représentées à cette assemblée soit par leurs honorables Présidents, soit par des Délégués nommés par eux. Je suivrai l'ordre alphabétique des départements:

AISNE.

Le département de l'Aisne donne deux Sociétés locales à l'Association générale: celle de l'arrondissement de Laon et celle de l'arrondissement de Saint-Quentin.

Vous savez, Messieurs, que les Sociétés locales peuvent se former par circonscriptions départementales ou d'arrondissements. Les statuts ont voulu laisser toute liberté de se produire à cet égard aux convenances et aux affinités locales. Mieux vaudrait, sans doute, l'uniformité; mais si l'harmonie géographique en souffre, l'harmonie confraternelle y gagne, et c'est tout profit. Il y a lieu d'espérer que

nos confrères des arrondissements de Château-Thierry, de Soissons et de Vervins imiteront le bon exemple que leur ont donné nos confrères de Laon et de Saint-Quentin, et formeront aussi chez eux trois nouvelles Sociétés locales.

La Société de Laon réunit 54 sociétaires; son Président est l'honorable M. le docteur Lejenne, ex-médecin en chef du dépôt de mendicité, à Laon, qui, quoique retiré de la vie médicale militante, n'a pas hésité à accepter la présidence de cette Société, pour laquelle il a été désigné au choix de l'Empereur par le suffrage unanime de ses confrères.

La Société de Saint-Quentin compte 59 sociétaires. Elle est présidée par notre honorable confrère M. le docteur Bourbier, qui s'est fait représenter par M. le docteur Blin, Secrétaire de cette Société.

CALVADOS.

Société départementale dont le siége est à Caen, elle réunit déjà 60 sociétaires. Son organisation est due principalement au zèle dévoué de nos honorables confrères, MM. les docteurs Vastel et Roulland.

M. le docteur Vastel, directeur de l'École préparatoire de Caen, préside cette Société, qui a trouvé de chaudes sympathies dans les six arrondissements de ce département.

CHARENTE-INFÉRIEURE.

La Société de la Rochelle, après avoir mis ses statuts en harmonie avec ceux de l'Association générale, avoir été approuvée, et son Président nommé par l'Empereur, a vu s'élever dans son sein quelques difficultés relativement à son agrégation. Son honorable Président, M. le docteur Sauvé Saint-Cyr, dont nous possédons de nombreuses preuves de sympathie en faveur de l'œuvre, espère aplanir tous ces obstacles. Mais nous sommes privés de sa présence. Nous n'avons non plus aucun renseignement sur le chiffre des membres qui composent cette Société.

CHER.

Société départementale comptant, après quelques jours d'existence, 41 sociétaires, et dont l'organisation est due au dévouement de nos honorables confrères MM. les docteurs Lhomme et Brunet, de Bourges; Bonnelat, de Saint-Amand, et Burdel, de Vierzon.

M. le docteur Lhomme, de Bourges, préside la Société du Cher, et n'a voulu céder à personne l'honneur de le représenter à cette solennité.

CÔTE-D'OR.

Deux Sociétés locales, l'une pour l'arrondissement de Dijon, l'autre pour l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine.

La Société de l'arrondissement de Dijon, représentée par l'honorable M. le docteur Vallée, son Président, compte 45 membres. M. le docteur Laguesse, Secrétaire adjoint, a mis le plus grand zèle à l'organisation de cette Société.

La Société locale de Châtillon-sur-Seine, qui doit beaucoup au zèle de son honorable Secrétaire, M. Bontequoy, réunit 25 sociétaires, et est présidée par M. le docteur Gaudet, ancien médecin inspecteur des bains de Dieppe, que le vœu de ses collègues est venu chercher dans l'honorable retraite qu'il s'est choisie.

DOUBS.

Société départementale dont le siége est à Besançon.

Je ne dirai rien qui ne soit exact et juste en reconnaissant que c'est principalement aux soins, au dévouement et à l'autorité de son digne Président, M. le docteur Sanderet, directeur de l'École préparatoire de Besançon, que l'Association générale est redevable de l'annexion de nos confrères du département du Doubs.

Cette Société compte 58 membres.

FINISTÈRE.

Société départementale dont le siége est à Quimper.

Cette Société réunit déjà 52 membres.

Son digne Président, M. le docteur Gestin, médecin des épidémies, empêché par l'état de sa santé d'assister à cette assemblée, a délégué M. le docteur Eugène Halléguen (de Châteaulin), un de nos confrères les plus sympathiques à l'œuvre.

La Société du Finistère a reçu pour sa fondation la puissante influence de notre si regretté confrère M. Begin. Elle doit beaucoup aussi au zèle de son intelligent Secrétaire, M. le docteur Lallour, à Quimper.

GARD.

Société locale de l'arrondissement d'Alais.

Son honorable Président est M. le docteur Roch, qui s'est excusé, sur son grand âge, de ne pouvoir prendre part à vos travaux. Il a délégué M. le docteur Auphan.

La Société d'Alais existait depuis longtemps lorsqu'a eu lieu l'institution de l'Association générale. Mais cette Société avait admis dans son sein les pharmaciens et les vétérinaires. C'est à cette Société que je faisais tout à l'heure allusion en parlant de la liquidation amiable qui s'était opérée dans son sein.

Cette Société compte 34 membres et possède un Vice-Président, M. le docteur Victor Pagès, dont le zèle et le dévouement sont à toute épreuve.

GIRONDE.

L'idée de l'Association générale, jetée dans le corps médical par nos confrères de la Gironde, n'a pas été réalisée d'après toutes leurs vues. Si je le fais remarquer, c'est que je trouve l'occasion de rendre un public et solennel hommage à leur abnégation, à leur esprit de conciliation et de concorde, car la Commission organisatrice n'a trouvé nulle part ni plus d'empressement ni plus de zèle à adopter les statuts qu'elle avait préparés.

Inaugurée avec éclat par un discours admirable d'élévation, de justesse et de bon sens, prononcé par M. le docteur Artbaud, que la confiance unanime de ses confrères avait désigné au choix de l'Empereur, cette Société a eu le malheur de perdre, quelques jours après, cet éminent et digne Président. C'est aussi aux suffrages de ses collègues que son honorable successeur, M. le professeur Mabit, médecin de l'hôpital Saint-André, doit de l'avoir remplacé dans cette présidence, et ce nouveau choix du souverain ne pouvait être ni plus agréable ni plus utile à l'œuvre locale et à l'œuvre générale.

L'Association de la Gironde est départementale; elle réunit déjà 115 associés.

INDRE.

L'existence de la Société de l'Indre est antérieure à celle de l'Association générale. Avec un grand empressement, cette Société a mis ses statuts en harmonie avec ceux de l'œuvre nouvelle et s'est agrégée à elle. C'est le deuxième exemple que nous rencontrons de cette agrégation; il n'est pas le dernier que nous ayons à vous citer, et notre plus chère espérance consiste à ce qu'il soit largement imité.

M. le docteur Cornuau (de Châteauroux), père de M. Cornuau, secrétaire général du ministère de l'intérieur, qui a précisément contresigné l'arrêté approbatif de nos statuts, est le digne Président de cette Société départementale, qui compte 42 associés.

M. le docteur Pinaud, son honorable Secrétaire, nous a donné de nombreuses preuves de sa sympathie pour l'œuvre.

INDRE-ET-LOIRE.

Société départementale, qui a pour Président l'honorable M. le docteur Crozat, professeur à l'École préparatoire de médecine à Tours, dont le zèle actif et dévoué a été infiniment utile à l'œuvre.

Cette Société réunit 78 associés.

LOIRE.

Association départementale dont le siége est à Saint-Étienne, et qui doit son institution au zèle empressé de MM. les docteurs Escoffier, Vial et Maurice.

C'est le doyen des médecins de Saint-Étienne, le respectable M. Escoffier, qui préside cette Société, dont le nombre des membres est de 55. Il a délégué M. le docteur Maurice à notre Assemblée générale.

LOIRE-INFÉRIEURE.

Association départementale dont le siége est à Nantes.

Elle a pour Président M. le docteur Lafond, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, directeur de l'École préparatoire de médecine à Nantes. Cet honorable confrère, empêché d'assister à l'assemblée, a délégué M. le docteur Petit, Vice-Président de l'Association, médecin en chef de l'hospice des aliénés du département.

Cette Société compte 85 membres.

MANCHE.

Une Société locale dont le Président est notre vénérable confrère M. le docteur Houssard (d'Avranches), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, dont le zèle et le dévouement à l'œuvre méritent toute notre gratitude, s'étend aux arrondissements d'Avranches et de Mortain.

Cette Société compte 50 membres.

NORD.

Société départementale dont le siége est à Lille.

M. le docteur Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de Lille, est son président.

Le nombre de ses associés s'élève à 101.

OISE.

Ce département donne deux Sociétés locales à l'Association générale, une pour l'arrondissement de Compiègne, l'autre pour l'arrondissement de Senlis.

La Société pour l'arrondissement de Compiègne a pour Président M. le docteur Colson; elle compte 33 membres.

Le Président de la Société de l'arrondissement de Senlis est M. le docteur Voillemier, Vice-Président du Conseil d'hygiène de l'arrondissement. Cette Société réunit 26 associés.

PUY-DE-DÔME.

Société départementale dont le siége est à Clermont.

M. le docteur Bertrand, directeur de l'École de médecine de Clermont, membre du Conseil général du département, est le Président de cette Société, qui réunit 55 membres.

SEINE-ET-MARNE.

Des cinq arrondissements dont se compose ce département, et où existaient déjà

des Associations médicales, trois se sont agrégées à l'Association générale. Ce sont celles :

De l'arrondissement de Melun, et dont le Président est l'honorable docteur Bancel ; elle compte 25 membres ;

De l'arrondissement de Meaux, qui a pour Président l'honorable docteur Saint-Amand, et qui compte 30 membres ;

De l'arrondissement de Provins, dont le Président est M. le docteur Michelin, et qui compte 25 membres.

Il est peu de départements où l'esprit d'Association ait fait autant de progrès qu'en Seine-et-Marne. Heureuses sont les localités où se trouvent des hommes de cœur et d'initiative comme le docteur Bancel, à Meulun, le docteur Houzelot, à Meaux, le docteur Chevalier, à Provins.

SEINE-ET-OISE.

Une circonstance exceptionnelle s'est présentée dans ce département. Il y existait déjà une Association médicale de secours mutuels, mais dont la composition complexe ne lui a pas permis de s'agréger à l'Association générale. Un grand nombre de médecins de ce département ont provoqué la fondation d'une Société nouvelle, dont les statuts ont été mis en harmonie avec ceux de l'œuvre générale. Cette Société s'est constituée à côté de l'ancienne ; M. le docteur Pénard oncle en a été nommé Président, et cette Société est déjà florissante.

Compte 81 membres.

HAUTE-VIENNE.

Société départementale, dont notre honorable et savant confrère, M. le docteur Bardinet, directeur de l'École de médecine à Limoges, est le Président, et qui compte 75 membres.

Au moment même où je termine la lecture de ce chapitre, Messieurs, M. le Président me remet la dépêche télégraphique suivante, qu'il vient de recevoir, et qui est ainsi conçue :

« Rennes, etc.

» *A Monsieur Rayer*, etc.

» Notre Association s'est réunie à l'unanimité à l'Association générale.

» A. GUYOT,

» Président de l'Association des médecins d'Ille-et-Vilaine. »

De l'ensemble de ce tableau, il résulte, Messieurs, que l'Association générale a planté son drapeau au centre comme aux extrémités, au Midi et au Nord, à l'Orient et à l'Occident de l'Empire ; que les Sociétés locales, à ce jour, réunissent un total de 1,237 associés, tous agrégés à l'Association générale, et que notre œuvre nouvelle, considérée seulement dans les Sociétés locales, possède un personnel déjà beaucoup plus nombreux que toutes les Sociétés expectantes réunies.

Mais on ne pourrait avoir qu'une idée incomplète du mouvement qui s'est produit dans la famille médicale et des sympathies qu'a rencontrées l'institution de l'Association générale, si je n'ajoutais à ce tableau celui plus ou moins satisfaisant des départements qui, par absence de Sociétés locales, ou par l'ajournement à l'annexion de leurs Sociétés existantes, n'ont pu être représentés à cette Assemblée.

Ce second tableau le voici :

XII

AIN. — Adhésions : 17.

Le nombre des adhérents n'est pas encore suffisant pour instituer, dans ce département, une Société locale, et l'on devrait, provisoirement du moins, placer ceux qui y existent dans la *Société centrale*, si nous ne devions compter sur le zèle de quelques confrères, dont les communications nous annoncent qu'ils ne désespèrent pas de parvenir prochainement à réunir un nombre plus considérable d'adhésions. Ces honorables confrères, qui nous promettent et nous ont déjà donné leur concours, sont M. le docteur Paul Vidart, à Divonne, et M. le docteur Brillat-Savarin, à Belley.

ALLIER. — Adhésions : 17.

Il y aurait possibilité de former une Société locale dans un des arrondissements, au moins, de ce département, si la *Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, Société ancienne, zélée et dont les travaux scientifiques ont une véritable importance, prenait l'initiative et convoquait les médecins du département. Il ne s'agirait ni de supprimer ni de modifier la Société de cet arrondissement, qui fonctionne à titre de Société savante, mais de former, par son concours et à côté d'elle une Association professionnelle.

Nous faisons appel au dévouement de nos honorés confrères de l'arrondissement de Gannat.

BASSES-ALPES. — Adhésions : 4.

L'honorable confrère à qui nous avons offert la délégation pour tenter l'institution d'une Société locale dans ce département, n'a pu accepter cette mission, et nous a indiqué les obstacles qui s'opposent au succès de ce projet. Ce sont : 1° l'éloignement des localités entre elles ; 2° le petit nombre de médecins ; 3° le peu de médecins dans chaque localité ; 4° le peu de rapports qu'ils ont entre eux.

Les adhérents de ce département devront donc être placés dans la Société centrale.

HAUTES-ALPES. — Adhésions : 2.

Mêmes obstacles et même mesure à prendre pour les adhérents de ce département, dont nous avons reçu d'ailleurs aucune communication.

ARDÈCHE. — Adhésions : 7.

Aucune autre communication que les bulletins d'adhésion ne nous est parvenue de ce département.

ARDENNES. — Adhésions : 10.

Si les espérances qu'on nous a fait concevoir se réalisent, une Société locale départementale s'organisera bientôt dans ce département, d'où un de vos correspondant les plus zélés et les plus intelligents nous écrit : « J'ai sondé les opinions de » tous, et je dois dire que nulle part, à Vouziers comme à Rethel, à Mézières comme » à Charleville, je n'ai rencontré d'objections sérieuses et même d'opposition. Tous » voient une belle et noble idée dans l'Association générale ; presque tous veulent » y participer. »

Nous pensons que le confrère distingué de ce département, à qui nous avons offert la délégation de provoquer la fondation d'une Société locale, réussira dans ses efforts.

Il existe d'ailleurs à Vouziers une Association médicale pour l'arrondissement, mais dont le nombre de membres n'atteint pas le chiffre réglementaire.

ARIÉGE. — Adhésions : 8.

Une Société locale est organisée dans le département de l'Ariége, grâce à l'initiative zélée de M. le docteur Ourgaud (de Pamiers). Le dossier de cette Société est au ministère de l'intérieur, et si son Président n'a pas encore été nommé par l'Empereur, c'est qu'une lacune a été remarquée dans les statuts relativement à l'agrégation à l'Association générale.

AUBE. — Adhésions : 4.

Le petit nombre d'adhésions reçues de ce département s'explique par l'existence ancienne d'une association respectable comprenant deux arrondissements, et qui fonctionne comme Société de secours et comme Société scientifique.

Avant de délibérer sur les admissions des adhésions de ce département, la *Société centrale* trouvera sans doute convenable d'épuiser tous les moyens possibles pour obtenir l'agrégation à l'Association générale de l'Association médicale de l'Aube, et si cette agrégation désirable est obtenue, les adhésions déjà reçues par l'Association générale devront être retournées à la Société locale agrégée.

AUDE. — Adhésions : 10.

Aucune provocation en faveur de l'institution d'une Société locale n'a été encore faite dans ce département, d'où nous n'avons reçu non plus aucune communication à cet égard.

AVEYRON. — Adhésions : 13.

Nous avons offert à M. le docteur Rozier, maire de Rodez, la délégation pour former une Société locale dans ce département, où nous savons que plusieurs confrères sont bien disposés en faveur de l'œuvre. Nous n'avons encore reçu aucune communication à ce sujet.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — Adhésions : 8.

On pourrait s'étonner que ce département, si important et peuplé d'un si grand nombre de médecins, n'ait donné qu'un si petit nombre d'adhérents à l'Association générale, si nous ne nous empressions d'ajouter qu'une Société ancienne y existe sous le nom de *Comité médical des Bouches-du-Rhône* ; que cette institution réunit tous les éléments sociables du département, et qu'elle vient récemment d'être reconnue comme Établissement d'utilité publique. En annonçant cette nouvelle à notre illustre Président, M. le docteur Roux, Président du Comité médical et en son nom, a témoigné de toute sa sympathie pour notre œuvre, et a manifesté l'intention d'entretenir les meilleurs rapports possibles avec elle. Il est légitime d'espérer une agrégation plus intime dans un avenir qui ne saurait être éloigné.

CANTAL. — Adhésions : 5.

Nous ne savons pas qu'aucune manifestation se soit produite dans ce département en faveur de l'institution d'une Société locale.

CHARENTE. — Adhésions : 80.

La Société médicale qui existe dans ce département a adhéré en masse à l'Association générale, pour laquelle elle a témoigné, dès le principe, des plus chaudes sympathies. Aussi ne pouvons-nous nous expliquer pourquoi son agrégation n'a pas encore eu lieu et pourquoi elle n'est pas représentée dans cette assemblée.

CORRÈZE. — Adhésions : 17.

Aucune tentative n'a encore été faite dans ce département, où l'on trouverait de vives sympathies pour l'œuvre, en faveur de l'institution d'une Société locale.

CORSE. — Adhésions : 10.

Nous avons l'espoir de voir prochainement se fonder dans ce département une Société locale, sous l'influence d'un confrère très-autorisé.

CÔTES-DU-NORD. — Adhésions : 9.

Nous sommes informés qu'un mouvement pour la fondation d'une Société locale vient de se produire dans ce département.

CREUSE. — Adhésions : 13.

L'Association générale a fait une grande perte par la mort récente de M. le docteur Guisard (de Guéret), dont les sympathies pour l'œuvre étaient ardentes. Nul doute que cet honorable et regretté confrère ne fût parvenu à organiser dans ce département une Société locale. Nous espérons que nos honorés confrères de la Creuse ne laisseront pas éteindre le feu allumé par M. Guisard.

DORDOGNE. — Adhésions : 19.

Les honorables confrères de ce département n'ont que quelques efforts à faire pour atteindre le chiffre réglementaire d'une Société locale. Nous espérons en leur zèle.

DRÔME. — Adhésions : 4.

Une Société départementale, dont le siége est à Valence, existe dans ce département. M. le docteur Bonnet, qui en est le Secrétaire général, dans une lettre très-sympathique, nous a fait espérer l'annexion désirable de cette Société nombreuse.

EURE. — Adhésions : 5.

Aucune tentative, que nous sachions, n'a encore été faite dans ce département pour la fondation d'une Société locale.

EURE-ET-LOIR. — Adhésions : 11.

Même chose pour ce département.

HAUTE-GARONNE. — Adhésions : 28.

Les adhésions seraient assez nombreuses dans ce département pour y fonder une Société locale; mais la Société centrale prendra sans doute en considération qu'il existe à Toulouse une ancienne et respectable Société qui a seulement *ajourné* son annexion à l'Association générale. Cette Société, en étendant son action à tout le département et en s'agrégeant à l'œuvre nouvelle, donnerait satisfaction aux désirs d'un grand nombre de confrères.

GERS. — Adhésions : 15.

Notre honorable confrère, M. le docteur Molas (d'Auch) a reçu et accepté délégation de fonder une Société locale dans ce département. Les préliminaires de cette institution sont assez avancés.

HÉRAULT. — Adhésions : 19.

Dans ce département, siége de l'ancienne et célèbre Faculté de médecine de Montpellier, le projet primitif du Comité de Bordeaux a trouvé plus d'adhésions que les statuts approuvés. Pourquoi? Nous l'ignorons. Toujours est-il qu'une Société s'est formée depuis dans ce département et que ses statuts, qui sont en instance pour l'approbation au ministère de l'intérieur, ont complétement passé sous silence la question de l'annexion à l'Association générale. L'abstention prolongée de ce département, dont l'influence sur les nombreux médecins sortis de l'École de Montpellier n'est pas contestée, serait fort regrettable pour l'Association générale. Aussi la Société centrale croira-t-elle faire acte de déférence en ne statuant pas sur les adhésions individuelles reçues de ce département avant que de nouvelles tentatives n'aient été faites en faveur d'une annexion très-désirable.

ISÈRE. — Adhésions : 9.

L'existence d'une Association départementale très-nombreuse explique le petit nombre d'adhésions reçues de l'Isère. Cette Société a admis les pharmaciens dans son sein. Par une lettre aussi judicieuse que sympathique, l'honorable Président de l'Association médicale de l'Isère, M. le docteur Boissard, nous a fait l'honneur de nous demander conseil relativement à l'agrégation. Nous n'avons pu lui répondre que par les termes formels des statuts, tout en lui indiquant le moyen de conciliation et de transition dont nous avons parlé plus haut.

JURA. — Adhésions : 3.

Nos confrères du Jura, de la Haute-Saône et du Doubs avaient jeté les bases d'une Société agrégée à l'Association générale, et qui comprendrait ces trois départements formant autrefois la Franche-Comté. Le gouvernement n'a pas agréé ce projet. De là une certaine hésitation chez nos confrères du Jura, hésitation qui cédera sans doute devant le bon exemple que leur ont donné leurs confrères du Doubs.

LANDES. — Adhésions : 16.

La mission d'organiser une Société locale dans ce département a été confiée à notre savant et vénérable confrère, M. le docteur Léon Dufour, qui, dans une lettre charmante, a bien voulu nous promettre tous ses bons offices.

LOIR-ET-CHER. — Adhésions : 0.

Ce département, dans une situation analogue à celui de l'Isère; donne lieu aux mêmes réflexions.

HAUTE-LOIRE. — Adhésions : 3.

Aucune communication ne nous annonce qu'une tentative ait été faite pour provoquer une Société locale dans ce département.

LOIRET. — Adhésions : 17.

La Société qui existe depuis longtemps dans ce département, a été la première à adhérer aux projets d'une Association générale. Depuis que cette institution est fondée, aucune communication ne nous a fait connaître si cette Société voulait réaliser ses bonnes intentions. Une nouvelle provocation auprès d'elle sera nécessaire avant que la Société centrale ne statue sur les adhésions individuelles qu'elle a reçues de ce département.

LOT. — Adhésions : 8.

Une Société existe dans ce département, mais limitée à l'arrondissement de Figeac, Société très-sympathique à l'œuvre nouvelle à laquelle elle s'agrégera, nous l'espérons.

Mission a été donnée à un honorable confrère de ce département de fonder une Société qui s'étendît à tous les arrondissements. Nous ne savons pas si cette mission a été acceptée et remplie.

LOT-ET-GARONNE. — Adhésions : 11.

Un honorable et zélé confrère s'occupe en ce moment d'organiser une Société locale dans ce département.

LOZÈRE. — Adhésions : 8.

Nous ignorons s'il a été fait quelque tentative d'organisation dans ce département.

MAINE-ET-LOIRE. — Adhésions : 8.

Même chose pour ce département où existe une Société départementale qui ne nous a adressé aucune communication.

MARNE. — Adhésions : 11.

Quelques mois avant la fondation de l'Association générale, une Association de secours mutuels s'était fondée à Reims entre la Société médicale de cette ville et le cercle pharmaceutique du département. Cette Société se trouverait donc malheureusement en dehors des conditions nécessaires à l'agrégation, si nous ne comptions sur le dévouement bien connu pour l'œuvre de son savant Président, M. le docteur Landouzy.

Grâce à l'initiative zélée de M. le docteur Chevillon, de Vitry-le-Français, une Société locale vient de s'organiser dans cet arrondissement; elle n'attend plus que le décret constitutif.

HAUTE-MARNE. — Adhésions : 19.

Le nombre des adhésions approche, dans ce département, du chiffre réglementaire. Un peu d'initiative de quelque confrère influent du chef-lieu aboutirait certainement à la formation d'une Société locale.

Il existe à Vassy une Société composée de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires.

MAYENNE. — Adhésions : 5.

Ce chiffre d'adhésions ne traduit pas exactement la sympathie que l'œuvre a rencontrée dans ce département, car nous savons que 12 médecins de Laval sur 15 ont adhéré au projet d'une Société locale, dont l'initiative a été prise par M. le docteur Bucquet, chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville. Nous espérons apprendre prochainement que ses efforts ont abouti.

MEURTHE. — Adhésions : 24.

Le plus petit effort fera atteindre et dépasser dans ce département le chiffre réglementaire. Rappelons à nos honorables confrères de Nancy, à MM. les docteurs Bertin et Simonin, que, dès le commencement de l'œuvre, nous avons eu l'honneur de recevoir d'eux les plus sympathiques promesses.

MEUSE. — Adhésions : 14.

Une Association ancienne existe dans l'arrondissement de Commercy; cette Société, par l'organe de son Vice-Président, nous avait manifesté le désir de s'agréger à l'Association générale. Depuis cette première manifestation, que nous avons encouragée autant que possible, nous n'avons pas reçu d'autre communication.

MORBIHAN. — Adhésions : 5.

Nous n'avons reçu aucune communication de ce département relative à la fondation d'une Société locale.

MOSELLE. — Adhésions : 14.

Un confrère influent de ce département a reçu la mission d'y provoquer une Société locale.

NIÈVRE. — Adhésions : 21.

Il faudrait, comme on le voit, peu d'efforts pour obtenir et dépasser le chiffre nécessaire à la fondation d'une Société locale dans ce département. L'honorable confrère, que nous avons excité à faire cette tentative, réunit toutes les conditions propres au succès.

ORNE. — Adhésions : 17.

Une récente communication de ce département nous y fait espérer l'organisation prochaine d'une Société locale.

PAS-DE-CALAIS. — Adhésions : 12.

Aucune communication relative aux mesures prises pour l'organisation d'une Société locale ne nous est parvenue, si ce n'est celle d'un honorable confrère qui, découragé de l'indifférence générale de sa localité, nous écrit avec tristesse une lettre que nous ne reproduirons pas.

BASSES-PYRÉNÉES. — Adhésions : 18.
HAUTES-PYRÉNÉES. — Adhésions : 3.
PYRÉNÉES-ORIENTALES. — Adhésions : 5.

Nous ne croyons pas qu'aucune tentative ait été encore faite dans ces trois départements pour y organiser une Société locale.

BAS-RHIN. — Adhésions : 13.
HAUT-RHIN. — Adhésions : 20.
RHÔNE. — Adhésions : 7.

L'existence antérieure d'Associations respectables dans ces trois départements a absorbé la plus grande partie des éléments sociables. L'agrégation de ces Sociétés à l'Association générale serait un bienfait professionnel ; elles ne sauraient résister longtemps à cette considération.

HAUTE-SAÔNE. — Adhésions : 13.

Aucune communication ne nous est arrivée de ce département, qui se trouve dans les mêmes conditions que le Jura.

SAÔNE-ET-LOIRE. — Adhésions : 8.

L'organisation d'une Société locale est très-avancée dans un des arrondissements de ce département.

SARTHE. — Adhésions : 8.
SEINE-INFÉRIEURE. — Adhésions : 5.

Mêmes conditions d'existence antérieure d'une Association et mêmes espérances à concevoir de leur agrégation à l'Association générale dans ces deux départements.

DEUX-SÈVRES. — Adhésions : 23.

Le chiffre réglementaire est bien près d'être atteint dans ce département pour y constituer une Société locale.

SOMME. — Adhésions : 2.

Existence d'une Société très-nombreuse, dont le siége est à Amiens.

TARN. — Adhésions : 14.

Une tentative sérieuse, émanée du chef-lieu du département, produirait, nous le croyons, un très-bon résultat ; les dispositions très-favorables et suffisamment nombreuses d'honorables confrères nous étant connues.

TARN-ET-GARONNE. — Adhésions : 8.

Même chose pour ce département, dont le chiffre d'adhésions s'augmenterait inévitablement si une Société locale était en projet.

VAR. — Adhésions : 48.

Il est impossible qu'avec un pareil chiffre d'adhésions une Société locale ne s'établisse pas prochainement dans ce département.

VAUCLUSE. — Adhésions : 12.
VENDÉE. — Adhésions : 20.
VIENNE. — Adhésions : 18.
VOSGES. — Adhésions : 22.

Des tentatives devront être faites prochainement dans ces quatre départements, dont le nombre des adhésions approche du chiffre réglementaire.

YONNE. — Adhésions : 24.

Une scission regrettable s'est prononcée parmi les médecins de ce département, dont les uns sont en instance pour demander l'approbation d'une Société isolée, dont les autres font les plus louables efforts pour instituer une Société locale agrégée à l'Association générale. Naturellement, nous devons faire des vœux pour le succès de ces derniers, en exprimant cependant le vif désir qu'un rapprochement s'opère entre les deux camps.

ALGÉRIE, COLONIES ET ÉTRANGER. — Adhésions : 12.

Des demandes de renseignements pour l'institution de Sociétés locales nous ont été adressées de l'Algérie et de l'île de la Réunion. Nous faisons des vœux pour que l'Association générale puisse étendre ses ramifications jusque dans ces possessions lointaines.

XIII

Je ne sais, Messieurs, qu'elle impression peut avoir faite sur vos esprits le tableau que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer. Quelle qu'elle soit, vous m'approuverez de l'avoir présenté dans toute sa sincérité. Document aussi exact qu'ont pu nous le fournir les renseignements soit spontanément adressés à la Commission, soit provoqués par elle, il indique fidèlement et la situation de l'Association en France, et l'état des esprits à l'égard de la grande institution qui vient d'être fondée.

Il nous paraît impossible de ne pas reconnaître que l'opinion générale est favorable à cette institution, et que, malgré des obstacles réels, les succès déjà obtenus sont d'un heureux présage pour les succès à venir. L'institution a passé sa période la plus critique et la plus douloureuse. Elle n'a plus à vaincre ici et là que des difficultés qui ne paraissent plus invincibles. Dans quelques départements, l'œuvre nouvelle lutte contre le souvenir des tentatives antérieures en faveur de l'Association et qui n'ont pas abouti. Il y a là simple découragement, car on ne recommence pas facilement une entreprise dans laquelle on a déjà échoué.

Dans quelques autres départements, les Sociétés déjà existantes attendent, observent, et par cela même, puisqu'elles ont absorbé tous les éléments sociables, elles annulent les sympathies trop discrètes que notre œuvre a fait naître dans quelques cœurs. Ici, il y a défaut d'initiative, personne n'osant se mettre en avant, là enfin, il y a indifférence véritable, et la pire des indifférences, celle qui n'a pas de conscience de son bien-être et de la certitude que ni soi ni les siens n'auront jamais besoin de l'Association. Certitude humaine, Messieurs, c'est-à-dire, certitude faillible et qui, dans ces heureux du jour, ne devrait pas, par prudence, étouffer le cri de la mutualité confraternelle et de la solidarité chrétienne.

Vous m'approuverez, Messieurs, je l'espère, de tout dire, de ne rien dissimuler et d'exposer avec la même franchise nos succès et nos échecs. Il est facile de voir, cependant, que nulle part, à vrai dire, l'Association générale n'a rencontré d'opposition systématique. Il n'y a ni enthousiasme, ni entraînement, nous a-t-on dit, sous forme critique. C'est possible ; les hommes sérieux et pratiques de la Commission organisatrice n'ont heureusement jamais compté sur ces conditions, si rares aujourd'hui en toutes choses et dans toutes les classes de la société ; ils ont fait un appel convaincu, mais discret, à la raison, aux sentiments de la famille médicale, vous venez de voir qu'ils n'ont pas trop à regretter leurs efforts, ni trop à se plaindre du résultat obtenu.

XVI

Mais, pendant que ces choses se passaient dans les départements, que faisait-on à Paris et pour Paris ? Que répondait Paris aux excitations de la Commission organisatrice ?

Paris, vous le savez, Messieurs, est le siége de la *Société centrale*.

La Société centrale se compose d'éléments permanents et d'éléments transitoires. Lieu d'asile et de passage pour les médecins disséminés dans des départements où des Sociétés locales agrégées n'existent pas encore, elle est la *Société locale* des médecins du département de la Seine, de nos confrères de l'armée et de la flotte, des médecins français habitant nos colonies et des médecins remplissant une mission à l'étranger.

Vous voyez combien son action est large et son rayonnement lointain.

La Commission organisatrice, après avoir préparé avec le plus grand soin les statuts de la Société centrale, après avoir reçu pour ces statuts l'approbation de M. le ministre de l'intérieur, s'est occupée, d'après les prescriptions de l'article 34 des statuts généraux, de nommer le Bureau de la Commission administrative de cette Société.

M. le Président de l'Association générale est en même temps le président de la Société centrale, mais les statuts lui donnant le droit de déléguer ses pouvoirs pour cette présidence, il a offert cette délégation à l'un des vice-présidents, à notre éminent confrère, M. Michel Lévy, que l'a acceptée avec un grand empressement.

La Commission administrative de la Société centrale a en déjà de fréquentes séances, et se réunit régulièrement. Après avoir préparé et adopté son règlement intérieur, elle s'est occupée de l'admission des adhérents, et l'ordre logique de ses travaux l'a conduite à commencer par les éléments fixes et permanents, c'est-à-dire les adhérents du département de la Seine, les adhérents de l'armée et de la flotte, des colonies et de l'étranger. Elle a déjà statué sur tou-

tes les demandes d'admission de ces diverses catégories. Dans ses premières réunions, elle s'occupera de fixer la situation des adhérents disséminés dans les départements où n'existent pas encore de Sociétés locales agrégées; travail long et difficile, assurément, mais qui n'est pas au-dessus du zèle des honorables membres de ta Commission administrative, travail qui mettra fin aux questions qui nous sont adressées par les nombreux adhérents des départements dont l'impatience s'inquiète de ne recevoir aucune communication de l'Association générale.

La Société centrale compte aujourd'hui 320 sociétaires dont l'admission a été prononcée;

Elle se trouve en présence de 1,014 adhérents dont la situation n'est pas encore fixée.

En résumé, Messieurs, l'Association générale soit par la Société centrale, soit par les 25 Sociétés locales agrégées, réunit en ce moment 1,557 sociétaires dont l'admission a été prononcée.

Il reste encore à statuer sur 1,014 demandes d'admission, dans la Société centrale seulement, demandes dont le nombre augmente tous les jours, et qui, pour les départements où n'existent pas de Sociétés locales agrégées, permettent d'espérer l'organisation prochaine de ces précieux éléments de l'Association générale.

Telle est, Messieurs, la situation numérique et morale de l'Association générale. Dans quelques jours elle réunira plus de 2,500 membres, et cela dans le peu de temps qui s'est écoulé depuis sa fondation, et cela avec tous les impédiments qu'elle a rencontrés, et que vous m'approuverez de ne pas rappeler même sans amertume. Si je pouvais faire passer sous vos yeux nos listes nominatives, vous verriez avec satisfaction que la valeur des noms est égale à leur nombre. L'idée nouvelle a fait naître parmi les plus élevés comme parmi les plus humbles, mais partout parmi les plus dignes, les plus vives sympathies comme les plus généreuses espérances. Tous ces bons sentiments ne seront pas trompés. L'Association existe, elle vivra, et l'avenir lui appartient.

XV

Après cet exposé, mon devoir, Messieurs, est de vous présenter la situation financière de l'œuvre. Je serai très-court sur ce dernier point, et vous le comprendrez, puisque toute la première période de notre institution a été consacrée jusqu'ici au travail long et difficile de l'organisation intérieure. L'Association générale n'a rien voulu demander ni aux individus, ni aux Sociétés locales avant cette solennité qui inaugure et consacre son existence. Elle a voulu donner le temps aux Sociétés locales d'établir leur comptabilité, elle a voulu établir celle de la caisse générale, œuvre qui n'est pas sans difficultés, et dans laquelle le Conseil général sera puissamment aidé par un habile et dévoué comptable, M. Chaillaux, l'honorable économe de l'Hôtel-Dieu, qui a voulu très-officieusement nous prêter son utile concours. La Société centrale elle-même est en voie de recouvrement du droit d'entrée et des cotisations, de sorte que la situation financière de l'œuvre ne pourra vous être présentée, Messieurs, que pour l'Assemblée générale de l'année prochaine; d'ici là les Sociétés locales déjà organisées, celles qui pourront s'organiser encore, auront eu le temps de mettre leur comptabilité à jour, de faire le départ des fonds qu'elles doivent conserver et de ceux qu'elles doivent verser à la caisse générale; la Société centrale aura terminé ses recouvrements, et notre trésor, aujourd'hui bien modeste, comme vous pouvez le supposer, se sera très-honorablement accru.

Si l'Association générale a très-peu reçu encore, elle a cependant déjà beaucoup dépensé. Le chapitre des impressions, de distribution par la poste des statuts et de la circulaire n° 1, et autres publications, s'élève à une somme considérable, qui, ajoutée à tous les autres frais qu'ont nécessités les préliminaires de notre œuvre, constitueraient la Caisse sociale en un grand déficit. Mais, rassurez-vous, Messieurs, une main généreuse a discrètement payé toutes ces dépenses, qui, d'après mon estimation personnelle, doivent dépasser la somme de 4,000 francs. Dès aujourd'hui seulement, et cela pour mettre un terme à une générosité qui semble ne vouloir pas avoir de limites, les frais administratifs tombent à la charge de la Caisse sociale. Grâce donc aux libéralités qui exonèrent l'Association du poids des premières dépenses, toujours les plus lourdes et les plus considérables, nos modestes finances vont se trouver dans un état satisfaisant.

XVI

J'arrive, Messieurs, au terme de ma tâche, et, vous l'avez vu, ce n'était pas sans raison que, dès son début, j'invoquais votre bienveillante indulgence. Mais il importerait peu que j'aie bien ou mal rempli ma mission, si de l'exposé que je viens d'avoir l'honneur de vous faire, vous éprouviez une impression d'encouragement et de zèle en faveur de l'œuvre qui nous réunit dans cette enceinte. Honorables confrères des départements, vous n'avez pas quitté vos foyers et vos affaires pour venir assister à une joute littéraire, et vous, honorés confrères de Paris, c'est dans d'autres solennités que celle qui nous rassemble que vous allez chercher les jouissances du beau langage et des discours éloquents. Vous êtes venus ici entendre le récit modeste des commencements d'une œuvre qui a le devoir d'être modeste. Ce que la Commission m'a surtout recommandé, c'est de prémunir mon esprit et mon cœur contre toute impatience. Je l'ai promis et je crois avoir été fidèle à ma promesse.

Mais ce que la Commission me permettra, ce que vous excuserez vous-mêmes, Messieurs, c'est que devançant l'espace et le temps, considérant notre œuvre comme toute œuvre humaine, c'est-à-dire comme perfectible dans ses moyens et progressive dans ses résultats, je cherche à la deviner dans ses perspectives éloignées et ses horizons lointains. Grâce à vous, qui êtes ses initiateurs et ses propagateurs, l'œuvre s'est assise sur des fondements solides. Peu à peu toutes les appréhensions se sont apaisées, les objections vaincues, les dissidences évanouies, les indifférences dissipées. Toutes les Associations se sont agrégées à l'Association générale qui, riche, puissante, honorée, de plus en plus protégée par le gouvernement, dispense l'assistance confraternelle sous ses formes les plus honorables et les plus dignes, donne à son but protecteur toute sa légitime extension, et ne parle plus que pour mémoire de son but moralisateur complétement atteint par les progrès de l'œuvre. L'Association n'a plus besoin de demander la gracieuse hospitalité de l'assistance publique; elle tient ses Assemblées générales chez elle, à son siége même, belle propriété de ses deniers acquise, où les vieillards, les infirmes, les invalides de notre profession trouvent les soins pieusement confraternels d'une bienfaisance ingénieuse. Dans nos lycées, les orphelins de la famille médicale, devenus les pupilles de l'Association, remportent les palmes universitaires. Les veuves, les enfants pleurent la mort du chef, mais l'Association adoucit leur douleur par des secours ou des pensions efficaces. L'Association a modifié, adouci les mœurs professionnelles; par elle chacun a senti que la dignité de soi-même fait la dignité de tous; par elle tout le monde a compris que, pour que la famille médicale fût une réalité, le respect pour tous ses membres était une condition aussi rigoureuse que dans la famille naturelle, parce que, comme elle, elle commande la mutualité des services et la solidarité des actes; par elle, enfin, les médecins ont senti la puissance et le charme de cette douce et sainte chose, la confraternité, expression plus familiale encore que professionnelle, et qui, largement comprise, loyalement pratiquée, résume nos droits les plus imprescriptibles comme nos plus impérieux devoirs.

Et que faut-il pour que ce rêve d'avenir devienne une réalité? La continuité de votre précieux concours, Messieurs, ce bel et noble exemple que vous lèguerez à vos successeurs, car, dans son développement, l'Association générale doit donner toutes ces merveilles, car c'est une œuvre féconde, et de cette œuvre, qui sera la vôtre, la Commission, dont les fonctions expirent avec ce discours, ne réclame que l'humble mérite d'en avoir déposé le germe dans vos cœurs généreux.

Malgré l'étendue inévitable de ce premier compte rendu, l'assemblée veut bien témoigner au rapporteur ses sentiments de bienveillance.

En levant cette séance, M. le Président invite MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales à se réunir le lendemain, à deux heures, dans la salle du Conseil de l'Assistance publique, pour entendre leurs communications et pour procéder à l'élection du bureau et des membres du Conseil général.

Le soir, à six heures et demie, un banquet offert à MM. les Présidents et délégués des Sociétés locales, par la Commission organisatrice de l'Association générale et par la Commission administrative de la Société centrale, réunissait nos honorables confrères dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal. Cette fête, plus belle encore par une cordialité charmante que par l'élégance et le luxe du service qui ne laissaient rien à désirer, s'est prolongée très-avant dans la soirée. M. le Président a porté un toast aux Sociétés locales et à leurs dignes représentants. M. le docteur Mabit, Président de la Société locale de la Gironde, a répondu en ces termes à M. le Président:

« Messieurs,

« La bienveillance de quelques confrères a pensé qu'il appartenait au représentant de la Gironde, à laquelle on a fait aujourd'hui une si large part d'initiative, de remercier notre honorable Président de ses paroles sympathiques..... J'accepte avec crainte et reconnaissance cet honneur qui donne à la fois satisfaction à mes sentiments personnels, et, j'en suis sûr, à ceux de tous mes collègues.

» Permettez-moi, Messieurs, l'expression d'une pensée qui m'a poursuivi en écoutant le rapport d'une éloquence si vraie, si noble, si élevée de notre Secrétaire général. Quand les vents favorables enflent les voiles de notre fortune, hélas! il est rare que l'homme se retourne et s'arrête pour tendre une main secourable à ceux que les temps contraires poussent sur les brisants ou échouent sur la plage. Mais quand de tels hommes se rencontrent, quand s'élevant au-dessus du triste égoïsme que donne parfois la sécurité, quand prenant le rôle de la Providence, ils se souviennent que la gloire est aussi dans l'abnégation de soi au profit de tous, alors, Messieurs, de tels hommes grandissent leur mission au niveau de leur puissance, et ont droit au pardon si difficile des envieux, à la reconnaissance des gens de bien, au respect de tous.

» C'est à l'un de ces hommes, c'est à notre Président que je porte cette santé, à celui qui, pour me servir en terminant de ses belles paroles, n'entrevoit dans son œuvre que le bien public et comme mobile et comme récompense.

» A M. le Président Rayer! »

Ces belles paroles ont été chaleureusement accueillies, ainsi que plusieurs autres toasts portés à quelques membres de la Commission organisatrice. M. Davenne, directeur de l'Assistance publique, M. Bethmont dont les services ont été inappréciables, et qui a répondu avec une éloquence émue dont l'assistance gardera longtemps le souvenir.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE.

Après avoir entendu plusieurs Présidents et Délégués des Sociétés locales dans leurs communications et les observations qu'elles ont suggérées, l'assemblée a procédé à l'élection du bureau et des vingt-cinq conseillers devant constituer pour cinq ans le conseil général de l'Association générale.

Le scrutin ouvert pour la nomination de quatre Vice-Présidents, a donné une majorité immense à

MM.

ANDRAL, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine, etc.
CAZENEUVE, Président de la Société locale du Nord, directeur de l'École de médecine, à Lille.
CRUVEILHIER, Président de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine.
MABIT, Président de la Société locale de la Gironde, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

Au moment où le scrutin va s'ouvrir pour l'élection du Secrétaire général, un membre propose d'élire M. AMÉDÉE LATOUR par acclamation, ce que l'assemblée adopte à l'unanimité.

MM. T. GALLARD, médecin des hôpitaux, et LÉON GROS, d.-m., sont également acclamés Vice-Secrétaires.

Le scrutin ouvert de nouveau pour la nomination de 25 Conseillers donne la majorité, et à quelques-uns l'unanimité aux membres suivants :

MM.

BARDINET, Président de la Société locale de la Haute-Vienne, directeur de l'École de médecine de Limoges.
CL. BERNARD, membre de l'Institut, professeur au Collége de France, etc.
BERTILLON, d.-m.
BOUILLAUD, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
CONNEAU, premier médecin de l'Empereur, membre associé libre de l'Académie impériale de médecine.
DENONVILLIERS, inspecteur général de l'instruction publique, professeur à l'École de médecine, etc.
J. GUÉRIN, membre de l'Académie impériale de médecine.
HOUZELOT, Secrétaire de la Société locale de l'arrondissement de Meaux, chirurgien de l'hôpital.
JEANNEL, Secrétaire de la Société locale de la Gironde, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
JOBERT (de Lamballe), membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
LARREY, membre du Conseil des armées et de l'Académie impériale de médecine.
LAUGIER, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
LEJEUNE, Président de la Société locale de Laon.
LÉVY (Michel), membre du Conseil de santé des armées et de l'Académie impériale de médecine.
L'HOMME, Président de la Société locale du Cher.
MÉLIER, inspecteur général des services de santé, membre de l'Académie impériale de médecine.
MICHON, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
PÉNARD, Président de la Société locale de Seine-et-Oise, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Versailles.
RICORD, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital du Midi.
SANDERET, Président de la Société locale du Doubs, directeur de l'École de médecine de Besançon.
SÉGALAS, membre du Conseil général de la Seine et de l'Académie impériale de médecine.
TARDIEU, membre de l'Académie impériale de médecine, médecin des hôpitaux.
VASTEL, Président de la Société locale du Calvados, directeur de l'École de médecine de Caen.
VERNOIS, médecin des hôpitaux, membre du Conseil de salubrité de la Seine.
VILLERMÉ, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine.

L'assemblée générale se sépare après cette élection et après avoir reçu les vifs remercîments de M. le Président.

A l'issue de cette séance, le Conseil général nouvellement élu s'est réuni et a procédé à la nomination des membres du Conseil judiciaire et administratif de l'Association générale.

Ont été élus par acclamation :

MM. ANDRAL fils, avocat à la Cour impériale.
BETHMONT père, avocat, ancien président au Conseil d'État.
BETHMONT fils, avocat à la Cour impériale.
MICHEL CHEVALLIER, membre du Conseil d'État.
DAVENNE, directeur de l'Assistance publique.
LEPLAY, membre du Conseil d'État.
LITTRÉ, membre de l'Institut.

M. CHAILLAUX, économe de l'Hôtel-Dieu, a été nommé agent comptable de l'Association générale.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES CHARBONNEUSES; par M. RAIMBERT, médecin des hospices de Châteaudun (Eure-et-Loir). — Librairie de Victor Masson, rue de l'École-de-Médecine.

La Beauce est, sans contredit, la terre classique des maladies charbonneuses, comme les Antilles sont celle de la fièvre jaune et les marais Pontins celle des fièvres paludéennes. Dans cette vaste plaine si fertile en moissons, si riche en troupeaux, si prospère par l'activité incessante de ses habitants, la fièvre charbonneuse règne à l'état permanent et fait chaque année de nombreuses victimes; chaque année elle impose un tribut plus ou moins fort sur les écuries, les étables et surtout sur les bergeries du cultivateur; mais à certaines époques elle devient épizootique, et alors ses ravages sont effrayants, les troupeaux sont décimés, et la ruine sans ressources passerait bien vite dans les fermes, si les productions en céréales ne venaient compenser pour le laboureur les pertes en troupeaux.

La maladie charbonneuse n'atteint pas seulement les animaux domestiques, elle agit également sur l'homme par contagion. Si, par suite de la transmission du charbon des animaux à l'homme, la puissance du virus charbonneux paraît légèrement amortie, ce virus est cependant assez délétère pour produire presque toujours la mort.

Chez l'homme et les animaux, elle se présente sous diverses formes : fièvre charbonneuse, pustule maligne, œdème malin, tumeur charbonneuse, anthrax malin, etc. Aussi a-t-il fallu un grand nombre de recherches, d'observations et d'expériences pour reconnaître l'identité de nature de ces diverses formes et leur corrélation intime de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme. Une fois cette identité de nature septique et cette corrélation bien admises et bien résolues par les expériences, il a fallu classer les différentes formes du charbon d'après leur aspect particulier et d'après une échelle de gravité, par conséquent étudier chaque forme dans son développement, ses symptômes, sa terminaison et son traitement. Cette étude a été faite, mais elle a été faite à des points de vue si variables, dans des localités si diverses, d'après des idées préconçues si différentes, qu'il est impossible de s'y reconnaître. Il était donc bien nécessaire de reviser les observations des auteurs qui ont traité du charbon, afin de discerner le vrai du faux; il était nécessaire de s'enquérir de tous les travaux récents, et de confirmer ou d'infirmer par des observations et des expériences nouvelles les faits et les opinions qui ont été publiés antérieurement sur les maladies charbonneuses.

M. le docteur Raimbert, médecin des hospices de Châteaudun, a entrepris ce travail (quel médecin pouvait l'entreprendre avec une autorité plus grande que la sienne!); il a accompli cette tâche difficile avec tout le succès qu'on pouvait attendre de son activité, de sa persévérance à l'étude, de sa parfaite intelligence de la question et de la maturité de son jugement.

En effet, M. Raimbert pratique depuis vingt ans au milieu des plaines de la Beauce; il a observé comme médecin praticien toutes les formes du carbon, il était un des membres actifs de la commission médicale d'Eure-et-Loir pour les expériences sur le sang de rate; puis riche de ses observations particulières, riche surtout des recherches et des expériences de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, et frappé des conclusions remarquables auxquelles ont abouti ces recherches et ces expériences, M. Raimbert a étudié à nouveau la question au lit des malades, et la fit-*sienne*; bientôt, comme médecin des épidémies, il eut occasion d'adresser un rapport à l'Académie de médecine sur diverses particularités de la pustule maligne qu'il avait observées dans sa pratique; ce rapport sur les maladies charbonneuses de la Beauce fut jugé digne d'une récompense académique. Alors M. Raimbert, encouragé par cet honneur, devint obligé... et son livre fut fait.

Après un aperçu historique, M. Raimbert a commencé par décrire les affections charbonneuses des animaux; il s'est surtout attaché à démontrer l'existence du virus charbonneux et sa nature septique. C'est en effet là le point essentiel, le pivot sur lequel roule toute la question du charbon; car avant de l'étudier chez l'homme, il était important de le connaître chez les animaux qui sont la source première du charbon. Dès lors, suivant la classification de Chabert, il admit la pustule maligne ou charbon idiopathique, la fièvre charbonneuse ou charbon symptomatique.

La pustule maligne est décrite avec un soin minutieux dans son étiologie et sa symptomatologie; mais le chapitre sur le diagnostic et celui sur les espèces et variétés de charbon devaient être l'objet d'une étude particulière de la part de M. Raimbert. En effet, d'après

les discussions récentes à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie sur les affections charbonneuses, on a pu se convaincre combien la confusion régnait encore sur les différentes variétés de charbon et sur leur degré de gravité. Il était donc bien important de chercher à élucider, autant que possible, ce point difficile de la question du charbon, à l'aide d'observations bien complètes. Nous devons le dire, ce point difficile n'est pas encore parfaitement éclairci, un nouvel examen critique des opinions des auteurs est nécessaire.

M. Raimbert a consacré avec raison un chapitre spécial et largement développé à l'espèce appelée *œdème malin*; l'étude de cette espèce déjà notée par M. Bourgeois (d'Etampes) attend de nouvelles observations pour être complétée. « Le pronostic de l'œdème malin, » dit M. Raimbert (page 268), est bien autrement grave que celui de » la pustule maligne ; nous le croyons presque toujours mortel : l'in» certitude du diagnostic, la difficulté et quelquefois même l'impossi» bilité de déterminer le point qui a livré passage au virus, l'étendue » rapide que le mal acquiert, sont autant de circonstances qui para» lysent le traitement. »

Après avoir décrit dans tous ses détails le charbon malin spontané symptomatique et la fièvre charbonneuse; après avoir relaté l'opinion des auteurs sur les formes du charbon de l'homme; M. Raimbert arrive au traitement et à la prophylaxie des maladies charbonneuses; il divise le traitement en médication locale et en médication générale; il étudie surtout avec une attention scrupuleuse la médication locale et les divers traitements qui ont été préconisés tour à tour pour combattre la pustule maligne; il s'attache à faire justice de ces médicaments astringents inefficaces, tels que l'encens, les feuilles de noyer, qu'on a vantés dans ces derniers temps comme médicaments infaillibles contre la véritable pustule maligne. Ce n'est pas un praticien de la Beauce qui se laisse endoctriner par de semblables moyens; pour lui, le moyen thérapeutique unique est la cautérisation, soit actuelle, soit potentielle. Parmi les caustiques potentiels, il y en a deux qui sont préférables à tous les autres: ce sont la potasse caustique et le sublimé corrosif; la potasse caustique a été surtout mise en usage par M. Bourgeois (d'Étampes) avec beaucoup de succès; mais, généralement, les médecins de la Beauce ont recours au sublimé qui fait une escarre plus profonde, plus nette et mieux circonscrite.

Enfin, comme corollaire de tout son travail, M. Raimbert cherche le moyen d'arrêter les ravages des maladies charbonneuses dans l'hygiène publique, savoir :

« Enfouir les animaux morts d'affections charbonneuses, faire pro» céder à l'enlèvement immédiat de leurs cadavres par les établisse» ments d'équarrissage, défendre le débit de leur chair et s'abstenir » d'en faire usage, avoir des soins de propreté minutieux et faire des » lotions avec des préparations alcalines ou acides neutralisantes, lors» qu'on a touché, pansé, fouillé ces animaux, manié ou travaillé leurs » dépouilles, etc., etc. » (P. 389.)

Déjà Virgile, dans son 3e livre des GEORGIQUES, avait résumé, en quelques vers, ces préceptes d'hygiène publique et de prophylaxie :

Jamque catervatim dat stragem, atque aggerat ipsis
In stabulis turpi dilapsa cadavera tabo,
Donec humo tegere ac foveis abscondere discunt.

Nos cultivateurs de la Beauce verront toujours le sang de rate décimer par bandes (*catervatim*) leurs troupeaux, tant qu'ils ne prendront pas la précaution importante de l'enfouissement du cadavre, et le charbon continuera de faire de nombreuses victimes chez les personnes qui dépouillent les animaux ou qui travaillent leurs peaux :

Verum etiam invisos si quis tentârat amictus,
Ardentes papulæ, atque immundus olentia sudor
Membra sequebatur, etc., etc.

Que pouvons-nous dire de plus, sinon que nos cultivateurs de la Beauce, après dix-huit siècles, sont aussi insouciants que ceux de la plaine de Mantoue.

Nous dépasserions de beaucoup les limites de cet article, si nous voulions donner un résumé des observations si intéressantes qu'a publiées M. Raimbert, nous renvoyons donc à son livre. Ce livre a été inspiré par une longue pratique; il a été écrit avec une profonde intelligence de la question des maladies charbonneuses; il réunit donc les conditions de savoir et d'autorité que doit exiger le lecteur scrupuleux; et en publiant ce traité, M. Raimbert a rendu un véritable service à la science.

MAUNOURY.

VARIÉTÉS.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez inséré, dans votre numéro du 28 octobre, un feuilleton bibliographique, signé : Dr J. Dumont (d'Angers), dans lequel on apprécie deux ouvrages: celui de M. Ménière (ÉTUDES MÉDICALES SUR LES POETES LATINS) et le mien (ÉTUDES MÉDICALES SUR L'ANCIENNE ROME).

M. Dumont, après un éloge du livre de M. Ménière et un panégyrique de l'auteur — dont il partage à peu près complétement les idées, — M. Dumont, dis-je, arrive à émettre son opinion sur mon livre, ce qu'il fait en ces termes : « ..... Dans deux ouvrages, sur vingt citations, dix-huit sont semblables..... Quand ces réminiscences sont trop nombreuses, on leur donne dans le monde savant un nom que tout écrivain qui se respecte doit éviter. »

Cela est bientôt dit, et il serait utile de justifier une pareille accusation. Or voici la seule preuve — la seule, et elle est choisie comme étant la meilleure — avancée par M. Dumont : M. Ménière cite les vers de Juvénal

Cum tot abortivis fecundam Julia vulvam
Solveret.......

et donne la traduction en vers de notre confrère M. A. Constant Dubos.

Voilà ce que j'ai copié, on emprunté à M. Ménière : deux vers de Juvénal et trois vers de M. Dubos!

J'ai consacré un article à l'avortement criminel chez les Romains : je devais forcément citer ces vers de Juvénal que je connaissais depuis longtemps; — toutes les fois que je cite ce poëte, je donne la traduction en vers d'après M. Dubos ou d'après M. Jules Lacroix : ici j'ai choisi celle de notre confrère, parce qu'elle rend mieux la pensée de l'original.

J'ai emprunté aux poëtes latins ce qui dans leurs ouvrages est relatif aux huit ou dix sujets que j'ai traités; je ne pense pas que M. Ménière veuille s'attribuer la possession exclusive de ces textes; mais j'ai emprunté beaucoup plus aux prosateurs, aux historiens latins, aux historiens grecs, etc., que M. Ménière n'a pas encore accaparés — heureusement! Conséquemment cette revendication en faveur de M. Ménière est dénuée de tout fondement.

Je puis d'ailleurs dire que je ne connais pas beaucoup l'ouvrage de mon prédécesseur ; j'ai essayé cependant de lire ce qui est relatif à mes poëtes latins de prédilection : Ovide, Tibulle, Martial, Juvénal. En parcourant cet ouvrage, j'ai remarqué entre les citations des idées propres à M. Ménière lui-même; je les ai religieusement respectées.

Du reste, je comprends peu l'accusation formulée par M. Dumont, puisque lui-même, avant de la produire, s'exprime ainsi : « Nous dirions en particulier à M. J. Rouyer que, sauf meilleur avis, il n'a peut-être pas été heureusement inspiré dans le choix de son travail, ou plutôt qu'*il s'est trop isolé de M. Ménière.* » — !!!

En définitive, je nie formellement avoir rien emprunté à M. Ménière, et je défie M. J. Dumont (d'Angers) de signaler une idée empruntée par moi à cet auteur. — C'est assez dire quel cas je fais de la plaisanterie suivante échappée au panégyriste de M. Ménière : « Si jamais M. Rouyer donnait une deuxième édition de son travail, nous lui conseillerions d'ajouter à son nom celui de M. Ménière, car si l'un d'eux a tenu la plume, l'autre a, selon nous, fourni une grande partie des matériaux. » — C'est M. Ménière qui m'aurait fourni les citations de Juvénal, d'Ovide, de Martial, etc.; je les ai bien trouvées moi-même dans ces auteurs, et je n'ai, grâce à Dieu, pas besoin de M. Ménière pour cela. — Est-ce lui qui m'a donné les textes de Suétone, de Pline, de Pétrone, d'Hérodote, de Vitruve, d'Aulu-Gelle, de Strabon, de Dion-Cassius, des écrivains de l'Histoire-Auguste, d'Ammien-Marcellin, de Sénèque, de Cicéron, etc.? Ce sont justement les poëtes latins qui m'ont donné le moins de peine, parce que je les connais mieux et depuis plus longtemps.

Je ne veux pas insister sur cette question, et je m'en rapporte, comme cela doit se faire en pareil cas, à l'appréciation de ceux qui me feront l'honneur de me lire. Il sera facile de constater que j'ai scrupuleusement donné les indications bibliographiques — et elles sont nombreuses — des ouvrages que j'ai consultés : si je n'ai pas cité M. Ménière, c'est que je ne lui dois rien.

Pardonnez-moi, Monsieur, d'écrire aussi longuement sur ce point : si l'auteur de l'article en question s'était borné à critiquer scientifiquement mon livre, je me fusse abstenu; mais je ne pouvais laisser passer sans réponse une accusation aussi grave que celle que je crois avoir réduite à néant.

Agréez, etc.

JULES ROUYER.

Paris, 29 octobre 1859.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'APPLICATION DE LA PHYSIQUE A LA THÉRAPEUTIQUE ET DE LA PHYSIQUE MÉDICALE.

L'Académie de médecine a entendu, dans ses deux dernières séances, deux lectures relatives à des applications de l'électricité à l'art de guérir. La première, due à M. Briquet, le laborieux thérapeutiste de la Charité, avait pour objet les effets à attendre de la faradisation dans le traitement de la chorée. La seconde, faite par M. Becquerel, avait trait à la guérison des névralgies par des applications du même genre.

On retrouvera dans le compte rendu des séances les extraits des communications faites par ces deux médecins. Dans celle de M. Briquet, le lecteur reconnaîtra les caractères de la savante investigation à laquelle nous a habitués cet observateur distingué, et la science enregistrera avec intérêt les remarques qu'il a eu occasion de faire sur les rapports qui peuvent rattacher l'agitation musculaire convulsive de la chorée à l'existence dans le tissu de ces muscles de centres d'hyperesthésie. L'effet produit par la faradisation cutanée dans ces circonstances paraît avoir révélé à M. Briquet ce nouvel élément à considérer dans l'histoire étiologique de la chorée. Sous ce rapport, la communication de l'honorable médecin est assurément digne de fixer l'attention des pathologistes, comme elle doit figurer d'ailleurs avec avantage parmi les acquisitions de la thérapeutique.

Quant à la communication de M. Becquerel, ce que nous en avons saisi nous a paru exclusivement empirique et sans rapport de cause à effet avec le substratum physiologique ou morbide. Le mémoire porte pour titre : DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR LES COURANTS ÉLECTRIQUES A FORTE TENSION. Sous le nom de méthode *hyposthénisante*, l'auteur réintroduit et expérimente à nouveau les données fournies par Nobili concernant la propriété que possède un courant fort et continu d'émousser, d'hébéter à la longue le nerf à travers lequel il passe. M. Becquerel applique cette méthode aux névralgies et résume en règles les résultats empiriques qu'il a obtenus sur un certain nombre de malades. C'est, comme nous le disions, une reproduction des premières et anciennes expériences de Nobili et de Lebot. M. Becquerel confirme les résultats annoncés autrefois par ces physiciens, mais sans ajouter rien d'essentiel à ce qu'ils nous ont laissé. Son travail, au point de vue de la science pure, ne renferme ni un aperçu ni un principe nouveaux.

Si nous avons été bien informé, si le susurrus de l'auditoire de l'Académie ne nous a point trompé, ces deux communications, outre leur intérêt propre et leur portée immédiate, auraient encore un autre objet. Le bureau de l'Académie a déclaré, il y a quelques semaines, une vacance à combler dans la section de « physique et de chimie médicales, » et les lectures dont nous venons de reproduire le résumé ne seraient rien moins que le tribut d'usage payé par la courtoisie des candidats à la savante compagnie, un rappel de leurs titres anciens, peut-être même l'hommage d'un titre nouveau. Tribut qui pourrait être comparé à ce que, dans l'ancien langage parlementaire, on nommait autrefois « un discours-ministre. »

Si telle doit être, en effet, la signification à attacher à ces travaux, nous y prendrons texte pour quelques remarques.

L'Académie impériale de médecine est divisée, comme l'on sait, en onze sections. Chacune d'elles comprenant un nombre de membres déterminé, probablement d'après l'estime faite à l'origine de son importance, est classée sous un titre spécial et semble vouée, destinée exclusivement à une catégorie très-bien définie de vocations scientifiques. Cette intention du pouvoir créateur et ordonnateur de l'institution semble, en effet, manifestement exprimée dans les titres suivants que nous voyons affectés à la plupart de ces sections :

Les dénominations de « section de pathologie médicale, anatomie et physiologie, médecine opératoire, accouchements, médecine vétérinaire, pharmacie, etc.... » ne paraissent pas ambiguës et pouvant offrir matière à dissentiment sur les qualités requises des savants appelés à y figurer. En écoutant les lectures que nous avons entendues et rapportées plus haut, et dont nous n'avons nulle idée de contester le mérite, nous avons dû nous demander si la même netteté d'attributions n'existait pas pour la section de « physique et de chimie médicales, » ou si nous nous faisions nous-même des objets scientifiques compris dans cette expression une idée erronée ou confuse.

Qu'est-ce donc, nous sommes-nous dit, que peut avoir eu en vue l'organisateur de la savante assemblée, en établissant dans son sein une division de physique ou de chimie médicales? A-t-il pu désigner simplement sous ce titre l'emploi, dans l'art de guérir, de moyens empruntés à la physique ou à la chimie, l'application à la thérapeutique des instruments fournis par la physique, des produits réalisés par la chimie? Ce n'est pas à croire, puisqu'il créait en même temps une section de thérapeutique, une autre de médecine opératoire, une troisième de pharmacie, une quatrième d'accouchements! Voilà bien de la place pour loger les applications à l'art de guérir des procédés, instruments et résultats fournis par la chimie ou la physique.

Assurément l'esprit de la création a dû être autre et plus général, et plus élevé; et nous ne calomnions pas ses fondateurs en leur supposant la pensée d'avoir voulu exprimer, sous cette appellation, le rôle de la physique ou de la chimie *dans l'explication ou l'analyse des phénomènes de la vie, et, partant, dans les aberrations physiologiques qui constituent la maladie.*

Aidons notre argumentation du secours de quelques exemples.

Quand un savant chimiste a substitué, pour la confection du calomel, par exemple, la sublimation à la précipitation, le rendant ainsi plus impalpable et plus pur, plus propre à l'emploi médical, disons-nous qu'il a fait de la chimie médicale, ou ne réservons-nous pas plutôt cette désignation technologique à l'expérimentateur ingénieux qui, suivant cette substance dans ses rapports avec les liquides qu'elle rencontre successivement dans les canaux de l'économie, vient nous révéler les secrets de la chimie vivante et détacher du faisceau encore voilé des puissances vitales une force abusivement comprise dans cet ensemble encore indéfini, connu sous le nom du principe vital?

Ou bien encore : appellerons-nous une découverte de chimie médicale, celle qui a reconnu la propriété qu'a la glycose de réduire l'oxyde de cuivre en présence des alcalis, refusant cette qualification aux savantes recherches qui nous ont fait connaître l'existence et le

FEUILLETON.

DES PRINCIPES RATIONNELS DE LA MIMIQUE ET DE LA PHYSIOGNOMONIQUE (1).

Les idées exposées ci-après sont le résumé d'un travail que je viens de publier en allemand, sous le titre d'EPUNDSAETZE DER MIMIK UND PHYSIOGNOMICK (Brunswick, 1858), et dans lequel j'ai cherché à donner une base rationnelle à la science *mimique et physiognomonique*. Ce sujet, quoiqu'il soit un des plus intéressants, a été complétement négligé par les hommes de science. Tous confessent qu'il est impossible d'établir des principes retatifs aux expressions mimiques et physiognomoniques de la figure.

Le seul qui ait donné une attention sérieuse à l'étude des expressions physiognomoniques, c'est Lavater; mais ses idées ont été condamnées par la science, parce qu'elles ne se fondent pas sur des bases physiologiques, mais sur des hypothèses, des suppositions et des raisonnements vagues.

Mes recherches sur les mouvements mimiques sont limitées aux muscles de la figure, de même que mes observations sur les expressions physiognomoniques.

Je n'examinerai pas quelle importance peuvent avoir pour le physionomiste les formes solides de la tête; je n'examinerai pas non plus si la couleur des cheveux et des yeux, si la grandeur de la bouche ou des oreilles, si un nez aquilin ou retroussé permettent quelque induction sur les qualités de l'âme. Je crois que les seules parties du corps humain qui admettent une telle induction sont celles qui se trouvent sous l'influence immédiate et rationnelle de l'âme. Ces parties, se sont les muscles et principalement les muscles nombreux de la figure.

Si quelques muscles du visage se contractent souvent, sous l'influence de quelque passion ou de quelque travail mental, alors ils acquièrent une certaine prépondérance sur les autres muscles de la figure et forment peu à peu ce qui s'appelle l'expression physiognomonique du visage. L'expression mimique, quand elle est devenue habituelle, constitue l'expression physiognomonique.

Trouvons donc une base rationnelle pour la mimique, et nous l'aurons trouvée aussi pour la physiognomonique. Mais avant d'examiner les effets, il faut se rendre compte des causes; avant d'examiner les mouvements mimiques de la figure, il faut examiner les dispositions de l'âme qui les produisent.

Pour cette raison, il m'a été nécessaire de donner, dans la première partie de mon livre, un précis psychologique. J'ai établi une hypothèse sur les fonctions du cerveau, qu'il serait trop long d'expliquer ici en détail. J'in-

(1) Mémoire de M. le docteur Th. Piderit, lu à la Société de biologie le 27 août 1859.

rôle de la diastase animale ou de la pepsine, et la part prédisposante qu'ont ces substances dans l'acte de la digestion.

Et si nous mettons le pied sur le domaine de la physique dans ses rapports avec notre art, les exemples ne nous manqueront pas davantage pour mettre plus en lumière notre pensée.

Voici un confrère, un savant, nous le voulons tel, qui porte le fer rouge sur un cancer utérin, un autre qui imagine de séparer des tissus condamnés au moyen d'une constriction produite par un mécanisme spécial ingénieux, un troisième qui porte une pince à branches dans la vessie pour y saisir un calcul, un quatrième qui observe le fond de l'œil avec un ophthalmoscope et y découvre des apparences nouvelles, un dernier, expert dans l'emploi du microscope, pénétrant les secrets de la texture intime des organes, dirons-nous que ces savants font des découvertes de physique médicale? Non. Nous les appellerons d'habiles chirurgiens, de savants ophthalmologistes, de patients micrographes.

Mais qu'il s'en présente à nous qui, étudiant les phénomènes de la vie, nous donnent, par exemple, l'explication des bruits du cœur ou des différents sons perçus à travers les parois thoraciques, d'après la connaissance des lois générales de la physique, qui mesurant et interprétant, d'après les lois de l'hydrodynamique, le mouvement du sang dans ses canaux, qui, analysant les manifestations de la force motrice musculaire sur les leviers solides qu'elle met en mouvement, y découvre les causes de telles ou telles conditions de forme du squelette, les courbures de compensations normales de la colonne, ou celles anormales de la scoliose; qu'un autre, possédant les lois de la dioptrique ou de la catoptrique, nous expose la marche de la lumière à travers les milieux oculaires; à ces signes nous reconnaissons la physique médicale.

Et sans sortir du sujet, du domaine de l'électricité dont il s'agit dans l'espèce, voici là sous nos yeux un médecin armé d'une machine dont il connaît à merveille, nous le voulons ainsi, tous les détails, l'entier mécanisme, le principe supérieur lui-même, qui s'occupe à faire tomber sur le siége douloureux d'une névralgie un flux abondant de fluide électrique, et collige un nombre plus ou moins grand de guérisons, la liaison avec les lois physiologiques lui demeurant lettre close; — dirons-nous voir dans les résultats obtenus des découvertes de physique médicale et non pas plutôt des résultats thérapeutiques?

Mais si nous voulons rencontrer des physiciens physiologistes dans cette branche particulière de la physique, l'électricité, voici Volta, MM. Matteucci, Nobili, Marianini, etc., qui nous enseignent les effets différents produits sur la contractilité ou la sensibilité, suivant que les courants qui parcourent les nerfs sont directs ou inverses; voici MM. Martin-Magron, Lesure, Rousseau, étudiant ces mêmes courants dans leurs rapports avec les nerfs mixtes ou les racines antérieures. Mais quand il nous est arrivé, sur les indications d'autrui, de lutter contre une névralgie avec un balai électrique, nous n'avons jamais cru remplir là le rôle de physicien, mais bien celui de thérapeutiste.

Il y a donc ici, si notre point de départ est fondé, si nous ne nous abusons pas sur le sens attribué par leurs auteurs aux mémoires auxquels nous faisons allusion, il y a donc confusion, équivoque.

Elle joue un grand rôle l'équivoque dans les affaires humaines, et sans avoir prétention de redresser qui que ce soit dans les voies assurées qu'il prétendrait suivre, nous aimons à planter ici un poteau indicateur pour les gens à vues nettes et qui désirent généralement ne point s'égarer en route.

Il y a peut-être des esprits qui ne voudraient pas qu'une obscurité dans l'interprétation d'un mot qui peut être, si l'on veut, très-clair, faussât la constitution même de l'Académie dans son principe, et qu'une doctrine s'établit, sous forme de précédents, à la suite de laquelle la compagnie, désirant un jour faire appel aux connaissances de sa section de physique, n'y trouvât que des thérapeutistes; soit dit d'ailleurs sans acception de personnes, comme sans dédain absurde pour une section qui ne le cède à nulle autre en fait d'utilité. Mais à chacune son œuvre.

Cette légère discussion sur l'importance des définitions exactes, nous remet en mémoire un débat auquel nous assistâmes un jour, et qui eût pu s'aigrir sans le secours opportun d'une définition parfaite d'exactitude et d'à-propos. Nous étions élève et faisions des pansements dans une salle d'hôpital civil qui recevait des malades militaires. C'était dans une chambrée d'officiers. Deux lieutenants, l'un du génie, l'autre appartenant à l'arme récemment créée alors des chasseurs de Vincennes, discutaient entre eux par façon de passer le temps de convalescence, et nous surprîmes sans le vouloir ce bout de conversation: l'officier de chasseurs prétendait, comme son camarade du génie, faire partie des armes spéciales de l'armée, ce qui semblait quelque peu excessif à ce dernier. Après plusieurs raisons qui ne nous semblaient pas dépourvues de sens, « Mon cher camarade, répondit en finissant l'officier du génie, permettez-moi de vous dire que votre opinion repose sur une équivoque: vous avez entre les mains une arme spéciale (la carabine), mais vous n'êtes pas comme corps et instruction *une arme spéciale*. » Le débat fut ainsi tranché; l'équivoque roulait sur le mot *« arme »* qui a deux sens, comme aujourd'hui sur l'expression « physique médicale, » qui doit n'en conserver qu'un seul.

S'il y avait, à l'Académie, une section de géométrie médicale et qu'un chirurgien s'y présentât un mètre à la main, déclarant avoir reconnu par une mesure prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole correspondante, qu'une jambe chez un malade était plus courte que l'autre, le déclarerait-on tout à la fois géomètre et physiologiste? Nous ne le pensons pas. On lui répondrait, nous aimons à le croire, qu'il a appliqué une arme géométrique des plus simples, comme maniement, à un objet chirurgical. Le géomètre physiologiste est celui, ajouterait-on peut-être, qui, étudiant les rapports et les configurations des leviers que vous avez simplement toisés, y a reconnu une relation géométrique naturelle inconnue jusqu'à lui, et d'où il a tiré une méthode de mesurer que peut utiliser l'art du diagnostic chirurgical. Il a dégagé un fait géométrique utile des formes et des rapports physiologiques; il a fait de la géométrie physiologique; vous n'avez fait, vous, que du toisé.

Et c'est ainsi que plusieurs ont cru faire de la physique médicale quand ils ont tout uniment appliqué à la médecine des instruments de physique. C'est contre les périls de semblable confusion qu'il nous a paru à propos de prémunir qui croira devoir nous lire, parmi les

---

diquerai seulement que j'ai cherché à établir des analogies entre les fonctions du cerveau et celles de la moelle épinière. Je crois qu'on peut considérer les nerfs de la moelle épinière et des sens comme les racines du cerveau qui, en entrant et en se déployant dans la cavité du crâne, forment les organes du cerveau.

Cette hypothèse n'est pas arbitraire, quand on sait que les fibres des nerfs, en entrant dans le crâne, se perdent dans la masse du cerveau, sans souffrir aucune interruption dans leur continuité.

Encore une autre considération m'a décidé à prendre ce chemin pour éclaircir le mécanisme obscur du cerveau. On sait que le crâne, dans les premières périodes de son développement, n'est qu'une partie de la colonne vertébrale, et que les os du crâne ne sont que des vertèbres développées.

Or, comme dans les os du crâne, on peut reconnaître encore la forme primitive des vertèbres, ainsi dans les fonctions du cerveau, on peut distinguer les facultés primitives de la moelle épinière et des nerfs des sens. Dans le cerveau, la substance nerveuse acquiert des facultés supérieures, idéales; mais dans ces fonctions on peut découvrir facilement des analogies avec les fonctions des organes et de la moelle épinière. Sur ces analogies, j'ai essayé d'établir une base physiologique pour la psychologie. De même que la faculté réflexe est la source principale de toutes les actions de la moelle épinière (considérée comme centre nerveux), de même je crois que, dans le cerveau, une faculté réflexe est la base et la source des actions de cet organe.

Mais je ne reproduirai de cette théorie que les considérations absolument nécessaires pour établir les principes de la mimique et de la physiognomonie.

Le fondement de toutes les idées, de toutes les abstractions qui se forment dans le cerveau, se sont les impressions reçues et apportées par les sens.

Or chaque sens possède la faculté d'être impressionné ou *harmoniquement* ou *désharmoniquement* (si vous me permettez d'employer ce mot).

L'abstraction des impressions harmoniques donne des idées agréables; l'abstraction des impressions désharmoniques donne des idées désagréables. Plus une idée est devenue abstraite, plus cette idée se dépouille des impressions sensuelles qui lui ont donné naissance. Mais si cette idée porte un caractère agréable, alors ce caractère ne peut être que l'abstraction d'un certain nombre d'impressions harmoniques.

C'est pour cette raison qu'on éprouve des impressions imaginaires dans les sens, chaque fois que l'âme est émue par quelque idée agréable ou désagréable; et ces sensations imaginaires nous excitent à faire des mouvements, comme si ces sensations avaient été réelles. Si notre âme est frappée par une idée agréable, alors nous faisons des mouvements musculaires, comme si nous voulions aider une impression harmonique des sens; si notre âme est frappée par une idée désagréable, alors nous faisons des mouvements musculaires comme si nous voulions repousser une impression *désharmonique* des sens.

Voici les affections de l'âme, que j'appelle *passives*, et voici la source principale des mouvements mimiques.

La seconde, ce sont les affections *actives*, les passions. Alors les mouve-

intéressés, tout en souhaitant, du meilleur de notre cœur, plein succès aux candidats qui se sont présentés aux suffrages de l'Académie, — mais dans leur propre section s'entend, celle qu'ils ont enrichie de leurs travaux. Quant à celle de physique et de chimie médicales, nous croyons que son titre, l'intention des fondateurs de l'Académie et l'intérêt de la science doivent la réserver exclusivement aux savants qui ont pu trouver, dans la connaissance approfondie de la chimie ou de la physique, des sources de lumière propres à jeter un nouveau jour sur les phénomènes obscurs et les lois complexes de la vie.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS ENKYSTÉES INTRA-ORBITAIRES; par M. DEMARQUAY.

De toutes les tumeurs de l'orbite, les kystes sont incontestablement celles qu'on rencontre le plus fréquemment, bien qu'ils soient encore loin d'être communs. Ces tumeurs peuvent avoir deux origines distinctes : elles peuvent naître directement dans la cavité orbitaire, ou bien prendre naissance dans les paupières et de là gagner l'orbite. Cette dernière espèce a été assez souvent observée; elle détermine dans la direction de l'œil un changement en rapport avec la situation de la tumeur, mais non directement en avant. Ces kystes palpébraux ne rentrent pas dans notre cadre.

Quant aux kystes intra-orbitaires proprement dits, c'est le plus souvent le tissu cellulaire qui leur donne naissance. Lorsqu'on songe à la position la plus commune de ces tumeurs, il est difficile de ne pas admettre que le tissu cellulaire lâche existant entre la paupière supérieure et son muscle élévateur, entre ce muscle et le droit supérieur de l'œil, tissu cellulaire dans lequel nous avons trouvé de petites bourses synoviales, ne soit souvent le point de départ de kystes. Ce sont ces derniers que les écrivains allemands ont désignés sous le nom d'hygromas de l'orbite.

D'autres fois ces tumeurs peuvent avoir leur point de départ dans la glande lacrymale ou ses canalicules excréteurs. Nous en parlerons dans le chapitre spécialement consacré à cet organe.

Enfin quelques-unes naissent hors de l'orbite, soit dans le cerveau, soit dans les sinus frontaux, les fosses nasales, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Situation*. On a observé des kystes sur tous les points des parois orbitaires; mais on s'accorde généralement à admettre qu'ils sont plus fréquents à la voûte et au plancher de l'orbite que sur les parois latérales. C'est surtout en haut et en dehors qu'on les voit fréquemment. Rarement ils occupent le fond de l'orbite; M. Carron du Villards (1) en rapporte un exemple observé chez un enfant : le kyste représentait une cuvette sur laquelle s'appuyait le globe oculaire.

(1) MALAD. DES YEUX, t. I, p. 474.

Volume. Le volume de ces kystes varie depuis celui d'un pois ou d'une cerise jusqu'à celui d'un œuf de poule. Rosas (1), Cunier (2) ont relaté des faits de kystes très-volumineux. M. Carron du Villards (3) dit en avoir vu de la grosseur d'une forte orange.

Forme. Ordinairement arrondies ou ovalaires, ces tumeurs sont quelquefois pyriformes ou bien s'accommodent à la forme des parties environnantes; elles adhèrent d'une manière assez lâche aux tissus voisins; cependant, à la longue, ces adhérences deviennent assez intimes pour qu'il soit difficile de les rompre sans intéresser les organes intra-orbitaires.

La *membrane d'enveloppe*, souvent excessivement mince, avait, dans quelques cas, une épaisseur d'une à deux lignes, et une structure serrée comparable à celle de la dure-mère; on y a rencontré même des concrétions calcaires (4). La surface interne en est ordinairement lisse et d'apparence séreuse; quelquefois cependant on l'a vue veloutée et offrant l'aspect des muqueuses (5).

Le plus souvent simples, les kystes orbitaires peuvent être cloisonnés et partagés en plusieurs loges; ainsi une tumeur enlevée par Saint-Yves (6) était trilobulaire; quelquefois même chaque loge a un contenu différent; c'est ce qui avait lieu dans ce dernier cas. Dupuytren a rapporté l'observation d'un petit kyste flottant librement dans la matière d'une autre poche plus volumineuse. Enfin des poils (7), des dents (8) ont été rencontrés dans ces tumeurs.

Les kystes accompagnent souvent d'autres lésions des organes de l'orbite, telles que le cancer, etc.

Suivant le volume qu'ils atteignent et le siége qu'ils occupent, les kystes de l'orbite peuvent produire l'atrophie de la glande lacrymale, la distension et la désorganisation du nerf optique, l'altération du globe oculaire, l'élargissement et même la perforation des parois orbitaires (9).

CLASSIFICATION. — D'après leur contenu, les kystes de l'orbite peuvent être divisés en trois classes :

1° Les kystes séreux proprement dits;
2° Les kystes séreux hydatiques;
3° Les kystes mous (athérome, stéatomes, miliceris, etc.)

1° KYSTES SÉREUX.

Ce sont incontestablement les plus nombreux. Les auteurs en ont observé beaucoup d'exemples; nous citerons particulièrement en An-

(1) SCHMIDT'S JAHRB., t. XXXV, p. 102.
(2) ANN. D'OCUL. (suppl.), t. III.
(3) ANN. D'OCUL., 1858, t. XIV, p. 105.
(4) ANN. D'OCUL. (suppl.), t. III.
(5) Græfe et Walther, t. VII, p. 227.
(6) Saint-Yves, MALAD. DES YEUX, ch. 21, p. 110.
(7) ANN. D'OCUL., t. XII, p. 41.
(8) Barnes, MED. CHIR. TRANS., t. IV, p. 318.
(9) Middlemore, t. II, p. 609, et Delpech, CLINIQUE DE MONTPELLIER, t. II, p. 99.

ments mimiques qui en résultent ne se rapportent plus à des sensations imaginaires, mais à des objets imaginaires.

La troisième source des mouvements mimiques, c'est le travail de la réflexion. Il s'accompagne de mouvements qui se rapportent aussi à des objets imaginaires.

Voici les trois axiomes fondamentaux de mon travail. Je les donne sans les prouver, parce qu'il serait trop long de répéter les raisons principales sur lesquelles je les ai fondés.

Dans la seconde partie de ma brochure, j'ai examiné :

1° Les mouvements mimiques, qui sont en rapport avec le sens de la vue;
2° Les mouvements mimiques, qui sont en rapport avec le sens du goût;
3° Ceux qui sont en rapport avec le sens de l'odorat;
4° Ceux qui sont en rapport avec le sens du toucher.

Le sens de l'ouïe n'influe que très-peu sur les mouvements mimiques, parce que son action est peu aidée par des appareils musculaires. Les sensations imaginaires de l'ouïe s'expriment par des interjections, dont j'ai parlé d'une manière assez détaillée dans ma brochure.

Après avoir détaillé les mouvements mimiques d'une classe, j'ai toujours étudié leurs combinaisons, en ajoutant, l'un après l'autre, les traits mimiques de la classe antérieure.

Comme l'expression physiognomonique du visage n'est que la conséquence des expressions mimiques, les réflexions sur la mimique sont toujours suivies de réflexions relatives à la science physiognomonique.

Pour donner une idée exacte des principes établis dans la seconde partie, sur les expressions mimiques et physiognomoniques de la figure, je serais obligé de présenter et d'expliquer tous les dessins qui s'y trouvent.

Mais pour montrer comment j'ai traité ces questions, je donnerai ici un extrait d'un des chapitres de la partie appliquée de mon travail.

Je prendrai le neuvième chapitre qui traite de *l'expression qui accompagne la sensation de la saveur amère*.

Quand on veut goûter quelque chose, alors on presse la surface de la langue contre le palais, parce que sans ce frottement les nerfs du goût ne réagiraient que d'une manière incomplète.

Or quand le sens du goût est *désharmoniquement* impressionné, on éloigne le palais de la langue, et au même temps on éloigne la lèvre supérieure de la lèvre inférieure autant que possible. Cela se fait par la contraction des muscles élévateurs de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, et voici l'expression de la figure qui en est l'effet. (FIG. I.)

On observe cette même expression aussi, et comme signe d'une sensation imaginaire du goût, quand l'âme est frappée par une idée très-désagréable.

J'ai expliqué, dans la première partie, que la sensation imaginaire se fait voir toujours plus facilement aux sens, qui sont plus continuellement en activité et qui sont mieux pourvus de muscles. Pour cette raison, les mouvements mimiques se font plus facilement aux yeux qu'à la bouche, et si l'impression d'une idée désagréable sur l'âme n'est pas très-forte, on contracte seulement les muscles sourciliers, comme si la vue avait été blessée par une lumière très-intense; mais si l'effet d'une idée désagréable est très-

gleterre : Middlemore (1), Bromfield (2), Monteah (3). En Allemagne : Schmidt (4) et Langenbeck (5). En France, nous avons les observations de Saint-Yves (6), Dupuytren (7), Richerand (8), et de MM. Caron du Villards (9), Laforgne (10), Tavignot (11).

La sérosité contenue dans ces kystes est ordinairement limpide et transparente, de couleur citrine, souvent d'apparence albumineuse ; quelquefois on l'a vue brunâtre, ce qui tient probablement à du sang épanché (obs. de Dupuytren), on même ayant l'apparence d'un sang noir (Mackensie, obs. 175). Il est vrai que, dans ce dernier cas, le kyste avait été ponctionné déjà plusieurs fois et traversé par un fil.

De tous les kystes orbitaires, les kystes séreux sont généralement ceux dont le développement peut être le plus considérable. On en a vu s'étendre jusque dans la cavité crânienne à travers le trou optique ou en écartant les os du fond de l'orbite.

Voici une observation de ce genre due à Delpech :

KYSTE DÉVELOPPÉ DANS L'ORBITE ET PROLONGÉ DANS LA CAVITÉ CRANIENNE PAR LE TROU OPTIQUE.

Obs. — Louis Bonnet, né dans le département de l'Aveyron, âgé de 20 ans, d'une stature moyenne, d'un teint coloré, jouissant d'une assez bonne santé, fut admis à l'hôpital Saint-Eloi le 30 avril 1825. Il portait, depuis l'âge de 8 ans, une tumeur considérable, que remplissait l'orbite gauche, et faisait une grande saillie entre les paupières dont la conjonctive était injectée, fongueuse, humectée de larmes et de mucosités puriformes.

La plaie dans laquelle avait dû exister la cornée en présentait à peine quelques traces ; une demi-teinte brune, que l'injection et l'épaississement de la conjonctive permettaient de discerner, était le seul indice de son existence. La vue était perdue depuis plusieurs années, et l'œil paraissait atrophié. Toute la saillie qui distendait les paupières paraissait formée par une tumeur logée dans l'orbite jusque dans son fond, placée entre les muscles du bulbe oculaire, lesquels lui imprimaient les mêmes mouvements qu'à l'œil lui-même, et dont la rénitence annonçait suffisamment la nature séro-muqueuse. En effet, la tumeur était fluctuante dans toute son étendue.

On constatait aisément que la cavité orbitaire avait acquis des dimensions extraordinaires ; ce qui s'accordait parfaitement avec l'ancienneté attribuée à la maladie et avec son premier développement, à une époque où celui du squelette était loin d'être complet. Les formes du front, du nez et de la demi-arcade dentaire supérieure gauche en étaient changées ; mais rien ne l'était ni quant aux formes du côté opposé, ni quant aux facultés de l'œil droit, ni quant à celles des autres sens, ni même en ce que concernait l'intelligence ; il n'y avait pas la moindre douleur à la tête. Le malade était seulement géné par la maladie en ce que la conjonctive renversée avait une excitabilité telle que la moindre variation atmosphérique y renouvelait l'inflammation aiguë et les ulcérations dont il n'avait jamais cessé de souffrir. Il désirait ardemment se délivrer de sa maladie ; l'opération fut donc décidée et acceptée par lui.

Le 6 mai, en présence de nos collègues les professeurs Lallemand et Dubreuil, le malade étant placé sur un siége solide, sa tête assujettie contre la poitrine d'un aide, nous plongeâmes horizontalement la lame d'un bistouri droit vers le milieu de la paupière inférieure, lieu auquel correspondait le point résistant et le plus sensiblement fluctuant de la tumeur. Un liquide coulant, transparent, de couleur citrine, se répandit aussitôt et s'élança avec une grande force, au point d'atteindre plusieurs assistants. Nous fûmes surpris de ce phénomène ; nous le fûmes aussi de la quantité de ce liquide, qui nous parut disproportionnée, par rapport au volume de la tumeur, même en ayant égard à l'accroissement de l'orbite qui le contenait ; mais nous fûmes bien plus étonnés lorsque, portant un doigt dans la cavité que le liquide venait d'abandonner, nous reconnûmes que le kyste, de nature séro-muqueuse, comme nous l'avions prévu, présentait des épaississements nombreux, durs, inégaux et complétement indolents, ne se bornait pas à l'orbite, que cependant il tapissait en entier, mais qu'il se prolongeait dans la cavité crânienne, à travers le trou optique dilaté au point d'admettre librement notre doigt indicateur. Nous pûmes aisément constater que le prolongement postérieur du kyste, moins altéré que le reste de l'inflammation, mais en présentant néanmoins des traces évidentes, était plongé dans la substance cérébrale dont on distinguait aisément la consistance. Il n'était que trop aisé, dès lors, de porter un fâcheux pronostic.

. . . .

Le malade souffrit peu les deux premiers jours ; mais dès le troisième, il survint des douleurs qui annoncèrent bien l'événement auquel nous étions préparés. Elles partaient de la plaie et s'étendaient au front et jusqu'à l'occiput. Les traits du malade étaient profondément altérés, la langue était rouge, la soif vive, la température du corps fort élevée, le pouls fréquent et sans consistance.

Le quatrième jour, le pouls est bien plus vif et plus fréquent, la chaleur brûlante ; les douleurs persistent ; nuit moins agitée ; assoupissement.

Le cinquième jour, assoupissement plus profond ; décoloration de la face ; oblitération des sens ; insensibilité générale ; on ne peut dire s'il y a paralysie. La connaissance est entièrement perdue.

Mort dans la soirée, sans autre agonie et sans convulsions.

Autopsie dix-huit heures après.

L'extérieur du crâne fortement injecté ; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré, demi-opaque, opalisé.

Dans les ventricules latéraux, environ 3 onces de sérosité lactescente.

La substance du cerveau, dans toute sa face inférieure, ramollie et grisardoise, surtout vers la partie gauche et antérieure.

Vis-à-vis la fosse temporale interne de ce même côté, et tout près de la selle turcique, il y avait une adhérence de la substance cérébrale telle, qu'il fallut la couper par couches minces pour la séparer et pour connaître l'état des choses. Alors il fut évident que la diffluence du cerveau dans presque toute sa partie antérieure gauche était portée jusqu'à l'état purulent ; que du véritable pus avait été fourni par les méninges ; qu'un prolongement du kyste morbide se plongeait dans la substance de la face inférieure de ce lobe, dans une profondeur d'environ 3 pouces, refoulant à cette même profondeur la pie-mère et l'arachnoïde, et adhérant fortement à ces mêmes membranes. Ce prolongement du kyste orbitaire présentait, comme le reste, des bosselures, des inégalités considérables d'épaisseur dans ses parois. Sa structure était absolument la même ; sa cavité contenait la même matière purulente et n'était distincte que par une sorte d'isthme formé par le trou optique.

Ce dernier, déplacé, situé plus haut en arrière que celui du côté opposé, distendu, arrondi, présentait un diamètre de plus de 6 lignes ; le nerf optique

(1) T. II. p. 609.
(2) Middlemore, t. II, p. 606. Mackenzie, obs. 178.
(3) Makenzie, obs. 175.
(4) Schmidt's Jahrb., t. XXXVIII, p. 99. Ann. d'ocul. (suppl. 3).
(5) Neue Bibl., vol. XI, p. 240.
(6) Malad. des yeux, Mackenzie, obs. 1.
(7) Gaz. des hôpit., 20 juin 1833.
(8) Mackenzie, obs. 171.
(9) Gaz. des hôpit., 11 janvier 1839.
(10) Des difficultés de diagnostic, mémoire lu à la Société médicale de Bordeaux.
(11) Journ. des conn. médico-chir., t. XXXI, p. 11.

---

fort, alors on contracte aussi les muscles élévateurs de la lèvre supérieure, comme si le sens du goût avait été *désharmoniquement* impressionné. (Fig. II.)

Passons à présent aux combinaisons de l'expression de l'amertume avec quelques autres expressions mimiques.

Les plis horizontaux du front apparaissent quand on fixe son attention vivement sur quelque chose ou sur quelque idée.

Eh bien ! quand l'expression de l'amertume est combinée avec des plis horizontaux, la figure a l'expression d'une personne qui fixe son attention sur des idées pleines d'amertume. (Fig. III.)

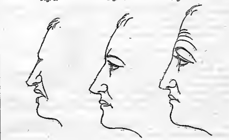
Si les yeux ont l'expression de l'extase, pendant que dans la bouche apparaît l'expression de l'amertume, alors on voit que l'âme est ravie par une idée sublime, et encore en même temps par quelques réflexions ayant de l'amertume. (Fig. IV.)

Dans un des chapitres antérieurs, j'ai parlé de l'expression de l'effroi dans les yeux et sur le front. Les plis horizontaux du front indiquent une sensation imaginaire et *désharmonique* de la vue, les plis horizontaux indiquent une attention vive.

Maintenant, si l'on ajoute encore l'expression de l'amertume, alors l'expression de l'effroi arrive à son plus haut degré. (Fig. V.)

L'expression de la rage est semblable ; seulement on serre en même temps les dents. Ce mouvement est expliqué par les réflexions que j'ai faites antérieurement sur les affections actives de l'âme et sur les mouvements musculaires qui se rapportent à des objets imaginaires. (Fig. VI).

Passons maintenant aux traits physiognomoniques produits par les mouvements mimiques souvent répétés.



Quand on trouve, dans un visage, le trait physiognomonique de l'amer-

gauche y avait entièrement disparu; il avait été divisé par la pression du kyste contre le contour de cette ouverture osseuse.

A la face inférieure et dans l'épaisseur du lobe antérieur droit du cerveau, dans le point parallèle, était un autre kyste séro-muqueux, comme celui du côté gauche, mais différent de celui-ci en ce que sa structure primitive était conservée sans altération, que sa cavité contenait de la sérosité pure, et qu'il était plongé dans la substance du cerveau sans refoulement de la pie-mère et de l'arachnoïde. Son volume était égal à celui de la moitié d'un œuf de pigeon divisé selon son grand axe. Le point correspondant des méninges avait légèrement souffert de l'inflammation.

2° KYSTES HYDATIQUES.

Les kystes séreux renfermant des hydatides ont été moins souvent observés que les kystes séreux simples; il est vrai que la présence de l'hydatide a dû quelquefois passer inaperçue. C'est ce qui a dû arriver aux auteurs anciens, dans lesquels on n'en trouve aucun exemple. Le cas le plus ancien que nous connaissions est celui de Maréchal (déjà cité), dans lequel, à l'autopsie, on trouva, sous la dure-mère, trois hydatides, dont une occupant le fond de l'orbite.

Au dire de S. Cooper (1), Lawrence aurait observé une collection d'hydatides orbitaires. On en trouve aussi un cas dans la clinique de Delpech (2). Depuis, MM. Weldon (3), Middlemore (4) Garcia Romeral (de Madrid) (5), Goyrand (d'Aix) (6), Ansiaux (de Liége) (7) en ont rapporté des exemples.

La plupart des tumeurs de ce genre ont été observées chez des personnes peu avancées en âge; les malades de MM. Ansiaux et Goyrand étaient des enfants.

Du reste, à part la présence de l'hydatide, ces kystes sont tout à fait semblables aux kystes séreux; or il n'existe aucun signe qui puisse faire soupçonner cette présence; c'est presque toujours à l'insu du chirurgien que l'acéphalocyste se trouve dans la tumeur; on croit n'avoir affaire qu'à un simple kyste séreux; on le ponctionne ou on l'incise, ce qui donne lieu d'abord à l'issue d'une sérosité citrine limpide; puis on est tout étonné de voir sortir, par l'incision, une substance blanche opaque, laquelle n'est autre chose qu'une hydatide; quelquefois même on en voit sortir plusieurs, soit spontanément, soit sous l'influence d'une pression exercée sur la tumeur; souvent les vésicules hydatiques ne sont sorties qu'au bout de quelques jours, entraînées par la suppuration. Voici, comme exemple de ce genre de tumeur, l'observation de M. Goyrand (d'Aix).

EXOPHTHALMIE PRODUITE PAR LE DÉVELOPPEMENT D'UN ACÉPHALOCYSTE DANS L'ORBITE (8).

OBS. — Le sujet de cette observation est un enfant âgé de 11 ans. L'œil gauche, repoussé en avant et sur le nez, était tout hors de l'orbite; la il était immobile, son axe était dirigé en dehors; les paupières, soulevées et distendues, ne recouvraient l'œil qu'en partie; leurs bords libres, renversés en dedans, tournaient leurs cils contre cet organe. La conjonctive oculaire était injectée; la palpébrale l'était bien plus encore; la cornée avait perdu en partie sa transparence; cette membrane était obscurcie comme par un nuage; la faculté visuelle n'était point abolie dans cet œil, mais elle y était fort affaiblie. Les douleurs que le jeune malade accusait ne paraissaient être que le résultat de la compression et la distension des parties. L'œil s'était ainsi déplacé peu à peu; les parents du malade avaient commencé de s'en apercevoir deux ans avant.

L'œil n'avait que son volume normal. La tumeur qui l'avait déplacé faisait saillie au devant du côté externe de la base de l'orbite. La fente palpébrale était considérablement allongée. En écartant les paupières sur la commissure externe, on voyait en dehors de l'œil la tumeur recouverte par la conjonctive injectée et boursouflée.

Cette tumeur se distinguait très-bien de la base de l'orbite; elle était dure, mais résistante, et, en la prenant alternativement avec deux doigts appliqués, l'un sur la paupière supérieure, l'autre sur l'inférieure, j'y apercevais une fluctuation qui ne me sembla jamais douteuse. Je savais donc que je n'avais point affaire à une tumeur solide, mais à un kyste plein de liquide. Était-ce un kyste purulent, un kyste séreux?

Le développement de l'œil n'avait pas été précédé ou accompagné d'accidents qui pussent autoriser la première supposition. C'était donc un kyste séreux; je pensai que j'avais affaire à un kyste hydatique; ce qui contribua beaucoup à me mettre sur la voie, c'est le souvenir d'un cas analogue à celui-ci, que j'avais observé chez un enfant, à la clinique de l'Hôtel Dieu de Paris, en 1828. Dans ce dernier cas, apparemment, la tumeur ne faisait pas de saillie sur les côtés de l'œil déplacé, et le boursouflement de la conjonctive augmentait le volume apparent de cet organe, ce qui fit croire qu'il était le siége d'une dégénérescence cancéreuse. On crut devoir en faire l'extirpation. L'œil fut saisi avec la pince érigne de Museux. Un premier coup de bistouri fit jaillir, du fond de l'orbite, un liquide aqueux; l'opération n'en fut pas moins continuée, et quand l'œil fut enlevé, l'hydatide tomba sur la joue du malade. L'œil n'était nullement dégénéré.

Je fis connaître mon opinion sur la nature de la tumeur à mes confrères; j'y mis toutefois quelque réserve, car on ne pouvait, dans un pareil cas, arriver à un diagnostic tout à fait positif.

Le 10 juin, je procédai à l'opération; j'incisai la commissure externe des paupières jusqu'à la tempe, et mes deux aides se chargèrent d'écarter les bords de l'incision avec des crochets mousses. Pendant que je cherchais à inciser la conjonctive qui recouvrait la tumeur, le malade, peu docile, fit un mouvement en avant; le bistouri perfora le kyste, et nous vîmes jaillir, par la ponction, un liquide d'une limpidité parfaite. La tumeur se flétrit et s'affaissa. Avec une pince à crochets, je saisis alors le kyste et la conjonctive qui le recouvrait, et j'en excisai un lambeau avec les ciseaux courbes. Le kyste fut ainsi largement ouvert. J'y plongeai le doigt, qui pénétra sans obstacle jusqu'au fond de l'orbite; puis, regardant au fond de la poche, j'y distinguai un corps blanc, opalin, membraniforme, ridé, que je retirai avec la pince; c'était une hydatide solitaire qui, distendue, avait dû avoir le volume d'une très-grosse noix.

L'hydatide extraite, l'œil est rentré de lui-même dans l'orbite, conservant sa direction oblique en dehors, et s'est enfoncé plus profondément que son congénère.

. . . .

Consécutivement à cette opération, il survint des phénomènes inflammatoires, accompagnés de suppuration; le malade guérit avec un peu de strabisme, et retour partiel de la vision.

(La fin au prochain numéro.)

(1) DICT. DE CHIR. PRAT. (article *Exophthalmie*).
(2) CLIN. CHIR., t. II, p. 99.
(3) Weldon, CASES AND OBS. ON SURGERY, p. 104. — Mackensie, obs. 172.
(4) Middlemore, t. II, p. 614.
(5) ANN. D'OCULIST., t. XIV, an 1845, p. 125.
(6) ANN. DE LA CHIR. FRANÇ. ET ÉTRANG., t. VIII.
(7) GAZ. DES HÔP., 31 octobre 1854. — Voir encore: Schmidt, *loc. cit.*, p. 90; Caspers, HEILKUNDE, t. I, p. 237.
(8) ANN. DE CHIR. FRANÇ. ET ÉTRANG., t. VIII, par M. Goyrand.

---

tume, alors on doit croire que cet homme est souvent aigri. Mais distinguons bien. Les causes de ces chagrins peuvent être ou objectives ou subjectives, c'est-à-dire la cause peut être une irritabilité extraordinaire de l'âme, ou le concours de circonstances malheureuses.


Fig. IV. Fig. V. Fig. VI.

Si ce trait physiognomonique est peu marqué, alors on le reconnaît dans la partie supérieure des rides, qui s'étendent des ailes du nez aux angles de la bouche. C'est au point de l'insertion des muscles élévateurs de la lèvre supérieure et des ailes du nez que ces rides sont singulièrement marqués. Quand ce trait est plus développé, alors la lèvre supérieure est un peu élevée aux points de l'insertion des mêmes muscles. S'il est plus prononcé encore, le milieu de la lèvre supérieure est un peu retroussé, s'il est très-marqué, alors les ailes du nez sont en même temps un peu élevées.

Mais ce trait physiognomonique peut se former aussi sans avoir aucune signification intellectuelle. Des personnes dont les yeux sont très-faibles et très-irritables, les serrent très-souvent convulsivement. Alors, comme les muscles orbiculaires de l'œil sont entrelacés avec les fibres des muscles élévateurs de la lèvre supérieure, ces derniers muscles sont attirés chaque fois que les muscles orbiculaires se contractent fortement, et c'est comme cela qu'une maladie des yeux peut produire dans la bouche le trait physiognomonique de l'amertume.

Ajoutons maintenant au trait de l'amertume quelques autres traits physiognomoniques.

Si ce trait se trouve avec des rides horizontales sur le front, alors on a affaire à un homme qui a l'habitude de fixer son attention sur des idées amères (fig. III). Les rides horizontales pourraient être aussi un signe de bonté ou d'un signe de curiosité; mais dans une figure portant le trait

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC; par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

(Suite. — Voir les nos 38, 39, 40, 41 et 45.)

4° OBSERVATION SUR L'ACTION DU CHLORURE DE ZINC SUR LES TISSUS CHEZ L'HOMME.

Dans les expériences que nous venons de rapporter, un très-grand nombre de points relatifs à l'action du chlorure de zinc sur les tissus reste incomplet, pour ce motif que chez les animaux l'expérimentation pouvait avoir pour objet seulement des tissus sains. Quant à l'action sur les tissus malades, elle ne devait résulter que d'observations instituées chez l'homme. Ce sont ces effets que nous allons essayer de faire connaître dans le présent paragraphe, en y ajoutant toutefois quelques détails sur l'action du chlorure sur les tissus sains, dans le but d'y trouver la consécration des faits qui résultent des expériences faites sur les animaux.

Nous avons déjà insisté ailleurs, dans ce mémoire, sur cette donnée pratique que l'on trouve écrite dans tous les livres à propos du chlorure de zinc, que ce caustique a pour avantage considérable de détruire les tissus comme avec un emporte-pièce, sans fuser au delà des parties qui sont recouvertes par lui. Nous avons même fait remarquer que, dans le rapport LANDOLFI, les savants chirurgiens qui faisaient partie de la commission officielle avaient mis à la charge du chlorure de brome les fusées de cautérisation qu'on observait plus ou moins loin autour de la pâte caustique mise en usage. Or c'est par l'examen de ce point que nous allons commencer le récit de ces observations, en démontrant que le chlorure de zinc est un agent aussi irrégulier dans son action que les autres caustiques, à moins que les couches qu'il doit successivement détruire ne facilitent complétement sa pénétration en profondeur.

OBS. V. — Dans toutes nos opérations par les caustiques dans lesquelles nous voulons agir comme si l'on manœuvrait avec un bistouri, nous commençons la destruction de la peau par l'emploi du caustique de Vienne appliqué pendant vingt minutes entre deux bandelettes de linge recouvert d'onguent de la mère, et nous ne laissons entre ces bandelettes qu'un écartement d'un 1/2 centimètre au plus pour obtenir une incision linéaire des téguments. Puis quand la cautérisation à la potasse est complète, nous incisons l'escarre molle qui en résulte, et nous plaçons dans la rigole ainsi faite une lanière de pâte Canquoin.

Nous avons imité toute cette pratique de M. GIROUARD, et nous avons dit, dans un autre travail, qu'il avait lui-même imité cela de CANQUOIN.

Dans ces conditions, que devraient faire les lanières caustiques de chlorure de zinc, si tant est, comme on l'a écrit si souvent, que ce caustique agisse en détruisant comme un emporte-pièce? Il devrait ne pas augmenter ou augmenter à peine de quelques millimètres l'escarre faite à la peau et détruire uniquement en profondeur.

Eh bien! cet effet n'a jamais lieu si on laisse l'action caustique du sel de zinc s'éteindre complétement. Après douze heures, en effet, on trouve, au contraire, la peau détruite dans une très-grande largeur, et il n'y a en presque pas de pénétration en profondeur. Même dans la plupart de nos amputations des membres par les caustiques, l'escarre avait acquis 3 centim.; 1 centim. résultait de l'action de la potasse, 1 centim. de chaque côté de celle-ci était l'effet de la pâte Canquoin, placée dans la rigole très-étroite dont nous avons parlé plus haut.

OBS. VI. — Dans une autre observation, l'effet était encore plus désastreux; no peu de sang s'était épanché après l'incision de l'escarre faite par le caustique de Vienne; pour arrêter cet épanchement, on avait placé dans la rigole une double lanière au chlorure de zinc; quand la cautérisation fut éteinte, l'escarre mesurait à ce niveau 5 à 6 centim., 4 à 5 centim. étant le résultat de la pénétration du chlorure de zinc dans la peau.

Mais ce n'est pas seulement dans la peau que le chlorure de zinc produit ainsi des fusées extrêmement préjudiciables; c'est encore dans les espaces intermusculaires surtout, et les chirurgiens ont peut-être encore présent à la mémoire le fait si déplorable de la pénétration du caustique dans la poitrine chez une femme opérée par le procédé de M. MAISONNEUVE, mais non par M. MAISONNEUVE lui-même. Toutefois, pour ne citer que les faits qui nous appartiennent, indiquons ce qui s'est passé dans l'observation suivante.

OBS. VII. — C'était dans un cas d'amputation de la cuisse faite à lambeaux et par la cautérisation, au-dessous du grand trochanter; nous avions fait avec le bistouri des trouées dans les muscles de la partie externe et interne de la cuisse, et à travers ces ouvertures, on enfonçait des lanières caustiques de pâte Canquoin.

Or voici ce que démontra l'examen du membre amputé quand l'opération fut terminée. La partie supérieure, au lieu d'être taillée comme avec le bistouri, présentait, au contraire, de nombreuses irrégularités. Au niveau des muscles, la destruction des muscles ayant eu lieu en grande partie par la potasse caustique, la section était assez nette; mais 1° entre la peau et la couche musculaire superficielle, il y avait une profonde excavation produite par les fusées du chlorure de zinc; 2° le couturier était isolé de la couche profonde, et formait une languette charnue, escarrifiée à sa surface jusqu'à une assez grande hauteur; 3° il en était de même dans l'interstice des muscles demi-tendineux et demi-membraneux, etc.; 4° enfin, dans la partie du membre qui avait été détachée, on trouvait des débris de pâte Canquoin très-épaissie qui avait disséqué assez profondément presque tous les espaces intermusculaires.

Expliquons maintenant ce phénomène de la diffusion du chlorure de zinc entre la peau et les aponévroses ou dans les intervalles des muscles, en opposition avec l'action si nette du même caustique, quand il porte sur une plaie, sur un ulcère, sur une surface fongueuse, etc.; et pour faire comprendre cette explication, étudions ce que produit le chlorure de zinc sur les tissus fibreux et sur les muscles.

Bien merveilleuse et bien utile pour les guérisseurs de cancers est l'action du chlorure de zinc sur les tissus fibreux. Voyez ce chirurgien qui opère une tumeur de la mamelle et qui, ayant pris pour son aide une personne de la famille de l'opérée, veut l'initier aux avantages inouïs que présente la cautérisation. La peau est détruite; le tissu cellulaire mortifié s'est laissé déchirer avec la plus grande facilité, et déjà on est arrivé sans écoulement de sang sur les confins de la tumeur. Qu'aperçoit-on alors, non pas quelquefois, mais toujours? Ce

---

physiognomonique de l'amertume, ces deux suppositions sont peu probables.

On trouve plus souvent, avec le trait de l'amertume, des rides perpendiculaires au front. Cet homme est facilement aigri; il sera probablement un mauvais compagnon (fig. 11). Au reste, si les rides horizontales sont généralement l'effet de souffrances ou de colères, il ne faut pas oublier qu'elles peuvent être aussi le signe d'un penseur profond.

Si, avec ce trait se combine une bouche serrée, alors on a affaire à un esprit aigri et entêté ou aigri et réservé.

Voici la manière dont je me suis servi pour étudier les questions de la mimique et de la physiognomonie.

Je serais heureux si je parvenais à fixer l'attention des hommes scientifiques sur un sujet trop longtemps négligé, abandonné aux charlatans, et qui pourtant est d'une importance incontestable.

Ce ne sont pas seulement la physiologie et la psychologie qui sont profondément intéressées dans cette discussion, ce sont encore, et surtout les arts qui en profiteraient.

Un artiste qui veut donner à ses figures l'expression d'une certaine passion n'a pas d'autre ressource que les observations naturellement incomplètes qu'il a pu faire sur les hommes. Il travaille instinctivement ou plutôt empiriquement.

Aujourd'hui, si l'on pouvait réussir à trouver les lois qui régissent les mouvements mimiques de la figure, un artiste pourrait facilement, et avec une exactitude complète, créer les expressions mimiques les plus compliquées, selon les règles données.

Quant à la physiognomonie, je n'ai pas besoin de parler de l'intérêt qu'elle aurait pour tout le monde. Il est vrai qu'une physiognomonique fondée sur la mimique ne pourrait jamais donner des renseignements aussi complets sur le caractère de l'homme, comme Lavater l'a prétendu; mais, néanmoins, il y a une foule d'observations dont un homme intelligent saurait profiter.

J'en donnerai un exemple.

C'est un fait incontestable qu'un chagrin, qu'une colère produisent sur le front des plis horizontaux, qui ne disparaissent pas sitôt que la colère est passée; ils restent encore des heures entières.

Supposons maintenant le cas que l'on tienne beaucoup à trouver une personne de bonne humeur pour lui communiquer on pour solliciter quelque chose. Avant de parler, qu'on observe bien son front. Si l'on y trouve des rides perpendiculaires que l'on n'y avait pas observées avant, ou si ces rides sont plus prononcées que d'habitude, on doit s'abstenir et laisser sa communication pour un autre jour. Cet homme a eu quelque dépit, quelque colère; on trouverait un esprit impatienté, des oreilles sourdes!

Dr TH. PIDERIT.

sont d'immenses digitations qui, les unes, se dirigent vers le creux axillaire, les autres vers la fossette sternale, les autres vers la clavicule ou vers l'épigastre ; et l'opérateur de s'écrier : Ce sont les radiations, ce sont les racines du cancer. Mais ces prétendues racines ne sont en réalité que des trousseaux fibreux de la mamelle doublés ou triplés de volume par la cautérisation et rendus plus faciles à isoler au milieu du tissu cellulaire mortifié ; en outre, ils seront très-difficiles à attaquer par le caustique au chlorure de zinc, et pour les franchir et avancer plus profondément, il n'y a pas d'autres ressources dans les opérations précipitées que de les détruire avec le bistouri.

C'est encore avec le bistouri ou avec la potasse caustique (V. Première partie) qu'il faut détruire les couches musculaires un peu épaisses qui se présentent sous les yeux du chirurgien dans les amputations des membres : le chlorure de zinc les attaque, en effet, avec une telle lenteur qu'il décourage l'opérateur, comme cela a eu lieu dans l'observation qui suit, et que nous empruntons à l'un de nos mémoires sur les amputations par les caustiques.

Obs. VIII.—Dans notre première amputation de ce genre, nous pratiquâmes la cautérisation au tiers supérieur du bras chez un homme dont l'avant-bras avait été lacéré par la roue d'un engrenage de moulin, et qui était affecté déjà d'infection purulente au début, frissons, etc., etc., et peu instruits encore sur l'action du chlorure de zinc sur les muscles, nous avions compté obtenir une désorganisation rapide par la pâte Canquoin.

A la troisième séance, c'est-à-dire le lendemain matin du second jour de l'opération, le caustique ne paraissait pas encore avoir intéressé le muscle biceps. Nous désespérons d'arriver rapidement à cette destruction, et nous employons le caustique Rivaillé ; mais après avoir, à deux reprises, appliqué pendant un quart d'heure, chaque fois, de la charpie imprégnée d'acide nitrique monohydraté, nous revenons au chlorure de zinc.

Quatrième séance le soir ; marche lente.

Cinquième et sixième séance le lendemain ; peu de progrès.

Septième et huitième séance le quatrième jour ; il reste encore une couche musculaire assez épaisse autour de l'humérus : nous terminâmes, de guerre lasse, l'opération avec le bistouri.

Il est vrai que le résultat que nous avions cherché en mettant en usage la cautérisation avait été obtenu ; le malade guérit.

Les opérateurs de cancers par la cautérisation n'ont pas encore, que nous sachions, publié d'observations tendant à éclairer les praticiens sur la possibilité des hémorrhagies après l'emploi du chlorure de zinc, où cependant, à côté des faits brillants de leur pratique dans lesquels on voit des anévrismes guéris par la pâte Canquoin, peut-être auraient-ils trouvé quelques exemples à relater avec terminaison funeste par hémorrhagie artérielle. Nous allons combler cette lacune, non pas en relevant par une sorte d'enquête des faits de morts qu'ils auraient dû rapporter en bonne justice, mais en empruntant nos observations à notre clientèle de ville ou d'hôpital seulement. Cependant, pour ne pas être accusé de partialité vis-à-vis d'un agent caustique très-souvent utile, et au sujet duquel nous n'avons voulu rechercher que la vérité, nous allons faire précéder ces exemples d'hémorrhagie par un fait qui démontre l'avantage qu'on peut retirer du chlorure de zinc pour remédier à certaines lésions artérielles très-graves.

Obs. IX. — Un jeune garçon de 12 ans environ reçut, en jouant avec son frère, la pointe d'un couteau en dedans du tendon d'Achille, derrière la malléole interne : l'instrument produisit une plaie transversale de la peau, et du même coup intéressa directement en face l'ouverture précédente l'artère tibiale postérieure. Un jet de sang rutilant, saccadé, eut lien ; mais heureusement on en vint rapidement maître au moyen d'une compression.

Mais, dans la soirée du jour de l'accident, une hémorrhagie nouvelle s'étant produite, on envoya chercher l'un de nous, et après avoir appliqué sur le point de la blessure des disques très-étroits d'agaric, puis de la ouate, puis une compresse, on assujettit le tout avec un mouchoir plié en cravate, dont le nœud, ramené sur l'artère, fut tordu et retourné à plusieurs reprises pour le rendre plus dur et plus compressif.

Pas d'hémorrhagie jusqu'au septième jour environ.

Mais ce jour-là, l'appareil précédent ayant été enlevé et remplacé par un autre moins serré, une hémorrhagie nouvelle arriva dans la soirée. Appareil nouveau jusqu'au lendemain.

Alors nous eûmes recours à la cautérisation, qui fut faite avec une lanière de zinc appliquée dans l'ouverture même d'où venait le sang. On comprima le tout et on n'y toucha plus jusqu'au douzième jour.

L'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Malheureusement il n'en fut pas ainsi dans les deux observations suivantes :

Obs. X. — Un homme affecté de gangrène traumatique de l'avant-bras et de la main avait été amputé par les caustiques au tiers supérieur de l'avant-bras. On ne fit aucune ligature. (*Premier mémoire sur ces amputations.*)

Cinq jours après, l'opéré était levé et l'escarre commençait à se détacher ; tout à coup du sang inonde rapidement les pièces de l'appareil ; le malade est pris d'une sueur froide. Le sang continuant à couler, un infirmier comprima hardiment le bras, tandis qu'une autre personne faisait demander l'un de nous en toute hâte. A mon arrivée, je comprimai l'artère humérale d'une main, et de l'autre, je détachai avec précaution les pièces d'appareil. Celles-ci étant enlevées, comme rien ne s'écoulait, je lâchai la compression ; rien encore ; mais tout à coup un suintement nouveau apparaît, le sang bouillonne de toutes parts autour de la masse noire que forme l'escarre ; sans nul doute le vaisseau d'où coule le sang est placé au-dessous de celle-ci. Sans attendre alors, j'en saisis les bords avec les ongles ; je l'arrache ; enfin, l'artère humérale apparut dardant le sang avec une extrême vigueur. L'hémorrhagie fut arrêtée avec une ligature en masse.

Cependant le malade guérit.

Obs. XI. — Le nommé Roufort fut amputé par les caustiques au tiers supérieur de l'avant-bras dans la période extrême d'une gangrène traumatique de la main et du poignet, accompagnée de phlegmon diffus et d'infection purulente.

Il n'y eut que quatre séances, et on ne fit aucune ligature de vaisseaux.

Le treizième jour, le malade s'était levé deux heures dans la journée. Vers six heures du soir, soit à la suite d'un mouvement du bras qui dérangea un tourniquet de J.-L. Petit qu'on avait appliqué par précaution, soit sans aucun effort brusque, le malade sent tout à coup la chaleur du sang qui s'écoule ; il appelle ; les deux personnes qui avaient été instruites sur la manœuvre du tourniquet sont malheureusement absentes ; sa femme, qui ne le quittait pas ordinairement, était accouchée la veille et au lit ; cinq minutes se passèrent ; quand on arriva, le malade avait succombé à une hémorrhagie subite, soit de l'humérale au niveau de sa bifurcation, soit de l'une des artères du bras, immédiatement au-dessous. (*Troisième mémoire sur l'amputation par les caustiques.*)

Les faits que nous venons de rapporter ne sont, en réalité, que la démonstration clinique des expériences sur les animaux. Passons maintenant aux observations qui nous permettent d'affirmer que, contrairement aux opinions de M. Girouard, le chlorure de zinc est presque sans action sur les productions morbides squirrheuses, fibro-cartilagineuses, encéphaloïdes, etc.

Obs. XII. — Une femme du Gallardon portait au sein un cancer non ulcéré. Nous attaquâmes la peau par le caustique de Vienne, puis nous appliquâmes la pâte Canquoin.

Au dixième jour, chute de l'escarre et nouvelle application.

Après trois applications successives pendant une journée seulement, la tumeur était détruite et une cicatrisation était établie.

Il y eut récidive sur place, ce qui juge le danger d'une pareille méthode ; mais le fait que nous avons voulu établir, à savoir, la destruction possible des productions morbides par le chlorure de zinc, n'en est pas moins confirmé.

Obs. XIII.— Un homme avait été amputé de la cuisse pour une tumeur fongueuse sanguine du tibia.

Il y eut récidive dans le bout de l'os du moignon.

Cautérisations multipliées, et enfin cicatrisation. Il y eut récidive sur le sternum un an après, et l'opéré mourut.

Obs. XIV. — Chez une femme de Jouy que nous avions opérée par la cautérisation d'une tumeur cancéreuse du sein ; il était évident, après l'opération, que toute la profondeur de la tumeur n'avait pas été attaquée par le caustique, et que celui-ci l'avait laissée en partie intacte.

Cautérisation en nappe ; à la chute de l'escarre, bourgeons charnus de bonne nature ; guérison.

Il y eut récidive dans le foie six mois après, et la malade mourut.

5° EXPÉRIENCES SUR LES TISSUS DU CADAVRE.

Par opposition avec la potasse caustique qui détruit les tissus animaux en les dissolvant en totalité, le chlorure de zinc est seulement un agent de mortification ou de gangrène. Il tue la vitalité du tissu, mais ne le détruit pas. Il semble donc inexact de dire qu'il forme avec eux une véritable combinaison chimique, et tout au plus peut-on penser qu'il existe ici une de ces merveilleuses transformations signalées par M. Dumas, et dans lesquelles un équivalent d'un corps étant remplacé par un équivalent d'un autre corps, la forme de la substance nouvelle est restée la même que celle de la substance primitive.

Il en est en effet ainsi, en apparence au moins, des tissus animaux modifiés par le chlorure de zinc : les muscles sont restés des muscles ; le tissu cellulaire n'a pas subi de modification anatomique appréciable. Même, prétendent les micrographes allemands, les éléments morbides sont restés quelquefois reconnaissables avec leurs caractères histologiques.

Citons-en un seul exemple.

Exp. XXIV. — Nous appliquons sur un morceau de muscle de veau du vo-

lume environ d'une noix quelques grammes de chlorure de zinc pur, et nous attendons vingt-quatre heures pour étudier au microscope les effets obtenus par la cautérisation.

La surface musculaire a blanchi seulement : c'est à peine s'il y a en pénétration du caustique à 1 millimètre au-dessous. Pas de traces de dissolution de la fibre musculaire; elle est au contraire plus dure, plus résistante que dans les parties de la masse restées entièrement intactes.

Nous isolons alors avec des ciseaux une des portions escarrifiées, et nous la préparons pour l'étude microscopique.

Les fibrilles musculaires s'isolent avec la plus grande facilité; à chaque coup d'aiguille, deux ou trois se séparent immédiatement sans apparence de déchirure; on dirait des tiges de bois desséché qu'on aurait réunies en faisceau, et que le moindre mouvement rend libres quand le lien qui les retenait réunis a été enlevé.

Enfin, au microscope, elles se montrent avec tous les caractères physiques qui les font si nettement reconnaissables de tous les autres éléments anatomiques connus.

6° CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE.

1° Le chlorure de zinc est un moyen de cautérisation très-lent relativement à la potasse caustique.

2° Il ne dissout pas les tissus.

3° Au contraire, il les rend plus durs, plus coriaces, et au microscope, on reconnaît toujours très-nettement, quand on n'attend pas la dessiccation, les éléments anatomiques dont ils sont normalement composés.

4° La couche cautérisée empêche la pénétration facile du caustique nouveau, quand on veut agir à une grande profondeur; alors il faut, ou dissoudre avec la potasse l'escarre qu'il a déjà produite, ou inciser cette escarre avec le histouri, ou attendre sa chute ce qui a lieu après six à huit jours.

5° Le chlorure de zinc est un caustique qui ne fuse pas dans les cas suivants seulement : 1° quand il est appliqué sur des tissus mous et fongueux, sur une plaie, etc. ; 2° quand les couches successives des tissus qu'il doit atteindre sont toutes dans les mêmes conditions de pénétration rapide.

6° Mais si, au-dessous du tissu facile à détruire par la cautérisation, le chlorure de zinc rencontre une lame aponévrotique, du tissu musculaire, etc., il pénètre à peine ces derniers et fuse dans le tissu sur lequel il a été appliqué au point de doubler, de tripler même l'étendue de l'escarre qu'il aurait produite sans cette condition; on ne peut écrire en conséquence, comme on l'a fait tant de fois, que le chlorure de zinc se recommande spécialement parce qu'il détruit les tissus comme avec un emporte-pièce.

7° Le chlorure de zinc détruit plus aisément le tissu cellulaire que la peau, la peau que les tissus fibreux ou musculaires, etc.

8° Contrairement à l'assertion de M. GIROUARD, on doit dire que le chlorure de zinc attaque les tissus morbides, tels que le tissu cancéreux, avec la même facilité qu'il pénètre les tissus fongueux.

9° Si la masse morbide est enveloppée d'une trame fibreuse, le caustique de zinc peut isoler cette masse, mais ceci n'implique pas la rapidité de la pénétration dans le tissu morbide dépouillé de son enveloppe.

10° Le chlorure de zinc coagule le sang dans les vaisseaux même volumineux; il n'empêche pas pour cela les hémorrhagies de se produire à la suite de son emploi quand les artères sont d'un moyen calibre.

11° Les escarres faites au chlorure de zinc se dissolvent avec la potasse, et souvent on peut utiliser cette propriété pour activer la terminaison des opérations par les caustiques.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Les livraisons de janvier, février et mars 1858 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De l'expression de la physionomie des fous*; par M. Conolly. 2° *Notes recueillies à la consultation des malades externes de l'hôpital Saint-Barthélémy*; par M. James Faget. 3° *De la luxation du cristallin*; par M. White Cooper. 4° *Cas remarquable de maladies du ventre*; par M. Hare. 5° *De la section sous-cutanée du tendon d'Achille*; par M. Coote. 6° *Trois cas de convulsions puerpérales*; par M. Dale. 7° *Traitement des hémorrhoïdes internes et du prolapsus anal par l'acide nitrique*; par M. Smith. 8° *Deux cas de carie de l'astragale*; par M. Price. 9° *De l'extirpation sans douleur des tumeurs cancéreuses*; par M. Arnott. 10° *Blessure de la tibiale postérieure*; par M. Wordworth. 11° *Expériences et observations touchant les mouvements et les bruits du cœur*; par M. Halford. 12° *Guérison d'un tétanos traumatique*; par M. Dakers. 13° *Esquisse médicale sur l'Égypte*; par M. Roberto. 14° *Traitement des hernies par le procédé de Wutzer*; par M. Cumming. 15° *Expériences sur la nature et le traitement des déplacements utérins*; par M. Savage. 16° *Influence du drainage et de l'eau sur la santé publique*; par M. Jouls Snow. 17° *Du traitement spécifique de la consomption*; par M. Payne Coton. 18° *Examen anatomo-pathologique d'un œil cancéreux*: par M. Wharthon Jones. 19° *Extraction d'un fragment de bougie en gutta-percha*; par M. Coote. 20° *Deux cas d'anévrismes poplités, guéris par la compression*; par M. Crocker. 21° *Aphorismes et observations sur certaines maladies des organes de la vue*; par M. Whilde. 22° *Action du suc pancréatique sur la graisse*; par M. Leared. 23° *De certains vices de conformation*; par M. Garner. 24° *Deux cas d'empoisonnement par le céleri sauvage*; par M. Grahause. 25° *Blessure de l'œil par un coup de fusil*; par M. White Cooper. 26° *De la mortalité à Londres pendant l'été de 1857*; par M. Fox. 27° *D'une forme particulière de déchirure du périnée pendant le travail*; par M. Priestley. 28° *Cas de manie aiguë avec ramollissement du cerveau*; par M. Robinson. 29° *Propriétés toxiques et médicinales du nitrate d'oxyde de glycyle*; par M. Field. 30° *Empoisonnement par l'opium*; par M. Mushett. 31° *Traitement chirurgical du glaucôme*; par M. Hulke. 32° *Déchirure du diaphragme*; par M. Jackson. 33° *Mouvements et bruits du cœur*; par M. Halford.

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES INTERNES ET DU PROLAPSUS ANAL PAR L'ACIDE NITRIQUE; par M. SMITH.

Après avoir dit que la ligature appliquée à ces affections est une opération compliquée et dangereuse, comme le prouvent trois cas de mort récente, M. Smith regrette l'aversion des chirurgiens pour l'acide nitrique, qui est, suivant lui, d'un emploi sûr et facile; il le choisit très-fort, et en badigeonne la muqueuse où les hémorrhoïdes herniées, à deux ou trois reprises différentes; puis il opère la réduction. Dans les trois observations qu'il relate, seize à dix-huit jours suffirent pour la guérison; il n'y eut pas d'autres accidents que de la douleur et une irritation assez vive qui durèrent peu. Quelques malades seulement, après cette application, furent obligés de garder le lit pendant quelques heures.

Une contre-indication de cette méthode, c'est une vascularisation trop grande de la muqueuse ou des paquets hémorrhoïdaux, ou bien une sensibilité trop vive de la part du malade. Lorsque ces complications n'existent pas, l'acide nitrique rend d'éminents services. Il réussit fort bien chez deux personnes âgées qui étaient obligées de porter depuis plusieurs années des pessaires dans le rectum.

DEUX CAS D'ANÉVRISMES POPLITÉS GUÉRIS PAR LA COMPRESSION; par M. CROCKER.

OBS. I. — Un militaire âgé de 30 ans, avait dans le creux poplité une tumeur anévrismale de 4 pouces de diamètre.

Le 11 avril, la compression fut commencée avec l'instrument de Carte, au-dessous du ligament de Poupart; on avait préalablement passé le nitrate d'argent sur la peau pour la rendre moins sensible.

Tout d'abord la douleur fut si vive que le malade ne put supporter la compression plus de trois heures, mais bientôt il s'y habitua.

Le 15, une légère vésication se produisit.

Le 24, la tumeur diminua.

On fut néanmoins obligé de changer la pelote de place toutes les heures jusqu'au 4 mai.

La peau s'étant enflammée, on ne put reprendre la compression que le 14 du même mois après la chute d'une escarre.

Enfin le 16 juin, toute pulsation avait disparu, et l'opéré put rejoindre en bonne santé son régiment à Gibraltar.

OBS. II. — Le 16 juin, on constata chez un homme de 29 ans, d'une mauvaise constitution, un anévrisme poplité. On fit la compression dans le triangle de Scarpa. Un aide maintenait la pelote en place et variait sa position, de telle sorte que le cours du sang fut seulement diminué.

Le 13 août, la tumeur était plus petite et moins dure. La peau étant altérée on cessa la compression pendant quelques jours; elle fut reprise pendant soixante-deux jours, après ce temps le sac fut oblitéré et le malade put marcher.

DE L'ACTION DU SUC PANCRÉATIQUE SUR LA GRAISSE;
par M. LEARED.

Il y a quelques années, l'auteur ayant trouvé, dans les matières des vomissements, certains corps microscopiques, affirma que c'étaient des corps gras modifiés par le suc pancréatique, qu'une obstruction duodénale avait fait refluer dans l'estomac.

M. Bernard avait observé des cristaux particuliers dans le suc pancréatique; il pensa, en 1848, qu'ils étaient formés par la stéarine ou la margarine. En 1856, des recherches de MM. Robin et Verdeil lui firent émettre l'opinion qu'ils étaient constitués sans doute par des stéarate et margarate de chaux.

M. Leared croit que les corps dont il a déjà parlé n'ont aucune relation avec ceux décrits par MM. Bernard, Robin et Verdeil.

Voici de quelle façon il les obtient :

Il prend un pancréas humain aussi vite que possible après la mort; il le coupe en morceaux, le pile dans un mortier de verre avec de l'eau distillée, à 98° Fahrenheit; puis il passe à travers un linge. Deux drachmes de la liqueur sont placés avec quelques grains de graisse de mouton très-divisée, et maintenus à une douce température. A la partie supérieure du liquide viennent surnager les corps en question.

Ils dérivent d'une décomposition produite sur la graisse par le suc pancréatique. En voici les preuves :

On n'en trouve point de semblables dans le suc pancréatique, sans addition de graisse; ils sont complétement solubles dans l'éther bouillant.

Ainsi, M. Leared pense donc avoir découvert des corps nouveaux; ils sont, suivant lui, une preuve que le suc pancréatique agit sur les matières grasses, non-seulement en déterminant leur émulsion, mais encore en les décomposant, comme le prouve la réaction acide que prend bientôt la liqueur, qui était neutre auparavant.

La démonstration de ce fait appartient à M. Bernard.

DES PROPRIÉTÉS TOXIQUES ET MÉDICALES DU NITRATE D'OXYDE DE GLYCYLE;
par M. FIELD.

Le 3 février 1858, M. Field, d'après le conseil d'un homœopathe, mit sur sa langue deux gouttes d'une solution à la première dilution, dans le but d'en expérimenter les effets. Au bout de trois minutes, il éprouva un sentiment de constriction à la base du cou, puis de violents tintements d'oreille; son front se couvrit de sueur; il fut pris de fréquents bâillements, et il perdit connaissance pendant plusieurs minutes; sa tête se renversa, sa mâchoire inférieure s'abaissa; il devint d'une extrême pâleur, et pendant deux minutes, son pouls fut insensible.

Le médecin cause de cette mésaventure, s'apercevant, au bout de quelques instants, que la chose prenait une tournure sérieuse, conçut de vives alarmes et crut avoir commis un meurtre.

Sous l'influence de quelques stimulants, l'intelligence revint; un mal de tête persista pendant une demi-heure, avec des étreintes épigastriques et une faiblesse générale.

Au bout de ce temps, tout avait disparu.

Mais, dit M. Field, les deux gouttes constituaient un poison énergique, à dose non homœopathique.

Cette substance active était du nitrate d'oxyde de glycyle, fabriqué en mêlant de l'acide sulfurique ou nitrique à de la glycérine, qu'on maintient à une basse température.

Une goutte mêlée à 99 gouttes d'alcool rectifié constitue la première dilution.

Je pensais, dit l'auteur, avoir expérimenté sur moi-même un puissant sédatif du système nerveux; le disciple d'Hahnemann, au contraire, se réjouit fort d'avoir découvert un remède énergique contre l'apoplexie, se fondant sur ce principe : *similia similibus curantur*; et je lui suis très-reconnaissant de ne pas m'en avoir administré une seconde dose pour dissiper les effets de la première.

L'auteur, avant d'employer cette substance chez l'homme, voulut expérimenter sur les animaux; mais le seul résultat qu'il obtint fut la mort des pigeons et des souris. Il se décida donc à l'essayer avec beaucoup de prudence dans l'espèce humaine.

Il relate quatre observations.

Le sujet de la première était une dame de 68 ans, qui souffrait depuis longtemps d'une névralgie revenant toutes les trois heures, et qui avait résisté à la gomme ammoniaque fétide, à l'assa fœtida, au chloroforme, à la valériane, au camphre, à l'acide prussique, etc., etc. La morphine seule produisait quelques instants passagers de soulagement.

Le 5 février, on lui fit prendre, toutes les quatre heures, un quart de goutte de la dilution noire. Il y eut tout d'abord un soulagement marqué; mais quelques accidents semblables à ceux éprouvés par M. Field étant survenus, la malade suspendit la médication.

L'intensité de ses souffrances la lui fit bientôt reprendre, et elle fut complétement guérie.

Les deuxième et troisième observations ont trait à des névralgies dentaires avec carie; un quart de goutte suffit pour enlever des douleurs atroces.

Dans la quatrième, c'est une personne de 45 ans, souffrant d'un violent mal de tête qui avait résisté à des applications de sangsues; un quart de goutte le fit disparaître; du fer et des toniques assurèrent la guérison. C'était une dame anémique.

M. Field présente ce médicament comme d'une grande efficacité dans les affections névralgiques et spasmodiques; il appartient à des expériences ultérieures de juger définitivement de la valeur de ce moyen nouveau.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

—M. DUMÉRIL communique une note sur la vipère fer de lance de la Martinique à l'occasion de la récente publication de M. Rufz.

DE LA RÉGÉNÉRATION DES OS APRÈS L'ÉVIDEMENT; par M. C. SÉDILLOT.

J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie (séance du 1er mars et du 12 avril 1858) l'histoire de dix malades opérés par la méthode de l'évidement.

Sur ce nombre sept ont guéri et trois ont succombé. Parmi les premiers nous avons montré cette année à la clinique la jeune Klaulf dont les lésions, d'une grande gravité, avaient nécessité l'évidement du tiers inférieur et des condyles du fémur, et que M. le docteur Wieger, professeur agrégé de la Faculté et médecin de l'hospice des Orphelins, nous avait ramenée marchant librement et parfaitement rétablie.

M. le baron Tavernier, docteur à Schelestadt, nous a écrit que le jeune homme qu'il nous avait confié, se livrait sans peine aux plus rudes travaux, et nous avons eu occasion de revoir la plupart des autres malades, dont plusieurs ont été présentés à la séance publique de la Société médicale de Strasbourg; l'un d'eux (observation III, COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, page 438, année 1858) avait fait à pied un trajet de cinq à six lieues.

Nous pouvons ajouter que M. le docteur Marmy, médecin principal à Lyon, m'a fait connaître un nouveau succès d'évidement pratiqué sur un de ses malades, atteint d'un tubercule enkysté des condyles du tibia, et M. le docteur Ebrmann, médecin-major de première classe à Constantine, a été aussi heureux dans une application de l'évidement à une carie tibiale.

Quant aux trois malades dont nous eûmes à regretter la mort, nous ne saurions en accuser la nouvelle méthode.

Le premier (observation IV, séquestre et ostéite du fémur datant de dix-neuf ans) se levait et se promenait depuis un mois à l'aide de béquilles lorsqu'il fut frappé d'érysipèle gangréneux, d'un caractère épidémique, auquel il succomba six semaines plus tard, après avoir perdu la peau du scrotum et une partie des téguments de la cuisse saine.

Le second malade (observation VI, résection du coude avec évidement) mourut quelques mois après des suites d'une ostéite avec nécrose de la tête de l'humérus, abcès de l'articulation scapulo-humérale et épanchement pleurétique : accidents dépendants du traumatisme primitif, et de la constitution, mais en aucune façon de l'évidement.

Le troisième malade (observation V, résection de la tête du fémur et évidement du tiers supérieur de la diaphyse), opéré le 17 mars 1858, s'éteignit en janvier 1859, après avoir donné de grandes espérances de guérison. La plaie extérieure était fermée, à l'exception de quelques trajets fistuleux entretenus par une carie du bassin, et un abcès intra-pelvien fit périr ce malheureux qui était d'un tempérament lymphatique et depuis longtemps considérablement affaibli.

La régénération osseuse avait eu lieu régulièrement pendant les dix mois écoulés depuis l'opération, et l'évidement était manifestement resté étranger aux accidents. L'examen du malade, fait avec le plus grand soin par M. le docteur Morel, professeur agrégé de la Faculté, chargé du service des autopsies, et par nous, a fourni la rare occasion de comparer les effets de la régénération des os à la suite des opérations si différentes de l'ablation sous-périostale et de l'évidement.

Là où la tête du fémur et le grand trochanter avaient été réséqués, en con-

servant la capsule articulaire et le périoste d'enveloppe, aucun travail de reproduction osseuse ne paraissait avoir eu lieu. On remarquait seulement une masse compacte et arrondie à laquelle adhéraient : 1° un petit fragment du grand trochanter donnant encore attache à l'obturateur externe; 2° des insertions musculaires en voie de dégénérescence graisseuse.

L'extrémité du fémur offrait au contraire la preuve d'une régénération très-active, mais très-différente selon qu'on l'étudiait à l'extérieur ou à l'intérieur de l'os.

A l'extérieur et particulièrement en arrière du tiers supérieur de la diaphyse, le périoste était considérablement épaissi, et ses couches profondes étaient ramollies, presque gélatiniformes, et en rapport avec une lamelle osseuse d'un à deux millimètres d'épaisseur dont la surface, légèrement mamelonnée, se prolongeait supérieurement en courtes saillies stalactiformes fort irrégulières.

A l'intérieur, le fémur, fendu par une coupe longitudinale, ne présentait pas de traces de la cavité de l'évidement. La portion excavée de l'os était remplie, de dehors en dedans, par une couche osseuse de nouvelle formation, de 9 millimètres maximum d'épaisseur, aussi régulière du côté du périoste que du côté de la moelle, puis par un dépôt gélatiniforme sillonné de nombreux capillaires et parsemé d'une foule de noyaux osseux séparés les uns des autres et variant entre le volume d'un grain de millet et celui d'un petit pois.

L'inspection microscopique confirma les travaux de M. le docteur Morel sur le développement des os (PRÉCIS D'HISTOLOGIE HUMAINE), et fit voir les métamorphoses de la cellule fibro-plastique ou plasmatique en cellule osseuse, sans intervention d'une membrane médullaire ou d'un fibro-cartilage transitoire dont l'existence n'est nullement prouvée.

Ces faits très-remarquables, déjà compris dans la théorie générale du célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie, n'avaient pas été aussi nettement observés sur l'homme, et ils confirment hautement les avantages de l'évidement; la régularité et l'activité de la régénération osseuse paraîtraient en outre démontrer la supériorité de cette méthode sur les excisions ou ablations osseuses sous-périostales, dont on s'est beaucoup plus occupé jusqu'ici, qu'on ne les a réellement pratiquées d'une manière authentique et sérieuse.

Les expériences sur les animaux, quels qu'en soient le mérite et l'intérêt, n'ont qu'une valeur restreinte relativement à la pathologie humaine, et la clinique seule permet de juger en dernier ressort les questions chirurgicales.

Nous voudrions cependant perfectionner encore notre procédé opératoire. La plaie extérieure communiquant avec la coque osseuse laisse après la guérison une cicatrice généralement étendue et adhérente à l'os excavé; peut-être serait-il possible de réunir, par première intention, les extrémités de l'incision des parties molles, en conservant une ouverture centrale pour les injections curatives, l'écoulement des liquides et la sortie ou l'extraction des parcelles osseuses nécrosées. La plaie et la cicatrice seraient ainsi réduites à de moindres dimensions et les membres largement évidés resteraient plus réguliers.

NOTE SUR DES GLOBULES DU SANG COLORÉS CHEZ PLUSIEURS ANIMAUX INVERTÉBRÉS ; par M. CH. ROUGET.

(Commissaires : MM. Milne-Edwards, de Quatrefages.)

C'est une opinion généralement admise aujourd'hui que le sang des invertébrés ne renferme que des globules incolores, analogues aux *globules blancs* du sang des vertébrés; et l'on a considéré l'absence de corpuscules sanguins colorés comme pouvant servir à établir une nouvelle distinction fondamentale entre les deux grandes divisions des animaux. Quelques rares exceptions à la loi générale qui paraît régir la composition du sang des animaux inférieurs, ont été écartées, comme ne se rapportant pas au sang proprement dit : elles se rencontrent presque toutes dans la classe des annélides.

Cette note a pour objet de faire connaître que, chez plusieurs espèces de *tuniciers* et de *radiaires* le liquide nourricier, mû par l'impulsion du cœur, et seul analogue au sang, offre une coloration due, non pas au sérum, mais à des corpuscules cellulaires, et que ceux-ci possèdent, dans certains cas, outre la teinte, les caractères histologiques essentiels des globules rouges du sang des vertébrés.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

DU RÔLE DE L'ALCOOL DANS L'ORGANISME; mémoire de MM. DUROY, L. LALLEMAND et M. PERRIN.

(Commissaires, MM. Flourens, Pelouze, Rayer, Cl. Bernard).

D'après les idées communément admises, l'alcool introduit par l'absorption digestif dans le torrent circulatoire est rapidement détruit sous l'action comburante de l'oxygène amené par la respiration. Cette oxydation de l'alcool dans le sang peut donner, comme résultat immédiat, de l'acide carbonique et de l'eau, ou, comme il est généralement admis, elle fait passer l'alcool par une série de transformations représentant des dérivés de ce corps de plus en plus oxygénés : aldéhyde, acide acétique, acide oxalique, et aboutissant à l'acide carbonique, dernier terme de la série. Comme les matières amylacées sucrées et grasses que la digestion introduit dans l'économie subissent une destruction analogue, les boissons spiritueuses, eau-de-vie, vin, bière, cidre, etc., se trouvent ainsi rangées au nombre des aliments respiratoires.

» Cette théorie, appuyée sur des expériences qui paraissent irréprochables, explique, d'une manière satisfaisante pour l'esprit, pourquoi on n'a pas rencontré d'alcool dans le sang, pourquoi on n'en a rencontré que des traces insignifiantes; elle explique aussi pourquoi on n'en a pas trouvé dans l'urine.

» Les résultats des recherches qui font l'objet du Mémoire que nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie sont pour la plupart en désaccord à peu près complet avec cette théorie, puisqu'elles nous conduisent, d'une part, à constater que l'alcool n'est pas détruit dans le sang, car on le trouve dans tous les liquides et dans tous les tissus, et on n'y trouve pas les produits de sa combustion; d'autre part, à prouver qu'il sort de l'économie par diverses voies d'élimination, par les poumons, la peau et surtout par les reins. »

Ces recherches, trop étendues pour être reproduites en totalité, ne se prêtant guère à une analyse, nous nous bornerons à indiquer les principales conclusions auxquelles arrivent les auteurs et qu'ils formulent dans les termes suivants :

« 1°. L'alcool n'est pas un aliment : il n'agit que comme modificateur du système nerveux;

» 2°. L'alcool n'est ni détruit, ni transformé dans l'organisme;

» 3°. L'alcool se concentre surtout dans le foie et dans le cerveau;

» 4°. Ces faits éclairent la pathogénie de certaines altérations organiques et fonctionnelles du foie, du cerveau et des reins. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Trois rapports de M. le docteur Bordes sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1858 dans l'arrondissement de Beauvais.

2° Un rapport de M. le docteur Ragaine sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement de Mortagne pendant les années 1857 et 1858. (Commission des épidémies.)

— M. le ministre de l'intérieur adresse plusieurs exemplaires de la STATISTIQUE MÉDICALE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES DE 1850 A 1855; par M. le docteur Parchappe, inspecteur général.

— La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Regnauld, Briquet, Jules Bouis et Langlois, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

2° Une observation relative à une désarticulation de la cuisse, pratiquée avec succès par M. le docteur Jean Masmata, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Cagliari. (Commissaire, M. Malgaigne.)

3° Une note sur la curabilité et le traitement de la phthisie pulmonaire; par M. le docteur Renault (de Rennes). (Commissaire, M. Piorry.)

4° Un travail de M. le docteur Demeaux (de Puy-l'Évêque) sur l'emploi des émanations de coal-tar comme moyen hygiénique et prophylactique. (Commission du coal-tar.)

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de M. Aubergier père (de Clermont-Ferrand), membre correspondant.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Ferrus, retenu chez lui par une indisposition, en réponse à la lettre de M. Noyer, ancien maire de Vichy, qui contestait la fréquence des fièvres intermittentes sur les bords du Sichon et de l'Allier. M. Ferrus persiste dans son opinion et s'étonne que M. Noyer, au lieu de se laisser guider dans sa réponse par des considérations peut-être trop administratives, et de s'abandonner à des récriminations poussées jusqu'à l'offense, n'ait point accueilli avec plus de déférence les réclamations que les hommes appelés à s'occuper des applications générales de la science sont en droit de formuler.

La parole est à M. DURAND-FARDEL, qui donne lecture d'une lettre que la commission municipale de la ville de Vichy adresse à l'Académie, relativement à la question des eaux potables de cette ville. La commission, reconnaissant qu'elle ne saurait, sans sortir de son rôle et de sa propre compétence, s'engager dans une étude chimique ou médicale, se borne à faire les déclarations suivantes :

Les fontaines publiques de Vichy sont alimentées par les eaux de sources appartenant à l'État et à la commune, et provenant de côteaux situés au sud-est de Vichy. C'est de ces eaux que les habitants de Vichy ont toujours fait un usage à peu près exclusif, car M. le docteur Rotureau a été mal informé lorsqu'il a avancé qu'on buvait généralement de l'eau de l'Allier. Il faut ajou-

ter à cela les puits qu'un grand nombre d'habitants ont pu creuser dans leurs propriétés, puits fournissant pour la plupart des eaux très-potables, mais quelques-uns des eaux très-inférieures en qualité.

Quant aux études en cours d'exécution dans le but de doter la ville de Vichy d'eaux empruntées à l'Allier ou au Sichon, elles ont pour objet non de remplacer une eau moins bonne par une eau meilleure, mais d'accroître la quantité d'eau nécessaire aux services publics.

Or depuis des siècles aucun indice n'a permis de supposer que la santé soit des habitants de Vichy, soit des étrangers qui s'y rendent chaque année, ait souffert en aucune façon des eaux douces dont il est fait usage.

M. Durand-Fardel communique ensuite le résultat de l'analyse chimique de l'eau douce de Vichy qu'il a faite avec le concours de M. J. Lefort; il résulte, dit-il, de cette analyse que l'eau douce de Vichy peut être considérée comme très-potable, et que le sel minéral prédominant est le bicarbonate de chaux.

M. Devergie fait observer que l'analyse de MM. Durand-Fardel et Lefort n'a porté que sur les eaux des fontaines publiques; or ces fontaines sont situées dans le vieux Vichy, à un quart d'heure de distance des hôtels les plus importants, et de l'établissement qui s'alimentait de leurs puits, fournissant presque tous des eaux crues.

Après quelques observations présentées par MM. Chevallier, Depaul et Chatin, les communications qui précèdent sont renvoyées à la commission des eaux minérales.

LECTURES.

M. Becquerel donne lecture d'un mémoire intitulé : Du traitement des névralgies par les courants électriques a forte tension.

Après un court historique de la méthode et de ses perfectionnements successifs, M. Becquerel indique les données empruntées à MM. Nobili, Matteucci, Becquerel, etc., qui l'ont conduit à l'emploi de la méthode à laquelle il donne le nom de méthode *hyposthénisante*. Il énumère ensuite les conditions qui doivent être réalisées pour réussir dans le traitement électrique des névralgies : il faut se servir d'appareils très-énergiques.

On emploie simplement des rhéophores munis d'éponges mouillées à leurs extrémités. Il y a deux manières de faire : ou bien l'on place l'une des éponges à l'extrémité du nerf le plus rapproché du centre, et l'autre à l'extrémité périphérique; ou bien on place la première éponge comme dans le cas précédent, et l'on promène successivement la seconde sur les divers points du nerf malade pendant toute la durée de la séance.

Les éponges doivent être maintenues fortement appuyées; on doit éviter de les soulever pendant l'opération, si ce n'est lorsqu'on opère en promenant successivement la deuxième éponge sur les divers points du nerf.

Il faut employer généralement le courant direct.

« Lorsqu'une névralgie est continue, il faut deux séances par jour. Si la névralgie reparaît plus tôt, on avance la deuxième séance. Dans les névralgies à périodicité irrégulière, il faut attendre l'apparition de la névralgie et appliquer l'électricité ou la renouveler lorsque l'accès paraît. La séance ne doit jamais dépasser cinq à six minutes.

» Le nombre des séances ne peut être fixée; cependant, sauf quelques exceptions, on peut dire en général qu'il est de cinq à seize, ce qui porte la durée du traitement à huit jours au plus. »

Après avoir cité un grand nombre d'observations de névralgies sciatiques ou trifaciales guéries par cette méthode, M. Becquerel indique les phénomènes dont son application est accompagnée.

« Lorsqu'on fait passer le courant dans le nerf malade, voici, dit-il, ce que l'on observe :

« Dès le premier instant, la douleur est excessivement vive, et elle s'accompagne d'un tremblement fibrillaire des muscles placés entre les deux pôles. Cette douleur vive est remplacée par une sensation d'engourdissement qui augmente peu à peu, finit par devenir complet et profond, et persiste jusqu'à la fin de l'application. Quelquefois cette sensation d'engourdissement est interrompue par le retour de quelques-unes des sensations douloureuses qui s'étaient produites à l'instant de leur application, mais ce retour n'a pas d'importance, et quand on vient à cesser l'application des courants, ce que l'on fait au bout de cinq à six minutes, toute douleur a disparu complétement.

» Quelquefois, chez les femmes, il succède à l'application un état nerveux qui dure un temps plus moins long, mais qui cesse toujours assez vite sans laisser aucune trace dans l'organisme. »

M. Becquerel n'a jamais vu l'application des courants électriques énergiques produire le moindre accident, et à part l'état d'émotion dans lequel l'instant de l'application jette la plupart des malades, il n'en reste habituellement aucune suite. Cependant l'auteur croit qu'il faut bien y réfléchir avant d'employer cette médication contre les névralgies de la tête. Quelquefois les courants énergiques appliqués sur le crâne retentissent vigoureusement sur le cerveau et déterminent des céphalées violentes. Dans tous les autres nerfs jamais les courants d'induction, quelque énergiques qu'ils soient, n'ont produit le moindre accident.

Le travail de M. Becquerel est renvoyé à une commission composée de MM. Bouvier, Trousseau, Blache.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1859; par M. Le Gendre, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie expérimentale.

1° NOTE SUR LES EFFETS DE LA NICOTINE SUR LA GRENOUILLE; par M. Vulpian.

Dans les notes que j'ai publiées sur l'action des poisons, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de parler de l'effet de la nicotine; mais je n'ai jamais indiqué d'une façon complète ce que j'avais observé sur les phénomènes produits par ce poison, lequel a d'ailleurs déjà été étudié par un certain nombre de physiologistes. Je ne parlerai dans cette note que de l'action de la nicotine sur les grenouilles.

§ I.—Lorsqu'on introduit une goutte de nicotine pure, récente, on conservée à l'abri de la lumière dans des tubes fermés à la lampe, sous la peau d'une grenouille intacte (1), on observe des effets pouvant un peu varier suivant l'état de la grenouille et suivant la quantité du poison qui n'est pas toujours absolument ou relativement la même. Dans tous les cas cependant, comme l'a indiqué depuis longtemps M. Cl. Bernard, l'animal, au bout de quelques instants (moins d'une minute), est pris de tremblements convulsifs qui agitent tous les muscles du corps, principalement ceux de la région hyoïdienne, ceux des bras et du tronc : les muscles des membres postérieurs, surtout ceux des cuisses, présentent aussi des tremblements des faisceaux musculaires, mais ces tremblements y sont moins intenses. La respiration s'arrête sous l'influence de cet état convulsif : les membres antérieurs quittent quelquefois le sol et sont ainsi soulevés dans un état de demi-flexion; on peut les pincer sans que l'animal les retire. Au contraire les paupières se soulèvent encore lorsqu'on touche les globes oculaires. Dans certains cas, dès le début des accidents, l'animal entr'ouvre la bouche, et l'on peut voir des frémissements fibrillaires irréguliers dans la langue qui s'injecte notablement.

Telle est la première période qui dure plus ou moins longtemps, environ deux à trois minutes, et rarement davantage. Les frémissements musculaires deviennent de moins en moins forts, de plus en plus limités, disséminés, puis disparaissent. A cette période succède un calme complet. Si la dose de nicotine a été assez forte, si elle a été bien absorbée, la contractilité musculaire s'est déjà considérablement affaiblie au bout de dix minutes; elle peut être abolie dans presque tous les points du corps au bout d'une demi-heure : le cœur lui-même ne tarde pas à s'arrêter, et son irritabilité disparaît bientôt.

Ces résultats de la nicotine à haute dose ont été découverts et publiés par M. Cl. Bernard. Mais ce sont là des résultats que l'on n'observe que rarement, même lorsque l'on a introduit une quantité considérable de nicotine sous la peau. Le plus souvent alors, et constamment lorsqu'on n'a instillé qu'une ou deux gouttelettes de nicotine, bien que le tableau général des phénomènes de l'empoisonnement soit à peu près le même, quelques effets varient notablement. Ainsi, pendant la période des tremblements et frémissements musculaires, la motilité des membres antérieurs n'est pas abolie, et l'animal les retire lorsqu'on les pince ou qu'on les irrite d'une autre façon. A cette première période succède encore ici une période de calme complet. Dans les premiers temps de cette seconde période, la sensibilité paraît ou normale ou un peu émoussée; mais un peu plus tard, après cinq, dix minutes, la sensibilité, ou, peut-être simplement la faculté excito-motrice, s'exalte, et il suffit de toucher un des membres antérieurs de la grenouille avec les doigts pour qu'il y ait un mouvement de détente dans les membres postérieurs. La propriété des parties antérieures de la moelle, en vertu de laquelle les grenouilles, placées sur le dos, se retournent aussitôt pour reprendre leur position normale, subsiste aussi et se manifeste avec une force en rapport avec la conservation de l'irritabilité musculaire et de la nutricité nerveuse. Ces phénomènes s'affaiblissent d'ailleurs de plus en plus, à mesure que l'empoisonnement devient plus complet; l'animal offre une résolution complète de tous les membres et est dans un état tout à fait comparable à celui que détermine le curare. Si l'on met alors à nu les nerfs sciatiques ou les nerfs brachiaux, on voit qu'ils ont perdu en apparence toute motricité; les muscles, au contraire, ont conservé leur irritabilité. J'ai mis des grenouilles ainsi empoisonnées dans un lieu frais, et dès le lendemain, elles avaient, en général, repris toutes leurs fonctions.

Quand on a préparé une grenouille de façon à empêcher la circulation dans les membres postérieurs, si l'on place une ou deux gouttelettes de nicotine sous la peau d'un des membres antérieurs, les premiers phénomènes sont les mêmes que chez les grenouilles intactes : quoiques les membres postérieurs ne communiquent plus avec le tronc qu'au moyen de leurs nerfs; cependant ils sont le siége de tremblements musculaires. Lorsque la période

(1) Il faut introduire le poison sous la peau de l'avant-bras ou de la jambe, et non pas à la région dorsale où l'on pourrait obtenir des effets dus au passage direct de la nicotine au travers des tissus jusqu'au cœur.

d'exaltation de l'action réflexe est survenue, la moindre excitation du train antérieur ou de la tête détermine de violents mouvements des membres postérieurs; il suffit même de souffler sur la tête pour provoquer ces mouvements: l'animal, mis sur le dos, se retourne avec vivacité. Ces phénomènes se manifestent longtemps encore après que toute la partie antérieure a perdu ses mouvements réflexes. La sensibilité de la partie empoisonnée subsiste même alors que la pince galvanique, appliquée sur les nerfs brachiaux, n'amène plus aucune contraction des muscles.

En résumé, nous voyons que la nicotine produit tout d'abord un état convulsif tout spécial, caractérisé par des contractions irrégulières, disséminées, de tout le système musculaire. Laissons de côté les cas rares dans lesquels, après ces convulsions, la contractilité disparaît très-rapidement non-seulement dans les muscles des membres, de la tête et du tronc, mais encore dans le cœur. Après la période convulsive, on observe une période de calme pendant laquelle la liberté des mouvements revient plus ou moins, mais ne se manifeste généralement pas sans excitation extérieure; toutefois, on peut voir se produire deux ou trois mouvements respiratoires de l'appareil hyoïdien. Puis, sur place, l'animal s'affaiblit de plus en plus, la sensibilité paraissant conservée et même exaltée jusqu'à la fin, les paupières se relèvent; il y a enfin une paralysie complète dans la résolution. L'empoisonnement est arrivé à ce degré au bout d'une heure, en général.

§ II. — Cherchons maintenant à interpréter physiologiquement les phénomènes de cet empoisonnement.

Le premier effet, c'est-à-dire les tremblements convulsifs, résulte bien évidemment de l'action de la nicotine sur la moelle épinière. On ne l'observe pas lorsqu'on fait absorber de la nicotine à une grenouille déjà empoisonnée par le curare; il en est de même pour les membres postérieurs ou l'un d'eux, si l'on a coupé les nerfs lombaires des deux côtés ou d'un seul côté; enfin, cet effet se manifeste dans ces mêmes membres lorsqu'ils ne communiquent plus avec le tronc que par l'intermédiaire de leurs nerfs.

Ainsi donc, la nicotine agit primitivement sur le système nerveux central, et y produit une excitation qui est la cause de l'état convulsif du début.

Cette excitation ne dure que quelques moments, le tremblement convulsif cesse: il est probable que la moelle s'est accoutumée au contact du sang empoisonné.

Pendant la première période, j'ai constaté le phénomène, bien étudié par M. Cl. Bernard, de l'arrêt de la circulation dans les petits vaisseaux. C'est surtout à la langue qu'il faut l'observer. Dans la langue, on distingue parfaitement les parois des vaisseaux capillaires. Or je n'ai pas vu ces vaisseaux capillaires se contracter sous l'influence de la nicotine. La circulation s'y arrête, mais il me semble que cet arrêt est le résultat de plusieurs causes combinées, des contractions musculaires qui peuvent plus ou moins gêner la circulation locale, et peut-être aussi des modifications légères, mais réelles, déterminée par la préparation nécessaire pour bien voir au microscope la circulation. Certains vaisseaux capillaires se vident, il est vrai; mais cela tient à ce qu'ils ne reçoivent plus de sang, et non pas à ce qu'ils se contractent, car on voit parfaitement leur cavité qui conserve la même largeur que lorsqu'elle contenait du sang. S'il y avait un changement dans le calibre des vaisseaux, ce serait même une dilatation plutôt qu'une contraction. En effet, nous avons signalé précédemment l'injection vive des parois buccales et de la langue. Sur cette dernière, toutes les papilles apparaissent comme autant de points rouges. Mais ce qui arrive là, dans ces parties, pourrait bien leur être particulier. Il y a probablement une excitation très-vive de ces membranes muqueuses produite par le sang modifié par la nicotine, excitation qui détermine, par action réflexe, la dilatation des vaisseaux. Je dois ajouter que j'ai fait aussi l'examen de la circulation dans les membranes interdigitales, et que tout ce que je viens de dire de la langue, sauf ce qui a trait aux phénomènes de congestion, leur est entièrement applicable.

Lorsque l'agitation convulsive des muscles a cessé, il y a, comme je l'ai dit, une période de repos très-souvent complet. L'animal est dans son attitude normale; on le dirait prêt à s'élancer pour fuir, mais il demeure immobile, même alors qu'on approche la main rapidement comme pour le prendre. C'est que la nicotine a agi non-seulement sur la moelle, mais encore sur la moelle allongée et l'encéphale entier. C'est là ce qui explique aussi l'arrêt presque absolu de la respiration. Il n'y a plus d'actes volontaires et les perceptions sont abolies; mais certains actes réflexes s'exécutent encore, et le moindre contact d'une partie quelconque du corps détermine un mouvement de l'animal, souvent un saut assez énergique. Il se produit même une exaltation très-marquée des propriétés excito-motrices de la moelle épinière. Cette exaltation est-elle due à l'action de la nicotine sur la moelle? On peut en douter, et se demander si la vraie cause n'est pas dans le repos absolu de l'animal qui produit, dans d'autre cas, comme on le sait, cette exagération des propriétés excito-motrices.

Durant cette période de repos la motricité nerveuse diminue peu à peu, pendant que l'irritabilité musculaire persiste. Il m'a semblé toutefois que l'irritabilité musculaire ne demeure pas complétement normale et qu'elle est un peu affaiblie; mais faute d'instruments convenables, je n'ai pu arriver à un résultat précis. Plusieurs fois même il m'est arrivé de ne pas obtenir de signes d'irritabilité à l'aide de la pince de Pulvermacher aux premiers contacts, puis un instant après de les voir se manifester de la façon la plus nette. C'est surtout à la région hyoïdienne que j'ai observé ces variations d'effets dues peut être d'ailleurs à l'imperfection de l'instrument, et c'est là ce qui m'avait conduit à publier dans une autre note que l'irritabilité musculaire disparaît dans les muscles hyoïdiens, sous l'influence de la nicotine, avant qu'elle soit abolie dans les autres parties du corps. C'est une erreur que je suis heureux de rectifier moi-même.

La grenouille empoisonnée finit par présenter une paralysie complète avec résolution. Les nerfs qui ont conservé pendant très-longtemps des restes de motricité, ne peuvent plus provoquer de mouvements sous l'influence des excitations mécaniques ou galvaniques; et cette impuissance de la motricité se montre aussi bien dans les nerfs séparés de la moelle avant l'empoisonnement que dans ceux qui sont intacts. Il y a à ce moment une analogie complète entre une grenouille empoisonnée par la nicotine et une grenouille qui aurait été empoisonnée par le curare. Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a conservation de l'irritabilité musculaire et abolition de la motricité nerveuse; il y a plus: sous l'influence de la nicotine comme sous l'influence du curare, pendant que la motricité nerveuse disparaît, la sensibilité demeure plus ou moins intacte, comme on le prouve facilement en interceptant totalement la circulation dans le train postérieur, avant d'empoisonner l'animal. Cependant il faut bien se garder de conclure de là à une identité d'action toxique. Cette abolition de la motricité avec conservation de la sensibilité et de l'irritabilité musculaire est un effet ultime commun à plusieurs poisons. Mais les phénomènes progressifs de l'intoxication, lorsque les doses de la substance toxique n'ont pas été assez fortes pour supprimer ces phénomènes et amener presque immédiatement les derniers résultats, sont très-différents; et ce sont eux surtout qui doivent servir à caractériser l'action spéciale de chacun de ces poisons.

Lorsque l'empoisonnement par la nicotine est arrivé à sa dernière période, si l'on place la grenouille empoisonnée dans un lieu frais et un peu humide, on la trouve le lendemain, en général, et quelquefois seulement le surlendemain, complétement revenue à son état normal. Ce fait a déjà été indiqué très-nettement par M. Cl. Bernard. Or cette rapidité de disparition des phénomènes d'intoxication serait un caractère, s'il n'y en avait bien d'autres, qui pourrait servir à distinguer les effets de la nicotine de ceux du curare. Le *curarisme* profond ne se dissipe pas aussi vite. Les phénomènes de retour doivent être pris en grande considération lorsqu'on compare un agent toxique à un autre. Il n'y a rien d'aussi frappant, par exemple, que d'observer concurremment une grenouille qui sort de la léthargie produite par le curare et une grenouille qui sort de la léthargie que produit à une certaine dose la strychnine, comme l'ont montré MM. Martin-Magron et Buisson. Quel contraste!

Si les grenouilles peuvent ainsi se réveiller après une léthargie plus ou moins longue déterminée par ces substances diverses, c'est que le cœur continue à battre pendant tout le temps de la léthargie.

Dans les premiers moments de l'empoisonnement, comme je l'ai vu en mettant le cœur à nu, il n'y a aucun trouble de ses mouvements. Quelques minutes après, les battements deviennent plus forts, ce qui répond au même phénomène observé déjà depuis longtemps par M. Cl. Bernard chez les mammifères. Plus tard, ils se rapprochent du type normal.

La conclusion générale de ces recherches, c'est que, chez les grenouilles, la nicotine, comme la strychnine et le curare, agit sur les centres nerveux tout d'abord, que c'est là son effet le plus saillant au début de l'empoisonnement, et qu'elle agit ensuite progressivement, mais lentement, sur les nerfs dont elle rend la motricité impuissante. Est-ce par une modification même des nerfs, est-ce par une modification peu appréciable des muscles qu'elle produit ce dernier résultat? C'est ce que nous ne pouvons pas décider.

Nous n'avons point parlé des mammifères; ce que nous avons observé sur eux a déjà été vu, bien étudié et publié par M. Cl. Beroard.

2° Sur la section des nerfs pneumogastriques chez les reptiles; par M. A. Moreau.

J'ai pratiqué la section des nerfs pneumogastriques sur la tortue terrestre, et j'ai constaté que le nombre des pulsations du cœur n'était pas augmenté après cette section.

Ce résultat est semblable à celui que j'avais obtenu en pratiquant la section de ces nerfs sur la grenouille.

On sait que sur le chien la section des nerfs pneumogastriques est immédiatement suivie de l'accélération des battements du cœur. Le nombre des pulsations est à peu près doublé.

Voici comment je pratique l'opération:

A l'aide de deux traits de scie, j'enlève sur le plastron une partie de l'écaille en forme de V. Le sommet du V doit arriver au niveau du cœur. Le cœur recouvert encore du péricarde est alors sous l'œil de l'observateur. Je mets à nu les deux nerfs pneumogastriques sur les côtés du cou, au niveau de l'angle de la mâchoire. Je passe un fil dessous. Et tout étant prêt, je compte les pulsations; puis je coupe les deux nerfs, et je compte de nouveau les pulsations aussitôt après cette section, et plusieurs fois de demi-heure en demi-heure.

II. — Anatomie pathologique.

1° Atrophie de deux testicules, probablement congéniale; examen microscopique; par MM. Le Gendre et Bastien, prosecteurs des hôpitaux.

Sur un homme âgé d'environ 50 ans, assez fortement constitué, le volume du scrotum était remarquablement petit; il était lisse, ne présentant aucune ride, nullement flasque, le raphé était peu apparent; la verge avait

des dimensions normales; les testicules paraissaient très-petits à travers les enveloppes du scrotum, et leur migration semblait avoir été incomplète, car ils étaient situés très-haut près de la racine de la verge.

Une dissection minutieuse de toutes les parties nous a montré que la glande testiculaire était véritablement atrophiée. Ayant ouvert la tunique vaginale, le testicule situé dans sa position normale, c'est-à-dire l'épidydime tourné en arrière, paraissait avoir à peine le volume d'un haricot; l'épidydime était presque aussi gros que lui; la surface était lisse, il n'y avait aucune lésion apparente du côté de la tunique vaginale.

En incisant la tunique albuginée, on a pu constater l'altération profonde de la substance glandulaire. Le parenchyme du testicule présentait dans son intérieur des plaques jaunâtres et rouges disséminées, on avait peine à reconnaître à l'œil nu les tubes séminifères.

En plaçant sous le microscope quelques fragments de cette substance, on a pu distinguer quelques fragments de ces tubes altérés, remplis de granulations graisseuses, dont l'épithélium ne se distinguait plus, recouverts de nombreux vaisseaux capillaires et entourés de gouttelettes graisseuses abondantes. Dans toutes les préparations on ne pouvait trouver que des fragments isolés de ces tubes irréguliers dont la plus grande partie avait disparu.

Du côté des éléments du cordon, le canal déférent n'offrait rien de particulier à noter; l'artère testiculaire qui avait été injectée était très-petite, elle était entourée par un plexus veineux très-abondant, qui avait aussi été injecté. Ce plexus pampiniforme offrait cela de remarquable qu'il était formé par un grand nombre de petites veines anastomosées entre elles, flexueuses, et qui, malgré l'injection qui les avait cependant distendues, ne présentaient pas un calibre plus considérable que celui d'une grosse épingle. Tous ces éléments réunis donnaient au cordon un volume assez considérable, et traversaient le canal inguinal, qui ne présentait pas de traces de hernie.

Dans l'abdomen, en suivant le canal déférent jusqu'aux vésicules séminales, on constatait que celles-ci présentaient un volume bien moindre que celui qu'elles présentent ordinairement: elles étaient allongées, aplaties, et après leur dissection elles n'offraient qu'une seule circonvolution ou un seul lobe. Le liquide qu'elles renfermaient était jaunâtre et ne contenait que des cellules d'épithélium nucléaire dont un grand nombre étaient infiltrées de granulations; on voyait en outre beaucoup de ces corps transparents et à contours sinueux auxquels M. Robin a donné le nom de sympexions. Il n'y avait pas traces d'animalcules spermatiques.

La prostate était plutôt petite pour un homme de cet âge.

Toutes les lésions que nous venons de décrire étaient au même degré des deux côtés, ainsi que la disposition des vaisseaux.

Quelle a pu être la cause de cette altération si profonde des deux glandes séminales? Nous n'avons trouvé aucune trace de traumatisme, soit dans la région des bourses, soit du côté du testicule.

Il n'y a pas de hernie qui ait pu comprimer la glande, mais surtout la symétrie parfaite de la lésion dans les deux testicules rend difficile l'hypothèse d'une cause locale. D'autre part, le peu de développement du scrotum, des vaisseaux et de la glande elle-même prouvent que cette affection remonte à un temps très-éloigné, peut-être à la première enfance. Nous pensons même que cette affection peut être congénitale, car quoique les testicules soient descendus dans le scrotum, leur situation près de la racine de la verge semble indiquer que leur migration ne paraît pas tout à fait complète.

BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE LA PEAU, PROFESSÉES A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS PAR M. HARDY EN 1858-1859; recueillies par MM. MOYSANT et GARNIER, interne du service. — Paris, 1859. Chez Delahaye.

Depuis quelques années, la plupart de nos médecins et chirurgiens des hôpitaux semblent avoir presque exclusivement adopté, pour propager leurs idées, la forme de *leçons*, forme qui permet au professeur un peu de laisser aller et un certain désordre impossibles dans un traité dogmatique. C'est ainsi qu'ont paru dans ces derniers temps les travaux de MM. Aran, Bouvier, Bazin, Ricord, etc. C'est également sous cette forme que nous sont parvenues les idées de Dupuytren, de Lisfranc, et les premiers enseignements cliniques de M. Velpeau.

Loin de nous la pensée de nous plaindre de cette mode; elle a l'avantage de permettre à de jeunes médecins, internes ou docteurs, de courir en toute sécurité les risques de la publicité, sous le patronage d'une réputation toute faite. Tels furent les débuts de Bichat, et certes ce n'est pas un des moindres services rendus par lui à la science que de nous avoir transmis les idées de Desault.

Aussi devons-nous tout d'abord féliciter nos anciens collègues, MM. Moysant et Garnier, d'avoir eu l'idée de réunir les leçons de notre maître M. Hardy; nous devons, en outre, reconnaître qu'ils se sont acquittés de cette tâche aussi parfaitement que possible. Il est vrai que cette tâche était facile. M. Hardy est, parmi les médecins dévoués à l'enseignement libre, un de ceux dont la parole est la plus nette, la démonstration la plus convaincante; il faut l'avoir entendu au lit du malade pour se figurer combien l'enseignement des détails en apparence les plus compliqués peut devenir simple avec une bonne méthode.

Cette netteté, cette précision qui caractérisent l'enseignement clinique de M. Hardy se retrouvent, du reste, dans les leçons qu'il vient de publier; il serait difficile d'y signaler deux lignes qu'on puisse effacer sans inconvénient.

Un autre caractère de ce même enseignement, c'est d'être essentiellement pratique; peu importent au professeur les différents noms qu'a pu recevoir une maladie cutanée, peu importent encore les différentes formes anatomiques qu'elle peut revêtir; mais ce qu'il considère comme essentiel, c'est de déterminer d'une manière précise l'espèce à laquelle elle appartient. Tel est le but de la classification des maladies de la peau en dix classes, qui, en réalité, se réduisent à sept en en déduisant, d'une part, les fièvres éruptives et les éruptions symptomatiques dont l'étude appartient plus spécialement à la pathologie interne, et d'autre part le groupe des maladies exotiques qu'il a préféré laisser entièrement de côté.

Ces sept classes forment elles-mêmes deux catégories bien distinctes :

I. Les affections diathésiques : dartres, scrofulides, syphilides, cancer cutané;

II. Les affections non diathésiques ou accidentelles.

1° Les affections diathésiques forment un groupe parfaitement tranché ayant ce grand caractère commun de reconnaître pour cause une disposition toute particulière de l'économie, disposition dont la maladie cutanée n'est qu'une manifestation extérieure. On doit savoir gré à M. Hardy d'avoir soigneusement insisté sur cette considération fondamentale d'une diathèse essentiellement liée à la maladie de la peau. Or de l'existence de cette diathèse résulte une considération capitale pour le traitement; en effet, il ne suffit pas de guérir la maladie locale, il faut encore combattre la disposition générale de l'économie, c'est-à-dire la diathèse dartreuse, scrofuleuse, syphilitique ou cancéreuse.

Laissant de côté l'étude du cancer cutané qui rentre dans le cadre de la pathologie externe, l'auteur consacre la première partie de ces leçons à l'étude des manifestations cutanées des trois autres diathèses: dartres, scrofulides et syphilides.

C'est surtout pour ressusciter et reconstituer le groupe suranné des *affections dartreuses* et pour faire admettre l'existence d'un *vice dartreux*, que M. Hardy multiplie les résultats de son observation et les efforts de sa dialectique. La diathèse dartreuse nous semble, en effet, difficilement contestable, malgré l'autorité des autres médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. Gibert, Cazenave et Devergie, qui la rejettent absolument. La classe des affections dartreuses comprend l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le psoriasis et le pityriasis. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'étude détaillée de chacune de ces affections; nous nous contenterons de citer ce qui lui appartient en propre.

C'est d'abord, pour la partie pathologique, la réunion de l'impétigo à l'eczéma, comme ne constituant qu'une seule et même affection; c'est encore la parenté de l'eczéma et du pityriasis, et la tendance à rayer cette dernière affection du cadre nosologique.

La partie thérapeutique nous offre comme spécial à l'auteur : 1° le traitement de l'eczéma par les émollients locaux et les purgatifs; 2° le traitement du psoriasis par le baume de copahu; il n'est pour ainsi dire pas de jour où l'on ne puisse vérifier à l'hôpital les bons effets de ces deux traitements.

2° Le groupe des *scrofulides* établi par M. Hardy a été généralement admis sans contestation : coloration particulière, gonflement et parfois déformation de la partie malade, existence de cicatrices: tels sont les trois caractères fondamentaux des manifestations cutanées de la diathèse scrofuleuse. Leur traitement comprend tout naturellement deux ordres de moyens : les uns internes antidiathésiques, les autres externes substitutifs, agissant par irritation locale et ayant pour effet de transformer une plaie chronique en une plaie simple ayant une grande tendance à la guérison. Parmi les agents propres à remplir ce but, c'est au biiodure de mercure que M. Hardy donne la préférence.

3° Le groupe des *syphilides* est décrit par l'auteur avec une grande clarté; après avoir exposé d'une manière nette et précise leurs caractères généraux, il les divise en neuf espèces correspondant chacune à une des lésions élémentaires de la peau : exanthèmes, vésicules, pustules, papules, bulles, squames, végétations, tubercules, et enfin la syphilide maculeuse ou pigmentaire, sur laquelle il a le premier appelé l'attention.

II. — La seconde partie de l'ouvrage que nous analysons est consacrée à l'étude des macules et difformités de la peau, des maladies cutanées accidentelles, des affections parasitaires.

Dans le groupe des maladies accidentelles, nous trouvons : 1° une étude bien faite de l'érithème, de l'urticaire, de l'ecthyma et du zona; 2° la description d'une affection que l'auteur a le premier signalée, le *strophulus prurigineux*, lequel pourrait être confondu avec la gale par un œil peu exercé, mais en diffère essentiellement par son siége à la face et l'absence des sillons caractéristiques de l'acarus; 3° le rejet de l'existence du prurigo comme maladie idiopathique; dans l'immense majorité des cas, il annonce une affection parasitaire, soit la gale, soit la phthiriase; d'autres fois, il est lié au strophulus ou dépend d'une névrose de la peau; 4° enfin, la considération de l'acné comme une maladie purement locale, et son traitement par les irritants locaux, principalement par les iodures de mercure.

Nous arrivons à une des parties les plus intéressantes du livre : ce sont les chapitres consacrés aux affections parasitaires. On sait que l'on doit à l'auteur, ainsi qu'à M. Bazin, la démonstration de l'identité de nature de l'*herpès circinné*, de l'*herpès tonsurant* et du *syrosis*, trois affections produites par le même cryptogame, le *trichophyton*. Cette identité d'origine, niée par les trois autres médecins de Saint-Louis, est parfaitement démontrée par M. Hardy, dans son livre. En 1858, elle avait déjà fait le sujet d'une note destinée par lui à défendre, devant l'Académie de médecine, l'existence de la grande classe des affections parasitaires.

Cette classe comprend :

1° Les trois affections que nous venons de citer réunies sous le nom de *trichophytie*;

2° Le *favus* produit par l'*achorion Schœnleinii*;

3° La *pelade* ou *porrigo decalvans* due au *microsporon Audouini*;

4° Les *crasses parasitaires* et le *pityriasis versicolor* (*microsporon furfur*).

Viennent enfin les maladies dues aux parasites animaux, c'est-à-dire l'affection pédiculaire et la gale, dont M. Hardy a rendu le diagnostic des plus précis, par la recherche des sillons de la verge et de l'eczéma du mamelon, et dont il a réduit à une heure et demie la durée du traitement qui nécessitait, avant lui, le séjour du malade à l'hôpital pendant plusieurs jours.

En terminant cette analyse de l'ouvrage d'un maître pour lequel nous proclamons hautement notre sympathie, nous nous permettrons de signaler une lacune relative à la partie thérapeutique ; nous voulons parler des applications de la glycérine au traitement des maladies de la peau ; on sait, en effet, que, depuis l'heureuse application faite de ce liquide au traitement des plaies, par M. Demarquay, ce chirurgien et d'autres praticiens en ont retiré de bons effets dans quelques affections cutanées. « La glycérine, dit M. Demarquay, dans » la monographie qu'il lui a consacrée dans ce journal même (1), applique sur les surfaces cutanées malades, peut changer leur vitalité, comme dans l'eczéma, remédier à l'état de tension douloureuse » du derme, si pénible dans l'érysipèle, à l'état de sécheresse de l'épiderme dans le pityriasis, l'ichthyose; s'opposer à l'épaississement » et au fendillement des tissus dans le lichen, le psoriasis inveterata; » calmer les démangeaisons, quelquefois atroces, des affections prurigineuses; empêcher la formation des croûtes; agir favorablement » sur les ulcérations du pemphigus et du rupia; diminuer l'abondance des suintements, et faire disparaître leur mauvaise odeur. »

Il est vrai que M. Hardy ne s'est pas non plus cru obligé de mentionner les essais infructueux qu'il a pu tenter de médicaments plus ou moins préconisés dans ces dernières années; ainsi, par exemple, nous avons assisté, dans son service, à des essais nombreux de l'*hydrocotyle*, dont on a voulu faire un spécifique contre les affections dartreuses. Ces essais n'ont donné aucun résultat satisfaisant. M. Hardy a voulu avant tout faire un ouvrage pratique; il n'a donc cité que les traitements qui ont réussi entre ses mains; son livre contient en quelques pages le résumé d'une pratique déjà longue; sous sa forme concise, c'est actuellement le traité des maladies de la peau que les praticiens consulteront avec le plus de fruit, ceux du moins qui ont pour préoccupation constante le vieil adage *ante omnia cura*.

(1) Voir la Gazette Médicale des 18, 25 juin et 2 juillet 1859.

E. Salva.

VARIÉTÉS.

— L'Association des médecins et des pharmaciens du département de la Somme a arrêté la déclaration suivante dans sa dernière assemblée générale :

« Considérant que toutes les choses propres à la vie ordinaire sont depuis longtemps augmentées de prix, tandis que les honoraires des médecins sont restés les mêmes.

» Attendu, d'un autre côté, que, dans la fixation des honoraires, le nombre des visites faites n'est pas un élément suffisant; qu'il faut, en outre, tenir compte de la gravité de la maladie, de l'importance de l'opération, des dangers courus par le médecin, et d'autres circonstances encore, telles que la position sociale et la fortune des malades, etc.;

1° A l'avenir, les médecins ont droit à une rémunération plus élevée;

2° Cette rémunération ne sera pas établie d'après le nombre de visites faites, mais eu égard aux considérations indiquées ci-dessus. »

— La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine de Paris, et la distribution des prix de l'École pratique et des prix Corvisard et Montyon, auront lieu dans le grand amphithéâtre de ladite Faculté, sous la présidence de M. le doyen, le mardi 15 novembre, à une heure précise.

M. le professeur Wurtz a été désigné pour prononcer le discours d'usage, dont le sujet est l'éloge de Soubeiran.

— Un concours pour trois places d'agrégés stagiaires (section de médecine proprement dite et de médecine légale) doit s'ouvrir devant la Faculté de médecine de Montpellier, le 1er décembre prochain. Les candidats inscrits sont : MM. Barbaste, Batigne, Batlle, Berlin, Blanc, Castan, Dumas, Espagne, Ronzier-Joly, Vignal.

— Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la même Faculté (section de chirurgie et d'accouchements) y sera ouvert le 1er février 1860.

— Le concours pour le prix de l'internat a commencé vendredi dernier 4 novembre. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1° Internes de 3e et de 4e année : « Région sus-hyoïdienne; grenouillette. » — 2° Internes de 1re et de 2e année : « Glotte, œdème de la glotte. »

— Le concours ouvert le 24 octobre pour l'admission des élèves internes dans les hôpitaux civils de Lyon, s'est terminé par la nomination de MM. Dubuisson de Cristot, Ollier, Gaillard, Hénon, Charvet, Corporandy, Morian, Chambard, Burlet, Civet, Talichet, Binet.

Le jury était composé de MM. les docteurs Desgranges, Rollet, Berne, Arthand, Vernay et Fresse.

— Le concours pour les places d'internes vacantes dans les hôpitaux de Bruxelles vient d'être terminé devant la Faculté de médecine de l'Université de cette ville.

Ont été nommés : MM. Moreau, élève externe à l'hôpital Saint-Jean; Aurélien, Thihaut et Jottrand, élèves externes à l'hôpital Saint-Pierre.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, le registre des inscriptions du quatrième trimestre 1859 restera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, jusqu'au 21 de ce mois.

Les étudiants qui n'obtiendraient leur titre de bachelier ès lettres que le lendemain 22, dernier jour de la session, pourront, sur une demande spéciale qui sera transmise à Son Excellence par l'intermédiaire de M. le vice-recteur, être admis à prendre leur première inscription après la clôture du registre.

— La Société anatomique a repris le cours de ses séances vendredi dernier, 4 novembre.

— La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam a mis au concours, dans sa séance générale du 7 septembre 1859, la question suivante :

« Dissertation physio-pathologique et thérapeutique du scoliosis. »

La Société désire surtout des recherches détaillées sur l'action des muscles qui peuvent déterminer le scoliosis, comme de ceux qui, opposés aux premiers, peuvent corriger la direction de la colonne vertébrale. Ensuite, elle veut être fixée sur les divers mouvements, actifs et passifs, nécessaires à faire agir les muscles dans le mode indiqué en dernier lieu, et sur la manière dont l'action de ces muscles peut être excitée par l'électricité.

Prix : une médaille d'or de la valeur de 30 ducats (environ 360 fr.).

Les mémoires (écrits en hollandais, français, allemand ou latin), devront être adressés *franco*, avant le 1er mai 1861, à M. le docteur J. W. R. Tilanus, secrétaire général de la Société, à Amsterdam.

— Un congrès médical vient d'avoir lieu à Milan, où les médecins piémontais et les médecins lombards ont fait un premier acte d'alliance et de fraternité.

— L'organisation du service sanitaire de l'armée anglaise se poursuit avec activité. On vient de s'occuper de celle de son administration supérieure. Il a été établi près du directeur général un conseil, composé de trois membres, choisis par le secrétaire d'État pour la guerre parmi les médecins militaires les plus distingués. Les attributions de ce conseil se divisent en trois branches : l'hygiène, la statistique et le service médical proprement dit. M. le docteur Logan, inspecteur général, est à la tête de la division d'hygiène; la direction de celle de statistique est confiée au docteur Balfour, vice-inspecteur général, si connu par sa coopération aux Tableaux statistiques des maladies et de la mortalité des militaires dans les possessions anglaises; enfin, le service médico-chirurgical proprement dit est dirigé par le docteur Mapleton, vice-inspecteur général. (Archives belges de médecine militaire.)

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté de médecine a fait hier sa rentrée solennelle; tendant une main bienveillante aux jeunes générations qui viennent renouveler ses rangs, de l'autre elle a jeté les fleurs accoutumées sur les places nouvellement ouvertes dans son sein par la mort.

C'était un honnête homme, un simple et modeste savant dont notre jeunesse a eu hier à entendre le panégyrique, le professeur Souheiran. Singulière circonstance et propice aux douloureux retours; ce sage, dont l'éloge a été offert en exemple à ces jeunes oreilles, c'était sa propre voix que la Faculté avait désignée premièrement pour retracer à la nouvelle promotion médicale les devoirs de la profession esquissés dans la vie d'un maître. La mort en a décidé autrement et fait choix de la vie même de l'orateur désigné, comme du meilleur modèle.

Ce n'était pas une existence éclatante et propre à défrayer fièrement les aspirations de quelque orateur bruyant que celle de l'honorable professeur de pharmacie. C'était une vie bien remplie, accomplie presque tout entière dans l'enceinte d'un laboratoire, ayant à peine heurté aux portes des Académies, et cependant laissant au pourtour de sa tombe une somme vraiment considérable de découvertes représentant chacune un pas fait par la science.

L'éloge qu'a fait entendre un de ses anciens collègues, le plus en état assurément de l'apprécier, M. Wurtz, nous montre dans Souheiran un de ces assidus pionniers, un des éléments actifs de ce faisceau d'hommes distingués qui, depuis Lavoisier jusqu'à nos contemporains les Dumas, les Gerhardt, etc., ont si vaillamment creusé le sillon de la chimie moderne. Fourcroy, Vauquelin, Berthollet et tant d'autres depuis, sont tous, comme Souheiran, nés scientifiquement dans le laboratoire d'une pharmacie. Et si l'on considère ce que doit à la chimie la médecine de nos jours, ou du moins la physiologie, il n'est pas un de nous qui ne doive parler avec respect d'une semblable pépinière de savants. Ce qu'il y a de moins incertain dans notre bagage, n'est-ce pas ce que la chimie organique, guidant les pas de la physiologie, est venue nous apprendre et nous apprend tous les jours?

Ce n'est pas pourtant dans cette ligne élevée de la chimie physiologique ou médicale que se sont essayées les forces et l'intelligence pénétrante de Souheiran. Il n'a point prétendu, et à ce caractère on peut reconnaître la véritable modestie, il n'a point prétendu sortir du domaine même de la pharmacie, quoique ses connaissances étendues et sa grande rectitude d'esprit eussent pu mieux qu'à personne lui permettre des recherches d'ordre supérieur, si toutefois la vérité n'est pas toujours et partout de cet ordre supérieur! Mais dans ce champ des recherches pharmacologiques, que de bons et précieux travaux! C'est d'abord une étude sur les tartrates doubles, famille si importante de la matière médicale dont il rectifie la méthode de préparation et fixe la constitution atomique avec plus de précision que ne l'avait su faire Gay-Lussac lui-même. Puis viennent ses recherches sur les chlorures d'oxydes, puis une découverte aussi importante en industrie qu'au point de vue médical, un secret arraché aux Anglais, la préparation du calomel à la vapeur; en tout, dit-on, cent dix mémoires, tous sérieux, tous positifs.

Nous passerons sur d'autres détails pour rappeler promptement un des principaux titres de Soubeiran à la reconnaissance de l'humanité, la découverte du chloroforme. Cette découverte, qui devait être d'une gravité si immense, qui sera, par ses effets inattendus, un des plus durables titres de gloire de ce siècle merveilleux, nul ne pouvait en prévoir, à sa naissance, la remarquable portée. Nous appellerons à cet égard l'attention de nos lecteurs sur les réflexions dictées à M. le professeur Wurtz par l'appréciation des découvertes minimes en apparence. Il n'est point de découverte minime, dit avec raison notre savant confrère, dès que cette découverte est bien une découverte, l'expression d'un fait vrai. Tôt ou tard, au moment le plus imprévu, ce fait, cette idée, ce rapport, en apparence inutiles ou insignifiants, passent, par leur connexion avec un ordre de phénomènes nouveaux, au rang de première importance. Il est sous-entendu, cependant, que les sujets auxquels se rapportent semblables travaux, semblables recherches, soient eux-mêmes d'un ordre utile et intéressant de près ou de loin l'humanité. Car malgré notre respect pour tout ce qui est science, il est certainement des degrés à établir entre ses diverses branches, et nous ne saurions considérer avec la même estime l'effort qui classe une nouvelle espèce de sauterelle et celui qui nous fait connaître les fonctions du foie ou le sens musculaire.

Mais ne décourageons aucune vocation. Dans le champ dur et rebelle cultivé par le savant, il y a trop peu de fruits qui mûrissent pour lui-même; répétons donc avec le sobre et judicieux panégyriste de Soubeiran, qu'il n'est pas de vérité vaine et futile à constater.

La fin du discours de M. Wurtz est tout entière consacrée à l'appréciation de son modèle, non plus comme savant, mais au point de vue de sa mission comme professeur. Cette partie de l'éloge de notre regretté confrère est en même temps l'entière et éloquente démonstration de la convenance, de la nécessité même du maintien, dans le cadre de l'enseignement de la Faculté, d'une chaire destinée à enseigner au futur médecin les éléments de l'art qui réalise ses prescriptions. Si toute chose ne pouvait par quelque côté prêter matière à la critique, nous ne nous expliquerions pas que cette opportunité ait pu être mise en question. Le MONITEUR nous a appris hier que les discussions auxquelles il paraît que ce point d'administration a donné lieu, ont reçu une solution conforme aux véritables intérêts de l'art et de la pratique. Tout praticien sait assez, par sa propre expérience, ce qu'a de dommageable pour sa considération non moins que pour l'intérêt du malade, l'absence de certaines connaissances spéciales en matière de pharmacologie.

C'est sous ce nouveau titre que désormais figurera à la Faculté la chaire que vient de laisser vacante M. Soubeiran. Il y sera joint une partie du programme de la chaire de thérapeutique et de matière médicale; la commission consultée par le ministre ayant pensé que l'enseignement de la pharmacologie proprement dite n'offrait pas matière suffisante à un semestre de leçons. Cette annexion n'a rien que de sensé: il importait en effet de dégager, s'il était possible, le cours de thérapeutique proprement dit, un peu encombré dans sa marche par la matière médicale.

FEUILLETON.

ÉLOGE DE SOUBEIRAN (1).

Messieurs,

Dans la séance où la Faculté inaugure chaque année le retour de ses travaux, en même temps qu'elle distribue des couronnes aux élèves en qui elle fonde son espérance, elle tient à honorer la mémoire des maîtres qu'elle a perdus. Des pensées de deuil viennent donc se mêler à cette fête de la jeunesse, et le souvenir de ceux qui ne sont plus ajoute à la solennité de cette réunion. La mort frappe notre compagnie à coups redoublés. Dans l'espace de quelques jours, elle nous a ravi Soubeiran et Bérard. Tous deux ont succombé avant le terme extrême que la nature marque à notre activité, et non sans avoir payé un long tribut aux souffrances et à l'infirmité humaine. L'un s'est incliné lentement vers la tombe, l'autre a contemplé la mort face à face et dans la plénitude de ses facultés. Si prévues qu'elles soient, de telles pertes sont toujours prématurées, et notre Ecole ne peut que les ressentir avec douleur. Une seule pensée diminue ses regrets: elle ne perd pas entièrement ceux qui meurent; car elle conserve leurs noms, recueille le fruit de leurs travaux et s'enveloppe de leur gloire.

M. Soubeiran, dont je vais prononcer l'éloge, a pleinement acquitté la dette que chacun de nous doit au corps tout entier. Par ses découvertes, par sa vie, par son caractère, il a également honoré l'Ecole de pharmacie, la Faculté de médecine et la profession dont il était l'ornement. Une intelligence sûre et nette, au service d'une volonté ferme et d'un cœur d'élite, tel était l'homme dont j'ai à vous tracer le portrait. Puissé-je ne point rester trop au-dessous de ma tâche. Je n'ai pas cherché et je redoutais l'honneur de parler devant vous: je ne l'ai point décliné pourtant. C'est un devoir que chacun de nous doit remplir. S'il eût vécu, M. Soubeiran lui-même n'y eût point failli. Au mois de septembre 1858, déjà gravement atteint par la maladie, mais encore plein d'espoir, il rassemblait les matériaux du discours qu'il devait prononcer en cette enceinte. D'une main encore assurée, il avait écrit les mots suivants: « Devant cette assemblée illustre, la mort se pose en ennemie. A son » moment, à sa guise, elle choisit une victime, et chaque année nous ouvrons » un nouveau deuil. »

Hélas! il disait juste; mais c'est son propre deuil que nous portons; notre collègue devait être la première victime, et montrer, par son exemple même, la vérité de ses paroles.

Il appartenait à une famille originaire des Cévennes, et qui fut dispersée à la révocation de l'édit de Nantes. Son aïeul vivait à Montpellier, son père vint

(1) Discours prononcé par M. Wurtz à la séance d'ouverture de la Faculté de médecine.

Terminons en disant qu'il n'y a qu'une voix pour rendre hommage à la nette simplicité de l'orateur de la Faculté. Nous aimons à constater ce succès remporté par un homme appartenant à la science pure. Les littérateurs exclusifs sont trop enclins à croire que nous savons tout au plus l'orthographe.

Ajoutons encore que nous nous associons de tout cœur, avec la jeunesse de l'école, à la bien-venue souhaitée par M. Wurtz à son nouveau collègue le professeur de physiologie, l'honorable M. Longet.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS ENKYSTÉES INTRA-ORBITAIRES; par M. DEMARQUAY.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

3° KYSTES MOUS.

Nous rangeons sous cette dénomination les kystes stéatomateux, athéromateux, méliceriques, sébacés, colloïdes, observés dans l'orbite. Il n'existe pas, entre toutes ces variétés, de ligne de démarcation bien tranchée; du reste, une délimitation exacte de chacune d'elles serait sans utilité pratique.

A. *Stéatomes.* — Les stéatomes paraissent les moins rares de ces kystes; on en trouve une observation due au docteur Buck (de Lubeck), dans les SCHMIDT'S JAHRBÜCHER, 1836; la masse enlevée pesait 3 onces; Mackenzie en rapporte trois: l'une (obs. 170), due à Schwarz; l'autre (obs. 177), empruntée à Langenbeck; la troisième, enfin, est intéressante, autant par l'existence d'une poche à deux cavités que par la présence d'un germe dentaire dans l'une d'elles.

Voici cette observation :

KYSTE DOUBLE S'ÉTENDANT AU FOND DE L'ORBITE ET CONTENANT UNE DENT (1).
(Observation de Barnes.)

OBS. — Thomas Heard, jeune homme de 17 ans, d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital ophthalmique d'Exeter, dans le service de M. Barnes, pour une tumeur qui s'opposait complétement à la vision de l'œil gauche. La tumeur était située au-dessous de l'œil et occupait une très-grande partie de l'orbite : elle paraissait s'étendre à une grande profondeur et faisait saillie en avant. La peau n'était point adhérente; l'œil était intact. La tumeur avait paru dans la première enfance, et, à cette époque, elle n'était pas plus grosse qu'un pois.

Dans l'opération, on divisa le muscle oblique inférieur de l'œil, qui paraissait tendu en travers de la partie antérieure de la tumeur. Le kyste adhérait solidement à l'angle externe et à une partie du bord inférieur de l'orbite. On l'ouvrit pour se donner de l'espace. Vers l'extrémité postérieure de la tumeur, à son côté interne, il paraissait embrasser un prolongement osseux pointu, naissant à peu près de la ligne de jonction de l'ethmoïde avec le maxillaire supérieur. Il fut enlevé sans difficulté; ce n'était autre chose qu'une dent; le kyste adhérait solidement autour d'elle.

Le malade avait toutes ses dents.

(1) Mackenzie, obs. 179, p. 248.

B. *Athéromes.*—Rosas eut occasion d'observer un cas d'athérome (1) chez une femme de 45 ans. L'incision de la tumeur donna issue à une matière graisseuse d'un gris verdâtre, d'une consistance sirupeuse du poids de 6 onces.

On en trouve aussi un exemple dans l'atlas d'Ammon (2).

C. *Mélicérides.* — Scultet, dans son ARMAMENTARIUM (3), rapporte un cas de ce genre de tumeur : *De meliceride ex majore oculi angulo feliciter ferro sublata.*

On en trouve également une observation dans Græfe et Walther (4). Il s'agit d'une tumeur de la forme d'une poire, de la grandeur d'un œuf de pigeon, contenant une matière d'un blanc jaunâtre, de consistance crémeuse, dans laquelle étaient des noyaux plus durs, semblables à du miel.

Nous citerons encore les observations de Middlemore (5), A. Bérard (6), O'Ferral (7).

D. *Kystes sébacés.* — Ils naissent ordinairement de la conjonctive. M. Walton (8) en a rapporté une observation chez un enfant de 4 ans; la tumeur s'étendait profondément dans l'orbite. Cependant, à cause de leur origine, ces kystes devront ordinairement se porter du côté des paupières.

E. *Kystes colloïdes.* — Enfin, dans une observation due à Wolf (9), d'un kyste orbitaire considérable chez un homme qui avait reçu, pendant son enfance, un coup de pierre à l'œil gauche. Il s'agit d'un kyste colloïde ovale, rempli d'un liquide gélatineux ; les parois de cette tumeur, intimement confondues avec le névrilème du nerf optique, et avec les muscles de l'œil, étaient composées d'un tissu cellulaire dont les couches se rapprochaient de la nature fibroïde.

F. *Kystes purulents.* — On a admis également, dans l'orbite, l'existence de kystes purulents. Nous croyons que, dans ces cas, il s'agissait de kytes mous passés à l'état de suppuration.

Comme exemples curieux de ce genre, on peut citer le cas de Saint-Yves, où il existait une tumeur à trois cavités, dont la plus voisine de la peau contenait un liquide purulent, et l'observation suivante où le kyste renfermait des poils (10).

Cette tumeur, située à côté de la glande lacrymale, au côté externe de la paupière supérieure droite, prenait sa racine assez profondément dans l'orbite. Elle était sphérique, du volume d'un marron, et conte-

(1) SCHMIDT'S JAHRB., t. XXXV, p. 103.
(2) Pl. XI, fig. 1.
(3) Obs. , p. 59t.
(4) T. VII, p. 227.
(5) DISEASES OF THE EYE, t. II, p. 613.
(6) ANN. D'OCUL., t. XII.
(7) UNION MÉD., 1848, 15 janv.
(8) MED. TIMES, 1854, p. 195.
(9) ANN. D'OCUL., 1857, p. 102.
(10) Obs. de Kerts, ANN. D'OCUL., t. XII, p. 41.

s'établir à Paris. Eugène Soubeiran naquit dans cette dernière ville le 24 mai 1797. Ses débuts dans la vie ne furent point heureux. Revers de fortune, santé faible, études interrompues, aucune épreuve ne fut épargnée à sa jeunesse. Si, comme on le dit, l'adversité est une école, l'apprentissage de M. Soubeiran a été complet. Son père exerçait avec bonheur la profession d'agent de change. Un jour, trompé par la mauvaise foi de quelques clients, il se trouva débiteur d'une somme considérable. Il dut accepter cette dette injuste, qui devint une ruine. Le jeune Soubeiran entrait alors dans sa douzième année et faisait ses humanités au collége Louis-le-Grand. Il relevait d'une maladie grave et finissait à peine le cours de quatrième, lorsque survint la catastrophe qui renversa la fortune de son père. Le coup fut cruel et eut de sérieuses conséquences. Les ressources désormais trop exiguës de la famille ne permettaient plus l'entretien de trois fils au collége. On en retira le plus jeune, notre écolier, qui suivit ses parents à Houilles, petit village des environs de Paris. Dans cette modeste retraite, madame Soubeiran se voua à l'éducation de son fils. S'efforçant de remplacer les maîtres qui lui faisaient défaut, elle se mettait résolument à apprendre, la veille, ce que, le lendemain, elle devait enseigner à son élève. Mais, quelques prodiges qu'elle puisse faire, la tendresse maternelle ne peut pas suffire à tout. M. Soubeiran a plus d'une fois avoué, depuis, que ses études de latin avaient cruellement souffert en ce temps-là. Pourtant, un si beau dévouement ne fut pas perdu. S'il n'avança que médiocrement les connaissances de celui qui en était l'objet, il lui inspira une tendre vénération pour sa mère. De son côté, le jeune Soubeiran avait besoin de l'amour maternel : la détresse de sa famille, l'abandon dans lequel tant d'amis l'avait laissée, la gêne présente comparée à la prospérité du temps passé, toutes ces disgrâces avaient fait sur son cœur une profonde et douloureuse impression. Elles ne furent point sans influence sur son caractère, en développant, en exagérant même des dispositions qui lui étaient naturelles : une certaine réserve, cette modestie qui plus tard fut le charme de son commerce, mais aussi cette défiance de lui-même et des autres, apanage et punition des âmes timides.

C'est à Houilles qu'il reçut les premières notions de chimie. Son père y avait fondé un établissement de filature de laine et de blanchissage. Soubeiran en devint le contre-maître. L'atelier de blanchissage l'occupa et l'intéressa particulièrement. On y traitait les étoffes d'après les méthodes découvertes par Berthollet. Car ce grand législateur de la science avait appliqué ses étonnantes facultés avec un égal succès aux questions les plus ardues de la philosophie chimique et à l'avancement des arts utiles : rare privilége dans un si beau génie que d'avoir pu descendre des régions les plus élevées de la pensée dans le domaine des choses pratiques, et d'avoir pu, tout ensemble, poser les lois de l'affinité et régler les détails d'opérations vulgaires.

On doit à Berthollet la connaissance de ces procédés rapides et efficaces à l'aide desquels on prive les tissus de leur teinte naturelle pour leur donner ce fond pur qui fait paraître les couleurs dans tout leur éclat. Il a publié, sur cette matière, un livre qui devint le guide du jeune Soubeiran. Celui-ci avait ignoré jusque-là les pratiques et encore davantage les principes du nouvel art. Il s'efforça de comprendre les préceptes du grand chimiste, et apprit

nait de la matière ressemblant à du pus coagulé, ainsi qu'une infinité de petits poils ayant beaucoup de ressemblance avec les cils.

ÉTIOLOGIE. — Les kystes orbitaires se développent le plus souvent chez les jeunes gens ou les adultes, quelquefois chez des enfants, presque jamais chez des vieillards. Le sexe féminin et le tempérament lymphatique semblent y prédisposer.

Quant aux causes déterminantes, la seule dont l'existence paraisse bien démontrée est celle d'une violence sur la région frontale, temporale ou sus-orbitaire, soit d'un coup, soit d'une chute sur cette partie. Quant aux autres causes invoquées par les auteurs, elles sont assez vagues; ainsi, l'on a cité les suivantes : refroidissement, extirpation d'un kyste sur la paupière supérieure, irritations et inflammations des paupières, de la conjonctive, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — A l'exemple de M. Rognetta, on peut rapporter à deux principaux tous les symptômes des kystes de l'orbite.

1° L'*exophthalmos* avec ses conséquences, douleurs, diplopie ou amblyopie, photopsie, épiphora, ulcérations de la cornée, etc.

2° L'*existence d'une tumeur particulière* sur un point du pourtour de l'orbite.

Ce second symptôme peut manquer quand le kyste s'est développé au fond de l'orbite; il est peu appréciable au commencement de la maladie.

Une douleur très-vive ressentie subitement par le malade dans l'orbite affectée a semblé, dans quelques eas, marquer le début de l'affection; mais ce fait est très-rare et ne se trouve mentionné que dans une ou deux observations; quand la douleur s'est montrée, elle n'a point persisté, et la maladie a pris le caractère indolent qu'elle affecte ordinairement.

Le *début* de la maladie est complétement latent dans la presque généralité des cas. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les malades éprouvent au fond de l'œil une espèce de tension, une douleur sourde et profonde, qui devient surtout appréciable pendant les mouvements du globe oculaire; quelques-uns ont eu la sensation d'un corps étranger ou de picotements dans l'œil.

A cette époque, il n'y a encore aucun changement appréciable dans le globe oculaire, et le malade s'inquiète peu de son affection. Mais bientôt survient un léger *exorbitisme*, et quand le kyste n'est pas rétro-oculaire, ce qui est le cas le plus ordinaire, un certain degré de *strabisme*.

Quant à l'exorbitisme, il varie suivant le siége de la tumeur; rarement direct, il a le plus souvent lieu en dedans ou en dehors; en même temps, il peut survenir un autre phénomène signalé par A. Bérard, c'est une altération dans la portée de la vue, le malade devenant *myope* ou *presbyte*, suivant que la tumeur comprime l'œil dans le sens antéro-postérieur, ou verticalement.

Par suite des progrès de l'exophthalmie surviennent d'autres troubles visuels, *amblyopie* ou *diplopie*; le malade éprouve des sensations de flammes, de lueurs; il voit les objets plus ou moins déformés. Ces phénomènes, qui sont d'abord sujets à quelques variations, vont sans cesse en augmentant et aboutissent à une amaurose complète avec dilatation et immobilité de la pupille, lorsque la compression ou la distension du nerf optique est devenue considérable. Cependant, fait digne de remarque, on voit, dans les observations de kystes volumineux, la vue conservée à une époque où l'exorbitisme avait déjà des proportions considérables : peut-être cette circonstance peut-elle s'expliquer par les flexuosités du nerf optique, lesquelles lui permettent de se prêter à une assez grande élongation.

En même temps les douleurs deviennent plus vives; dans quelques cas, il est vrai, elles ont fait complétement défaut pendant toute la durée de l'affection; mais le plus souvent elles se déclarent ou se caractérisent quand l'exorbitisme commence à devenir apparent; le sentiment vague de pression, de tension profonde éprouvé primitivement par le malade devient de plus en plus fort et intolérable; il s'étend quelquefois à toute la moitié correspondante de la tête, ou bien à la narine, à la tempe, au front du même côté; il prive le malade de sommeil. A l'insomnie succèdent la perte de l'appétit et l'amaigrissement.

En même temps l'exophthalmie augmente et peut venir jusqu'à la propulsion complète de l'œil hors de l'orbite. Saint-Yves parle d'un œil qui faisait sur la joue une saillie d'un pouce; chez le malade de M. O'Ferral, le globe oculaire pendait sur la joue. Par suite, les mouvements de l'œil, d'abord seulement gênés et faisant naître des sensations de lumière, deviennent de plus en plus difficiles, et peuvent finir par devenir impossibles. Dans l'observation que nous venons de citer, le globe de l'œil était le siége de petits mouvements involontaires.

L'épiphora, autre conséquence de l'exophthalmie, ne survient ordinairement que quand le kyste est assez volumineux; quelques auteurs ont noté un état de sécheresse de l'œil, dont on a voulu faire le signe pathognomonique des kystes siégeant dans l'épaisseur ou au voisinage de la glande lacrymale.

Nous n'insisterons pas non plus sur le renversement des paupières et les accidents qui résultent de l'exposition permanente de l'œil au contact de l'air; ils n'ont rien de spécial aux kystes et se produisent dans tous les cas d'exophthalmos très-prononcé.

Enfin, la tumeur elle-même devient apparente au pourtour de l'orbite; l'époque de cette apparition varie suivant le siége du mal. Cette tumeur, séparée du globe oculaire par un sillon plus sensible au toucher qu'à la vue, est arrondie, élastique, plus ou moins nettement fluctuante; elle est indolente à la pression et ne paraît adhérer ni à la peau des paupières qui la recouvre, ni aux parois de l'orbite; on sent distinctement qu'elle se prolonge au fond de cette cavité. En la comprimant, on fait naître chez le malade des sensations de lumière.

Puis, si le développement du mal continue, la cavité orbitaire elle-même cède peu à peu à la pression qui tend à l'élargir; elle peut ainsi prendre des proportions énormes, gêner le fonctionnement des organes voisins, et rompre la symétrie des deux moitiés de la face (1).

DIAGNOSTIC. — De même que pour toute orbitocèle, le diagnostic comprend ici deux points principaux : 1° reconnaître la présence d'une tumeur; 2° distinguer la nature de cette tumeur. Le premier de ces points rentre dans le diagnostic général des tumeurs de l'orbite. Quant

(1) Delpech (obs. citée).

---

bientôt à préparer et les lessives alcalines et la solution de chlore, principal agent de la décoloration. C'est ainsi que Berthollet est devenu, sans le savoir, le premier maître de M. Soubeiran.

Mais de si excellents conseils et tant de bonne volonté ne purent suppléer à l'expérience qui faisait défaut. Aussi bien la fortune ne fut point favorable à l'entreprise. On y renonça bientôt.

Cependant des temps plus prospères succédèrent à ces temps d'épreuves. C'était alors l'époque où la patrie, menacée par l'étranger, appelait sous les drapeaux tous ses enfants valides. Le jeune Soubeiran entrait dans un âge où il fallait se préparer à suivre cet appel. Sa résolution fut bientôt prise. Il voulut se mettre en état d'obtenir une commission de pharmacien de l'armée et de servir son pays aux ambulances. C'est ainsi que la nécessité et sans doute le goût qu'il avait pris pour la chimie, décidèrent sa vocation. Son entrée dans la carrière ne fut point brillante. S'étant présenté, pour faire son apprentissage, chez un pharmacien de Paris, il fut refusé net. On le trouva trop grêle pour les rudes travaux du laboratoire.

Mais cet échec fut réparé, et, à quelque temps de là, nous trouvons le jeune apprenti à Montpellier, étudiant avec ardeur la botanique sous le professeur Pouzin. Collaborateur et ami de De Candolle, M. Pouzin herborisait avec passion. Il s'intéressa vivement aux progrès de son élève et lui communiqua ses propres goûts. Ce fut un heureux temps. Plus avancé dans la vie, M. Soubeiran aimait à ramener ses souvenirs vers ses années paisibles et studieuses, vers les promenades qu'il faisait avec son maître, tous deux explorant les collines, les champs, la plage, et rapportant le soir un riche butin. Il a voué une tendre reconnaissance à la mémoire de l'homme de bien qui l'avait initié aux études de la nature, au milieu de la nature même.

Mais la chimie, qui avait été le premier objet de ses travaux et qui depuis devint le plus important, fut négligée à Montpellier : toutes les lumières de la science naissante étaient encore concentrées dans son foyer. C'est à Paris, c'est dans cette enceinte même, que l'éloquence entraînante de Fourcroy avait transporté son auditoire, que Vauquelin exposait ses analyses avec tant d'autorité; c'est à Paris que Gay-Lussac venait de faire la plus étonnante et la plus féconde de toutes ses découvertes, et que Thenard préludait à cet enseignement fort et classique qui a donné à la France deux générations de chimistes.

Quelques années plus tard, Soubeiran devait trouver de tels maîtres. Son retour dans sa famille fut hâté par les malheurs de la patrie. Au mois de juin 1815, à la nouvelle de la bataille de Waterloo, l'émeute grondait dans Montpellier. Soubeiran commit l'imprudence de se hasarder dans la rue, et eut le bras fracassé par une balle. Sa témérité lui valut de longues souffrances, mais l'amputation lui fut épargnée par les bons soins de Delpech.

A peine remis, il fut rappelé par son père, et entra, comme élève, dans une des meilleures pharmacies de Paris.

De ce moment datent ses plus grands efforts et ses premiers succès. Le laboratoire était comme sa demeure, et dans le laboratoire les livres ne le quittaient pas : double école, mais sûrement instructive, et nécessaire, dans sa diversité, à qui veut acquérir, avec la pratique de l'art, la science qui lui sert de base. Le soir, brisé, mais non pas vaincu par les travaux de la jour-

aux signes qui peuvent faire soupçonner la présence d'un kyste, nous dirons seulement que les kystes se distinguent des tumeurs inflammatoires par le manque total de phénomènes généraux, ainsi que par leur marche extrêmement lente et leur longue durée; des tumeurs osseuses ou sanguines par l'absence des signes sensibles qui les caractérisent.

Le diagnostic devient plus facile quand la tumeur est devenue sensible au doigt et à l'œil du chirurgien. La rénitence et la tension de cette tumeur, sa fluctuation, quelquefois même sa transparence (1), sont des signes caractéristiques de la tumeur enkystée. Cependant on comprend que, dans certains cas, il puisse exister des difficultés sérieuses, et qu'il soit parfois difficile de distinguer un kyste d'une tumeur solide, comme un cancer ou un corps fibreux. C'est ce qui arrive quand le kyste est profond, quand ses parois sont épaisses, ou qu'il est recouvert d'une couche graisseuse, comme cela s'est vu quelquefois. Dans ces cas, la ponction exploratrice viendra éclairer le diagnostic.

Mais pour tirer de cette opération tout le fruit désirable, il faut la faire hardiment avec un trocart assez volumineux profondément enfoncé dans la direction de la tumeur. S'il ne sort que du sang, ou s'il ne s'écoule rien, on est fondé à diagnostiquer une tumeur solide. L'écoulement de sérosité ne permet pas de mettre en doute l'existence d'un kyste. Cependant il ne suffit pas de constater l'existence d'un liquide séreux dans une tumeur de l'orbite pour être définitivement fixé sur la nature de la maladie. En effet, derrière le kyste peut exister une tumeur solide, un cancer, par exemple. Todd et M. Tavignot ont rapporté chacun un cas de cette nature. Ce qui se passe après la ponction fournit d'autres données importantes sur l'état du kyste; l'œil reprend-il sa place, c'est que la poche a été complétement vidée; dans le cas contraire, il y a lieu de penser que l'on a affaire à un kyste multiloculaire, hydatique ou compliqué de quelque autre affection.

Enfin, par l'exploration attentive de la portion accessible de l'orbite, on pourra juger de l'étendue de la tumeur et des adhérences qu'elle a pu contracter. Il sera bon aussi d'examiner les cavités voisines pour voir si le kyste n'y aurait point sa source.

La plupart des chirurgiens insistent avec raison sur les avantages de cette méthode. M. le professeur Alquié (de Montpellier) (2) cite un cas où Richerand entreprit contre son opinion, mais d'après celle des autres consultants, l'extirpation d'un prétendu carcinome de l'orbite chez un homme qui portait seulement un kyste dont l'ouverture donna issue à une assez grande quantité de liquide albumineux, et fut suivie de la guérison. Évidemment une simple ponction exploratrice eût rendu inutile l'incision de la paupière et les manœuvres d'une extirpation commencée.

Parmi les affections qui peuvent être confondues avec les kystes intra-orbitaires, nous mentionnerons ici une source assez fréquente d'exorhitisme, méconnue jusqu'à ces derniers temps. Cette affection n'ayant pas été décrite jusqu'ici, nous entrerons dans quelques détails à son sujet.

(1) Carron du Villards, Gaz. des hôp., 1839.
(2) Bullt. de thérap., août 1857.

Il s'agit de l'hydropisie de la bourse fibreuse de Tenon, sur laquelle M. Malgaigne, il y a quelques années, a rappelé l'attention des anatomistes.

M. Carron du Villards (Ann. d'oculist., 1858, t. XL, p. 106) raconte de la manière suivante comment il fut conduit à la découverte de cette cause productrice de l'exophthalmie.

En 1842, on lui présenta une orpheline âgée de 17 ans, résidant à l'hôpital de Luxembourg: elle portait une exophthalmie assez volumineuse, accompagnée de douleurs excessivement vives lorsqu'elle penchait la tête en bas, ou lorsqu'on cherchait à refouler l'œil enchâssé dans une tumeur dure, uniforme, sans altération de la conjonctive et de la cornée, mais avec perte absolue de la vision.

Il diagnostiqua une tumeur fibreuse enveloppant l'œil dans toute sa périphérie, et proposa l'extirpation de l'organe et de la tumeur. Cette opération se fit sans qu'on eût pratiqué au préalable une ponction exploratrice. Quand l'opérateur donna le dernier coup de ciseau destiné à couper le nerf optique, il s'écoula une grande quantité de liquide citrin; l'œil s'affaissa et la tumeur disparut.

L'œil enlevé ayant été plongé dans l'eau, M. Carron du Villards s'aperçut qu'il y avait repris sa forme primitive, c'est-à-dire qu'une tumeur uniforme l'enveloppait de toutes parts; en le tirant de l'eau, le liquide s'échappa par une ouverture située à la partie inférieure correspondante à l'anneau fibreux d'où naît la bourse de Tenon; replongé de nouveau dans le liquide, il se remplit derechef; on avait donc affaire à une cavité. Il s'agissait d'une poche enveloppant l'œil de toutes parts et ouverte accidentellement dans le dernier temps de l'opération. Le décollement de la bourse de Tenon était complet jusqu'à la cornée. Cette poche put se retourner comme un gant, de telle sorte que l'œil était libre de toute enveloppe; il était parfaitement sain; seulement le nerf optique, en raison de la saillie de la tumeur, avait acquis une longueur triple de son état normal. C'est probablement à cet étirement qu'il fallait attribuer les douleurs très-vives qu'éprouvait cette jeune fille, quand elle penchait la tête en avant.

Depuis cette époque, ce chirurgien a rencontré plusieurs fois la même hydropisie de la bourse fibreuse de Tenon, et l'a toujours fait disparaître par la ponction.

Il cite le cas d'un jeune homme chez lequel on observait distinctement la saillie du liquide, lorsqu'il penchait la tête en avant. S'il restait longtemps dans cette position, l'œil devenait si dur et si douloureux qu'il était obligé de se coucher sur le dos pour refouler le liquide à la partie postérieure, en exerçant sur les paupières une pression légère.

Chez toutes les personnes atteintes de cette maladie, les premiers symptômes d'exophthalmie se sont montrés à la suite de la scarlatine ou de la rougeole. On est en droit d'en conclure que les affections éruptives aiguës de la peau peuvent produire facilement cette espèce d'hydropisie, de la même manière qu'elles produisent l'ascite et l'hydrocéphale.

M. Carron du Villards a également constaté cette affection chez les moutons atteints de clavelée. Or la clavelée étant une éruption cutanée aiguë des races ovines, il n'est pas étrange que l'hydropisie de la

---

née, il s'appliquait encore aux études théoriques. Ses progrès furent proportionnés à sa persévérance. S'étant présenté au concours des hôpitaux, il mérita le premier rang, mais n'obtint que le second. Une fois interne, il eut une carrière assurée, et, chose aussi précieuse, des loisirs pour un travail soutenu. Pendant trois années passées dans les hôpitaux et à la pharmacie centrale, il remporta tous les premiers prix. Au bout de ce temps, il fut nommé pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, et plus tard professeur adjoint à l'École de pharmacie. Toutes ces distinctions, toutes ces places, il les obtint au concours, hormis celle de professeur qu'il dut à sa réputation.

Ses premières publications remontent à l'année 1824, et ont en pour objet quelques tartrates doubles, notamment l'émétique. On sait que ce sel qui a provoqué tant de travaux, depuis le commencement du dix-septième siècle, est aussi extraordinaire par sa composition qu'il est précieux par ses propriétés thérapeutiques. Glauber avait enseigné sa préparation avec la crème de tartre et *les fleurs argentines d'antimoine*. Un siècle plus tard, Bergmann reconnut sa véritable nature. M. Soubeiran étudia et compara les procédés en usage pour le préparer, et rectifia les idées qu'on s'était faites sur la théorie de l'opération.

La crème de tartre soluble est une sorte d'émétique dans laquelle l'oxyde d'antimoine est remplacé par l'acide borique. On doit à M. Soubeiran une bonne analyse et une bonne méthode de préparation de ce curieux composé. Ces recherches sur le tartrate double de potasse et d'acide borique l'ont conduit à déterminer la composition de cet acide lui-même, d'une manière plus exacte que Gay-Lussac et Thénard n'avaient pu le faire avant lui. Il soumit les borates à un nouvel examen, et des proportions de base et d'acide qu'ils renferment, il déduisit les rapports suivant lesquels le bore se combine à l'oxygène, avec une précision que le grand maître en analyse, Berzélius, put à peine dépasser.

Quelques années plus tard, M. Soubeiran entreprit des recherches sur l'hydrogène arsénié, et employa le premier l'arséniure de zinc fondu pour la préparation de ce gaz. Il fallait un certain courage pour aborder un tel sujet, à une époque où était encore présent à tous les esprits le souvenir de la mort de Gehlen, empoisonné par quelques bulles d'hydrogène arsénié. La prudence de M. Soubeiran et le soin qu'il apportait dans toutes ses expériences lui firent éviter en cette occasion, comme dans le reste de sa carrière, les dangers auxquels les chimistes sont si souvent exposés.

On connaît de curieuses combinaisons formées par le chlore et le soufre, liquides jaunes ou rouges, suivant les proportions des éléments qu'ils renferment. Le chlorure de soufre rouge, en absorbant de l'ammoniaque, donne naissance au chlorure de soufre ammoniacal. M. Soubeiran a publié une analyse de cette combinaison. En la traitant par l'eau, il a obtenu le sulfure d'azote. Parmi les découvertes qui ont signalé ses débuts dans la science, celle-ci est une des plus intéressantes: elle a été remarquée, et, mieux que les autres, elle a mis en relief le talent d'observation et l'habileté consciencieuse du jeune auteur. Les travaux qu'il a fait paraître dans cette première période de son activité scientifique sont nombreux, et, ce qui vaut mieux, ils sont exacts. Peut-être s'est-il mépris quelquefois dans l'interprétation des faits, dans les formules et dans les déductions théoriques. Il n'importe: des

bourse fibreuse de l'œil se développe chez elle comme dans l'espèce humaine.

Toutes les fois que l'on soupçonnera que l'exorbitisme est produit par l'hydropisie de la membrane de Tenon, il faudra évacuer le liquide et provoquer une inflammation adhésive. L'emploi du trocart explorateur n'est pas sans danger; M. Carron du Villards propose de le remplacer par le procédé suivant :

Le malade étant assis sur une chaise comme pour l'opération du strabisme, on écarte les paupières avec le dilatateur. On luxe l'œil en dedans avec une érygne à strabisme, puis l'opérateur, armé de pinces à dents de rats, fait un pli à la conjonctive et à la bourse fibreuse de Tenon; ensuite, avec des ciseaux fins et mousses, il incise le pli : aussitôt l'eau coule et l'œil se disposerait à reutrer dans l'orbite, si on le lâchait, ce qu'il faut bien se garder de faire avant d'avoir introduit profondément dans l'ouverture quelques brins de charpie fine qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. Ce temps suffit pour produire une inflammation adhésive.

MARCHE. — De même que partout ailleurs, le développement des kystes dans l'orbite se fait avec lenteur, rarement ils mettent en danger la vie du malade; mais le mal tend incessamment à s'accroître, et la perte de la vue peut en être la conséquence si l'art n'y porte remède. Nous ne connaissons pas de guérison spontanée de ce genre d'orbitocèles. Middlemore (1) rapporte, d'après Abernethy, l'histoire d'un kyste de l'orbite qui se rompit pendant l'exploration du chirurgien : ce qui amena la guérison du malade.

PRONOSTIC. — Les kystes orbitaires ne constituent pas toujours une affection aussi simple qu'on pourrait être tenté de le croire. Il ne faut pas perdre de vue qu'ils peuvent s'étendre jusqu'au fond de l'orbite, et même à travers le trou optique, que l'inflammation du kyste peut s'étendre aux méninges et même jusqu'au cerveau, comme cela s'est vu (2).

Le plus souvent pourtant, traités convenablement, les kystes de l'orbite ne présentent rien de grave; le retour plus ou moins complet de la vision dépend de l'état de l'œil et de ses annexes au moment où l'opération est pratiquée. Si l'on attend trop longtemps, la désorganisation complète de l'œil peut en résulter, comme dans le fait de M. O'Ferral. Cependant il est remarquable de voir combien de fois la vue, depuis longtemps abolie par suite de la distension énorme du nerf optique, s'est rétablie dans toute son intégrité au bout d'un temps plus ou moins long, une fois l'œil rentré dans sa cavité; dans quelques cas, il est resté du strabisme et de la gêne dans les mouvements.

TRAITEMENT. — Au dire de Louis, Trincavelli et Bertrandi, médecins italiens, guérirent chacun une orbitocèle à l'aide de remèdes fondants à l'intérieur et de frictious mercurielles faites localement. Il est difficile de croire que c'étaient véritablement des kystes qu'ils guérirent, et peu de médecins auront grande confiance dans l'emploi de ces moyens.

(1) Tome II, p. 609.
(2) Voir l'obs. de M. Poland (OPHTHALMIC HOSP. REPORTS, octobre 1857).

Le *traitement chirurgical* est donc le seul sur lequel on puisse compter.

Il y a deux indications à remplir : 1° vider le kyste; 2° oblitérer la cavité accidentelle en déterminant l'adhérence de ses parois.

La *ponction simple* avec le trocart ou le bistouri serait insuffisante pour obtenir ce résultat; pour produire l'inflammation adhésive, on peut laisser une canule à demeure dans la plaie, ou y faire des injections irritantes (vin, alcool, tannin (1), solution de nitrate d'argent, teinture d'iode). Vu l'innocuité bien constatée aujourd'hui des injections iodées, c'est à ces dernières que nous préférerions avoir recours, autorisé d'ailleurs par les guérisons déjà obtenues par quelques chirurgiens, entre autres MM. Monod et Tavignot (2).

Dans les cas où cette méthode ne sera pas applicable, c'est-à-dire quand il s'agira de kystes à contenu solide, il faudra recourir aux autres méthodes de traitement des kystes : incision, excison nu extirpation.

L'incision du kyste aura d'assez grandes chances de réussite, surtout si ou la fait large, de manière à évacuer facilement tout le contenu, et si l'on a soin ensuite de remplir la cavité de charpie, afin d'y provoquer une inflammation suppurative. Il n'est pas rare alors de voir, quatre à cinq jours après l'incision, le kyste tout entier détaché de ses adhérences être entraîné avec la suppuration (3). M. Carron du Villards badigeonna après l'incision l'intérieur de la cavité avec un pinceau imbibé de teinture de cantharides.

L'*excision* d'une portion du kyste, quand elle sera possible, sera toujours avantageuse, en ce qu'elle empêche certainement l'agglutination des bords de l'ouverture.

Mais la méthode la plus rationnelle et la plus avantageuse est sans contredit l'*ablation complète du kyste*. C'est elle qu'on devra tenter toute les fois que la ponction simple et suivie d'injections irritantes aura été jugée insuffisante. La dissection se fera plutôt avec le manche du scalpel qu'avec le tranchant, dans la crainte d'ouvrir le kyste ou de léser un des organes de l'orbite.

Malheureusement l'énucléation complète n'est pas toujours possible; on fendra alors largement la poche, on excisera les lambeaux disséqués, on évacuera tout le contenu aussi bien que possible, en faisant des injections d'eau tiède s'il a une certaine consistance; on promènera le doigt dans la cavité pour rompre les cloisons qui pourraient s'y trouver; on remplira enfin le tout d'un bourdonnet de charpie, retenu par un fil que l'on ne retirera que lorsqu'on croira la suppuration franchement établie dans toute la poche.

La réunion immédiate ne sera tentée que dans les cas d'énucléation complète.

(1) BRITISH MEDICAL JOURNAL. Mai 1858.
(2) ANN. D'OCULISTIQUE, t. XX.
(3) Dornbluth, in SCHMIDT'S JHARB., t. XXXVIII, p. 99.—Mackenzie, obs. 172.

erreurs de ce genre ne sont point des fautes. D'ailleurs n'est-il pas vrai que les écarts même de la théorie ont quelquefois leur utilité : contrôlés ou redressés par les expériences qu'ils provoquent, ils peuvent ramener par un détour à la connaissance de la vérité. Ce qui est nuisible dans la science, ce sont les faits mal observés. Les travaux de M. Soubeiran en sont exempts. Dans toutes ses publications, même dans les premières, on rencontre les qualités qui distinguaient son esprit; cette netteté de vues, cette clarté d'exposition et par-dessus tout, ce sens pratique qui le portait à se livrer de préférence à des études sur la composition des médicaments les plus utiles. Les recherches qu'il a entreprises sur les mercuriaux témoignent de sa constante application et de son succès dans cette voie. Ce qu'il a découvert sur le calomel mérite particulièrement d'être mentionné ici. On sait quel fréquent usage les médecins anglais font de cette substance dans toutes sortes de maladies. Ils l'emploient en poudre d'une ténuité uniforme et également éloignée de la finesse extrême du protochlorure de mercure précipité, et de l'apparence compacte et un peu grossière du mercure doux porphyrisé. Pour ce produit, connu sous le nom de *calomel à la vapeur*, nous étions tributaires de nos voisins. Le secret de sa préparation n'a pas échappé à la sagacité de notre collègue. M. Soubeiran a fait voir qu'il suffisait de distiller le calomel et de recevoir sa vapeur dans un grand espace pour que, passant à l'état solide, au milieu d'une masse d'air interposée, cette vapeur se condensât en une poudre d'une ténuité extrême.

D'autres préparations de mercure ont également été l'objet de ses travaux. On lui doit l'analyse des nitrates ammoniacaux de mercure, ainsi que des remarques sur ce curieux sel double formé de chlorhydrate d'ammoniaque et de sublimé corrosif, et connu des anciens sous le nom de *sel Alembroth, sel de vie, sel de science, sel de sagesse*, toutes dénominations qui rappellent les propriétés précieuses qu'ils attribuaient à ce médicament aujourd'hui oublié. Par tous ces travaux, M. Soubeiran a éclairci plusieurs points de l'histoire chimique du mercure, sujet difficile et toujours nouveau, quoiqu'il ait souvent occupé les savants modernes, après avoir exercé pendant si longtemps la stérile curiosité des alchimistes du temps passé.

Vers la fin du X° siècle, on allait en pèlerinage à l'école établie à Salerne par les bénédictins du Mont-Cassin. Henri, duc de Bavière, s'y rendit pour se faire opérer de la pierre. Le fondateur du couvent, saint Benoît de Nursie, voulut se charger lui-même de guérir un hôte de cette importance. Il apparut au prince, lui fit l'opération pendant qu'il le tenait endormi et à son réveil lui mit la pierre dans la main.

Messieurs, c'est une légende que je vous raconte, mais le miracle qu'elle doit consacrer s'accomplit tous les jours, sous nos yeux. Quelle découverte a plus étonné le monde et mieux servi les hommes que cette merveilleuse découverte de l'anesthésie! Aux noms glorieux qu'elle rappellera un jour à la postérité reconnaissante, nous devons associer le nom de M. Soubeiran.

C'est lui qui a découvert le chloroforme, mais je dois ajouter qu'il partage cet honneur avec M. Liebig. Permettez-moi de vous indiquer l'ordre et la date des recherches qui ont valu un tel présent à la science et à l'humanité.

Au mois d'octobre 1831, parut dans les ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE,

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC; par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

(Suite et fin. — Voir les nos 38, 39, 40, 41, 45 et 46.)

TROISIÈME PARTIE.

Maintenant que nous connaissons, d'après les recherches et les observations de nos prédécesseurs, et surtout d'après les expériences et les faits qui nous sont propres, l'action de la potasse et du chlorure de zinc sur les tissus, voyons au lit du malade les applications chirurgicales de ces deux caustiques.

Ces applications sont très-nombreuses. Ainsi Hanke (de Breslaw) employait le chlorure de zinc dans les cas de *nævi materni*, de fongus hématoïdes, de pustules malignes et d'ulcères syphilitiques, où il le préférait au sublimé et au nitrate d'argent; quant à la potasse, le nom de *pierre à cautère* qui lui a été donné par les chirurgiens indique suffisamment la généralité de son application. Aussi nous nous abstiendrons de répéter ici ce qui est décrit dans les divers traités spéciaux, voulant seulement, dans ce travail, faire connaître l'action des caustiques potasse et chlorure de zinc et leur emploi chirurgical dans la destruction des tumeurs.

Comme ces deux caustiques à l'état de pureté ont une action difficile à maîtriser d'une manière régulière, les chirurgiens ont cherché à leur associer une substance auxiliaire qui mitigât leur action trop énergique et facilitât ainsi leur application chirurgicale : ainsi, par le mélange de la potasse à la chaux vive, on a composé la poudre caustique de Vienne et le caustique Filhos ; le chlorure de zinc uni à la farine de froment, à la gutta-percha, etc., a donné des pâtes caustiques pour remplir certaines indications chirurgicales.

C'est à l'aide de ces préparations diverses qu'on a pu, d'après certains procédés, substituer les caustiques à l'instrument tranchant et pratiquer, d'une manière plus sûre, un grand nombre d'opérations.

DE LA DESTRUCTION DES TUMEURS PAR LES CAUSTIQUES POTASSE ET CHLORURE DE ZINC.

C'est surtout pour la destruction des tumeurs que les caustiques potasse et chlorure de zinc sont employés de nos jours. On peut ramener tous les procédés de destruction des tumeurs par ces caustiques à trois principaux :

1° *Cautérisation épicélienne* (ἐπὶ, sur; κήλη, tumeur) est la cautérisation successive de la superficie vers la profondeur, du sommet vers la base de la tumeur.

2° *Cautérisation hypocélienne* (ὑπὸ, sous; κήλη, tumeur) est la cautérisation concentrique en dessous de la tumeur.

3° *Cautérisation endocélienne* (ἔνδον, en dedans; κήλη, tumeur) (1) est la cautérisation mixte qui, tenant des deux précédentes, consiste à tarauder la tumeur à son centre et à cautériser ensuite du centre à la circonférence.

Le procédé de la cautérisation épicélienne est le plus employé ; c'est celui qu'avait adopté Canquoin pour la destruction des tumeurs du sein. Voici la marche qu'on suit par ce procédé :

On cautérise la peau avec le caustique Filhos ou la pâte de Vienne; on applique ensuite une plaque au chlorure de zinc, de la largeur de la tumeur; on laisse cette plaque quelques heures, de manière à produire une escarre épaisse; une fois l'escarre tombée, on fait des applications successives de caustique, jusqu'à complète destruction de la tumeur. Par ce procédé l'opération est longue si l'on a affaire à une tumeur dure, un peu volumineuse, tel qu'un épithélioma cancéreux. Aussi c'est ordinairement pour des tumeurs petites, pour des ganglions superficiels ou profonds, pour des tumeurs enkystées, telles que des loupes ou des lipômes, que ce procédé est mis en usage avec succès.

Mais pour les tumeurs volumineuses, dures, telles que les tumeurs fibreuses ou cancéreuses du sein, c'est le procédé de la cautérisation hypocélienne qui est indiqué; ce procédé a des avantages incontestables, à cause de sa régularité et de la rapidité de l'ablation de la tumeur. Voici comment nous l'employons depuis dix années, à l'exemple de M. le docteur GIROUARD :

Premier temps. Établir sur la peau une ligne de circonvallation autour de la tumeur ; appliquer sur cette ligne circulaire une traînée de pâte de Vienne pour détruire la peau dans toute son épaisseur ; ce qui a lieu après quinze minutes.

Deuxième temps. Une fois la peau détruite, l'inciser avec des ciseaux de manière à former une rigole circulaire assez profonde pour y loger une lanière de pâte au chlorure de zinc et circonscrire ainsi la base de la tumeur.

Troisième temps. Pratiquer rapidement sous la tumeur des trouées concentriques avec un cylindre de potasse caustique et appliquer dans ces trouées des chevilles ou lanières ou flèches de pâte au chlorure de zinc, de telle sorte qu'elles convergent toutes vers le centre.

A chaque cautérisation, la base de la tumeur minée en dessous se réduit à un pédicule central étroit qu'on excise avec des ciseaux ou avec l'écraseur linéaire.

La tumeur enlevée, il ne reste plus qu'une large surface escarrifiée profondément; cette escarre, épaisse d'un centimètre environ, tombe du sixième au douzième jour, et laisse à nu une plaie dont la cicatrisation est plus rapide que dans une plaie suppurante produite par l'instrument tranchant.

Si l'on a affaire à une tumeur cancéreuse ulcérée du sein, on a souvent recours au procédé mixte ou à la cautérisation endocélienne ; ce procédé consiste à faire une large trouée au centre de la tumeur et à faire pénétrer des chevilles caustiques du centre à la circonférence, du

(1) Nous nous sommes permis ces termes nouveaux *épicélienne, hypocélienne, endocélienne*, pour exprimer, en un seul mot, les trois procédés de destruction des tumeurs. Qu'on veuille bien nous pardonner ces néologismes.

---

un mémoire de M. Soubeiran ayant pour titre : RECHERCHES SUR QUELQUES COMBINAISONS DU CHLORE. Après avoir combattu les assertions de Davy, relatives à l'euchlorine ou protoxyde de chlore, l'auteur aborde la question des chlorures d'oxydes que l'on obtient en traitant un oxyde tel que la chaux par le chlore. Il s'arrête à l'opinion, déjà exprimée par M. Liebig, que les chlorures d'oxydes constituent des mélanges de chlorures et de chorites. On sait que cette théorie a été rectifiée depuis par M. Balard, qui a démontré que le prétendu chlorure de chaux est un mélange de chlorure et d'hypochlorite. Sur un grand nombre de substances, le chlorure de chaux exerce une action énergique. M. Soubeiran eut l'idée de le mettre en contact avec de l'alcool et de distiller le mélange : il recueillit du chloroforme. Ce procédé légèrement modifié, est encore en usage, aujourd'hui : il n'est pas le seul qui puisse donner du chloroforme. M. Liebig a obtenu ce corps, de son côté, non-seulement par cette réaction, mais par d'autres encore, notamment en traitant par les alcalis le chloral produit de l'action du chlore sur l'alcool. Chose curieuse, il a consigné ses observations à cet égard, dans une lettre adressée à Gay-Lussac et publiée exactement à la même époque, au mois d'octobre 1831, dans les ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE. Ainsi s'occupant simultanément et à l'insu l'un de l'autre des mêmes objets, les deux observateurs sont arrivés aux mêmes résultats. Heureuse coïncidence, qui n'ôte rien à l'originalité de la découverte et qui lui donne d'abord une consécration, que d'autres attendent pendant des années. Cependant, MM. Soubeiran et Liebig se sont mépris tous deux sur la nature du nouveau produit. L'un le considérait comme un composé de chlore et d'hydrogène bicarboné, l'autre comme un chlorure de carbone; et il était réservé à M. Dumas, de découvrir, quelques années plus tard, sa vraie constitution, ses réactions fondamentales et son nom. Car son nom est une découverte : il rappelle le dédoublement caractéristique en chlorure et formiate, que le chloroforme éprouve sous l'influence des alcalis. Aujourd'hui, on le rattache avec beaucoup d'autres corps, ses congénères, à ce gaz hydrogène carboné qui se dégage en bulles nombreuses lorsqu'on remue la vase des marais. En remplaçant le chlore par de l'hydrogène, on a réussi en effet à transformer le chloroforme en hydrogène proto-carboné. On peut donc envisager le corps découvert par MM. Soubeiran et Liebig, comme du gaz des marais trichloré conformément à cette admirable théorie des substitutions qui a changé la face de la science et qui a rendu à jamais célèbre le nom de mon maître et de votre maître, M. Dumas.

Voyez, messieurs, par l'exemple du chloroforme, comment la chimie procède en ses découvertes. Elle s'enrichit d'un nouveau composé : aussitôt elle étudie les circonstances de sa formation; elle détermine sa composition et ses propriétés; enfin, elle lui trouve un nom systématique et une famille. Voilà le nouveau corps classé, et la science a dit son dernier mot.

Pendant de longues années, le chloroforme, dont l'emploi est compté aujourd'hui par centaines de kilogrammes, figurait dans les collections comme un objet de curiosité et d'intérêt purement scientifique. Mais ne vous y trompez pas ; la curiosité des savants fraye la route aux inventeurs, et la théorie doit précéder l'application. Où seraient les merveilles de notre siècle et sa

sommet vers la base; c'est surtout dans les tumeurs à tissu mou ou encéphaloïde que ce procédé peut être employé, et, du reste, il tient des deux précédents, et ses résultats sont les mêmes.

Le procédé de la cautérisation hypocélienne a subi quelques variantes dans le manuel opératoire; ainsi M. MAISONNEUVE, sous le titre pompeux de *méthode générale de l'ablation des tumeurs par la cautérisation en flèches, en une seule séance*, l'a modifié de la manière suivante :

Après avoir circonscrit la tumeur par un cercle fictif, il pratique au-dessous d'elle des trouées concentriques très-rapprochées, avec un histouri à lame fine; dans chacune de ces trouées saignantes, il introduit une flèche de pâte au chlorure de zinc. La tumeur, sous l'influence de la cautérisation de la peau et des tissus profonds sur lesquels elle repose, se flétrit, se mortifie et tombe; il ne reste plus qu'une large escarre à la place.

Dans le procédé de M. GIROUARD, c'est au moyen d'un crayon de potasse qu'on fait les trouées sous la tumeur pour appliquer les lanières de pâte Canquoin; ces trouées sont faites lentement, avec prudence, en suivant les contours du tissu malade; dans la manière de M. MAISONNEUVE, manière plus expéditive il est vrai, on embroche les tissus sous-jacents à la tumeur, sans pouvoir déterminer au juste le trajet que suit le bistouri; aussi, dans certains cas d'ablation de tumeurs du sein, la main du chirurgien est-elle indécise, sinon téméraire, car la lame acérée du bistouri vient raser les côtes, et la flèche caustique introduite dans une trouée profonde peut détruire un point des muscles intercostaux, et ouvrir la cavité pectorale au moment de la chute de l'escarre. Si cet accident grave est arrivé à M. MAISONNEUVE lui-même, dans une de ses premières opérations, combien ne sera-t il pas plus fréquent entre des mains moins habiles et moins expérimentées; aussi ce procédé de M. MAISONNEUVE a-t-il été jugé, dès son origine, comme dangereux et par conséquent peu pratique.

La faveur nouvelle qui s'attache depuis quelques années aux opérations par les caustiques, doit être considérée comme une réaction contre le bistouri tout-puissant dans les hôpitaux de Paris; cette faveur a éveillé l'attention des chirurgiens; mais, nous devons le dire, les partisans de la cautérisation, trop enthousiastes et trop exclusifs, exagèrent son efficacité. Dans l'ablation d'une tumeur par les caustiques, disent-ils, la réaction inflammatoire est moins vive, la fièvre purulente nullement à craindre, l'hémorrhagie est presque toujours nulle, et surtout la récidive est moins fréquente que dans l'ablation d'une tumeur par le bistouri.

Ces raisons, il est vrai, paraissent avoir une certaine valeur; il est hors de doute qu'après l'opération par les caustiques, la fièvre inflammatoire et purulente est pour ainsi dire nulle, et l'hémorrhagie rare; mais, pour nous qui avons pratiqué ou vu pratiquer un grand nombre d'opérations par les caustiques, nous pensons que, huit fois sur dix, le bistouri est encore préférable.

Nous contestons surtout l'efficacité des caustiques contre la récidive du cancer; sur sept cas d'ablation de tumeurs du sein observés, soit à l'hôpital de Chartres, soit dans notre pratique particulière, nous avons vu sept fois la récidive et la mort consécutivement.

OBS. — Madame P..., de Gallardon, âgée de 50 ans : tumeur cancéreuse du sein gauche; cautérisation épicélienne; cicatrisation.

Trois mois après, récidive sur place de la tumeur; cautérisation hypocélienne; cicatrisation nouvelle.

Apparition d'une tumeur cancéreuse au côté gauche de la région cervicale; développement considérable de cette tumeur.

Mort dix-huit mois après la première opération (obs. XII).

OBS.. — Madame X., de Jony : tumeur cancéreuse du sein; cautérisation hypocélienne; cicatrisation complète.

Récidive du cancer sur le foie six mois après l'opération.

Mort rapide (obs. XIV).

OBS. XV. — Madame G., de Meslay, âgée de 40 ans; constitution faible : tumeur cancéreuse du sein droit ayant le volume du poing; cautérisation hypocélienne le 16 janvier 1850; ablation de la tumeur le 22 janvier.

Chute de l'escarre et cicatrisation rapide de la plaie.

Un mois après, il survint un ramollissement carcinomateux du sternum et une affection semblable d'une des vertèbres dorsales; de là une paraplégie complète, et la mort vers le 15 mars.

OBS. XVI. — Madame B., d'Illiers, âgée de 55 ans, embonpoint considérable : tumeur cancéreuse énorme datant de deux ans; ulcération de la peau au-dessous du mamelon; pas de ganglions ni de vaisseaux lymphatiques axillaires engorgés.

Cautérisation hypocélienne le 12 mai; ablation de la tumeur le 20 mai.

Chute de l'escarre huit jours après; cicatrisation complète de la plaie le 5 juillet.

Quatre mois après, l'affection cancéreuse récidiva dans un cautère qui avait été appliqué sur le bras droit; elle envahit toute l'épaule droite, et la mort survint huit mois après l'opération.

OBS. X. — Madame C., de Chartres, âgée de 61 ans, constitution faible : tumeur cancéreuse de la grosseur d'une tête de fœtus à terme siégeant à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, au niveau du sternum, survenue quatre ans après l'ablation d'une tumeur du sein droit par le bistouri.

Cautérisation hypocélienne le 30 octobre 1855.

Chute de la tumeur après quinze jours.

Détachement de l'escarre douze jours après.

La cicatrice s'opérait sur le tissu cancéreux; mais l'affection continua à faire des progrès pendant trois mois environ, et la mort survint.

OBS. XX. — Madame X., entrée à l'hôpital, âgée de 57 ans : tumeur squirreuse du sein droit du volume du poing.

Cautérisation hypocélienne le 25 octobre 1855.

Ablation de la tumeur le 14 novembre.

Chute de l'escarre le 21 novembre.

Cicatrisation parfaite sans traces de ganglions axillaires.

Un an après, cette femme fut atteinte d'une pleurésie chronique du côté droit, côté correspondant au sein enlevé, et mourut à l'hôpital.

OBS. XXI. — Madame X., de Senonches, âgée de 50 ans environ, entra à l'hôpital de Chartres, pour une tumeur du sein gauche du volume d'un œuf de poule.

Cautérisation hypocélienne; ablation de la tumeur en cinq jours; chute de l'escarre, et cicatrisation paraissant solide.

Cette femme sortit de l'hôpital, où elle revint trois mois après; la cicatrice s'était rompue et l'ulcération avait fait des progrès effrayants jusque sous l'aisselle.

Après un séjour d'un mois environ, cette femme s'en alla mourir à son domicile.

---

gloire, si l'esprit humain était livré encore, comme au moyen âge, au hasard d'un empirisme grossier et à la tutelle de traditions incomprises? De nos jours, c'est la science qui réveille, guide et féconde le génie de l'invention, et la recherche du vrai conduit tôt ou tard à la découverte de l'utile. Oui, j'ose l'affirmer, rien n'est inutile dans la science. Trop souvent on entend dire et répéter : A quoi bon cette multitude de faits théoriques dont elle s'enrichit incessamment? C'est l'ignorance qui tient ce langage. « On traite volontiers d'inutile ce qu'on ne sait pas, » a dit Fontenelle avec finesse. Amassons toujours des vérités et donnons notre temps et nos soins à des objets en apparence stériles; l'utilité cachée se découvrira un jour. Et puis n'est-il pas vrai que tout ce qui honore l'intelligence est digne de nos respects? Si vous vouliez juger la beauté d'une œuvre par sa valeur vénale, la grandeur d'une conception par son application immédiate, la noblesse d'une carrière par ses profits matériels, ah! dites-le moi, à quel rang placeriez-vous le Dante et Corneille, Leibnitz et Newton, et que deviendraient les plus beaux dons de l'esprit, la pénétration philosophique, l'éloquence et la poésie?

On lit dans Horace : *Difficile est proprie communia dicere*, et je suis frappé en ce moment de la justesse de cette remarque. Comment vous parler avec mesure et convenance des nombreux travaux que M. Soubeiran a entrepris sur la pharmacie, et ne dois-je point craindre, dans un sujet si ingrat, on d'être injuste envers sa mémoire, ou de fatiguer votre attention? Permettez-moi donc de m'attacher surtout à ce que ces travaux offrent de saillant, de les caractériser plutôt que d'en présenter l'énumération, et de faire ressortir l'influence qu'ils ont exercée sur les progrès de l'art.

Qui de vous, en ouvrant un ancien traité de pharmacie, n'a pas été étonné de ce chaos de recettes impossibles, de formules bizarres et de procédés tellement fastidieux qu'ils ne semblent avoir été inventés que pour lasser la patience on éprouver l'habileté des *Artistes-Apothicaires?*.. Enfin Lemery vint, qui combattit le premier les extravagances de la pharmacie galénique, en s'aidant du secours d'une chimie encore peu éclairée, mais sérieuse au moins et sincère. Le mouvement qu'il commença devint une réforme à la fin du siècle dernier. A cette époque, la chimie triomphante rajeunit la pharmacie, et en cela elle n'a fait que s'acquitter envers cette dernière, d'une dette contractée depuis des siècles; car elle en avait reçu de grands bienfaits, et c'est un beau privilége et un éternel bonheur pour la profession des pharmaciens, que d'avoir réveillé le génie de tant de chimistes éminents!

La réforme de l'art fut longue et difficile : on ne peut attaquer que par degrés les choses fortement établies. Aussi restait-il beaucoup à faire au commencement de ce siècle, pour terminer l'œuvre inaugurée par les Lemery et les Baumé. M. Soubeiran fut le continuateur de cette grande école. C'est à lui surtout que la pharmacie chimique doit sa forme actuelle. Il fut merveilleusement secondé par l'essor que prit la chimie organique et par tant de découvertes qui se succédèrent rapidement à partir de 1820, et parmi lesquelles je dois citer en première ligne l'immortelle découverte de Pelletier et Caventou.

Ses travaux à la pharmacie centrale, ses publications, son enseignement, ont porté notre collègue à la tête du progrès pharmaceutique.

Toutes nos opérées, soit en ville, soit à l'hôpital, ont donc succombé aux suites de la récidive du mal reparaissant, soit sur place, soit sur une autre partie du corps; et si nous rappelons nos souvenirs sur les suites des opérations nombreuses que M. Girouard a faites à Chartres, nous trouvons qu'il n'a pas été plus heureux que nous.

Nous nous rangeons donc complétement à l'opinion de M. Bonnet (de Lyon), savoir : que le caustique Canquoin n'agit pas mieux que le bistouri contre la récidive du cancer.

Ce qui en impose souvent aux malades trop crédules et aux chirurgiens trop disposés à la conviction pour la guérison, c'est la rapidité avec laquelle la cicatrisation s'opère après la chute de l'escarre résultant de la cautérisation au chlorure de zinc, et surtout c'est la facilité remarquable avec laquelle la cicatrice s'établit sur le tissu cancéreux lui-même.

L'enfant qui fait le sujet de l'obs. IV est un exemple concluant de cette cicatrisation sur le tissu cancéreux.

Après l'ablation de la tumeur fongueuse sanguine de la cuisse par la cautérisation hypocélienne, il restait un léger gonflement du tissu sous-jacent, qui était manifestement cancéreux; sur ce tissu, il s'est formé une cicatrice parfaite, au point que, pour certains opérateurs, la guérison était véritable.

Au moment de sa sortie de l'hôpital, l'enfant présentait une physionomie charmante, une teinte rosée des joues qui annonçait une santé générale superbe; mais trois mois s'étaient à peine écoulés, que les parents ramenèrent cet enfant chez l'un de nous; pendant ce laps de temps, la tumeur avait fait des progrès tels, qu'il ne fallait plus songer à une opération nouvelle, pas même à la désarticulation de la cuisse.

En présence de tous ces faits de récidive du cancer, nous sommes arrivés, ainsi que presque tous les chirurgiens, à nous poser cette question, savoir : Après l'ablation des tumeurs cancéreuses par les caustiques, peut-on montrer un cas de guérison réelle et permanente? Jusqu'à ce moment, nous répondrons par la négative, car nous avons appris, par expérience, à nous défier des observations qu'on se hâte toujours de publier avant la récidive du cancer et la mort des malades.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. THE LANCET.

Les livraisons de janvier, février et mars 1858 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Epilepsie avec menace d'asphyxie; opération de la trachéotomie*; par M. John Ogle. 2° *Des variétés de blessures pendant la guerre de Crimée*; par M. Spittall. 3° *Dilatation énorme des vaisseaux sanguins du membre inférieur*; par M. Adams. 4° *Coagulum formé dans les veines pendant l'état puerpéral*; par M. Hewitt. 5° *Des globes épidermiques dans les cancroïdes*; par M. Clark. 6° *De l'action caustique de l'acide sulfurique et du sulfate de zinc*; par M. Thompson. 7° *Anévrisme du tronc innominé traité par la compression de la carotide et de la sous-clavière*; par M. Edwards. 8° *Structure du crâne avec hernie du cerveau*; par M. Rosa. 9° *Maladies des contrées tropicales*; par M. Francis Day. 10° *Fœtus monstrueux*; par M. Millar. 11° *Blessure du cerveau*; par M. Chance. 12° *Encéphaloïde du sinus maxillaire*; par M. Davies. 13° *Des instruments de lithotritie dans les cas d'engorgement de la prostate*; par M. Coulson. 14° *Hémorrhagie au début de la grossesse*; par M. Bennet. 15° *Traitement des rétrécissements par les sondes urétrales*; par M. Wakley. 16° *Des substances employées par les dentistes pour combler les cavités des dents*; par M. Robinson. 17° *Excision du calcanéum par un nouveau procédé*; par M. Ericbsen. 18° *Tribut à la pathologie utérine*; par M. Hall. 19° *Tribut à la pathologie du rectum*; par M. Curling. 20° *Cautérisation du veru montanum avec le nitrate d'argent dans les pertes séminales involontaires trop abondantes*; par M. Solly. 21° *De l'opération de Pirogoff*; par M. Croft. 22° *Précautions hygiéniques que doivent observer les troupes anglaises aux Indes*; par M. Martin. 23° *Constipation opiniâtre*; par M. Pidduck. 24° *Périnéoplastie*; par M. Savage. 25° *Notice médicale sur les troupes du Bengale*; par un chirurgien militaire. 26° *Emploi d'une solution de potasse comme contre-poison de la belladone*; par M. France. 27° *Nouveau spéculum du vagin*; par M. Nelson. 28° *Fistule de la mâchoire inférieure*; par M. Parker. 29° *Diagnostic des positions du fœtus par le palper abdominal*; par M. Murray. 30° *Resection de la tête du fémur, suivie de succès*; par M. Price. 31° *Nouvelle opération pour le bec-de-lièvre*; par M. Duke. 32° *Rapport météorologique sur l'hôpital Saint-Thomas pour* 1857; par M. Dundas. 33° *Deux cas exceptionnels d'ulcères rongeants*; par M. Barwell. 34° *Conservation des aliments végétaux et animaux*; par M. Glover. 35° *Convulsions tétaniques simulant un empoisonnement par la strychnine*; par M. Roberts.

DILATATION ÉNORME DES VAISSEAUX SANGUINS DU MEMBRE INFÉRIEUR; par M. ADAMS.

OBS. — Un homme, âgé de 30 ans, venant du Canada, était atteint d'un ulcère donnant lieu à des hémorrhagies, et siégeant à la partie externe du pied; il avait en même temps une dilatation énorme des vaisseaux sanguins, qui paraissait congénitale; du reste, il n'offrait pas de trace d'affection interne; seulement son cœur battait avec force.

M. Adams constata les symptômes suivants : La cuisse droite était plus volumineuse d'un tiers; la saphène, grosse comme un doigt, était flexueuse et se renflait en ampoule en arrière de la cuisse. Les muscles de la jambe étaient atrophiés; mais les veines étaient très-développées, surtout vers le mollet et la cheville, dont la peau n'était qu'un réseau plexiforme. On sentait battre des artères dans tous les points du membre, et on distinguait une tumeur anévrismale de 3 pouces de long dans le creux poplité.

De graves hémorrhagies survinrent par la plaie de la malléole externe, qui pénétrait jusque dans le calcanéum; l'amputation de la jambe fut proposée, mais le malade la refusa, parce qu'il avait toujours pu se rendre maître de ses hémorrhagies par la compression.

Enfin, le malade succomba à ses pertes de sang répétées.

A l'autopsie, on trouva la dilatation des veines et des artères, la tumeur anévrismale, telles qu'on les avait soupçonnées pendant la vie. Les parois vasculaires étaient envahies par des dépôts athéromateux. Le tissu spon-

---

Il fut appelé, en 1832, à la direction de la pharmacie centrale de l'assistance publique de Paris. Cette position, qu'on peut regarder à bon droit comme la plus élevée à laquelle un pharmacien puisse aspirer dans la carrière professionnelle, a ouvert un champ nouveau et immense à l'activité de M. Soubeiran. Dans l'exercice de ses importantes fonctions, deux choses le préoccupaient surtout : livrer aux pharmacies des hôpitaux et des maisons de secours des médicaments d'une qualité irréprochable, et réaliser toutes les économies compatibles avec les besoins du service. Cette double tâche, il la remplit avec honneur et conscience pendant près de trente ans. Chez lui, l'habileté de l'administrateur vint en aide à l'autorité du savant. Les laboratoires où régnait une propreté recherchée furent l'objet de sa sollicitude constante. Il y appliquait immédiatement tous les progrès accomplis dans l'art de préparer les extraits, les eaux minérales artificielles, et, en général, de disposer les appareils et de conduire les grandes opérations de la chimie pharmaceutique. La variété des préparations qu'on y exécute lui permit d'expérimenter et de comparer tous les procédés de la pharmacie pratique, et d'en perfectionner un grand nombre. Il en éclairait la théorie pour en simplifier la marche.

Dans ces études, personne n'a fait intervenir plus largement que lui les connaissances chimiques les plus précises et les notions les plus variées empruntées aux sciences naturelles. Laissez-moi vous montrer par un seul exemple comment il procédait dans ses recherches. On connaît les difficultés qu'offrent la préparation et la conservation des sirops. Voulant jeter quelque lumière sur divers points relatifs à cette question, M. Soubeiran observe et définit avec toutes les ressources d'une science consommée les changements moléculaires que le sucre éprouve sous l'influence de l'eau et de la chaleur; il fait voir qu'à mesure que le sucre incristallisable se forme dans la solution, celle-ci subit une modification dans ses propriétés optiques; enfin, élargissant ce sujet restreint, il aborde l'histoire d'autres matières sucrées, du sucre de fruits, de sucre de maïs, du miel lui-même. C'est ainsi qu'il faisait concourir la chimie aux progrès de la pharmacie, et que ses travaux, tout en perfectionnant l'art, tournaient au profit de la science même. Dans le cours de sa longue carrière, il put amasser un trésor d'observations utiles, de faits nouveaux et de détails pratiques qui valent quelquefois des découvertes. Il les fit connaître dans cent mémoires disséminés dans les recueils scientifiques; il les résuma dans son livre.

Il avait donné, en 1828, un volume où il développait cette idée que les progrès sérieux et durables de la pharmacie ne peuvent naître que des applications des sciences naturelles et physiques. Ce petit livre eut un grand et légitime succès. Après quatre années passées à la pharmacie centrale, l'auteur, refondant son premier ouvrage et profitant des éléments précieux que sa position lui offrait, fit paraître le TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE PHARMACIE, parvenu aujourd'hui à sa cinquième édition. Abandonnant les routes battues, il disposa les matières d'après un ordre rationnel et tout nouveau. Dans cet ouvrage, au lieu de ces chapitres interminables sur les formes pharmaceutiques, on trouve les médicaments rangés d'après leurs affinités naturelles et les préparations éclairées par les propriétés des principes immédiats qui les composent. Ce traité n'est point seulement un compendium

gieux du calcanéum était détruit par le développement des artères, et c'était dans son intérieur qu'était née l'hémorrhagie funeste.

L'auteur pense qu'il avait affaire à un anévrisme par anastomose.

ANÉVRISME SUPPOSÉ DU TRONC BRANCHIO-CÉPHALIQUE TRAITÉ PAR LA COMPRESSION DE LA CAROTIDE ET DE LA SOUS-CLAVIÈRE; par M. EDWARDS.

OBS. — M. L..., âgé de 50 ans, dont la figure anxieuse dénotait la gêne respiratoire, présentait du côté droit du cou, derrière l'articulation sterno-claviculaire, une tumeur fortement pulsatile, compressible, élastique. Une autre tumeur semblable existait devant la trachée, et communiquait avec la précédente. Le malade les apercevait depuis deux mois, et elles avaient crû rapidement.

M. Edwards voulait lier les vaisseaux par la méthode de Wardrop; mais il fut détourné de ce projet par le docteur Laycock, qui pensa que la crosse de l'aorte participait à la dilatation anévrismatique.

Il fit donc construire un instrument pour établir une compression sur la sous-clavière et la carotide, et qui avait de grands rapports avec le tourniquet de Bourgery pour la compression de la sous-clavière.

Après une application de plusieurs heures, la tumeur parut augmenter sensiblement, ainsi que le bruit de souffle. Cependant, la première fut continuée au point d'arrêter les battements de la carotide externe et de l'humérale du côté droit.

Au quatrième jour, la tumeur était moins dure; cependant la petite, située en avant de la trachée, battait violemment.

Chaque jour, le chirurgien rajustait l'appareil et malaxait la tumeur pour briser les caillots de fibrine. Le malade était fort courageux.

Au bout de la première semaine, les symptômes dyspnéiques disparurent, mais le malade éprouva plus de difficulté pour avaler, ce qui fut dû sans doute à la solidification des caillots qui se trouvaient contre l'œsophage.

Enfin, après trois mois de traitement, le patient put reprendre ses occupations, faire de longues marches et dormir paisiblement.

La tumeur trachéale avait complétement disparu; celle du tronc innominé devint du volume d'une noix et très-dure.

La maladie de la crosse aortique sembla avoir un peu progressé.

En résumé, le malade a retiré un grand bénéfice de son traitement, puisqu'auparavant la tumeur principale paraissait devoir s'ouvrir, dans l'espace d'un jour ou deux, au docteur Laycock, et à ce chirurgien de mérite. Mais il résulte d'une communication faite par M. Edwards à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg que l'anévrisme avait pour siége, non le tronc brachio-céphalique, mais l'aorte ascendante. On put d'ailleurs constater, à l'autopsie, que l'artère sous-clavière avait été oblitérée par la compression (EDINBURGH MEDICAL JOURNAL, mai 1858). La modification heureuse imprimée à l'anévrisme par cette compression est un fait qui mérite toute l'attention des médecins.

DE L'OPÉRATION DE PIROGOFF; par M. CROFT.

Dans six cas où cette opération fut pratiquée, il y eut 2 morts et 4 succès. Les malades qui guérirent eurent des fusées purulentes, le long des tendons des péroniers et des tibiaux; 2 avaient subi l'amputation pour des altérations scrofuleuses, et 2 autres pour des gelures.

L'extrémité du calcanéum contracta de solides adhérences avec le tibia.

Chez le dernier opéré, la guérison se fit au douzième jour.

L'auteur fait remarquer à ce sujet que, dans les caries du calcanéum, l'extrémité postérieure est rarement atteinte, et qu'elle est apte à servir de soutien.

Cette opération a, sur celle de Symé, l'avantage de la rapidité; elle donne un lambeau plus vasculaire, un point d'appui plus solide, et laisse le membre plus long. Dans un cas, la différence de longueur avec le membre sain était seulement de 3/8 de pouce.

RESECTION DE LA TÊTE DU FÉMUR, SUIVIE DE SUCCÈS; par M. PRICE.

M. Price se félicite d'avoir, par cette opération, sauvé la vie de son malade.

OBS. — C'était un enfant de 8 ans, d'une constitution scrofuleuse, dont la hanche gauche était affectée de tumeur blanche depuis longtemps; des abcès profonds existaient depuis quelque temps, et la santé s'affaissait tellement, que ses parents prévoyaient une mort prochaine.

Le traitement consista d'abord à agrandir les trajets fistuleux et à y pratiquer des injections iodées, et à fortifier l'état général. Ce résultat étant obtenu, M. Price pratiqua la resection de la tête du fémur et des parties malades du bassin.

Le patient fut ensuite placé dans un appareil spécial, où il guérit fort bien, malgré une chute qu'il fit de son lit.

Au bout de neuf semaines, on le fit marcher avec des béquilles, et il avait une fausse articulation.

A propos de ce fait, M. Price fait remarquer que les luxations pathologiques sont loin d'être communes dans les maladies de la hanche, surtout au début, et qu'on y croit trop facilement, quand on voit des déformations.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DU TRICHINA SPIRALIS; par M. R. VIRCHOW (de Berlin). (Traduites par M. P. PICARD.)

Depuis quelque temps, je me suis spécialement occupé de rechercher la présence du *trichina spiralis* dans les muscles de l'homme; j'ai pu me convaincre que cet animal se rencontrait très-souvent à Berlin. Depuis huit mois, j'ai eu l'occasion d'en observer six ou sept cas. J'ai trouvé le *trichina spiralis* dans presque tous les muscles, même dans les muscles du larynx, de la langue, de l'œsophage et dans le diaphragme. Je ne l'ai trouvé qu'une seule fois dans le cœur, ce qui peut s'expliquer par les conditions chimiques spéciales dans lesquelles se trouve ce muscle.

Je passe sous silence les divers cas dont je viens de parler et qui ne présentent aucun intérêt spécial, pour ne m'occuper que de la dernière autopsie

---

d'officine, c'est un ouvrage d'éducation professionnelle, sévère et scientifique dans la méthode, simple et correct dans la forme, complet et lumineux dans les détails. Traduit dans toutes les langues de l'Europe, il est devenu le livre classique de la pharmacie moderne.

L'esprit de ce livre, on le retrouve dans l'enseignement de M. Soubeiran. En 1853, après la mort de notre illustre et tant regretté collègue Orfila, la chaire de Deyeux fut rétablie dans cette Faculté. M. Soubeiran la demanda et l'obtint. Il sentit vivement l'honneur de cette nomination et s'en montra digne. A un âge où d'autres aspirent au repos, il recommença une carrière, car, pour un savant, c'est changer de carrière que de changer d'enseignement. A l'école de pharmacie, il avait, pendant quinze ans, professé la physique. Tel était son talent d'exposition qu'il faisait comprendre et aimer une science dont il ne possédait que les éléments. Ses leçons étaient animées par une parole facile, lucide, élégante, et par un choix d'expériences et de démonstrations toujours appropriées aux besoins de l'auditoire. Quand il prit la chaire de pharmacie de cette Faculté, il grandit comme professeur, car à toutes les qualités qui l'avaient distingué d'abord, il en joignit une nouvelle, l'autorité, complément nécessaire de l'art de bien dire. Chargé d'initier les étudiants en médecine à la connaissance de la pharmacie, M. Soubeiran comprit tout ce que cette mission offre de particulier et de difficile. Il estima que les mêmes enseignements ne sauraient convenir à ceux qui sont appelés à préparer les remèdes et à ceux qui doivent les ordonner. Aussi, laissant de côté tout ce qui regarde la récolte, la fabrication et la conservation des drogues simples et tant de détails concernant les opérations pratiques de la pharmacie, il insistait particulièrement sur la description des médicaments, sur leur histoire, sur le choix des formes qu'il convient de leur donner, sur la manière de les doser justement et de les associer les uns aux autres sans les neutraliser ou les décomposer; enfin, pour tout dire en un mot, sur cet art un peu négligé et pourtant si utile qu'on appelle l'art de formuler. Le croira-t-on, de bons esprits ont élevé des doutes sur la convenance d'un tel enseignement à l'École de médecine. La Faculté ne pouvait point partager leur sentiment. Elle a mesuré l'utilité de la chaire aux services qu'avait rendus le professeur, et, parmi tant d'arguments qu'elle a pu produire, elle a fait valoir le succès remarquable qu'a obtenu M. Soubeiran. Hélas! il ne lui a pas été permis de jouir longtemps de ce succès et d'une position glorieusement conquise. Au printemps 1858, il sentit les premières atteintes d'une maladie qui l'emporta le 17 novembre de la même année.

Sa fin donna l'exemple d'une noble et mâle résignation. Calme au milieu de cruelles souffrances, il régla lui-même le soin de ses funérailles, dont il écarta toute pompe officielle. On eût dit qu'il voulait cacher sa mort, comme il avait caché sa vie, et dérober sa mémoire aux hommages qu'il avait si bien mérités. Il ne la dérobera point à nos regrets et à notre juste reconnaissance. Il vivra par ses œuvres, par ses vertus, et ce que nous avons admiré en lui restera : une âme honnête et pure, une volonté ferme, l'austérité des mœurs jointe à la douceur du caractère, et les facultés de l'intelligence ennoblies par les plus rares qualités du cœur. « J'aime le bien et les gens de bien: » telle était sa devise, devise touchante et bien légitime, car il ne faisait qu'aimer

qu'il m'a été donné de faire. Dans ce cas fort intéressant, j'ai trouvé un nombre incroyable de *trichina*; la plupart étaient encore en vie; je pus voir très-nettement leurs mouvements intérieurs et extérieurs, quand je les eus retirés du kyste qui les entourait; j'ai pu aussi les observer enveloppés dans ce dernier, après l'avoir traité par la soude.

L'histoire du *trichina* étant peu connue, je résolus de tenter quelques expériences et d'en faire manger à un chien. MM. Herbst, Lenckart et Ziner ont déjà tenté des expériences analogues; la plupart n'ont pas obtenu de résultats satisfaisants, surtout lorsque les *trichina* provenaient de l'homme. Lenckart trouva un *trichina* vivant dans l'intestin d'une souris qu'il avait nourrie avec cet entozoaire; Herbst prétend avoir retrouvé dans les muscles d'un chien un *trichina* qu'il avait fait manger à cet animal.

Le chien auquel je fis manger un grand nombre de *trichina* était déjà malade au début de l'expérience; ce détail, que j'ignorais malheureusement, ne nous permit pas de prolonger longtemps l'expérience; trois jours et demi après avoir mangé le *trichina*, ce chien mourut d'une double pleurésie hémorrhagique. L'autopsie fut faite peu de temps après la mort; je trouvai dans le poumon de nombreuses ecchymoses peu étendues: j'espérais déjà rencontrer des *trichina* dans ces points, mais je ne pus parvenir à les voir.

Je fus plus heureux pour l'intestin. Outre plusieurs ténias et un grand nombre de podrospermes que contenaient les villosités intestinales, je rencontrai dans le mucus qui remplissait la partie supérieure de l'intestin grêle, un nombre très-considérable de *trichina* libres et vivants. Je ne trouvai aucune trace de leur kyste d'enveloppe; la plupart étaient entourés de graisse figée, et ressemblaient à l'œil nu à de petits bâtonnets blanchâtres; cette disposition n'était pourtant pas constante. Les autres *trichina* étaient si petits, qu'on ne pouvait les reconnaître qu'après les avoir débarrassés du mucus qui les entourait: ils étaient remarquables par leur transparence.

Ces entozoaires étaient véritablement des *trichina*: d'abord ils se trouvaient en grand nombre; puis ils ressemblaient aux autres *trichina* par toutes leurs parties; ils étaient cependant plus avancés dans leur développement; à côté des *trichina* développés se trouvait un nombre assez considérable de *trichina* morts.

Ces animaux étaient trois ou quatre fois plus longs, deux fois seulement plus larges que les *trichira* primitifs; ils n'avaient plus la forme spirale; ils étaient étirés, surtout du côté de la tête. L'extrémité caudale, plus volumineuse que d'habitude, était un peu recourbée. A l'intérieur de leur corps, on voyait leur appareil génital entièrement développé; j'ai pu voir, serrés les uns contre les autres, des œufs d'un aspect pâle et blanchâtre; j'ai même observé des cellules spermatiques, et dans quelques cas des spermatozoïdes bien formés. Les *trichina* avaient une grande ressemblance avec le trichocéphale, ce qui viendrait à l'appui des idées de Küchenmeister, qui prétend que le *trichina* ne diffère du trichocéphale que par le degré de développement. Les recherches de M. Davaine sur le développement des œufs du trichocéphale hors du corps vivant tendraient aussi à étayer cette manière de voir. Je n'ai cependant jamais rencontré dans les mâles les organes génitaux caractéristiques du trichocéphale, et peut-être le *trichina* eût-il pu devenir un autre entozoaire, un strongle intestinal par exemple. Ce qui est démontré, c'est que le *trichina*, de même que le cysticerque ou l'échinocoque, peut continuer son développement dans l'intestin des carnivores.

De la narcotisation localisée pratiquée a l'aide d'injections de sulfate d'atropine sur le nerf pneumogastrique comme nouveau moyen de guérir les attaques d'asthme; par M. A. Courty.

(Commissaires: MM. Velpeau, Rayer, J. Cloquet.)

Madame C..., âgée de 54 ans, encore réglée, d'une petite taille, d'une constitution sèche, mais assez forte, d'un tempérament nerveux-sanguin, depuis l'âge de 11 ans, n'a jamais souffert la moindre douleur et ne se rappelle avoir eu aucune maladie nerveuse. Seulement, à l'âge de 8 ans, pendant une épidémie de dyssenterie, elle fut atteinte comme beaucoup d'autres, et resta deux mois malade. Mariée à 28 ans, elle eut un enfant qui mourut à l'âge de 6 mois.

Il y a quatre ans, à la suite d'une course rapide et pénible, qui avait déterminé une transpiration abondante, elle se refroidit et éprouva à l'instant même une grande difficulté dans la respiration. La dyspnée augmenta peu à peu, soit par défaut de soins, soit plutôt par suite de la nature même de la maladie au développement de laquelle le refroidissement et la suppression brusque de la transpiration avaient servi de cause occasionnette, et bientôt les accès d'asthme, séparés par des intermittences plus ou moins longues, mais rarement exemptes d'oppression, atteignirent le degré de violence que je leur ai reconnu depuis que je donne des soins à cette malade.

Plusieurs médecins avaient déjà donné des soins à madame C..., et essayé vainement de la soulager par l'usage longtemps prolongé de l'ipécacuanha, de la belladone, des vésicatoires et des autres moyens usités en pareille circonstance, même des inspirations d'éther et de chloroforme.

Lorsque je fus appelé auprès d'elle pour la première fois, il y a environ dix-huit mois, je la trouvai en proie depuis plusieurs jours à un de ses violents accès, ne pouvant dormir ni manger, ayant beaucoup de peine à parler, l'oppression se trouvant par moments interrompue par des quintes de toux très-fatigantes, avec état vultueux et violacé des lèvres et de la face, d'ailleurs ordinairement assez pâle, produisant l'imminence de la suffocation, et suivies d'une expectoration muqueuse qui apportait à peine un soulagement de quelques minutes.

L'auscultation fait constater qu'il n'existe aucune altération organique du cœur, mais qu'il y a un peu d'emphysème pulmonaire, untamment vers le sommet des deux poumons, et la contraction spasmodique des bronches, de la trachée et du larynx déterminant un râle sibilant des plus intenses.

Un émétique, un purgatif, des frictions sur le con avec l'onguent napolitain belladoné, des pilules antispasmodiques composées d'opium, d'extrait de valériane et d'extrait de belladone à parties égales, l'usage interne du chlorate de potasse, et des sinapismes promenés sur divers points, me parurent successivement appelés à remplir les principales indications et finirent par produire en effet, au bout d'une quinzaine de jours, un soulagement marqué, suivi lui-même de la fin de l'accès et d'une amélioration notable de la maladie pendant l'intermission, notamment de la possibilité, pour madame C., de se coucher dans son lit.

Les mêmes moyens furent employés avec la même efficacité une autre fois, et parurent conjurer un nouvel accès, sans amener d'ailleurs un résultat assez satisfaisant pour permettre à la malade de sortir de son appartement.

Mais, quelques mois après, la maladie reparut avec une violence telle, que, après avoir employé de nouveau sans succès, pendant trois semaines, les mêmes moyens, la fumée de datura stramonium, des cigarettes Espic, etc., je crus devoir recourir aux lumières d'un confrère. Mon collègue et ami, le professeur Bouisson, appelé en consultation, après avoir examiné attentivement la malade, partagea mon avis sur la nature de l'affection, et nous arrêtâmes ensemble le traitement suivant: pilules de Dupuy; vésicatoires promenés sur la poitrine et pansés avec l'hydrochlorate de morphine; usage des Eaux-Bonnes.

Malgré l'usage longtemps continué de ces moyens et de plusieurs autres, cette nouvelle crise se prolongea plusieurs semaines encore. Enfin, elle s'apaisa par degrés, et une nouvelle intermission, ramenant un peu de calme, permit à la malade de prendre haleine pendant trois ou quatre mois. Ma-

---

ses paroles. Simple et un peu réservé dans ses manières, il n'avait point cet abord facile et souriant qui prévient toujours, mais qui trompe quelquefois. Chez lui la réserve n'était point froideur, mais timidité. Il était d'une complexion délicate, et l'état de sa santé ne lui a jamais permis ni les efforts trop longtemps soutenus ni les veilles prolongées. Il y suppléait par la constance et la régularité du travail, et son courage lui tenait lieu de force.

C'est un noble devoir que d'honorer après leur mort les hommes de mérite qui, vivants, ont oublié de se faire valoir. Il en était ainsi pour notre collègue, dont la modestie dépassait le talent. Mais cette modestie même me commande de tempérer la louange. Le seul éloge digne d'un tel homme, c'est de proposer en exemple sa vie bien remplie, et d'appliquer à sa mémoire ces paroles du prince des historiens de Rome: « *Admiratione te potius quam temporalibus laudibus, et, si natura suppeditet, æmulatione decoremus.* »

Me trompé-je en pensant que la carrière laborieuse, utile, honorée, qu'a fournie M. Soubeiran, peut exciter la noble émulation de quelques-uns de ces jeunes agrégés, l'espoir de cette Faculté et de la science future, et qui aujourd'hui, pour la première fois, se pressent dans cette enceinte? Et, puisqu'en terminant je prononce des paroles de bienvenue, je tiens à honneur de saluer nos nouveaux collègues, vous, monsieur, dont les brillantes découvertes étonnent depuis vingt ans les écoles de physiologie de l'Europe et qui nous apportez le tribut d'une expérience consommée et d'une autorité si justement reconnue. Vous, monsieur, que des liens si étroits unissent au collègue dont nous déplorons la perte et qui avez eu le rare privilége de lui succéder trois fois. Vous estimerez haut et vous conserverez intact le précieux héritage scientifique qu'il vous a légué. C'est pour vous une obligation sacrée, mais, courage! elle n'est point au-dessus de vos forces, de ces forces que vous puiserez dans un talent déjà éprouvé, et dans les sentiments de vénération et de piété filiale que vous inspire la mémoire de M. Soubeiran.

Après ce discours, souvent applaudi, M. Gavarret a proclamé les prix de l'École pratique.

Grand prix (médaille d'or): M. Heurtaux. — Premier prix (médaille d'argent): M. Simon. — Deuxième prix (idem): M. Serdey. — Mention honorable: M. Gibert.

Prix Montyon: M. Peter. — La Faculté a décidé qu'il n'y a pas lieu de décerner cette année le prix Corvisart.

— M. le docteur Duchesne-Duparc reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, jeudi prochain 24 novembre, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8, près l'École de médecine, et les continuera les jeudis suivants, à onze heures précises du matin.

dame C... ne pouvait pourtant ni sortir, ni se livrer à ses occupations ordinaires.

Le 28 août 1859, je fus appelé pour un nouvel accès, en tous points semblable aux plus intenses déjà observés sur la même malade. Je pris aussitôt le parti d'essayer sur madame C... l'influence si remarquable de la narcotisation localisée. En conséquence, le même jour, à trois heures trente minutes du soir, je pratiquai une *première injection* de 6 gouttes de la solution de sulfate d'atropine au centième, équivalant à près de 2 milligrammes de ce sel, en dedans du sterno-cléido-mastoïdien gauche, au niveau du cartilage thyroïde, sur le trajet de la gaîne des vaisseaux et nerfs du cou, c'est-à-dire du pneumo-gastrique. Le trois-quarts fut enfoncé de 7 à 8 millimètres seulement, de peur de léser les organes importants de la région. Quelques minutes après l'injection, vertiges, sécheresse de la bouche et de la gorge, dilatation des pupilles, fréquence du pouls, impressionnalité très-grande à la voix et au toucher.

A cinq heures, nous constatons ces divers symptômes de narcotisation. En même temps, nous remarquons avec plaisir que la respiration est un peu plus aisée. Sinapismes aux pieds.

29 août. Pendant la nuit, il y a eu un peu d'agitation et même de délire; à deux heures du matin, une quinte de toux. Cependant madame C... a pu coucher dans son lit et dormir par intervalles assez fréquents. D'après nos instructions, elle a pris une pilule de 0gr,05 d'extrait gommeux d'opium. Ce matin à onze heures, l'oppression est moins forte, plus de céphalalgie; de temps à autre, quelques tournoiements de tête et des quintes de toux moins longues que précédemment. *Deuxième injection* de 6 gouttes, au même niveau, du côté droit, mais à une profondeur au moins double : le trois-quarts ayant fait la piqûre, la canule seule fut enfoncée peu à peu, de manière à avancer sans danger aussi près que possible du pneumo-gastrique. A onze heures trente minutes, somnolence, congestion vers la tête; la malade ne se plaint de rien. Les symptômes de narcotisation vont en augmentant. A trois heures du soir, madame C... se trouve encore dans l'état de stupeur qui l'a prise, dit-on, après onze heures trente minutes; elle ne nous reconnaît pas, semble effrayée quand on s'approche d'elle, profère des mots sans suite, revient pourtant à elle-même en peu d'instants, et répond très-laconiquement à nos questions; céphalalgie, bouche sèche, sensation de brûlure dans le larynx et dans l'œsophage; dilatation des pupilles; pouls petit, fréquent; respiration presque normale. (Sinapismes aux pieds, 0gr,10 extrait gommeux d'opium, divisés en quatre pilules égales à prendre de demi-heure en demi-heure, jusqu'à diminution notable des symptômes.)

A neuf heures, les symptômes d'intoxication sont moindres; mais comme la malade n'a pris qu'une pilule, il paraît convenable, pour la délivrer plus vite, de mettre des sinapismes aux mollets et de donner une nouvelle dose d'opium.

30 août. Pendant la nuit le sommeil a été un peu agité par des rêves, des cauchemars. La respiration, quoique plus aisée, n'est pas tout à fait aussi libre qu'elle l'était hier pendant l'intoxication. Nous avions remarqué, depuis plusieurs jours, un état saburral de la langue, la bouche était pâteuse, l'appétit presque nul, la constipation opiniâtre : la malade a rendu ce matin une tasse de café. En conséquence nous prescrivons un purgatif (huile de ricin 50 grammes, eau de menthe, sirop de limons, de chaque 20 grammes. Mêlez.) Dix heures du soir. Madame C...., a vomi le purgatif et tout ce qu'elle a pris après (bouillon aux herbes, tisanes, etc. Nous prescrivons un lavement laxatif qui est rendu bientôt sans matières fécales).

31 août. La nuit a été très-bonne : il y a longtemps, nous dit madame C...., qu'elle n'en avait passé de pareille. Sommeil de plusieurs heures. La langue est toujours saburrale, épaisse, jaunâtre, la bouche amère, les envies de vomir sont bien manifestes (5 centigrammes tartre stibié, à répéter si les vomissements ne sont pas assez considérables). Huit heures du soir, la malade a vomi des matières jaunes-verdâtres, après la première prise. Elle se sent fatiguée après la première prise. Néanmoins la respiration devient de plus en plus libre, l'expectoration est facile; il n'y a que quelques rarares quintes de toux. Les règles arrivent à l'époque ordinaire.

1er septembre. Moins de sommeil que la nuit précédente, du reste, pas de quintes de toux, expectoration facile, respiration aisée, un peu sifflante. A onze heures, *troisième injection* de 7 gouttes, au-dessous du dernier point piqué à droite; la canule, pénétrant à 2 centimètres, est promenée de haut en bas de manière à disperser le liquide dans une plus grande étendue sur le trajet du nerf. Deux heures du soir. Douze heures trente minutes, la malade ne connaît plus personne, elle entend pourtant et, à chaque parole, elle paraît surprise des sons qu'elle perçoit; peu de dilatation de la pupille, tête chaude, pouls petit, fréquent, respiration très-aisée (sinapismes aux pieds, pilules de 0gr.,025 d'extrait gommeux d'opium à prendre de trente minutes en trente minutes jusqu'à cessation des phénomènes d'intoxication). Sept heures du soir. La malade a recouvré ses sens depuis quatre heures, après avoir pris deux pilules d'opium; la céphalalgie a diminué progressivement, il y a encore des étourdissements et un peu de sécheresse dans la bouche; pas de quintes de toux depuis ce matin, la respiration est très-facile.

A partir de ce moment, c'est-à-dire quatre jours après la première injection, l'accès d'asthme est entièrement terminé et la malade peut être considérée comme guérie.

1er octobre. Madame C.... est entièrement rétablie. Elle respire facilement, digère bien, peut se promener et reprendre les soins de son ménage. 1er novembre. La guérison ne s'est pas démentie. Madame C.... est venue me voir plusieurs fois dans mon cabinet, bien que son logement soit très-éloigné du mien. Elle monte l'escalier sans oppression, la respiration est libre; elle ne se rappelle pas avoir jamais avoir été aussi bien portante depuis quatre ans, époque de l'invasion de sa maladie; elle se regarde, malgré les craintes que nous exprimons à cet égard, comme délivrée pour toujours de son asthme et en possession de sa santé d'autrefois.

RECHERCHE DE L'ARSENIC; REMARQUES PRÉSENTÉES A L'OCCASION D'UNE COMMUNICATION RÉCENTE; par M. E. FILHOL.

Le COMPTE RENDU de la séance de l'Institut du 17 octobre 1859 renferme une note de M. Gaultier de Claubry dans laquelle il est dit que le procédé de carbonisation des matières organiques qui consiste à traiter ces matières par l'acide azotique est jugé et repoussé par tous les chimistes. Cette assertion me paraît trop absolue, et je me vois dans la nécessité de rappeler que j'ai proposé en 1848 (JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, t. XIV, p. 404) de faire subir à ce procédé une modification qui fait disparaître les inconvénients qu'on lui reprochait avec raison, et que le procédé ainsi modifié a reçu l'approbation de tous ceux qui, à ma connaissance, ont essayé de l'employer. C'est ainsi qu'en 1852 Orfila (TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, t. I, p. 495) ayant répété mes expériences, déclara qu'il avait constamment obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de la carbonisation par un mélange d'acide azotique et d'acide sulfurique dans la proportion de 100 grammes du premier et de 10 à 12 gouttes du second, ce dernier n'étant employé que pour éviter la déflagration du résidu.

A la suite de cette communication, MM. Pelouze et Regnault font remarquer que le procédé dont il s'agit dans la lettre de M. Filhol doit réussir sans doute quand il est appliqué par un chimiste expérimenté, mais que hors de cela il pourrait avoir de graves inconvénients. Ils rappellent, en terminant, les réflexions qui ont été présentées sur ce sujet dans le rapport lu à l'Académie le 14 juin 1841.

MÉMOIRE SUR LA GLUCOSURIE DANS LA FIÈVRE PALUDÉENNE; par M. ED. BURDEL (de Vierzon).

L'auteur en terminant son mémoire résume dans les termes suivants les résultats de ses recherches :

1° Il existe dans les fièvres paludéennes un véritable diabète ou glycosurie;

2° Cette glycosurie n'est qu'éphémère, c'est-à-dire qu'étant l'expression des troubles survenus dans l'organisme, elle apparaît avec la fièvre, persiste autant qu'elle et disparaît aussi avec elle;

3° La glycosurie de la fièvre paludéenne révèle bien le trouble profond et spécial qui frappe l'équilibre existant entre le système cérébrospinal et le système sympathique;

4° Cette explication donnée par M. Cl. Bernard se trouve confirmée par ces faits;

5° Plus l'accès est violent, plus les frissons sont intenses, plus aussi la quantité de sucre dans les urines est considérable;

6° Plus au contraire les accès ont été nombreux et ont perdu de leur force, plus en un mot la cachexie s'établit, moins la quantité de sucre est élevée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit :

1° Un travail de M. le professeur Courty (de Montpellier), intitulé : « De la narcotisation localisée pratiquée à l'aide d'injections de sulfate d'atropine sur le nerf pneumo-gastrique, comme nouveau moyen de guérir les attaques d'asthme (Comm. déjà nommée, MM. Trousseau, rapporteur);

2° Un mémoire en espagnol, sur la fièvre jaune, par M. le docteur Evaristo Pineda (de Buenos-Ayres) (Comm. déjà nommée, M. Beau, rapporteur);

3° Une note de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, contenant la description d'un appareil à fractures construit d'après les indications de M. le docteur Duclout (Comm. : M. Malgaigne).

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bretonneau assiste à la séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite le décès de M. Arendt (de Saint-Pétersbourg), associé de l'Académie.

RAPPORTS. — EAUX MINÉRALES.

M. OSSIAN HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, les rapports suivants :

1° Un rapport sur l'eau d'une nouvelle source découverte à Vichy, et désignée sous le nom de source *Larbaud*. L'eau de cette source sort à une tem-

pérature moyenne de 15°; elle est d'une limpidité parfaite; mais exposée à l'air ou à la chaleur, elle se trouble en blanc jaunâtre ou ocracé; elle est très-riche en gaz carbonique, en fer et en bicarbonates alcalins. Elle contient, en outre, comme les autres sources de Vichy, des iodures, des bromures, de l'arsenic, etc.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter demandée.

2° Un rapport sur l'eau de Saint-Moritz (canton des Grisons, Suisse).

Cette eau étant analogue aux eaux ferrugineuses bicarbonatées calcaires et alcalines de France, la commission conclut qu'il n'y a ni opportunité ni utilité à en permettre l'importation.

3° Un rapport sur l'eau d'une source sulfureuse découverte à Compans (Seine-et-Marne).

Considérant l'insuffisance des documents adressés au sujet de cette source, et l'imperfection de ses moyens de captage, la commission pense qu'il y a lieu d'ajourner provisoirement l'autorisation sollicitée.

Les conclusions de ces rapports sont successivement adoptées par l'Académie.

— M. Depaul, au nom de la commission de vaccine, commence la lecture du rapport général annuel sur les vaccinations.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉORGANISATION DE LA CHAIRE DE PHARMACIE.

RAPPORT A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES.

Monsieur le ministre,

La chaire de pharmacie de l'Ecole de médecine de Paris étant devenue vacante par la mort de son regrettable titulaire, M. Soubeiran, vous avez voulu qu'une commission spéciale fût chargée d'examiner le programme du cours dont il était chargé, et de vous dire si ce programme, préparé sur votre demande par les soins de la Faculté, était l'expression la plus complète et la plus utile de l'enseignement qui doit être donné dans une chaire de pharmacie et dans une Faculté de médecine. Après un examen attentif, la commission vient vous rendre compte du résultat de ses délibérations.

Elle répondra, en même temps, aux questions d'une nature plus générale que Votre Excellence a bien voulu lui indiquer verbalement comme étant comprises dans le cercle de ses études.

A l'unanimité, la commission est d'avis que l'enseignement de la pharmacie proprement dite à la Faculté de médecine de Paris n'exige pas un cours entier d'un semestre.

A l'unanimité également, elle est d'avis qu'il y aurait lieu d'instituer la chaire affectée à cet enseignement sous le titre de *Chaire de pharmacologie* comprenant la *matière médicale* et la *pharmacie*.

Ce cours devrait embrasser :

I. — L'exposé des procédés généraux de la préparation des médicaments;

II. — L'étude particulière des substances médicamenteuses et des médicaments, envisagée sous le rapport de leur histoire naturelle, de leurs caractères physiques ou chimiques, de leurs formes pharmaceutiques, enfin des sophistications dont ils peuvent être l'objet;

III. — L'art de formuler;

IV. — L'histoire des eaux minérales naturelles et des eaux minérales artificielles;

V. — L'histoire de la pharmacie, considérée chez les anciens et chez les principales nations de l'époque actuelle.

Ce programme sommaire nous a paru suffire pour faire comprendre la pensée de la commission sans gêner en rien la liberté du professeur qui sera chargé de la traduire en leçons; il était toutefois indispensable de mettre sous les yeux de Votre Excellence, le mot *pharmacologie*, par lequel la commission propose de définir la chaire, ayant reçu des interprétations diverses dans les ouvrages de médecine ou de pharmacie.

La commission s'est appuyée, en le choisissant, sur l'emploi le plus habituel qui en ait été fait; elle a écarté le titre de *Chaire de pharmacie* par divers motifs considérables.

Premièrement. La Faculté de médecine de Paris elle-même n'a pas entendu que la chaire dont elle a voté le maintien serait consacrée à un cours de pure pharmacie.

Secondement. Un tel cours existe et est parfaitement à sa place à l'Ecole de pharmacie, où, à la rigueur, peuvent l'aller suivre ceux des élèves en médecine qui voudraient diriger leurs études de ce côté.

Troisièmement. A l'égard des élèves en médecine en général, il y a plus d'inconvénient que de profit à fixer leur attention sur les procédés en usage pour la préparation des médicaments, procédés toujours compliqués de détails minutieux et infinis, dont la connaissance précise est indispensable au pharmacien, mais dont le médecin n'a jamais à s'occuper.

Ainsi, la commission propose-t-elle d'étudier moins dans le cours de la Faculté la préparation des médicaments, ce qui ne regarde que le pharmacien, et d'étendre davantage leurs caractères et leurs actions réciproques, ce qui intéresse au contraire beaucoup le médecin, car c'est ainsi qu'il arrive à se rendre compte des principes de l'art de formuler.

Il est à peine nécessaire d'indiquer par quels motifs la commission fait rentrer les leçons relatives aux eaux minérales dans le cours de pharmacologie. Les eaux minérales naturelles sont des médicaments qu'on pourrait appeler *simples*, selon la terminologie pharmaceutique ordinaire, c'est-à-dire donnés par la nature et n'ayant été l'objet d'aucune manipulation, de même que les eaux minérales artificielles sont des médicaments qu'on pourrait appeler *composés*, ou préparés par la main de l'homme.

Les unes sont donc du ressort de la matière médicale, les autres du ressort de la pharmacie, et elles se rattachent également, en conséquence, au cours de pharmacologie, d'après la définition que la commission adopte de ce mot.

Mais la commission est obligée d'exposer les motifs qui la déterminent à réunir la matière médicale elle-même à la pharmacie et à la séparer de la thérapeutique, à laquelle elle est associée aujourd'hui dans le cours de la Faculté de Paris.

La matière médicale ou l'histoire naturelle des drogues médicamenteuses est une branche de l'enseignement de l'art de guérir qui prend plutôt sa base, son point de départ, dans les collections du naturaliste et dans l'officine du phamacien qu'au lit du malade.

C'est au lit du malade, au contraire, que la thérapeutique l'étudie.

Or la Faculté de médecine, lorsqu'elle doit pourvoir à la nomination d'un professeur de thérapeutique, est naturellement préoccupée des besoins de ses élèves, au sujet des doses auxquelles il convient de prescrire les médicaments, de la forme qu'il faut préférer pour leur administration, des effets qu'on en peut attendre, eu égard à l'état du malade, à ses forces, aux complications que la maladie présente, aux conditions générales des temps et des lieux elles-mêmes. En conséquence, elle désigne au choix de l'autorité un clinicien étranger, en général, par ses goûts et ses habitudes, à l'étude de la matière médicale, qui se réduit entre ses mains à l'histoire des médicaments usuels.

Au contraire, elle choisira toujours pour la chaire de pharmacologie un candidat spécialement préparé par sa connaissance pratique des drogues simples, et par des études dans la double direction de la chimie et de l'histoire naturelle, à s'occuper avec intérêt et curiosité de l'histoire des médicaments simples pour elle-même, et à faire, par conséquent, un bon cours et un cours complet de matière médicale.

Remarquons, de plus, que la commission reconnaît qu'il est impossible de faire un cours d'un semestre sur la pharmacie pure, tandis qu'une et même deux années ne suffisent point à l'enseignement de la thérapeutique, restreint néanmoins à ses objets les plus essentiels.

Il y a donc lieu de dégrever l'enseignement de la thérapeutique et d'étendre celui de la pharmacie. La combinaison proposée rendrait donc service aux deux chaires, tout en offrant aux élèves deux enseignements plus homogènes, ce qui, pour le succès de leurs études, est toujours avantageux, les professeurs le savent bien.

La commission a-t-elle besoin de justifier l'innovation qu'elle propose en demandant au professeur de pharmacologie de faire quelques leçons sur l'histoire de la pharmacie? Je ne le pense pas. Exposer à grands traits les transformations que la pharmacie a subies à partir d'Hippocrate sous l'influence de Galien, sous celle des Arabes, de Paracelse, et surtout à mesure que la chimie moderne a mieux fait connaître à la fois l'importance des agents minéraux solubles et absorbables, et l'art d'extraire les principes actifs des plantes ou des animaux, de façon à concentrer sous le plus petit volume leur énergie médicamenteuse, ce sera, pour le professeur, l'occasion de montrer par quels liens étroits les ressources et les pratiques de l'art de guérir demeurent toujours unies aux progrès de la philosophie naturelle.

Il ne saurait être inutile non plus d'appeler l'attention des élèves sur les caractères généraux qui distinguent les procédés pharmaceutiques en usage en France de ceux qui sont préférés en Angleterre, en Allemagne et dans le nord de l'Europe, en Italie ou dans d'autres pays. Même à l'époque actuelle, où de fréquentes communications tendent à confondre les usages et à émousser les caractères spécifiques de contrées séparées autrefois et inopinément rapprochées par les chemins de fer, il est encore facile de distinguer les unes des autres les formules médicamenteuses écrites par les médecins des diverses nations que nous venons de citer. En Angleterre, les doses sont plus fortes; en Allemagne, les formules sont plus complexes; en France, les prescriptions empruntent davantage aux progrès de la chimie, etc.

N'est-il pas bon que ces nuances, ces traits généraux soient connus des élèves, et n'est-il pas bon surtout que le médecin français puisse lire à livre ouvert les prescriptions des médecins étrangers et les formules des pharmacopées étrangères, sans être arrêté par les signes spéciaux en usage dans les autres pays pour exprimer les poids et les mesures? Telles sont les considérations qui déterminent la commission à proposer à Votre Excellence de maintenir la chaire en discussion, de l'appeler chaire de pharmacologie, et d'adopter pour cet enseignement le programme ci-dessus tracé.

Vous avez autorisé, monsieur le ministre, la commission à énoncer au besoin les vœux qui lui sembleraient justifiés par les études que vous lui avez confiées.

Elle mettra cette autorisation à profit.

Il lui semble que l'enseignement de la chimie à la Faculté de médecine de

Paris n'est plus organisé d'une manière aussi profitable qu'il l'était il y a dix ans, lorsqu'il existait deux chaires de chimie, l'une affectée à la chimie minérale, l'autre à la chimie organique. A cette époque, le cours de pharmacie était professé par un agrégé, et l'enseignement de la chimie médicale, en conséquence, n'était géné par aucune entrave.

A la vérité, l'Ecole ouvrait alors ses cours à des élèves qui n'étaient pas encore pourvus du diplôme de bachelier ès sciences. Elle n'exigeait d'eux que le diplôme de bachelier ès lettres pendant la première année de leurs études; elle admettait donc qu'ils pouvaient ignorer la chimie et qu'ils avaient besoin de l'apprendre.

Lorsque S. M. l'Empereur décida, en 1852, que l'enseignement élémentaire des sciences serait rétabli dans les lycées sur les mêmes principes qui avaient guidé le fondateur de l'Université, votre prédécesseur pensa que les étudiants en médecine pouvaient être dispensés du titre de bachelier ès lettres, mais qu'on devait en exiger le diplôme de bachelier ès sciences. En conséquence, ils avaient dû suivre un cours complet de chimie avant d'entrer à l'Ecole, et ils n'avaient plus besoin d'y trouver, on pouvait le croire, un enseignement général de cette science. Une chaire de chimie médicale semblait suffire aux intérêts de la Faculté de Paris.

Mais les choses ayant été remises sur leur ancien pied par une mesure récente à laquelle le corps médical tout entier a applaudi, il serait naturel d'en conclure que les étudiants admis dans les Facultés avec le diplôme de bachelier ès lettres, peu familiarisés dès lors avec les études chimiques, ayant à produire cependant plus tard le diplôme de bachelier ès sciences, ont besoin, comme autrefois, de trouver un enseignement complet de chimie dans l'Ecole même.

Il est vrai que, près de chaque Faculté de médecine, il existe une Faculté des sciences, et que l'enseignement de la chimie s'y trouve représenté.

Mais, lorsqu'il s'agit de la Faculté de médecine de Paris, on peut se demander si l'on n'a pas été trop loin en lui appliquant un régime qui, à la rigueur, suffirait à celles de Montpellier ou de Strasbourg, et si les contacts de la chimie et de la médecine, qui ont produit Stahl, Boerhaave, Berthollet, Fourcroy, Berzélius et Prout, n'ont pas été profitables également à ces deux sciences et aux progrès généraux de l'esprit humain?

La chimie n'a-t-elle pas pris une trop large place dans l'étude de l'homme sain ou de l'homme malade? n'est-elle pas trop fréquemment mêlée aux questions que la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la médecine légale ont à résoudre, pour qu'on puisse mettre en doute l'utilité d'une science chimique élevée et étendue pour le médecin?

Si l'anatomie descriptive apprend au médecin à se rendre compte de la conformation des organes et de la place de chacune de leurs parties essentielles; si l'anatomie générale lui en fait connaître les matériaux vivants et lui révèle les procédés de leur développement, la chimie seule lui dira quels éléments premiers composent ces organes, et quelle part d'influence leur nature propre et les propriétés essentielles des composés chimiques auxquels ils peuvent donner naissance exercent dans la manifestation de la vie.

La connaissance des tissus du corps humain, et surtout celle des liquides qu'ils renferment, constituaient jadis une grande et difficile étude. Mais combien les découvertes récentes ont accru son importance et ses difficultés! On n'en aurait plus cette vue sûre et complète qui est nécessaire au médecin, si l'on mettait aujourd'hui à l'écart ce riche territoire découvert et fécondé par la chimie organique moderne, où la nature et l'art rivalisent d'efforts et de puissance, et où se rangent les infinies productions placées aux confins mêmes du domaine de la vie, qui n'appartiennent déjà plus à la nature morte, et qui ne sont pas encore pourtant la nature vivante.

En effet, ces formes que tous les organismes revêtent passagèrement quand ils se détruisent pour rentrer dans la nature minérale, et que tous les éléments minéraux sont forcés d'adopter pour avoir le droit de prendre part à la formation des tissus organisés, peuvent-elles être ignorées du médecin, du moins dans leur appréciation générale et dans les lois qui régissent leur admirable enchaînement?

Non, sans doute; et puisque la composition de l'homme, comme celle de tous les êtres organisés, se ramène à trois données fondamentales: 1° les tissus et leurs matériaux organisés ou organisables; 2° les composés organiques que leur destruction engendre; 3° les éléments chimiques, proprement dits, dont ils sont formés, il est difficile de ne pas y reconnaître l'indication de trois cours importants chargés d'enseigner dans toute Faculté l'anatomie générale, la chimie organique, la chimie minérale.

La chimie minérale a d'ailleurs près de la Faculté plus d'un servic à rendre. Elle seule peut familiariser les élèves avec le maniement des appareils et des procédés de la chimie, avec la connaissance et l'emploi de ses agents. C'est elle qui apprend à préparer cette foule de précieux médicaments empruntés à la chimie des métaux en particulier; c'est elle qui montre comment on reconnaît leur pureté et comment on se met à l'abri des réactions altérantes qu'ils peuvent subir par leur rencontre et leur action réciproque; c'est elle qui, initiant l'élève aux procédés et à la marche de l'analyse chimique, lui inspire une défiance salutaire de lui-même et lui permet de se rendre compte de la part exacte qui revient au médecin, et de celle qu'il faut laisser au chimiste dans les opérations de la médecine légale et dans la recherche des poisons.

Ainsi, les lois générales de la chimie, l'étude des médicaments chimiques de nature minérale, la toxicologie des poisons minéraux, tel était le programme du premier semestre du cours de chimie.

Le second avait pour objet la chimie organique. Les lois générales de la chimie organique, l'étude des médicaments extraits des plantes ou des animaux, l'étude des composés qui intéressent la physiologie ou à la pathologie, la toxicologie des poisons organiques, tel était le programme du cours de chimie pour le second semestre.

La commission est d'avis, à l'unanimité moins une voix, que ce serait rendre à la Faculté et à la science de la médecine un véritable service que de rétablir ce bel et utile ensemble. Autant il lui semble nécessaire de laisser à l'École de pharmacie ce qui est professionnel et de respecter cette séparation bien tranchée de la médecine et de la pharmacie, qui, au grand profit de l'art de guérir, maintient en France chacun dans son rôle, autant il lui paraît, au contraire, utile de familiariser le médecin avec les idées chimiques elles-mêmes.

Sans oublier tout ce qui revient à cette puissance de la vie qui plane sur les phénomènes dont la médecine s'occupe et qui les domine de si haut, il est bien permis de rappeler que le médecin doit aussi connaître l'homme matériel, et qu'il y parvient par l'étude de l'anatomie descriptive qui lui montre la forme et le plan des organes, par celle de l'anatomie générale qui lui révèle, le microscope à la main, l'intime composition des tissus, et qui lui fait voir de quels éléments organiques se composent leurs trames, enfin par celle de la chimie qui, par ses analyses et ses synthèses, lui apprend quels mystérieux chemins la matière brute traverse pour revêtir les attributs de la vie, et comment elle perd ceux-ci pour rentrer dans le domaine de la mort.

La vie est un combat où les forces de l'organisation, en lutte continuelle avec les forces qui régissent la matière brute, doivent sans cesse maîtriser celle-ci pour les plier aux besoins de notre existence. Appelé presque toujours dans ces moments délicats et suprêmes où l'effort de la vie fléchissante est près de céder le pas aux tendances naturelles de la matière inanimée, le médecin n'a-t-il pas, à chaque instant de sa noble carrière, à peser d'une main sûre ce qu'il peut espérer encore des ressources de l'organisation, et ce qu'il doit redouter, au contraire, des affinités chimiques propres aux éléments bruts dont se composent nos organes? Loin de diminuer l'importance aux yeux du médecin qui pénètre plus avant dans la connaissance intime des lois auxquelles la matière morte obéit, la notion de la vie se dégage du contraire, et le sentiment de son essence mystérieuse et divine se purifie et s'agrandit par ces fortes études sur la chimie des corps organisés. C'est ainsi que la machine à vapeur n'est pas connue de celui qui se borne à considérer matériellement la forme et le jeu visible des organes mécaniques qui la composent, tandis qu'elle s'idéalise et s'élève aux yeux de celui qui, se rendant compte en physicien des propriétés secrètes de la vapeur qui la met en mouvement, n'en reconnaît que mieux combien il ignore la nature du feu qui en fait la force et qui en est l'âme.

J'ai l'honneur d'être, monsieur le ministre, de Votre Excellence, avec respect, le très-dévoué,

DUMAS.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1859; par M. LE GENDRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

LÉSIONS DE LA RATE DANS LA LEUCOCYTHÉMIE, par M. JULES LUYS.

J'ai eu l'occasion de faire trois analyses histologiques de rate d'individus qui avaient succombé aux accidents de la leucocythémie; comme dans ces trois cas j'ai rencontré des lésions identiques, je les signale ici afin que l'attention des observateurs étant fixée sur ce point, on puisse, soit infirmer, soit confirmer nos recherches. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont déjà fait mention de lésions semblables à celles que nous avons rencontrées. Ainsi Virchow, Friedreich, M. Leudet (MÉMOIRES DE LA SOC. BIOLOG., 1858) ont analysé des rates leucocythémiques dans lesquelles ils ont rencontré les corpuscules de Malpighi augmentés de volume et passés à l'état de masse blanchâtre. Nous-même, en 1857, avons présenté des cas semblables à la Société anatomique.

Voici en quoi consiste la lésion: les rates que nous avons eu à notre disposition étaient toutes trois évidemment hypertrophiées; il y avait en même temps un développement concomitant du foie et des ganglions lymphatiques. Le tissu de la rate était ferme, résistant, charnu en quelque sorte; la coloration était très-variable; dans un cas nous avons rencontré des foyers hémorrhagiques disséminés et présentant par places des décolorations graduées, proportionnelles à leur degré d'ancienneté.

En examinant le parenchyme splénique à l'aide d'une bonne loupe, nous pûmes constater l'existence d'un tissu blanchâtre par places, gris rosé en d'autres, interposé au milieu de masses et d'îlots rouges, qui représentait encore ce qui était resté inaltéré dans le tissu de l'organe. Ce tissu blanchâtre se dessinait sous forme de dépôts irréguliers à contours sinueux, faisant corps avec la substance même de l'organe. En disséquant avec quelque soin ce nouveau tissu, nous pûmes nous convaincre qu'il n'était formé par autre chose que par des amas d'épaisseur variable de corpuscules de Malpighi, considérablement augmentés de volume et complétement décolorés;

de sorte que cette teinte générale blanchâtre n'était que la résultante d'altérations partielles d'une série de corpuscules de Malpighi. Ayant isolé quelques-uns de ces corpuscules, nous constatâmes que leur volume était plus que triplé : la proportion qui existe entre le volume d'un pois et celui d'une cerise pourrait donner une idée assez exacte de l'aspect nouveau qu'ils avaient pris, en les comparant à ce qu'ils sont à l'état normal. De plus; leur parenchyme fibroïde, au lieu de se présenter avec une coloration rouge générale, était complétement privé de cette matière colorante ; chaque fibrille, au lieu d'apparaître avec des bords nets et une surface lisse, ne se faisait voir qu'englée, en quelque sorte, par un dépôt plastique blanchâtre et granuleux. Les parois des vaisseaux afférents et efférents, qui sont si colorés à l'état normal lorsqu'on les suit jusqu'au moment où ils pénètrent dans l'intérieur des corpuscules, et lorsqu'ils en sortent; ces vaisseaux, dis-je, présentaient dans leurs parois une altération semblable ; elles étaient épaissies, comme doublées de volome, par un dépôt blanchâtre, et n'offraient plus à leur intérieur de liquide coloré. Quant au contenu des corpuscules, je l'ai constamment trouvé formé presque exclusivement par des noyaux, quelques-uns libres, le plus grand nombre enserrés dans une membrane de cellule, soit seules, soit au nombre de deux et de trois, et formant alors par leur réunion ces éléments particuliers du sang normal, connus sous le nom de leucocytes. Quelques-uns de ces noyaux étaient (même ceux contenus dans des membranes de cellules) teintés d'une coloration rougeâtre qui rappelait confusément la nuance de la matière hématique : j'ai presque toujours rencontré simultanément une proportion variable de globules du sang.

Dans deux cas dont j'ai pu faire l'autopsie complétement, j'ai constaté que le foie et les reins présentaient un certain degré d'altération : ainsi, j'ai rencontré une fois les glomérules de Malpighi du rein fortement congestionnés par places; sur un autre sujet, la congestion avait été plus loin, et un exsudat grisâtre, entourant la plupart des glomérules comme d'une atmosphère, indiquait qu'il y avait eu un état de stase sanguine plus actif et plus prolongé.

Quant au foie, l'étude de son parenchyme m'a fait constater que son hypertrophie tenait bien plutôt à une augmentation générale de volume des cellules hépatiques en particulier qu'à une génèse de nouveaux éléments. Ces cellules m'ont, en moyenne, paru triplées ou quadruplées en volume.

Ainsi, les lésions de la rate propres à la leucocythémie peuvent se résumer à ces faits :

1° Augmentation de volume énorme des corpuscules de Malpighi;

2° Disparition de la matière colorante rouge du parenchyme de ces corpuscules, avec infiltration au milieu de leurs mailles d'un dépôt granuleux blanchâtre;

3° Altération identique des parois des capillaires qui se rendent aux corpuscules et qui en sortent.

Sans vouloir tirer des conséquences exagérées des faits que nous venons de rapporter, nous ne pouvons pas nous empêcher cependant de faire remarquer que la décoloration du tissu de la rate et la décroissance de la matière colorante dans le sang ont été des phénomènes corrélatifs, peut-être liés par des rapports de cause à effet, mais dont, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne devons signaler que la coïncidence de ces deux phénomènes.

VARIÉTÉS.

— A la suite d'un remarquable rapport fait à M. le ministre de l'instruction publique, que nous donnons plus haut, le décret suivant a été rendu le 13 de ce mois :

Art. 1er. La chaire de pharmacie de la Faculté de médecine de Paris prendra désormais le titre de *Chaire de pharmacologie*.

Le programme de l'enseignement auquel cette chaire est affectée sera déterminé par un arrêté de notre ministre de l'instruction publique et des cultes.

Art. 2. M. J. Regnault, docteur en médecine, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.

Art. 3. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

— On lit dans le Bulletin de médecine et de pharmacie militaires :

« Les mutations indiquées dans le numéro de ce jour sont, en grande partie, relatives aux désignations récemment faites pour le corps expéditionnaire de Chine.

» La campagne à laquelle vont prendre part, avec l'armée, les officiers de santé dont les noms figurent dans cette liste, n'est pas sans attrait pour ceux dont l'esprit est porté au merveilleux, à la vie aventureuse. Mais autre chose que le désir de la nouveauté contentera sans doute ceux qui sont appelés à faire cette expédition : certitude d'avancement et avantages pécuniaires.

» L'indemnité d'entrée en campagne est, en effet, dit-on, allouée indistinctement à tous les officiers, qu'ils viennent de France, d'Algérie ou d'Italie, et elle est en outre augmentée d'un tiers. Pendant la durée de l'expédition, le supplément de solde de Paris serait également compté à tous les officiers. Ce sont là des intérêts pécuniaires qui ne sont pas à dédaigner; mais il en est d'un autre ordre qui sont beaucoup plus importants puisqu'ils touchent à l'avenir militaire. Au retour de la campagne, les militaires proposés pour l'avancement seraient admis à être promus immédiatement ; en outre, le chef de l'expédition aurait le droit de nommer à toutes les vacances, sur la proposition des chefs de chaque service. D'où il suit qu'un aide-major, par exemple, pourrait être nommé major de deuxième classe au début de la campagne, ce qui ne l'empêcherait pas d'être proposé pour le grade de major de première classe, et d'être promu à ce grade à sa rentrée en France. »

Cette nouvelle est complétement confirmée. Voici la composition du service de santé du corps expéditionnaire :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Durand (de Lunel), chef du service médical, et Giuliano, dit Castano.

Médecins-majors de première classe.—MM. Gerrier, Didiot, de Finance, Bondelle, Netter, Garnier, Strauss, Larivière et Champenois.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Daga, Corne, Dufour, Lespiau et Monret.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Hattute, Alezais, Le Roy, Dezon, Rizet et Guirard.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Frilley, Libermann, Sculfort, Maître, Maratray, Giard, Mathis, Tréjau et Tardy.

Médecin aide-major commissionné. — M. Jean.

Pharmacien-major de première classe. — M. Dulierre Boyer, chef du service pharmaceutique.

Pharmacien-major de deuxième classe. — M. Ollivier.

Pharmaciens aides-majors de première classe. — MM. Strohl et Fetsch.

Pharmacien aide-major de deuxième classe. — M. Berquier.

Pharmaciens aides-majors commissionnés. — MM. Judicis et Tétedoux.

— Un concours pour une place d'interne dans les hôpitaux de Marseille sera ouvert le 5 décembre prochain, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Le 19 décembre, un autre concours pour sept places d'externes sera ouvert dans la même ville.

Les internes sont logés et nourris dans l'établissement, et, de plus, jouissent d'un traitement de 400 fr.

Les externes ont un traitement de 300 fr., et sont nourris quand ils sont de garde.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— On lit dans la Gazette des tribunaux :.

MM. Paysant et Languet, marchand de chevaux, rue Basse-du-Rempart, à Paris, principaux locataires d'une portion de maison rue de la Chaussée-d'Antin, ont sous-loué diverses parties de leur location à M. Vriès, médecin indien, plus connu à Paris sous le nom du *Docteur noir*.

On sait que, dans l'origine, le docteur noir avait eu une vogue extraordinaire, principalement auprès des malades du beau sexe, grâce à ses remèdes topiques.

Aujourd'hui la fortune inconstante a tourné le dos au Docteur noir, et celui-ci, excommunié de par la Faculté, n'a plus de malades et reste seul....... avec ses créanciers!

Deux jugements, en date des 19 août et 15 octobre derniers, l'ont condamné à payer une fois 1,999 fr. 99 cent. pour loyers; l'autre, la somme de 5,500 fr. à titre de dommages-intérêts, envers MM. Paysant et Languet. Déjà ceux-ci avaient fait saisir-revendiquer les chevaux et voitures ainsi que les meubles et effets mobiliers de M. Vriès, en vertu d'une ordonnance de M. le président, gage unique de ses créanciers et détournés par lui.

Le docteur Vriès a lutté avec la plus grande opiniâtreté à l'aide de toutes les ressources de la procédure contre les poursuites de ses créanciers, et les frais augmentant chaque jour tendent à diminuer la valeur du gage, c'est-à-dire des objets saisis.

Dans cette situation, MM. Paysant et Languet sont venus demander en référé, par l'organe de Me Delafosse, leur avoué, l'autorisation de faire vendre aux enchères publiques les chevaux et les voitures du Docteur noir dans la plus prochaine vente du Tattersall français et d'en toucher le prix, en vertu du privilége écrit dans l'article 2102 du Code civil.

Me Dromery a demandé un sursis à la vente au nom de M. Vriès.

Après ces explications contradictoires, M. le président a rendu une ordonnance autorisant la vente annoncée.

— La Pharmacie centrale de Paris avait proposé pour sujet du prix de son concours annuel, une question relative à la fondation d'une association générale des pharmaciens de France.

Trois mémoires ont été adressés à ce concours; le prix n'a pas été décerné. Une médaille d'encouragement a été obtenue par M. Cazac (de Toulouse).

— Le jardin d'acclimatation du bois de Boulogne s'organise avec activité. La circonférence de ses 15 hectares est déjà bordée d'une grille en fer haute de 2 mètres.

La ménagerie sera bientôt construite et le lac creusé.

Les allées s'ouvrent et la rivière circule à travers les massifs.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE LA SAIGNÉE DANS LES PHLEGMASIES. — DEUX CAS DE TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR LE CURARE; INSUCCÈS. — ASSISES DE LONDRES : SOLUTION DE L'AFFAIRE SMETHURST.

La GAZETTE MÉDICALE a depuis longues années manifesté ses rationnelles antipathies contre la remarquable étroitesse de vue qui a si longtemps renfermé dans une dichotomie trop peu pondérée la source et la nature des affections internes. Elle a, dès les premiers temps, réagi contre la faiblesse d'esprit qui n'a su voir dans les maladies qu'un excès ou un défaut de richesse sanguine, et surtout contre la méthode lamentable, conséquence sanguinaire de cette incapacité d'observation. Appelé depuis peu à prendre part à la rédaction de cette feuille, nous avons nous-même, dès nos débuts, arboré spontanément ce même drapeau et montré, par des études prises dans l'observation de la pratique des écoles étrangères voisines, combien était arriérée, insuffisante, étroite, faible et mal définie, comme conception, la doctrine de l'inflammation.

Et d'abord, disions-nous, sait-on seulement un peu ce que c'est que cet état qu'on appelle inflammatoire? et est-on bien sûr qu'il ne consiste simplement qu'en un état d'exagération vitale? qu'il soit l'apanage des constitutions riches et se résolve en plus ou en moins? Mais dût-on, ajoutions-nous, être rationnellement conduit à admettre une aussi grande simplicité de décomposition des états morbides les plus communs, loin de voir dans la manifestation symptomatologique classique de l'inflammation une exagération de richesse organique, si nous étions forcé de dichotomiser, nous pencherions plutôt vers la supposition d'un substratum de débilitation dans l'organisme ainsi affecté. Mais aucune notion scientifique ne circonscrit la question en des termes aussi resserrés, et la nature des maladies internes que nous rencontrons communément, et qui sont encore renfermés dans ces appellations renouvelées du *strictum* et du *laxum*, est probablement beaucoup plus complexe.

Mais ce dernier point de vue, nous le laisserons pour le moment de côté. Nous ne voulons parler aujourd'hui que du mouvement auquel nous assistons et qui s'opère dans l'esprit médical suivant les voies tracées depuis son origine par cette feuille. Si elle s'est fait attendre longtemps, la réaction contre la brutalité dite si impudemment « physiologique » marche aujourd'hui d'un pas assuré et fait justice des trop longues hontes de l'art.

Ce n'est plus seulement la fièvre typhoïde qui se voit dépouillée de son prétendu caractère de simple phlegmasie; ce n'est plus l'empoisonnement typhique auquel on épargne désormais l'aide meurtrier d'une débilitation artificielle, c'est le type même de l'inflammation spontanée interne, la pneumonie franche, qui se voit également arrachée à ce despotisme de la foi aveugle. A l'imitation des écoles allemande et anglaise, les cliniques françaises commencent enfin à vouloir voir par elles-mêmes et à s'affranchir des lois empruntées à l'école italienne et que nous imposa le trop éloquent professeur du Val-de-Grâce.

Mais puisque nous citons cette école, nous lui devons l'honneur de la placer elle-même à la tête de la réaction dont nous avons à entretenir nos lecteurs. La méthode expectante, dans la pneumonie franche, est depuis longtemps la règle suivie, et avec des avantages dont ils se félicitent hautement, par nos amis les professeurs Godelier et Tholozan, par plusieurs de leurs collègues aussi, croyons-nous, mais sans pouvoir les citer par leurs noms. Le regrettable Legendre (de Sainte-Eugénie) nous avait également fait connaître les résultats que lui avait procurés cette même méthode chez les enfants, et qu'il a consignés dans un très-remarquable travail, publié après sa mort, dans les ARCHIVES DE MÉDECINE.

Dans une série d'articles qui datent de quelques semaines, la GAZETTE DES HÔPITAUX nous rapporte une suite de leçons dans lesquelles M. le docteur Beau vient à son tour reprendre dans ses racines cette même question fondamentale. Avant de se placer sur le terrain philosophique, fort des résultats numériques fournis par les relevés de Benhet (Edimbourg), de Mitchell, de Diell, que nous avons publiés en 1858 et cette même année, les errements suivis par Magendie, une protestation pleine de calme et même de défiance, formulée en 1828 par M. Louis, M. Beau a tenté lui-même l'expectation dans la pneumonie franche, et reconnu à cette méthode une grande supériorité sur la formule antiphlogistique. Il a vérifié *expérimentalement*, chez les adultes, les lois précieuses recueillies par Legendre dans l'*observation* des enfants, et qui se résument ainsi :

« La pneumonie franche se développant accidentellement, au milieu d'une bonne santé, est, au moins chez les enfants, une maladie qui se termine habituellement, pour ne pas dire toujours, d'une manière favorable; elle présente un ensemble de symptômes pouvant, à la rigueur, être divisé en trois périodes : invasion, état, déclin. L'évolution de ces trois périodes aura une durée moyenne de sept jours. »

Ces résultats sont confirmés aussi par un clinicien de Lyon, M. Peyraud, qui, sur 133 pneumoniques traités par l'expectation, n'en a perdu que 20, et encore dans des circonstances de complication qui les enlève à la catégorie des pneumonies franches.

Cette abondance de succès, que nous retrouvons, comme nous l'avons dit, en Angleterre et en Allemagne, le danger habituel que présente la pneumonie chez les vieillards et qu'il n'y a pas abus à attribuer à la faiblesse de l'âge, a conduit M. Beau à une heureuse étude et éclairée de ces faits, dans leurs rapports avec la pathologie humorale moderne. On lira avec intérêt l'analyse savante à laquelle il se livre à l'endroit des divers éléments du sang enflammé par les maladies dites phlegmasiques. Il reconnaît, et par l'observation clinique et par l'expérimentation physiologique « *qu'un certain degré de faiblesse et d'anémie globulaire est une cause prédisposante habituelle de phlegmasie.* »

On n'en peut douter en voyant constamment les phlegmasies franches précédées par une perte plus ou moins notable de globules, manifestée elle-même par une certaine durée, préalable à l'explosion de la maladie, de symptômes de faiblesse générale. Voilà pour l'observation clinique; et quant à l'expérimentation physiologique, M. Beau cite avec à-propos les expériences célèbres de M. Cl. Bernard sur l'excision des ganglions cervicaux du grand sympathique. Il montre, et la congestion locale qui suit cette ablation, et les accidents locaux de chaleur et de rougeur déterminés par elle chez les animaux opérés en

FEUILLETON.

PUISSANCES MÉDICALES DE LA FEMME (1).

Tout le monde connaît à Lyon mon bon et savant ami, le docteur Lortet; le plus riche cœur de la terre pour l'énergie dans le bien. Sa mère, au fond, en est cause. Tel il est, telle elle le fit. Cette dame est restée en légende pour la science et la charité.

Le père de madame Lortet, Richard, ouvrier de Lyon, grenadier, et qui ne fut rien autre chose, s'avisa au régiment d'apprendre les mathématiques, et bientôt en donna leçon à ses officiers et à tous. Rentré à Lyon, et marié, il donna à sa fille cette éducation. Elle commença justement comme les bambins de Frœbel par une étude qui charme les enfants, la géométrie (l'arithmétique au contraire les fatigue extrêmement). Femme d'un industriel, vivant en plein monde ouvrier, dans les convulsions de Lyon, elle se hasarda pour tous, sauvant tantôt des royalistes, et tantôt des jacobins, forçant intrépidement la porte des autorités et leur arrachant des grâces. On sait l'épuisement terrible qui suivit ces agitations. Vers 1800, il semblait que le monde défaillit. Sénancour écrivit son livre désespéré de l'AMOUR, et Grainville le DERNIER HOMME. Madame Lortet elle-même, quel que fût son grand courage, sur tant de ruines, faiblit. Une maladie nerveuse la prit, qui semblait incurable. Elle avait trente ans. Le très-habile Gilibert, qu'elle consulta, lui dit : « Vous n'avez rien du tout. Demain, avec votre enfant, vous irez, aux portes de Lyon, me cueillir telle et telle plante. Rien de plus. » Elle ne pouvait pas marcher, le fit à grand'peine. Le surlendemain, autres plantes qu'il l'envoya recueillir à un quart de lieue. Chaque jour il augmentait. Avant un an, la malade, devenue botaniste, avec son garçon de douze ans, faisait ses huit lieues par jour.

Elle apprit le latin pour lire les botanistes, et pour enseigner son fils. Pour lui encore, elle suivit des cours de chimie, d'astronomie et de physique. Elle le prépara ainsi aux études médicales, l'envoya étudier à Paris et en Allemagne. Elle en fut bien récompensée. D'un même cœur, le fils et la mère, à toutes les batailles de Lyon, pansèrent, cachèrent et sauvèrent des blessés de tous les partis. Elle fut en tout associée à la générosité aventureuse du jeune docteur. Si elle n'eût vécu avec lui, et dans un grand centre médical, elle aurait étendu de ce côté ses études, et les aurait moins circonscrites dans la botanique. Elle fut l'herboriste des pauvres. Elle en aurait été le médecin.

(1) Nous sommes heureux d'offrir à nos lecteurs, dans l'article qu'on va lire, les prémisses d'un ouvrage que vient de publier M. Michelet sous le titre : LA FEMME. On y reconnaîtra la finesse d'observation, l'originalité de vues et la grâce de style qui caractérisent les précédents ouvrages du même auteur. La GAZETTE MÉDICALE s'empressera prochainement de faire connaître avec plus de détails la nouvelle et charmante production de M. Michelet.

pleine santé, et, avec non moin de convenance, rappèle les inflammations et les purulences non-seulement locales, mais générales, parenchymateuses, séreuses, etc., qui se produisent à la suite des mêmes opérations, si elles sont exécutées sur des animaux mal nourris, mutilés, préalablement débilités.

Il ne peut donc rester de doute sur l'opportunité de fait et de droit rationnel à changer de sentiments et d'allures à l'endroit des phlegmasies; on voit, d'après ces témoignages nombreux, combien l'inflammation est loin d'être une maladie de nature riche et exubérante, et quelle volte-face il faut, de nécessité, faire aux doctrines trop longtemps régnantes. Les éléments fournis par la physiologie expérimentale, et que nous venons de reproduire, nous diront même davantage un jour. La congestion spontanée elle-même, phénomène initial de l'inflammation, ne saura être considérée comme un fait simple. Il n'y aura rien d'illogique à voir en elle la manifestation d'une souffrance quelconque du système nerveux ganglionnaire (1); et sachant que ce système préside aux actes de la vie organique, qu'il tient en échec les phénomènes de la chimie inorganique, qu'il est l'instrument le plus immédiat de l'influence de la vie sur les transactions moléculaires, où l'on trouve une congestion, puis une inflammation, on devra soupçonner une lésion, une dépression de ce principe, plutôt qu'une exagération vitale. Ce qui implique la conduite à tenir et fonde la liaison logique du fait pathologique avec les lois fonctionnelles.

— Dans l'instruction d'un litige aussi sérieux que l'est la qualité utile, nulle ou funeste, d'un nouvel agent thérapeutique, dans une maladie telle que le tétanos, il est du devoir de chaque prenant part au débat d'ouvrir avec empressement ses colonnes à tous les faits favorables ou contraires à ses espérances.

La vérité ne peut sortir que d'une étude impartiale et complète.

Aussi croyons-nous ne pas devoir laisser passer à côté de nous deux observations que nos lecteurs trouveront à l'article *Correspondance*, et dont les résultats sont malheureusement en désaccord avec nos conjectures premières. Il s'agit de deux cas de tétanos traumatique, nous ne dirons pas graves, leur terminaison le dira assez pour nous, traités tous deux par le curare et tous deux sans succès. M. Follin, dans le service de qui l'un de ces cas s'est présenté, l'a communiqué à la Société de chirurgie. La seconde observation est due à une des lumières médicales les plus considérables et les plus considérées des départements, à M. le professeur Gintrac (de Bordeaux).

Ces deux faits, qui grossissent le dossier des adversaires de la nouvelle médication, ont, sans contredit, une valeur, et nous ne nous dissimulerons pas le poids qu'ils vont ajouter dans la balance au côté de la défiance. Entre les mains de deux praticiens aussi éclairés, il n'y a pas de doutes à émettre quant à la justesse de vues qui a présidé à l'appréciation des indications, et la sagesse qui a dirigé la thérapeutique.

Nous ne ferons donc porter nos remarques que sur les conséquences à déduire des faits tels qu'ils nous sont présentés.

(1) Déjà cette doctrine a été formulée et appliquée par M. J. Guérin sous le titre de PARALYSIE ORGANIQUE.

En premier lieu, nous ferons remarquer d'abord le doute conçu par M. Gintrac lui-même sur la qualité du médicament employé par lui pendant les quatre premiers jours d'un traitement qui n'a été appliqué qu'une semaine et seulement après trois jours de durée de la maladie. L'affection n'avait-elle pas déjà fait trop de progrès pour pouvoir être enrayée par deux jours d'administration d'un curare plus efficace? Cette question, M. Gintrac se l'est posée comme nous, et nous n'y appuyons pas en simple désespoir de cause.

Nous nous demanderons ensuite si, en injectant la solution de curare dans le tissu cellulaire, même des membres inférieurs (la plaie étant au pied), toutes les conditions de succès du traitement ont été bien remplies. Les deux cas très-remarquables de guérisons qui ont été obtenues l'ont été, nous ne dirons point *par* le traitement local de la plaie par le curare, mais concurremment *avec* ce traitement local. Or quoique la plaie fût parfaitement cicatrisée, pour l'œil du moins, regardant, ainsi que l'honorable M. Gintrac, ce tétanos comme traumatique, nous devons soupçonner, comme il doit le faire lui-même, ladite plaie ou plutôt ladite cicatrice de posséder en elle quelque qualité fâcheuse d'où a dû partir et ensuite se perpétuer « l'*aura tetanica.* »

Dès lors nous regrettons que l'injection du curare, au moyen de la seringue de Pravaz, n'ait pas été portée dans l'atmosphère cellulaire profonde de la cicatrice elle-même.

Sans avoir le moins du monde la pensée de faire de cette remarque un sujet de critique, nous voulons seulement dire que toute observation, dans laquelle la plaie n'a pas été baignée dans la solution de curare, laisse une porte ouverte au doute quant à la signification absolue et de fait du cas dont elle rapporte les circonstances. Les cas où le succès a été obtenu ayant été traités de la sorte, la comparaison avec les cas futurs ne peut être satisfaisante que sous la condition d'offrir les mêmes circonstances de traitement.

Le cas présenté par M. Follin à la Société de chirurgie comporte assurément des remarques analogues. La blessure et les débridements qu'elle a nécessités remontent à la fin d'octobre; les premiers signes d'une affection musculaire convulsive se montrent le 3 novembre; le tétanos n'est reconnu pour *très-grave* que le 9 novembre, jour qui devait être le dernier du malade, et c'est ce jour-là seulement que le curare est essayé.

L'insuccès d'un remède en semblables conditions pourrait-il être considéré comme aucunement probant?

Et pourtant, malgré le terme avancé de la maladie, si le chirurgien a pu observer après l'ingestion du remède, d'une part quelques contractions involontaires dans les membres, de l'autre il a constaté l'assouplissement momentané de quelques contractures fixes.

Les sterno-mastoïdiens sont devenus un moment plus souples, un moment l'écartement des mâchoires se fit dans une plus grande étendue! N'est-il pas permis de supposer qu'administré plus tôt et avant la constatation du caractère très-grave de l'affection (si toutefois la conscience du chirurgien lui eût dicté cette conduite, car nous n'entendons aucunement le critiquer), n'est-il pas permis, dis-je, de penser que ces symptômes favorables eussent pu d'abord se maintenir, puis enfin leur cause lutter avec succès contre l'élément pathologique?

Tout ceci m'a été remis en mémoire par ce que j'ai sous les yeux. J'écris dans un très-beau lieu sur les bords de la Gironde. Mais, ni ici, ni ailleurs dans les villages, il n'y a point de médecin. Ils sont plusieurs, réunis, dans une petite ville, nullement centrale, où ils n'ont presque rien à faire. Avant d'en faire venir un et de payer un déplacement coûteux, les pauvres meurent. Souvent le mal, pris à temps, n'eût été rien; c'est une fièvre qu'un peu de quinquina aurait arrêtée; c'est une angine d'enfant, qui, cautérisée à l'instant, aurait disparu; mais on tarde, l'enfant meurt. — Où est madame Lortel?

Une dame américaine, qui a cent mille livres de rentes, mais cependant riche de cœur, de connaissances variées, et qui, de plus, a l'esprit délicat, les réserves craintives de la pudeur anglaise, n'en a pas moins résolu de donner à sa fille une éducation médicale. Dans ce pays d'action, de migrations, où les circonstances vous portent souvent fort loin des grands centres civilisés, si cette demoiselle épouse (je suppose) un industriel établi sur je ne sais quel cours d'eau de l'Ouest, il faut que ces mille ouvriers, ces milliers de défricheurs qui se trouveront autour d'elle, trouvent quelques secours provisoires à la grande usine, et ne meurent pas en attendant le médecin, qui peut-être demeure à cent lieues de là. Dans leurs hivers, fort rigoureux, il n'y a nul secours à attendre. Combien moins en d'autres pays, en Russie par exemple, où les fanges du printemps et de l'automne suspendent au moins six mois toute communication!

Les leçons d'anatomie sont suivies aux États-Unis par les deux sexes également. Si le préjugé empêche de disséquer, on supplée par les admirables imitations du docteur Auzoux. Il m'a dit qu'il en fabriquait autant pour les États-Unis que pour tout le reste du monde.

« En supposant la science égale, quel est le meilleur médecin? — *Celui qui aime le plus.* »

Ce très-beau mot d'un grand maître nous porterait à en induire: « *La femme est le vrai médecin.* »

Elle l'est chez tous les peuples barbares. C'est, chez eux, la femme qui sait les secrets des simples, les applique. Il en fut de même chez les peuples non barbares, et de haute civilisation. Dans la Perse, la dépositaire de toutes sciences fut la mère des mages.

En réalité, l'homme, qui compatit beaucoup moins, qui, par l'effet de sa culture philosophique et généralisatrice, se console si facilement de l'individu, rassurerait le malade infiniment moins que la femme.

Celle-ci est bien plus touchée. Le malheur, c'est qu'elle l'est trop, qu'elle est sujette à s'attendrir, à subir la contagion nerveuse des maux qu'elle voit et à devenir la malade elle-même. Il y a tel accident cruel, sanglant, repoussant, qu'on n'oserait mettre sous ses yeux à certaines époques du mois, on encore, si elle est enceinte. Donc, il faut que nous renoncions à cette aimable perspective. Quoiqu'elle soit certainement la puissance consolante, réparatrice, curatrice, médicative, du monde, elle n'est pas le médecin.

Mais combien utilement elle en serait l'auxiliaire! Combien sa divination, en mille choses délicates, suppléerait à celle de l'homme! L'éducation de celui-ci développe en lui plus d'un sens, mais elle en éteint plusieurs. Cela

Pour nous, plus nous pesons ces deux observations, moins nous pouvons leur reconnaître un caractère décisif.

Notre honorable confrère rapporte enfin, dans son observation, un fait de nature à rassurer les praticiens quant à la modération nécessaire dans la dose à employer.

M. Follin tient de M. Cl. Bernard celte notion nouvelle relative à l'énergie du curare, dont la brutalité a effrayé à tort les médecins : c'est que les animaux qui ont subi une mutilation sont devenus beaucoup plus réfractaires que les autres au curare. Cette assurance, rapprochée de l'idée fort naturelle qu'un état tétanique préexistant doit avoir au moins les mêmes effets, permettra de porter beaucoup plus loin les doses qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et surtout de les rapprocher. On sait, en effet, que le curare est éliminé par les reins avec une très-grande rapidité. Sous l'empire d'un état morbide aussi intense que celui qui caractérise un tétanos aigu, il importe que le remède soit à tout moment en équilibre d'action avec la cause malfaisante, afin que celle-ci ne puise pas de nouvelles forces dans les interruptions subies par l'action médicatrice.

En résumé, si les deux observations dont nous venons de parler ne semblent pas, au premier aperçu, faites pour encourager, en les scrutant de près on voit que, ni dans ces deux cas, ni dans les précédents, le curare ne peut être accusé de la moindre participation à leur funeste issue, et que plus on l'étudie, plus on reconnaît qu'on peut, en telles circonstances, y recourir sans toutes les appréhensions que son nom seul devait inspirer le premier jour. On lui doit deux succès et *pas un seul symptôme regrettable*, dans une maladie presque constamment mortelle ! Y a-t-il dès lors la moindre indication à discontinuer les essais, toutes réserves faites de l'emploi préalable des moyens qui ont pu réussir autrefois, et surtout d'une épreuve convaincante quant à la qualité du médicament ?

— Ceux de nos lecteurs qu'a pu intéresser l'histoire judiciaire du docteur Smethurst, condamné à mort aux assises de Londres, pour un empoisonnement hypothétique, et qui a fait l'objet d'un de nos plus récents articles (voir le n° 42), apprendront avec non moins d'intérêt la solution de cette inquiétante affaire.

Sur l'avis du chef de la magistrature, le secrétaire d'État de l'intérieur chargé du département des grâces, en prononçant le sursis à l'exécution de l'arrêt, naturellement désireux d'obtenir sur cette épineuse question l'avis d'un homme au-dessus de tout soupçon comme lumières et comme indépendance, renvoya toutes les pièces du procès à notre savant confrère sir B. Brodie, lui demandant son opinion personnelle sur les points de science controversés pendant et depuis le jugement. L'illustre président de la Société Royale, après une étude consciencieuse de ces débats, a répondu au ministre que, « dans son sentiment, quoique les faits fournissent matière à de graves soupçons contre Smethurst, il n'y avait cependant complète ni absolue évidence de sa culpabilité. »

Sur ce rapport, le ministre anglais a présenté à la signature de la reine un acte de grâce entière concernant l'accusation d'empoisonnement ; mais a ordonné, d'autre part, la reprise des poursuites au point de vue du fait de bigamie. En lui annonçant cette décision, M. G. C. Lewis termine ainsi sa lettre au lord chief Baron, chef de la magistrature :

« La nécessité où j'ai cru être de conseiller à Sa Majesté l'exercice de son droit de grâce n'a point pris naissance dans une appréciation critique d'aucun des actes ni de l'esprit de notre procédure criminelle. Elle doit être entièrement attribuée à l'*imperfection de la science médicale*, à la « *faillibilité*, » dans une maladie obscure, du jugement de praticiens habiles et expérimentés. »

Était-il donc nécessaire, ajoute en reproduisant cette lettre le journal anglais auquel nous empruntons ces détails (le BRITISH MEDICAL JOURNAL), de justifier un acte de haute et indépendante équité, qui redresse une erreur en matière criminelle, par une apologie quelconque. Après les debats publics qui ont fait vibrer toute l'Angleterre, le sursis ne signifiait-il pas doute, le doute confirmé n'emportait-il pas la grâce ou la commutation ? Et si cette apologie était de convenance, devait-elle se changer en une accusation aussi peu fondée que le jugement lui-même. Car enfin, en aucun moment, ce n'est la science médicale qui a condamné Smethurst, tout au plus a-t-elle témoigné de ses doutes ; et, en dernière analyse, c'est la courageuse manifestation de son incertitude, la possibilité pour la science d'expliquer, autrement que par un assassinat, la mort d'Isabella Banks, qui ont coupé la corde dont un bout pendait encore hier au cou du condamné.

Qui donc a dit *oui*, quand la science disait ou *je ne sais pas*, ou *je ne crois pas ?* Et quand, pour affranchir de tout reproche les douze têtes infirmes ou légères qui ont su assumer cette haute responsabilité, vous venez jeter un reproche à la science, c'est son jugement, à elle, que vous contresignez.

La logique, milord, encore plus que la grammaire, doit régenter les rois ou ceux qui les « conseillent, » et de plus haut descendent les dérogations à ses lois, d'autant plus éclatantes sont-elles. Dire que la science médicale est imparfaite, c'est dire une grande banalité ; mais quand on la pose en rempart pour couvrir une autre des formes de la faiblesse humaine, cette trivialité devient une injustice ; et si, de plus, c'est à son secours que vous devez la réparation de cette dernière, alors c'est une *ingratitude*.

Ce qui est hors de doute en cette matière douteuse, c'est qu'il y a vingt ans Smethurst eût été pendu. Or le jugement prouve que si depuis ces vingt années un progrès a été fait dans les questions d'empoisonnement, s'il est établi aujourd'hui en médecine légale que le poison doit être reconnu pour qu'il y ait lieu à accusation d'empoisonnement ; si ce poison peut être et est presque constamment retrouvé quand il a été administré, si l'un des bandeaux les plus épais qu'ait jamais porté la justice a été déchiré, ce n'est pas à vos douze jurés assurément que vous devez ces résultats ; ce n'est pas à leur unanime affirmation basée sur leur gros jugement qui faisait fausse route, malgré sa perfection ; non ; c'est à l'imparfaite médecine que vous devez tout cela, à elle qui ne se croit pas si certaine en toute occasion, et sait dire modestement : « je ne sais pas » là où elle a pourtant d'autres et de meilleurs yeux que les vôtres.

Aussi fondant notre appréciation sur les faits et non sur les « fictions constitutionnelles, » nous enregistrerons comme un honneur pour notre profession le résultat de cette redoutable histoire, et à l'article des infirmités d'esprit, dont nous nous occupons aussi, le remerciment de votre Excellence.

GIRAUD-TEULON.

---

est visible surtout dans les maladies des femmes. Ponr en pénétrer le fnyant secret, le protée mystérieux, il faut soi-même être femme on aimer infiniment.

Le sacerdoce médical demande des dons si variés, et même si opposés que, pour l'exercer, il faudrait l'être double, disons mieux, complet, *homme-femme*, la femme associee an mari, comme mesdames Pouchet, Hahnemann, etc. ; la mère associée au fils, comme fut madame Lortet. Je comprends aussi qu'nne dame veuve et âgée exerce la médecine avec un fils d'adoption qu'elle aurait formé elle-même.

Les médecins (première classe de France incontestablement, la plus éclairée) voudraient-ils permettre à un ignorant qu'eux-mêmes ont instruit et fait réflécbir, de dire ce qu'il a au cœur ? Eh bien, voici ce qn'il lui semble :

La médecine a deux parties dont on ne parle pas assez : 1° la *profession*, l'art de faire dire au malade tous les précédents qui expliquent la crise physique ; 2° la *divination* morale, pour compléter ces aveux, voir au delà, l'obliger de livrer le petit noyau, imperceptible sonvent, qui est le fond même du mal, et qui, restant toujours là, malgré tous les plos beaux remèdes, le ferait tonjours revenir.

Oh ! que la femme, une bonne femme, pas trop jenne, mais d'un cœur jeune, ému, tendre (qui tronve l'adresse, la patience, dans sa pitié), vient mienx à boot de cela ! L'homme y est fort nécessaire. Il faut que froidement, gravement, il observe et conjecture sur l'aspect physique et le peu que le malade veut dire. Mais la femme du docteur, si elle était là aussi, si elle restait après lui, comme elle en saurait bien plos ! Combien sa compassion obtiendrait davantage, et surtout d'nne antre femme ! Parfois, pour résoudre tout, faire fondre toutes les glaces, obtenir l'bistoire complète, il suffirait de pleurer.

J'avais pour voisin, à Paris, un charbonnier de 30 ans qui avait du bien en Auvergne et ici une boutique qui n'allait pas mal. De son pays, il fit venir une épouse, une gentille Auvergnate, un peu courte, mais jolie, dont le visage noirci par moments n'en brillait pas moins de petits yeux pleins de flammes. Elle était sage, mais voyait qu'on la regardait beaucoup, et n'en était pas fâchée. Ils habitaient une rue sale, étroite, obscure et peu saine. Par moments, le charbonnier, jeune et fort, n'en avait pas moins des accès de fièvre. Ils devinrent plus habituels. Ils pâlissait, maigrissait. Un bon médecin appelé vit de snite une chose probable, que l'humidité du logis avait commencé la fièvre, que les brouillards de Paris ne valaient rien à un homme qui avait longtemps respiré l'air vif et froid du Cantal. Il lui dit qu'il lui couperait sa fièvre, mais qu'elle reviendrait, s'il ne retoornait au pays. Le charbonnier ne dit rien, sa fière augmenta.

Une dame du voisinage que la charbonnière fournissait vit que, derrière l'observation judicieose du médecin, il y avait pourtant antre chose. Et elle lui dit : « Ma petite, sais-tu pourquoi ton mari a la fièvre, et la gardera et l'aura de plus en plus ? c'est parce que tes jolis yeux aiment trop à être regardés .. Et sais-tu pourquoi la fièvre a augmenté ces jours-ci ? c'est par le combat que se livrent en lui l'amour et l'avarice. Il croit gagner trop pen là-bas. Il ne pourra pas s'en tirer. Il restera et mourra. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'HYPOGÉNÉSIE DE L'ESTOMAC, SON DIAGNOSTIC CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE; par G. SOUS, docteur en médecine, ancien interne de l'hospice des Enfants de Bordeaux.

L'anomalie que nous désignons sous le nom d'hypogénésie de l'estomac, consiste en une diminution de tous les diamètres de cet organe, sans changement de forme et sans altération des tissus; c'est le *défaut de développement* que M. Rayer a simplement mentionné en parlant des vices de conformation de l'estomac. (DICT. DE MED. EN 21 VOL., art. *Estomac.*)

Breschet désignait sous le nom d'*agénésie*, toutes les anomalies caractérisées soit par l'absence d'un organe, soit par défaut de développement. Pour éviter l'erreur de Breschet, qui donnait à un même nom deux significations différentes, nous pensons qu'il vaut mieux entendre par *agénésie* la trame d'un organe, et nous donnerons le nom d'*hypogénésie* aux anomalies par défaut de développement, vice de conformation qui appartient au troisième ordre de la première classe des hémitéries de la classification de Geoffroy-Saint-Hilaire.

Parmi les auteurs des traités sur les maladies des enfants, Billard est le seul qui ait parlé des vices de conformation de l'estomac, mais il n'a pas signalé celui qui va nous occuper. Fabre, dans sa BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, dit que les maladies de l'estomac ont très-peu d'importance. Il n'accordait sans doute à ces vices de conformation qu'un intérêt purement anatomique; il pensait que l'inspection cadavérique pouvait seule les faire reconnaître, voilà pourquoi il les signalait en passant à la curiosité de ses lecteurs.

Nous ne partageons pas l'opinion de Fabre, car nous espérons pouvoir démontrer que l'hypogénésie de l'estomac peut être reconnue pendant la vie, et, à ce titre, cette anomalie offre un grand intérêt clinique. Les deux observations que nous allons citer nous permettront de fixer les règles d'un diagnostic précis, et de fixer pour la première fois l'attention des praticiens sur une affection qui leur est inconnue, puisque, jusqu'à ce jour, elle a été reléguée dans les cadres anatomiques, faute d'indices de diagnostic pendant la vie.

Geoffroy-Saint-Hilaire, Meckel et M. Sappey avancent qu'il y a des cas où le volume de l'estomac surpasse à peine celui de l'intestin grêle. C'est là tout ce que la science possède sur le défaut de développement de l'estomac.

Avant d'exposer les faits que nous possédons, nous croyons utile de donner les chiffres qui paraissent indiquer les diamètres normaux de l'estomac chez les enfants à la mamelle. M. Denis, le seul qui ait donné des mesures pour le tube digestif des enfants à la mamelle, dit qu'à l'époque de la naissance, la longueur la plus ordinaire de l'estomac est de 31 millimètres, indication bien vague, surtout si l'on se demande quelle est, pour cet auteur, la ligne fictive qui mesure la longueur de l'estomac. Pour combler cette lacune de la science, nous avons mesuré 23 estomacs d'enfants ayant succombé à des affections étrangères au tube digestif. Chez ces enfants, âgés de moins de 40 jours, et dont la taille variait entre 46 et 50 centimètres, les dimensions de l'estomac variaient entre les chiffres suivants :

Diamètre horizontal de la petite à la grosse tubérosité.	7 à 8 centim.
Diamètre vertical antéro-postérieur de M. Sappey, du milieu de la petite courbure au milieu de la grande. .	4 à 6 —
Longueur de la petite courbure	5 à 7 —
Longueur de la grande courbure	10 à 14 —
Épaisseur des parois	2 à 3 millim.

A l'aide de ces dimensions normales, on pourra se faire une idée exacte de la capacité de l'estomac dans les observations suivantes.

OBS. I. — Marie, née le 21 septembre 1858, est admise à l'hospice des Enfants de Bordeaux, le 24 septembre, avec ce seul renseignement qu'elle refuse le sein de sa mère, et que le méconium a été rendu spontanément.... Son embonpoint est ordinaire; la face est pleine et légèrement jaune; la bouche est chaude, humide et bien conformée; la langue est libre; les mouvements sont faciles; la mâchoire inférieure est mobile; l'enfant tette le doigt et le presse avec force. L'abdomen est souple, indolent; le cordon ombilical est humide et adhérent. Il n'y a ni vomissements ni régurgitations. Les selles sont jaunes, consistantes, homogènes, peu abondantes et rares. Le cri est soutenu, sonore, facile. La respiration est normale; l'auscultation ne révèle aucun bruit pathologique. L'enfant, placé au sein, le quitte presque aussitôt après avoir fait quelques efforts de succion. Cette enfant, confiée à six nourrices différentes, refuse leur sein après avoir avalé quelques gorgées de lait. On la nourrit alors en lui faisant prendre le lait à la cuiller. Les quatre ou cinq premières cuillerées de lait sont très-bien avalées, sans trop d'avidité et sans que l'enfant manifeste la moindre difficulté dans la déglutition; mais, passé ce nombre, l'enfant refuse et, si on lui fait violence, elle crie et s'agite jusqu'à ce qu'on la laisse tranquille. Des purgatifs sont employés et ne modifient en rien ce défaut d'appétit. On se borne à lui présenter la cuiller de temps en temps, et cette enfant, à différentes reprises, prend en moyenne quarante à cinquante cuillerées de lait par jour. Quand on s'aperçoit qu'elle refuse, on ne lui fait pas violence et elle reste calme.

L'enfant maigrit de jour en jour, et les divers organes souvent interrogés ont constamment donné des signes négatifs.

La mort survient le 4 octobre 1859, après quatorze jours de vie.

NÉCROPSIE dix-neuf heures après la mort.

Taille 46 centimètres. Maigreur très-prononcée; lividité uniforme de toute la partie postérieure du tronc. Membres souples; abdomen tendu et sonore. Tissu cellulaire sous-cutané sain.

La membrane muqueuse de la cavité buccale est pâle, et on peut, à l'aide de pinces, enlever des lambeaux très-minces et d'environ 3 millimètres de longueur. Le pharynx et l'œsophage sont d'un rose pâle; la pâleur est plus prononcée dans le pharynx que dans l'œsophage. Dans l'œsophage, on peut obtenir des lambeaux de 2 centimètres. Il se rétrécit brusquement au niveau du cardia; on dirait qu'une pression circulaire a été exercée à ce point.

L'estomac a sa conformation naturelle, mais son volume est peu étendu. Voici ses principaux diamètres :

Petite courbure	2 centimètres.
Grande courbure	6 —
Diamètre horizontal. . . .	3 —
Diamètre vertical	3 —

Toutes les membranes de l'estomac forment une épaisseur de 1 à 2 milli-

---

Ni la femme, ni l'homme, n'auraient jamais pris un parti. Ce fut la dame qui le prit. Elle avertit les parents qui, de là-bas, firent écrire au charbonnier que son bien était en mauvaise main, qu'il dépérissait; que, pendant qu'il croyait faire à Paris de bonnes affaires, il se ruinait en Auvergne. Cela réveilla notre homme, trancha tout. Il n'eut plus de fièvre, céda sa petite boutique, emmena sa petite femme, partit. Tous deux furent sauvés.

Sauver les autres, c'est se sauver soi-même. Grande douceur pour un cœur blessé d'exercer cette puissance, de se guérir en guérissant. Une femme qui a un grand deuil, de vifs chagrins, de grandes pertes, ne sait pas toujours assez que ce fonds de douleur, c'est (permettez-moi le mot) une merveilleuse pharmacie pour les maux des autres. Une mère a perdu un enfant. La dame y va, et elle pleure. La mère n'ose presque plus pleurer, songeant que la dame a perdu tous les siens, et reste seule. Et, elle, dans ce malheur du jour, elle a pourtant la douceur de voir encore autour d'elle une belle et brillante famille. Elle a son mari; elle a les consolations d'un amour ravivé, réveillé par les pertes même. Elle se compare, et dit : « J'ai beaucoup encore ici-bas. »

Nous marchons vers des temps meilleurs, plus intelligents, plus humains. Cette année même, l'Académie de médecine a discuté une grande chose, la décentralisation des hôpitaux. On détruirait ces lugubres maisons, foyers morbides, imprégnés des miasmes de tant de générations, où la maladie et la mort vont s'aggravant, se décuplant, par un terrible encombrement. On soignerait le pauvre à domicile; bonheur immense pour lui, car on le reconnaîtrait, on le verrait dans ses besoins, dans les milieux qui font la maladie et qui la recommencent dès qu'il revient à l'hôpital. Enfin, pour des cas peu nombreux où il doit sortir de chez lui, on créerait autour de la ville de petits hôpitaux, où le malade, n'étant plus perdu et noyé dans les foules, serait bien autrement compté, redeviendrait un homme, ne serait plus un numéro.

Je ne suis jamais entré qu'avec terreur dans ces vieux et sombres couvents qui servent d'hôpitaux aujourd'hui. La propreté des lits, des parquets, des plafonds, a beau être admirable. C'est des murs que j'ai peur. J'y sens l'âme des morts, le passage de tant de générations évanouies. Croyez-vous que ce soit en vain que tant d'agonisants aient fixé sur les mêmes places leur œil sombre, leur dernière pensée!

La création des petits hôpitaux, salubres, hors de la ville, entourés de jardins, la spécialité des soins surtout, ces réformes humaines, doivent se faire d'abord pour les femmes. Les accouchées sont enlevées en masse par des fièvres contagieuses. La femme, en général, est bien plus prenable que l'homme aux contagions. Elle est plus imaginative, plus affectée de se voir là, perdue dans cet océan de malades, près des mourants, des morts; cela seul la ferait mourir. Les parents n'entrent que deux fois par semaine, s'il y a des parents. Les sœurs sont occupées de soins matériels, un peu blasées d'ailleurs par la vue de tant de douleurs. L'interne est un jeune homme. Ce serait lui pourtant, et justement parce qu'il est jeune et non blasé encore, s'il était bon, ce serait lui qui pourrait le plus moralement. Et quel fruit immense d'instruction il en tirerait! quel agrandissement du cœur!

mètres. La muqueuse est d'un blanc rosé et fournit des lambeaux de 1 à 2 centimètres de longueur; elle est lisse, polie, et n'offre aucune trace de rides.

Au niveau du pylore, le duodénum offre un étranglement circulaire, comme l'œsophage au cardia. L'intestin grêle, distendu par des gaz, contient quelques grumeaux de matière épaisse, gluante et jaune. La muqueuse, jaunâtre dans le duodénum, est d'un blanc grisâtre dans le reste de l'intestin; elle fournit des lambeaux de 2 à 6 millimètres. Les plaques de Peyer ne sont pas apparentes. L'épaisseur de toutes les membranes de l'intestin grêle est de 1/2 millimètre. La longueur de cet intestin est de 2 mètres 42.

Le gros intestin contient des gaz qui le distendent et quelques grumeaux jaunes. La muqueuse est pâle et offre quelques arborisations dans le rectum. Les lambeaux obtenus ont 1 centimètre dans le cœcum et 1 à 2 centimètres dans le colon et le rectum. L'épaisseur de toutes les membranes du gros intestin est de 1 à 2 millimètres, et la longueur de cet intestin est de 44 centimètres.

Le péritoine est sain et contient un peu de sérosité. Le foie est de couleur jaune brun; sa consistance est grande. La vésicule biliaire est distendue par un liquide épais, jaunâtre. Les canaux biliaires sont libres. La rate, facile à déchirer, est d'un violet pâle; elle laisse écouler par la pression environ une demi-cuillerée de sang. Capsules surrénales et reins à l'état normal. Vessie distendue par l'urine; muqueuse pâle, parois minces.

Larynx, trachée, bronches, rien de remarquable. Les poumons sont d'un rouge brique très-clair, excepté à la partie postérieure, où ils offrent une coloration plus foncée. Ils sont crépitants, bien aérés et surnagent facilement quand on les a plongés dans l'eau. Les plèvres sont humides, sans sérosité appréciable.

Le péricarde contient un peu de sérosité. Dans les cavités du cœur, il n'y a pas de caillots. L'appareil cérébro-spinal n'offre rien de spécial à noter.

Les antécédents de l'observation suivante m'ont été fournis de vive voix. Je n'ai pas vu l'enfant pendant la vie; j'ai seulement assisté à la nécropsie, qui s'est faite sous les yeux de M. le docteur Le Barillier, médecin de l'hospice des Enfants de Bordeaux.

Obs. II. — Jean, né le 17 juillet 1859, fut admis à l'hospice le 27 juillet. La sage-femme affirme que cet enfant refusait le sein de sa mère. Arrivé à l'hospice, il fut inutilement présenté à plusieurs nourrices. Il prenait à la cuiller, et après avoir avalé quelques cuillerées de lait, il refusait d'avaler. L'inspection de la bouche et de la gorge ne faisait rien découvrir. Il n'y avait ni vomissements ni régurgitations, les selles étaient rares et normales. La percussion et l'auscultation ne dénotaient aucune altération des voies respiratoires. L'enfant mourut le 30 août, après avoir vécu quarante-quatre jours.

A la nécropsie, tous les organes étaient sains; l'estomac seul présentait une diminution de volume; la conformation était normale; les parois avaient une épaisseur de 1 à 2 millim. La muqueuse forte, lisse, donnait des lambeaux de 2 à 3 centim. Les différents diamètres ont fourni les longueurs suivantes :

Diamètre vertical . . .	3	centimètres.
Diamètre horizontal . .	6	—
Petite courbure	3	—
Grande courbure . . .	8	—

La taille de l'enfant était de 52 centimètres.

Ce serait une erreur de voir, dans ces deux cas, cet état que Meckel appelle *rétrécissement de l'estomac*, et qu'il attribue à une abstinence trop longue. MM. Rillet et Barthez reconnaissent aussi qu'une diète trop prolongée peut amener la diminution de la capacité stomacale; mais moins laconiques que Meckel, ils font observer que, dans ces circonstances, l'estomac « offre une multitude de plis qui longent la » grande courbure de l'estomac, et qui, vers le petit cul-de-sac, s'en- » tre-croisent de manière à former des aréoles. » (Traité des maladies des enfants, t. I, p. 666.) Dans les deux cas relatés, la muqueuse de l'estomac lisse, polie, n'offrait aucune trace de rides, et loin de condamner ces enfants à une abstinence forcée, on a fait tout ce qu'on a pu pour les alimenter.

Pourrait-on nous objecter que pendant qu'ils étaient auprès de leur mère, ces enfants ont été privés de nourriture, et que sous l'influence de cette abstinence l'estomac se serait contracté, et que cette contracture serait en quelque sorte devenue physiologique. Cette opinion émise par M. Laugier (Gaz. des hôp., 1851, p. 255) pour expliquer une anomalie de forme de l'estomac coïncidant avec une dyspepsie chronique, ne peut être admise ici. Marie est restée auprès de sa mère trois jours et Jean dix jours. En supposant que, pendant ce laps de temps, ces enfants n'aient pris d'autre boisson que de l'eau sucrée, nous pensons que cette période de dix jours n'est pas assez longue pour amener la diminution de la capacité de l'estomac. Dans une observation de dothinentérie congéniale publiée par M. le docteur Charcelay (de Tours), l'enfant a vécu huit jours, ne prenant que de l'eau sucrée. A la nécropsie, l'estomac était *très dilaté*, et c'est peut-être, d'après l'auteur, *le plus large* qu'il ait rencontré chez des enfants nouveau-nés.

Il résulte de toutes ces considérations que nous avons eu affaire à un vice de conformation, et que le défaut d'appétit chez ces deux enfants a été l'effet et non la cause de cet état de l'estomac.

Les conditions dans lesquelles les enfants à la mamelle ont l'habitude de refuser les boissons, quelles que soient leur source et leur nature, n'exigent pas de longues réflexions pour démontrer que l'hypogénésie de l'estomac peut toujours être reconnue pendant la vie, surtout si ce vice de conformation se présente, comme il s'est offert à nous, dégagé de toute complication.

Une bonne conformation extérieure, la présence d'évacuations alvines, l'absence de toute affection à laquelle on puisse rapporter l'anorexie, le défaut d'appétit permanent et commençant avec la vie, tels sont les signes caractéristiques de l'hypogénésie de l'estomac chez les enfants à la mamelle.

Les maladies qui peuvent simuler l'hypogénésie de l'estomac sont l'œsophagite congéniale, quelques vices de conformation de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin, la constipation et la débilité des enfants précoces.

Dans l'œsophagite, l'imperforation de l'œsophage, l'agénésie de l'estomac et l'oblitération de l'intestin, les enfants refusent les boissons qu'on leur présente, mais le vomissement est constant, et dans l'hypogénésie, nous avons vu que ce symptôme avait manqué.

La constipation, affection très-rare chez le nouveau-né et signalée par le docteur Vanier (du Havre), s'accompagne quelquefois d'un certain dégoût des aliments, mais ce dégoût n'est que momentané. L'absence d'évacuations alvines indique l'emploi d'un purgatif qui, en faisant disparaître la constipation, ramène l'appétit. Dans l'hypogénésie

---

Le docteur L..., alors jeune et interne dans un hôpital de Paris, vit venir dans sa salle une fille de vingt ans au dernier degré de la pulmonie. Nulle amie, nulle parente. Dans son absolue solitude, au milieu de cette triste foule, dans la mélancolie d'une fin prochaine, elle vit bien, sans qu'il lui parlât, elle vit dans ses yeux un éclair de compassion. Dès lors elle le regardait toujours, allant, venant par la salle, et elle ne se croyait pas tout à fait seule. Elle s'éteignait doucement dans cette pure et dernière sympathie. Un jour il passe, elle fait signe. Il dit : « Que voulez-vous? — Votre main. » Elle meurt. — Ce serrement de main n'a pas été stérile; ce fut le passage d'une âme. Une âme en profita. Même avant de savoir ceci, en regardant cet homme charmant autant qu'habile, j'avais senti qu'il est de ceux que la femme a doués, et qui trouvent des trésors de médication dans la tendresse du cœur.

Le meilleur homme est homme et une femme ne peut lui tout dire. Il y a surtout une semaine par mois où la malade, deux fois malade, est vulnérable à tout, faible, émue, et pourtant n'ose parler. Elle a honte, alors, elle a peur, elle pleure, elle rêve. Ce n'est pas à la sœur, personne officielle, qu'elle dira tout cela; comme vierge, la sœur n'y voudrait rien comprendre, et n'a pas le temps d'écouter. Il faut une vraie femme, une bonne femme, qui sache tout, sente tout, qui lui fasse tout dire, lui donne bon espoir, lui dise : « N'aie pas d'inquiétude, j'irai voir tes enfants, je te chercherai de l'ouvrage; tu ne seras pas embarrassée à la sortie. » — Cette femme, fine et pénétrante autant que bonne, devinera aussi ce qu'elle n'ose dire, qu'ayant vu mourir sa voisine elle a peur de la mort : « Toi, tu ne mourras pas, ne crains rien, ma petite, nous l'empêcherons bien... » Et mille autres choses folles et tendres que trouve un cœur de mère. La malade est comme une enfant. Il faut lui dire ce qu'on dit à un nourrisson, la caresser et la bercer. De femme à femme, les caresses, un tendre enveloppement, c'est souvent chose toute-puissante. Et si la dame a influence, autorité, ascendant d'esprit, de position, d'autant plus sa bonté agit. La pauvre, dans son lit, est tout heureuse, reprend force et courage, et guérit pour lui faire plaisir.

— Les juges du concours pour l'agrégation (médecine et médecine légale), qui s'ouvrira à Paris le 2 décembre prochain, sont :

MM Denonvilliers, Trousseau, Guillot, Grisolle, Cruveilhier, Tardieu, Rayer, Dubois (d'Amiens) et Michel Lévy, juges.

MM. Bouillaud, Rostan, Barth et Beau, suppléants.

— M. le docteur Auzias Turenne vient de recevoir du roi de Danemark la décoration de l'Étoile polaire, en récompense de ses travaux sur la syphilisation.

— M. le docteur Phillips commencera la deuxième partie de son cours des maladies des voies urinaires, le mardi, 6 décembre, à deux heures, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Cette deuxième partie comprend les maladies de la prostate et de la vessie.

de l'estomac, les selles sont rares et non supprimées, et l'anorexie persiste malgré l'emploi des purgatifs.

Les enfants précoces prennent difficilement le sein. L'examen attentif de leur corps permet d'expliquer la faiblesse de leurs efforts pour pratiquer la succion ; de plus, ces enfants prennent facilement à la cuiller.

On le voit, il sera toujours facile de diagnostiquer pendant la vie l'hypogénésie de l'estomac, car cette anomalie a une physionomie qu'on ne retrouve dans aucune maladie de la première enfance.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ESPÈCE DE LUXATION MÉCONNUE JUSQU'A CE JOUR : LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS SUR LE FIBRO-CARTILAGE INTERARTICULAIRE DU POIGNET; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

(Suite. — Voir les nos 42, 43 et 44.)

DEUXIÈME PARTIE.

NOUVELLE THÉORIE DE LA LÉSION DÉCRITE DANS CE MÉMOIRE.

J'avais observé bien souvent cette lésion, et je m'en tenais, depuis vingt-cinq ans, à la théorie de la luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant, qui était loin de me satisfaire entièrement, quand le fait suivant vint me tirer de mon erreur.

Obs. I. — Le 6 septembre 1858, une jeune dame de Marseille se trouvant casuellement à la campagne dans la banlieue d'Aix, m'amena à neuf heures du soir son enfant, petite fille de 14 mois, atteinte du déplacement en question. Cette enfant commençait à marcher, et la mère la tenait par la main droite, quand elle fit un faux pas. Par un mouvement instinctif brusque, la mère prévint la chute en tirant sur la main qui était en pronation. Pendant cet effort, elle perçut un claquement dans le petit membre, l'enfant se mit à crier, et dès cet instant le bras resta immobile et pendant.

La petite fille me fut présentée deux heures après l'accident. Son membre était dans le relâchement, pendant sur le côté, un peu porté en avant, légèrement fléchi, la main en pronation ; quand je voulus l'examiner, l'enfant poussa des cris. J'imprimai à la main un léger mouvement de supination ; mais je trouvai la résistance caractéristique, et les cris redoublèrent. Je constatai qu'il n'existait, ni au coude ni au poignet, la moindre déformation osseuse. Ces deux articulations étaient aussi exemptes de gonflement. Bref, ce déplacement, que j'avais si souvent observé, se présentait à moi avec des caractères bien tranchés ; je me mis donc en devoir de le réduire, comme j'en avais l'habitude, par un mouvement combiné d'extension sur le membre et de supination suivie d'une flexion brusque du coude ; comme toujours, à la première tentative, j'obtins la réduction ; mais le membre était très-petit, et ma main droite, qui tenait la main de l'enfant pour exécuter cette manœuvre, embrassait aussi le poignet, et *perçut très clairement, dans cette jointure, le claquement qui se produisit au moment de la réduction.*

Ce fut là pour moi un trait de lumière ; j'avais la certitude que, dans ce cas, le déplacement avait son siége dans le poignet ; or ce cas était certainement identique aux cent autres que j'avais observés.

Les jours suivants, je réfléchis sur ce fait, et me promis d'examiner attentivement les nouveaux cas qui se présenteraient à mon observation, et enfin d'étudier la question au point de vue anatomique ; mais, deja, je voyais bien que j'arrivais enfin à la connaissance de ce déplacement, sur le siége duquel nous nous étions tous trompés jusqu'à ce jour ; cependant il n'existait pas de déformation osseuse au poignet ; donc il n'y avait pas luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le radius ; d'ailleurs la particularité notée par tous ceux qui ont observé le déplacement en question, du rétablissement complet et immédiat des fonctions du membre après la réduction, excluait l'idée d'un déplacement qui n'aurait pu se faire sans une déchirure ou au moins une grande distension des ligaments de l'articulation radio-cubitale inférieure et surtout du fibro-cartilage interarticulaire ; mais une autre explication du déplacement qui se produisait dans ce cas se présenta à ma pensée ; j'eus tout de suite l'idée d'une luxation de la tête du cubitus sur le bord postérieur ou dorsal du fibro-cartilage, lequel, par l'effet de ce déplacement, subirait bien peut-être un léger tiraillement, mais conserverait son intégrité.

M. le docteur Silbert, à qui je fis part de mes idées nouvelles, ne pouvait y croire d'abord, et m'objecta qu'il pourrait exister une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius donnant lieu aux symptômes que nous connaissions bien l'un et l'autre, et une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le fibro-cartilage, dont les symptômes ressembleraient à ceux du premier déplacement. Cette supposition ne me parut pas admissible ; les caractères symptomatiques de la lésion que nous observions habituellement étaient trop constamment identiques pour qu'ils pussent être communs à deux déplacements différents. M. Silbert, dont l'attention avait été mise en éveil par nos conversations, étudia avec soin le premier fait qui s'offrit à son observation, et dont voici le résumé :

Obs. II. — Au commencement de janvier 1859, on amena dans le cabinet de ce médecin une petite fille de 13 mois (Louise Guien), qui, confiée a la garde de sa sœur âgée de 10 ans, avait été retenue par la main droite au moment où elle allait faire une chute ; l'enfant était atteinte de l'espèce de déplacement que nous avions jusqu'alors considéré comme une luxation incomplète de la tête du radius. Elle refusait absolument de se servir de ce membre pour saisir un objet qu'on lui présentait, et se plaignait vivement dès qu'on touchait sa main droite. Enfin, cette main était en pronation, et si on lui imprimait un mouvement dans le sens de la supination, l'enfant criait, et le chirurgien rencontrait une résistance marquée et indépendante de l'action musculaire. Pendant la réduction qui fut très-facile, M. Silbert, dont l'index et le médius étaient appliqués sur la face dorsale du poignet, reconnut positivement que c'était dans le poignet, et non dans le coude, que se produisait le claquement dont nous avons déjà parlé bien des fois.

M. Silbert renvoya la petite malade, recommandant de n'imprimer à son bras aucun grand mouvement, et promettant d'aller la voir plus tard. Quand il s'y rendit deux ou trois heures après, il trouva que le déplacement s'était reproduit ; il le réduisit de nouveau avec la même facilité, et perçut, cette fois encore, le claquement dans le poignet.

La petite fille était très-bien le lendemain ; mais deux mois plus tard (le 12 mars), à trois heures de l'après-midi, M. Silbert était mandé de nouveau chez M. Guien pour la même enfant chez laquelle le même accident venait de se produire de nouveau dans le même membre par une cause identique à celle qui l'avait produit la première fois. Dans la réduction, M. Silbert perçut encore très-nettement le claquement dans le poignet.

Obs. III. — M. Silbert a fait la même observation relativement au lieu où se fait entendre le claquement pendant la réduction, chez une petite fille de 15 mois, atteinte de la même lésion (la petite Marguerite Dufaur), qu'il a traitée le 14 avril dernier.

De mon côté, j'ai rencontré plusieurs fois, encore, la lésion en question, et ces nouveaux cas, observés avec la plus grande attention, sont venus confirmer pleinement les conclusions que j'avais déduites du fait que j'avais observé le 6 septembre 1858 (obs. I). Voici ces nouveaux faits :

Obs. IV. — Le petit Louis Ailland, âgé de 26 mois, fut amené chez moi par sa mère, le 13 janvier dernier. Depuis six jours, il souffrait du membre supérieur droit et ne pouvait s'en servir. Ce membre, pendant sur le côté, était légèrement fléchi et immobile. La main était en pronation, sensiblement inclinée sur le bord cubital ; le poignet ne présentait aucune déformation osseuse ; mais sa face dorsale était le siége d'une tuméfaction douloureuse. Je pus constater l'état parfaitement normal du coude, l'insensibilité de cette articulation à la pression ; je pris d'une main l'avant-bras, de l'autre la main du petit malade, et imprimant à celle-ci de petits mouvements de rotation en dehors, j'entendis très-bien le bruit de frottement entre surfaces osseuses, et je rencontrai bientôt la résistance caractéristique de la lésion que j'étudie. La main livrée à elle-même retomba tout de suite dans l'état de pronation où elle était d'abord. Je m'informai de la cause du mal, et on me raconta que l'enfant avait été retenu par la main au moment où il allait faire une chute, qu'il avait beaucoup crié dans ce moment, et que, depuis, il avait souffert et ne s'était plus servi de sa main. Le diagnostic était clair.

Je fis alors fixer le bras par la mère ; j'appliquai les doigts de ma main gauche sur la face dorsale du poignet, puis, de la droite, imprimant lentement à la main de l'enfant un mouvement de rotation en dehors porté jusqu'à la supination complète, je perçus dans le poignet, avec ma main gauche, d'abord le bruit de frottement osseux analogue à la crépitation des fractures, puis le claquement sec indiquant que la réduction s'était opérée.

Quoique le déplacement datât de six jours, deux minutes après la réduction, et dès que l'enfant eut cessé de pleurer, je lui présentai une pièce de monnaie qu'il prit très-bien de la main droite ; cependant, à cause de la tuméfaction de la face dorsale du poignet, j'appliquai une compresse résolutive que je fixai par quelques tours de bande, ce qui n'empêcha pas l'enfant de se servir de son membre. Le petit malade me fut ramené le troisième jour ; il ne restait plus de trace de l'accident.

Obs. V. — Emmanuel N..., cuisinier, amena dans mon cabinet, le 3 mars, son enfant, petite fille âgée de 17 mois, qui, marchant d'un pas mal assuré, avait été retenue par la main gauche au moment où elle allait faire une

chute. Il était sept heures du soir, l'accident s'était produit à trois heures. Ici encore, aucun des traits caractéristiques de la lésion ne manquait; comme dans le cas précédent, je notai l'inclinaison de la main dans le sens de l'adduction. La réduction fut opérée par la rotation en dehors sans extension; seulement, les doigts appliqués sur la face dorsale du poignet repoussaient le cubitus en avant, pendant que l'autre main imprimait à celle de l'enfant le mouvement de supination. Pendant la réduction, je perçus encore, de la manière la plus distincte, *dans le poignet*, le bruit de frottement osseux d'abord, puis la secousse de la réduction.

Obs. VI. — Le sujet est un petit garçon de 8 mois, fort et déjà solide sur ses jambes, qu'on avait placé debout sur une chaise tourné vers le dossier, sur lequel il s'appuyait. La bonne, debout devant l'enfant, le tenait par la main droite, quand celui-ci se tournant brusquement à droite vers sa tante qui l'appelait, la main fut retenue par la bonne qui sentit dans le membre un claquement que la tante entendit aussi. La luxation était produite.

L'enfant fut amené chez moi une heure après l'accident. Les symptômes de la lésion étaient des plus tranchés. Il n'y avait pas, dans ce cas, d'adduction prononcée de la main. La réduction fut opérée par simple rotation de la main en dehors. Pendant que ma main gauche tournait la main de l'enfant en supination, ma main droite embrassait l'avant-bras dans son tiers supérieur, et le claquement de la réduction, qui fut nettement perçu dans le poignet par l'index et le médius de ma main gauche qui étaient appliquées sur la face dorsale de cette articulation le fut aussi, mais bien moins distinctement, dans la partie supérieure de l'avant-bras par ma main droite. Cette dernière sensation m'étonna d'abord; mais, en réfléchissant; je compris que la secousse que reçoit dans la réduction l'extrémité inférieure du cubitus doit se propager dans toute la longueur de cet os (25 juillet 1859).

Obs. VII. — Voici encore l'enfant qui fait le sujet de ma cinquième observation. Cette petite fille, âgée maintenant de 2 ans moins quelques jours, est amenée dans mon cabinet le 27 septembre, avec la même lésion, produite par la même cause, ayant son siége dans le même membre (le gauche). Six mois et demi se sont écoulés depuis le premier accident; il n'y a que vingt minutes que s'est faite la luxation que je constate aujourd'hui. Comme toujours, le coude et le poignet sont exempts de toute déformation. Je reconnais que la douleur a son siége au poignet. La pronation de la main existe, mais n'est pas exagérée. J'avais bien reconnu, dans tous les cas qui précèdent, que le bruit de claquement qui a lieu dans la réduction se passe dans le poignet; mais je voulus cette fois mieux préciser son siége, et, dans ce but, faisant fixer le membre par le père, je ne tins le poignet qu'avec le pouce et l'index de la main droite, appliqués l'un sur l'extrémité du radius, l'autre sur la tête du cubitus, et, pendant que ma main gauche imprimait à la main de l'enfant la rotation en dehors, avant que je fusse arrivé à la supination complète, je perçus clairement sous mon doigt indicateur, qui était appliqué sur la tête du cubitus, le choc caractéristique de la réduction. Il n'y a eu, dans ce cas, ni adduction prononcée de la main, ni bruit analogue à la crépitation des fractures.

La réduction opérée, les mouvements du membre se sont rétablis immédiatement.

Mon ami, M. le docteur Savournin, observateur froid, praticien judicieux, qui partageait mes anciennes idées sur cette lésion, et à qui j'ai fait part de mes vues nouvelles, ayant rencontré, ces jours passés, chez un petit enfant, une luxation de cette espèce, a reconnu, me dit il, de manière à ne pouvoir s'y tromper, que c'est bien dans le poignet, et du côté du cubitus, que se produit le claquement au moment de la réduction.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

GUÉRISON DE DARTRES RONGEANTES INVÉTÉRÉES DU VISAGE PAR L'INOCULATION DE LA SYPHILIS SECONDAIRE OU CONSÉCUTIVE; par M. le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Très-honoré collègue,

Plusieurs journaux de médecine, lors de mon rapport académique *sur la contagion des phénomènes secondaires de la syphilis*, et tout récemment encore, un de mes anciens élèves, dans un mémoire sur le même sujet, ont énergiquement blâmé les inoculations qui m'avaient paru nécessaires pour résoudre définitivement la question. Interprétant à leur guise quelques paroles qui m'étaient échappées dans le cours de la discussion, ils avaient trouvé moyen de m'infliger le rôle d'un coupable qui vient faire amende honorable de ses fautes. Comme vous ne vous êtes point fait l'écho de ces accusations et de ces perfides interprétations auxquelles j'avais dédaigné jusqu'ici de répondre, je pense que vous accueillerez favorablement le compte rendu des heureux résultats qu'ont eus mes expériences de l'hôpital Saint-Louis.

J'avais dit dans mon rapport, à propos des malades soumis à l'inoculation des phénomènes secondaires de la syphilis :

« Tous ces sujets *adultes*, vierges d'ailleurs de toute syphilis, avant » nos expériences, étaient affectés de lupus invétéré du visage, sans » offrir d'autre indice de scrofules.... *Peut-être était-il permis d'espérer* que le traitement spécifique institué en vue *de la diathèse syphilitique communiquée* pourrait modifier avantageusement la maladie ancienne de la peau, et que *cette double modification morbide* » *et thérapeutique* ne serait pas sans influence sur *le lupus* que l'on » n'avait pu jusque-là amener à guérison. »

Aujourd'hui je puis dire que notre espoir a été complétement réalisé.

Au mois de septembre dernier, nous montrions aux médecins qui suivaient nos leçons cliniques les sujets guéris et de la syphilis inoculée et du lupus dont ils étaient depuis si longtemps affligés. Notre collègue le docteur Ambroise Tardieu, qui avait reçu ultérieurement la mission de venir constater le résultat définitif de nos expériences, a vérifié à son tour la guérison de nos malades et nous a fortement engagé à persévérer dans cette voie nouvelle.

J'ai blâmé, sans doute, et je blâme encore les tentatives d'inoculation faites dans un simple but de curiosité scientifique; mais je me félicite, au contraire, d'avoir saisi l'occasion qui m'était offerte de les répéter dans un but thérapeutique.

Voici un court résumé de trois de nos expériences principales :

Obs. I. — N° 1, salle Saint-Charles. Adulte affecté d'un *lupus* ou dartre rongeante de la face (dont le début date de plus de douze ans). Inoculation au bras gauche sur une surface excoriée par un vésicatoire à l'ammoniaque, à l'aide d'une application de charpie imbibée de matière purulente recueillie sur des papules muqueuses secondaires de l'anus.

Ce dernier sujet, couché dans le service de M. Bazin (pavillon Saint-Mathieu), présentait autour de l'anus une couronne de pustules plates datant d'une quinzaine de jours, *consécutives* à un chancre du prépuce contracté quinze mois auparavant, chancre dont la cicatrice est restée apparente.

Le 30 janvier 1859, cinq jours écoulés depuis l'inoculation, celle-ci n'avait laissé d'autre trace que la maculature du vésicatoire (de la largeur environ d'une pièce de cinquante centimes).

Neuf jours plus tard, la maculature effacée, un peu de rougeur apparaît au même lieu.

Le 12 février, *dix-huitième jour* de l'inoculation; apparition d'une *papule* cuivrée, saillante.

Le 16, vingt-deuxième jour, un peu de suintement s'opère à la surface de cette papule, qui a grossi et s'est étalée. Ce suintement devient purulent et se concrète en croûte légère.

Le 23, vingt-neuvième jour, un ganglion existe dans l'aisselle correspondante.

Le 26, trente-deuxième jour, la croûte, détachée par un bain de vapeur, laisse voir une excoriation encore très-superficielle.

Le 21 mars, cinquante-cinquième jour, une ulcération, toujours superficielle, s'est un peu creusée dans le centre de la papule devenue de plus en plus saillante, indurée et constituant un véritable *tubercule*; de plus, quelques taches et quelques papules rougeatres se sont montrées sur le tronc; plus tard, elles se sont changées en pustules acnéiques qui se sont généralisées sur la face palmaire des membres supérieurs, sur le ventre, sur la face interne des cuisses et sur les régions inguinales, etc.

Le 31 mars, on met le malade à l'usage du sirop de deuto-iodure ioduré et des bains de sublimé.

Aujourd'hui 16 mai, à six semaines de traitement, le tubercule ulcéré du bras est résolu, offrant à son centre une cicatrice blanche, superficielle, un peu déprimée. Les ganglions axillaires persistent. La syphilide générale commence à entrer en résolution : le lupus s'améliore.... Depuis deux mois, la guérison est complète (22 novembre).

Obs. II. — N° 47, salle Saint-Charles. Adulte vigoureux, affecté d'un lupus papulo-tuberculeux invétéré qui couvre toute la face et s'accompagne d'hypertrophie. Le début du mal remonte à dix-huit ans; il date de l'enfance.

Plusieurs inoculations successives par le même procédé et avec la même matière que le précédent. Deux de ces inoculations ont réussi, donnant lieu aux mêmes phénomènes locaux, mais précédés d'une période d'incubation encore plus longue et qui n'a guère été moindre de vingt-cinq jours de silence, après lesquels un peu de rougeur a commencé à se montrer, ultérieurement suivie du développement d'une *papule*, serre d'abord, puis humide, excoriée, croûteuse et indurée, constituant, en un mot, un véritable *tubercule plat*. Un ganglion du volume d'une noisette s'est développé concurremment dans la région axillaire.

Une roséole a commencé à se montrer sur le tronc le 5 mars, c'est-à-dire le trente-septième jour qui a suivi l'inoculation.

Peu après, un traitement spécifique a été commencé; la guérison paraissait entière le 17 mai suivant.

La troisième observation est beaucoup plus curieuse, à cause du siége où a été puisé le virus (papule squammeuse *du front*), des apparences de celui-ci (la lancette n'était chargée que de sérosité sanglante), de la longue durée de l'incubation (trente-cinq jours environ), enfin de la forme du phénomène initial qui n'a, pendant toute sa durée, offert d'autre lésion apparente qu'une *papule* étalée en plaque squammeuse, sans aucune exhalation ni excoriation : il n'y a pas moyen par conséquent d'admettre ici le sentiment de M. Rollet et de confondre une pareille lésion avec le *chancre induré.*

Voici les détails de cette intéressante observation :

Obs. III. — Le malade qui a fourni la matière de l'inoculation avait été traité à l'hôpital du Midi (service de M. Puche) d'un chancre induré de la face externe du prépuce (un peu phymosique) qui, lors de son entrée dans nos salles (le 7 février 1859), avait laissé une cicatrice indurée, encore un peu rougeâtre, en forme de tubercule plat lenticulaire, avec engorgement indolent et léger des ganglions inguinaux. Sur la verge, le scrotum, la partie interne correspondante des cuisses à l'anus....., s'étaient développées des papules muqueuses secondaires, qui de là s'étaient répandues sur d'autres régions. Il existait notamment au front une large papule squammeuse, d'un rouge cuivré, tout à fait sèche et ayant environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

Le 9 février, la pointe d'une lancette fut enfoncée dans la circonférence de cette papule, et se chargea d'un sang un peu séreux, qui fut immédiatement inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit (près du pli du coude) d'un sujet affecté, comme les précédents, de *lupus* du visage qui, chez ce malade, datait de dix ans. Comme nous n'avions aucunement la pensée que cette inoculation pût réussir, nous laissâmes sortir ce jeune homme une quinzaine de jours plus tard ; la trace de la piqûre de la lancette était alors complétement effacée.

Le 1er avril suivant, ce jeune homme rentra au pavillon Saint-Mathieu, dans le service de M. Bazin. Alors, c'est-à-dire cinquante jours écoulés depuis l'inoculation, on vit avec surprise qu'au point où elle avait eu lieu s'était développée une papule rougeâtre, étalée et irrégulière, légèrement squammeuse, tout à fait sèche, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ...., rappelant très-bien par conséquent la papule squammeuse frontale qui avait servi à l'inoculation.

Au dire du malade, le début de cette papule remontait à quinze jours environ ; elle n'aurait donc commencé à se montrer que trente-cinq jours après l'inoculation. Au-dessus et autour de cette plaque, on découvrait quelques taches cuivrées, un peu saillantes, commencement de la *syphilide squammeuse* consécutive qui, plus tard, s'est étendue aux autres régions du corps. Un ganglion douloureux, plus gros qu'une noisette, s'était développé dans l'aisselle correspondante.

Le 23 avril, le sujet se place comme infirmier dans une autre division du service de M. Bazin. Il était alors dans l'état suivant : taches de roséole sur le tronc, quelques rares papules squammeuses sur la face palmaire des membres supérieurs ; persistance à l'avant-bras droit de la papule cuivrée initiale ; papules squammo-croûteuses abondamment répandues dans le cuir chevelu ; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs ; papules muqueuses commençantes à l'ombilic et au pourtour de l'anus ; rien à la bouche, au gosier, ni aux parties génitales.

Peu après, on institue le traitement spécifique, et déjà le 18 mai suivant, tous les symptômes notablement amendés annonçaient une guérison prochaine. La dartre rongeante du visage, qui s'était améliorée dès l'explosion de la *syphilide*, est aujourd'hui complétement guérie.

Ces guérisons si remarquables, et que des traitements actifs et prolongés n'avaient pu obtenir depuis un si grand nombre d'années, m'ont paru, comme je l'avais conjecturé *à priori*, le produit de la double modification morbide et thérapeutique amenée par l'inoculation syphilitique. Mais il est à remarquer que l'amélioration s'est produite dès le début de la syphilis et avant même l'institution de la médication antisyphilitique.

Ce nouveau mode de *syphilisation* par une simple inoculation des *phénomènes secondaires*, diffère bien de celui proposé par d'autres comme moyen curatif des syphilis invétérées, et me paraît offrir moins de dangers et moins d'inconvénients que l'inoculation répétée des *accidents primitifs.*

OBSERVATION DE TÉTANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ SANS SUCCÈS PAR LE CURARE; par M. le docteur HENRI GINTRAC, professeur adjoint de clinique interne à l'École de médecine de Bordeaux.

Lorsqu'un médicament nouveau apparaît dans la pratique médicale, il est du devoir de celui qui l'a expérimenté d'en faire connaître le degré d'activité, l'influence thérapeutique réelle. C'est pour obéir à cette pensée que je publie l'observation suivante :

Obs. — F..., âgé de 18 ans, est d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin. Sa vie est sédentaire ; il dirige un tir au pistolet. Se nourrissant convenablement, il n'a jamais été adonné à aucune sorte d'excès ; il a toujours joui d'une santé parfaite.

Le 4 octobre 1859, F..., marchant les pieds nus, se fait une plaie au pied droit. Un clou pénètre de 1 centimètre environ par son extrémité acérée dans la région plantaire, au niveau de l'articulation de la première phalange du quatrième orteil avec le métatarsien. Le corps étranger est immédiatement extrait : il ne provoque dans la partie atteinte qu'une légère douleur et un faible écoulement de sang. Cet accident n'eut alors aucune importance, puisque F... continua de marcher. Trois jours après, la plaie était complétement cicatrisée.

Le 17 octobre, F... éprouve une céphalalgie intense, des douleurs vagues dans les membres, un sentiment de roideur vers la nuque qui rend pénibles les mouvements de la tête, des élancements dans les régions temporo-maxillaires.

Le 18, les jambes sont alternativement le siége de crampes et de secousses convulsives ; les tiraillements qui se produisaient dans les muscles de la partie postérieure du cou s'étendent à ceux des gouttières vertébrales. Ce n'est qu'avec peine que le tronc peut être fléchi en avant ; la contraction spasmodique se prononce dans les muscles de la face ; il y a de la gêne dans les mouvements des mâchoires, qui se serrent graduellement et ne peuvent s'écarter que d'une manière incomplète.

Transporté le 19 octobre, à cinq heures du matin, à l'hôpital Saint-André, dans le service de clinique interne, F... présente l'état suivant :

Décubitus horizontal, rigidité musculaire générale, corps allongé droit et immobile : tête renversée en arrière et inflexible, céphalalgie, face colorée, pupilles un peu resserrées, douleur au niveau des tempes et des joues, contraction spasmodique des muscles élévateurs de la mâchoire, par suite de laquelle les arcades dentaires ne peuvent s'éloigner que de 1 centimètre ; cependant la déglutition est facile. Convexité du tronc en avant (opisthotonos). Les muscles de la masse sacro-lombaire et de la région dorsale sont durs ; par moments ils se contractent avec force, et ils deviennent alors tellement douloureux que le malade ne peut s'empêcher de pousser des cris. Le ventre est rétracté ; il y a de la constipation et de la dysurie. Les muscles des parois thoraciques sont le siége de secousses convulsives qui déterminent un certain degré de suffocation, d'où résulte une accélération très-marquée des mouvements respiratoires.

Les membres inférieurs n'offrent encore qu'une simple disposition à la contracture, les supérieurs conservent leur souplesse. Intelligence parfaitement nette. Pouls assez développé, à 90 pulsations. (Bain de vapeur.) Ce bain ne peut être supporté que vingt minutes ; il produit une sueur abondante sans aucun amendement des symptômes.

A huit heures du matin, lors de la visite, la tête est toujours renversée en arrière et immobile ; les muscles du cou sont dans un état de contraction permanente. Les temporaux et les masséters en convulsions toniques tiennent les mâchoires rapprochées ; la déglutition s'opère bien. L'opisthotonos persiste. Les muscles dorsaux et ceux des gouttières vertébrales sont le siége de douleurs qui s'exaspèrent par moment et arrachent des cris au patient. Les parois du ventre présentent un plan solide très-résistant ; la constipation se maintient, ainsi que la dysurie. Les mouvements des membres inférieurs sont pénibles et embarrassés. Quant à ceux des membres supérieurs, ils restent libres. La peau est chaude, le pouls plein, large, à 100 pulsations. (Vingt sangsues le long du rachis ; extrait thébaïque, 0,20, en cinq pilules ; chloroforme en inhalation ; deux vésicatoires sur l'épigastre avec le marteau de Mayor.)

Pendant la journée, l'émission des urines est devenue naturelle, mais la contraction des muscles du cou, de la face et du tronc est toujours aussi forte ; les douleurs, qui paraissent avoir pour point de départ la région lombaire, sont aussi vives : secousses convulsives dans les membres inférieurs, flaccidité des membres supérieurs. Le soir, vers six heures, le calme semble vouloir s'établir ; il ne dure que peu d'instants. Pendant la nuit, l'agitation est extrême, l'insomnie absolue ; les douleurs acquièrent un haut degré d'intensité.

20. Roideur plus grande des muscles du cou, même immobilité de la tête, qui est portée en arrière, et de la mâchoire inférieure, qui peut à peine s'écarter d'un demi-centimètre de la supérieure ; opisthotonos plus prononcé ; respiration courte, pénible, entrecoupée de plaintes ; pouls à 128, assez développé et régulier ; 30 inspirations, sueur générale.

1° Julep contenant 10 centigrammes de curare pour 120 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées de deux en deux heures ;

2° Solution de curare dans de l'eau distillée, à 2 décigrammes par gramme, de telle sorte que chaque goutte de liquide contient 1 centigramme de curare. A l'aide de la seringue Pravaz, on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané du tronc, des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la face, une goutte de cette solution, à neuf heures et demie du matin, à dix heures et demie, à onze heures et demie, à midi et demi, à deux heures et demie, à quatre heures et demie, à six heures et demie, à neuf heures et demie du soir ; il en résulte que, dans cette journée, 8 centigrammes de curare sont injectés sous le derme.

Le soir, aucune rémission ne s'est manifestée ; persistance du trismus et de l'opisthotonos ; légère contracture des membres inférieurs ; évacuations alvines et urinaires naturelles ; moiteur générale ; pouls à 120 pulsations ; respiration gênée.

21. Au commencement de la nuit, pendant une heure environ, les douleurs

ont été moins vives, puis elles sont revenues avec une nouvelle intensité : agitation, insomnie, cris aigus et plaintifs.

Le matin, les contractions sont énergiques et soutenues : nulle modification ni dans le trismus, ni dans l'opisthotonos ; les élévateurs de la mâchoire inférieure sont rigides, la déglutition est restée facile ; le ventre offre la résistance d'une planche ; les jambes sont roides et ne peuvent être fléchies que par un mouvement communiqué ; les membres supérieurs sont toujours mobiles : 36 inspirations, 140 pulsations. (Même julep au curare ; injection avec la seringue Pravaz, de 1 centigramme de curare, à six heures et demie, huit heures, neuf heures, dix heures, onze heures et demie du matin ; une heure et demie, deux heures et demie, trois heures et demie ; cinq heures, six heures, neuf heures et onze heures du soir, c'est-à-dire 12 centigrammes de curare. Bouillon.)

Durant toute la journée, le malade a constamment poussé des cris de douleur ; le corps est roide et immobile ; la tête est renversée en arrière sans que la main qui la soulève puisse en changer la direction ; les muscles de la nuque résistent comme des cordes tendues ; la contraction des massêters est considérable ; l'écartement des arcades dentaires est le même ; la déglutition est facile. Les muscles de la partie antérieure du cou font sous la peau une saillie notable ; les attaches inférieures des sterno-mastoïdiens se dessinent très-nettement. L'opisthotonos fait des progrès. Les contractions violentes des muscles du tronc favorisent l'émission des urines, qui ne s'effectuent que par regorgement. Pouls à 128 pulsations, moins développé ; 38 inspirations.

22. La contraction spasmodique tend à envahir le système musculaire tout entier, elle est si douloureuse qu'elle arrache au malade des cris déchirants. L'arc de cercle à concavité postérieure que forme le tronc est encore mieux dessiné ; la plus légère pression, de chaque côté du rachis, est très sensible ; les membres inférieurs sont contractés d'une manière permanente ; en un mot, le corps est tellement roide qu'on dirait toutes les articulations ankylosées. Pouls à 130, peu développé ; moiteur ; sudamina nombreux sur le front, le cou et les épaules ; rétention d'urine, qui oblige à pratiquer le cathétérisme. (Dans le courant de la journée, injection avec la seringue Pravaz, de 18 centigrammes de curare.)

Soir. Les contractions tétaniques sont accompagnées de violentes douleurs qui deviennent atroces pendant les paroxysmes. Le trismus et l'opisthotonos sont au même degré. La souffrance et le spasme augmentent lorsque le malade essaye d'effectuer quelque mouvement. Les extrémités opposent une résistance invincible aux efforts que nous tentons pour les faire fléchir. Les membres supérieurs offrent peu de résistance. Le pouls devient petit, à 140 pulsations. L'intelligence conserve la plus parfaite intégrité.

23. Insomnie, douleurs atroces, cris presque continus, trismus et opisthotonos plus prononcés, ventre très-tendu, rétention d'urine, sentiment de constriction au devant de la poitrine, dyspnée, 42 inspirations, 138 pulsations, éruption miliaire sur le tronc et les membres supérieurs, sudamina sur les parties déjà indiquées.

Voyant que le curare dont je me servais ne produisait aucun effet sensible sous le double rapport physiologique et thérapeutique, je reconnus la nécessité de l'expérimenter sur des animaux : 10 centigrammes de curare, injectés sous la peau de la cuisse d'un lapin, déterminent la mort de l'animal au bout de cinq minutes. Chez un autre lapin, 5 centigrammes introduits de la même manière ne tuent qu'après un quart d'heure, chez un troisième, la même dose de 5 centigrammes ne produit pas d'effet toxique.

La lenteur de l'action du poison dans la deuxième expérience, son innocuité dans la troisième, me firent craindre que ce curare n'eût subi quelque altération. Je résolus alors d'en demander à Paris, et, par dépêche télégraphique, je m'adressai à MM. Mialhe et Grassi, qui eurent l'obligeance de m'en expédier immédiatement. Qu'ils me permettent de les remercier ici de leur empressement si bienveillant.

En attendant l'arrivée du curare : bain de vapeur ; extrait thébaïque, 0,30 gramme en inhalation ; lavement huileux ; bouillon.

Ces divers moyens n'amènent aucune amélioration. Le pouls est toujours petit, très-fréquent ; la respiration gênée ; il y a de l'anxiété précordiale ; les symptômes persistent en s'aggravant ; l'éruption miliaire se répand sur le tronc et les membres inférieurs ; la peau n'a nullement perdu de sa sensibilité. (Injection, avec la seringue Pravaz, de 5 centigrammes de curare de MM. Mialhe et Grassi. Ce curare, expérimenté chez des lapins, est toxique en quatre minutes à la dose de 5 centigrammes.)

Soir. Nulle modification des symptômes tétaniques, suffocation, muscles pectoraux fortement contractés, rigidité très-grande de tout le corps, sauf des membres supérieurs ; face congestionnée ; pouls imperceptible.

25. Étouffements, voix voilée, parole entrecoupée, respiration laborieuse, gêne de la déglutition, rétention d'urine, un peu de délire, diaphorèse, fréquence extrême et petitesse du pouls. (La dose de curare, administrée en injection, est portée à 15 centigrammes.)

26. Les symptômes deviennent de plus en plus alarmants. La roideur tétanique envahit les membres supérieurs ; face pâle ; constriction des ouvertures palpébrales, avec semi-occlusion des paupières ; trismus presque complet ; respiration stertoreuse ; contractions convulsives des muscles respirateurs ; incohérence dans les paroles ; sueur visqueuse ; pouls imperceptible. (Injection de 20 centigr. de curare.)

27. Mort.

NÉCROPSIE. — En disséquant les tissus du pied droit atteints par le clou, on constate que la plaie a été superficielle et la cicatrisation complétement achevée. Il n'y avait eu ni épanchement sanguin, ni lésion musculaire ou nerveuse apparente.

Il existe une rigidité des membres et du tronc considérable. Les muscles sont d'un rouge bleuâtre très-marqué ; ceux de la région dorso-lombaire sont gorgés d'une grande quantité de sang.

Les membranes qui enveloppent le cerveau sont injectées ; la pie-mère surtout est très-hypérémiée ; les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau sont très-apparents et remplis de beaucoup de sang ; la substance cérébrale a sa coloration et sa consistance ordinaires ; les ventricules ne contiennent pas de liquide ; la dure-mère rachidienne n'offre rien de particulier ; l'arachnoïde et la pie-mère ont une teinte rouge générale ; la moelle épinière, dans toute son étendue, présente une texture, une couleur et une consistance parfaitement naturelles.

Les poumons sont fortement engoués. A la base surtout, leur parenchyme est infiltré d'une très-grande quantité de sang ; plongé dans l'eau, il ne surnage pas.

Le cœur a son volume habituel ; il contient fort peu de sang dans ses cavités.

La muqueuse gastrique n'est point injectée, elle a sa teinte ordinaire, ainsi que la muqueuse intestinale. Le foie et la rate sont congestionnés ; les reins, d'un rouge brunâtre, sont imprégnés de sang.

L'existence d'un tétanos traumatique aigu ne saurait être contestée. La nature de la cause, l'étude des symptômes et de la marche de la maladie forment les éléments d'un diagnostic précis. Il est toutefois plusieurs circonstances dignes d'être signalées : c'est le long intervalle qui s'est écoulé entre la cicatrisation de la blessure et l'apparition des premiers symptômes tétaniques ; c'est encore l'exiguïté apparente de la plaie et même sa guérison hâtive. On pourrait croire cette solution de continuité étrangère à la cause du tétanos ; mais lorsqu'on réfléchit à l'exquise sensibilité de la région affectée, au nombre des filets nerveux qui la traversent, on conçoit qu'une lésion extrêmement légère en apparence ait pu produire des accidents aussi formidables.

En présence d'une maladie aussi grave et contre laquelle les ressources de l'art ont été si souvent inutiles, il était naturel de s'adresser à un agent qu'on pouvait considérer comme une conquête récente de la thérapeutique. Employé à l'intérieur et à l'extérieur, le curare est resté impuissant. Cet insuccès doit-il être attribué à un emploi trop tardif ou trop faible du médicament, ou à sa qualité mauvaise ? Le curare a été administré presque dès le début et à des doses aussi élevées que chez les malades de MM. Vella, Manec et Chassaignac. Quand l'observation clinique n'a pas encore déterminé la posologie d'un remède qui, à 5 centigr., est toxique chez les animaux, une grande réserve n'est-elle pas absolument nécessaire ? Serait-il juste d'invoquer la qualité mauvaise du curare ? Mais il possédait évidemment une certaine énergie, car 10 centigr. déterminent la mort d'un animal en cinq minutes, 5 centigr. tuent en un quart d'heure. Le résultat de la troisième expérience ne doit pas infirmer les deux autres. N'est-il pas permis de se demander si, dans ce dernier cas, la solution était bien préparée, exactement pesée, et si elle a suffisamment pénétré dans les tissus ? C'est donc par un véritable scrupule et pour aller au devant de toutes les objections possibles, que j'ai demandé d'autre curare à MM. Mialhe et Grassi. Or ce médicament, qui jouissait de toutes ses propriétés toxiques, n'a nullement enrayé la marche de la maladie, et même n'a produit aucun effet sensible. L'observation que je viens de rapporter tend à prouver qu'il ne faut pas accorder une confiance trop grande à l'emploi du curare dans le traitement du tétanos.

OBSERVATION DE TÉTANOS TRAITÉ PAR LE CURARE ; INSUCCÈS ; par M. FOLLIN.

OBS. — Le 28 octobre dernier, il entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Lenoir, alors remplacé par M. Follin, un jeune homme âgé de 16 ans, atteint d'une plaie contuse de l'avant-bras. Ce membre avait été saisi entre deux lames d'une roue de moulin ; il y avait une plaie en avant et une autre en arrière, et, de plus, un décollement d'épiphyse du radius. Ce jeune homme avait toujours joui d'une excellente santé ; il avait eu seulement une pneumonie à l'âge de 13 ans.

Dans les premiers jours, il survint du gonflement, et on fut obligé de débrider la plaie en haut et en bas. Plus tard, il survint à la partie antérieure de l'avant-bras une douleur très-vive, puis de la fluctuation, et il fut nécessaire de pratiquer en ce point une incision. Néanmoins le malade était dans un état satisfaisant, lorsque, le 3 novembre, il survint de la douleur dans les mâchoires et dans la soirée de la contracture.

Le 9 novembre, il y avait des mouvements convulsifs et de la contracture dans les muscles de la face ; c'est à peine si l'on pouvait écarter les arcades dentaires d'un demi-centimètre environ. Les muscles sterno-mastoïdiens étaient fortement contractés ; et il y avait de l'opisthotonos ; la respiration était abdominale ; il y avait 28 respirations par minute, et le pouls était à 116.

M. Follin pensa de suite qu'il s'agissait d'un tétanos très-grave, et résolut d'employer le curare.

A huit heures et demie une première injection fut faite dans le tissu cellulaire, au voisinage de la plaie, avec 10 grammes d'une solution au centième. Le curare employé pendant le traitement a été celui qui avait servi à MM. Magnec et Vulpian, et celui que M. Mialhe avait eu l'obligeance de fournir. On sait que ces deux curares ont été expérimentés. L'injection a été faite au moyen de la seringue qui a été imaginée pour introduire de l'atropine dans le tissu cellulaire. Chaque demi-tour du piston injecte une goutte du liquide; cette goutte pèse 3 centigrammes. Cette opération fut répétée de demi-heure en demi-heure jour et nuit.

A neuf heures, on injecta 10 gouttes; à neuf heures et demie, 12 gouttes, en augmentant chaque fois. Lorsqu'on fut arrivé à la dose de 26 gouttes, on constata un peu moins de contracture dans les mâchoires. A trois heures, on fit une injection dans le tissu cellulaire, près du mamelon. A quatre heures vingt minutes, on se servit de la solution de M. Mialhe; mais comme elle était plus concentrée, on fit une injection avec 5 gouttes seulement; il y eut des contractions involontaires dans les membres; on continua, comme précédemment de demi-heure en demi-heure, en augmentant la dose, et à neuf heures et un quart on était arrivé à faire une injection de 14 gouttes. Le malade se plaignit d'un peu de gêne dans la respiration. Les sterno-mastoïdiens sont toujours contracturés, mais ils semblent un peu plus souples.

A onze heures du soir, le malade semble aller un peu mieux; l'écartement des mâchoires commençait à se faire dans une plus grande étendue; il prit un biscuit dans un peu de vin; il y avait alors trente-six inspirations par minute.

A onze heures un quart, on injecta 22 gouttes; il y eut quelques soubresauts des tendons; la respiration était diaphragmatique.

A minuit, le malade dit que les couvertures sont trop lourdes; il avait de la difficulté à parler; on entendait un peu de râle trachéal; le cou était cependant un peu moins roide, mais la bouche ne pouvait s'ouvrir.

Depuis ce moment tous les symptômes s'aggravèrent, et la mort eut lieu à trois heures du matin.

On peut évaluer à 50 centigr. et une fraction la quantité de curare injecté depuis huit heures et demie du matin jusqu'à trois heures du matin.

A l'*autopsie*, on n'a pas retrouvé un seul atome de la solution dans le tissu cellulaire; il y avait des ecchymoses sur les nerfs médian, radial, cubital et musculo-cutané; dans la plaie, les muscles étaient déchirés, et le radius présentait un décollement d'épiphyse avec un fracture longitudinale de la diaphyse.

Cette observation est un nouvel exemple d'insuccès de l'emploi du curare contre le tétanos; peut-être même devra-t-on renoncer désormais à employer cet agent, car, d'après une communication faite par M. Cl. Bernard à M. Follin, il résulterait que les animaux mutilés, ceux qui sont dans un état de souffrance, ne sont plus soumis aux mêmes conditions, relativement à l'action du curare, que les animaux bien portants. Ce poison n'agit plus sur eux; ainsi, par exemple, il a été impossible de faire périr par ce toxique des grenouilles qui avaient subi auparavant une mutilation.

Si cependant on voulait encore employer le curare, on devrait agir avec beaucoup de précaution, car il résulte d'expériences entreprises par M. Deguise fils, que son action est très-variable à dose égale, et, chez des animaux de même force, l'un meurt presque immédiatement, tandis que chez l'autre la mort n'arrive que beaucoup plus tard, quelquefois trois heures après l'introduction du poison. En tout cas, on devra toujours avoir présentes à l'esprit les expériences de Fontana, rappelées par M. Broca : 2 milligr. mis en contact avec les muscles ont été nécessaires pour donner la mort à un cochon d'Inde; si l'on employait une dose inférieure, il n'y avait pas d'empoisonnement, et les phénomènes observés étaient variables à mesure que l'on se rapprochait de la dose de 2 milligr.

Il résulterait de ces faits, qu'il faut employer 3 à 4 centigr. de curare pour agir sur un homme; de plus, il faut administrer cette dose en peu de temps, car le curare s'élimine très-vite par les urines : quelques minutes suffisent pour que cette élimination ait lieu.

(Union médicale.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. BRITISH MEDICAL JOURNAL.

Les numéros de janvier, février et mars 1858 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Remarques sur la resection de la tête du fémur;* par M. Coote. 2° *Note sur le mal de mer; ses causes et son traitement;* par M. Neild. 3° *Nature et traitement du cancer*, par M. Southam. 4° *Physiologie, pathologie et thérapeutique des fonctions motrices de l'utérus;* par M. Vernon. 5° *Épanchement séreux chez un enfant;* par M. Valker. 6° *Des crises hystériques;* par M. Inman. 7° *Conjonctivite diphthéritique;* par M. Mackensie. 8° *Cas d'hydrocéphalie;* par M. Graham. 9° *Maladies des articulations;* par M. Coote. 10° *De la mortalité des enfants et de l'influence qu'exerce sur elle la privation de l'allaitement;* par M. Routh. 11° *Observations météorologiques, recueillies en* 1856 *et* 1857; par M. Hindgeston. 12° *Diabète traité par le sucre;* par M. Corfe. 13° *Maladies des jointures qui accompagnent les opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires;* par M. Coulson. 14° *Efficacité de l'extrait de belladone pour tarir la sécrétion laiteuse;* par M. Blytham. 15° *Grossesse extra-utérine;* par M. Favell. 16° *Évolution spontanée dans un cas de présentation du bras;* par M. Young. 17° *Cas d'obstétrique;* par M. Beecroft. 18° *Anévrisme de l'aorte abdominale;* par M. Smith. 19° *Ovariotomie;* par M. Gibbon. 20° *Affections secondaires des jointures dans l'état puerpéral;* par M. Coulson. 21° *Abcès du foie rapidement mortel;* par M. Chadwice. 22° *Cas remarquables tirés de la pratique particulière;* par M. Snaith. 23° *Cas récent de mort par le chloroforme;* par M. Soow. 24° *Ablation du corps de l'omoplate dans un cas de sarcome;* par M. Walter. 25° *Lectures cliniques faites au collége de la Reine;* par M. Gamgee. 26° *Nature et cause des douleurs de la pleurésie et de péritonite;* par M. Inman. 27° *Flexion angulaire de la colonne vertébrale traitée avec succès;* par M. Hare.

DES MALADIES DES JOINTURES ET DE LEUR TRAITEMENT; par M. Coote.

M. Coote examine, dans divers articles, les causes des maladies articulaires, les moyens de les prévenir, et le traitement qu'on leur oppose.

S'occupant d'abord des affections de la hanche, il dit avoir pratiqué avec succès, chez des enfants, l'excision de la tête du fémur; cependant il cherche les moyens de prévenir cette opération, qui est souvent dangereuse.

Une partie des accidents de la tumeur blanche, dit-il, surviennent à cause de la pression des os malades les uns contre les autres, et de la mauvaise position qu'on leur laisse prendre. Les recherches anatomiques de Weber n'ont pas suffisamment attiré l'attention des chirurgiens; ils ne savent pas assez que la cuisse ne peut être portée dans l'extension au delà d'une ligne droite passant par le centre du corps. Si elle dépasse cette ligne, c'est aux dépens d'un mouvement de bascule du bassin sur les vertèbres lombaires. Le ligament iléo-fémorale s'oppose à l'exagération du mouvement d'extension. Lorsque le membre est dans cette position, les surfaces articulaires sont fortement pressées l'une contre l'autre. Mais lorsque la cuisse est portée dans la flexion et l'adduction, les surfaces articulaires jouent librement l'une sur l'autre, à cause de la laxité des parties postérieures des liens articulaires. On conçoit dès lors combien, dans les maladies des jointures, le redressement est difficile, soit à cause d'une rupture possible de la capsule, soit à cause des souffrances du malade.

Les insuccès qu'on obtient d'habitude, d'après l'auteur, tiennent à l'imperfection des méthodes suivies; avec la chaleur, l'immobilité parfaite du membre, les frictions et la compression sur la jointure affectée, on obtient de bons résultats. Si les os sont malades, on peut encore employer des appareils dont l'action ne sera ni forcée, ni soudaine, mais lente et progressive. Et combien d'enfants affectés de maladies de la hanche, qui ne portent que leurs vêtements ordinaires, qui n'ont point de bandes de flanelle ni d'enveloppe de cuir ou de gutta-percha pour maintenir la chaleur, et qui se permettent plusieurs mouvements funestes.

Sa conclusion, c'est que le traitement doit être continué pendant des années, si l'on veut éviter une opération aussi grave que la resection de la hanche, qui ne permet qu'une marche difficile, et produit une issue funeste.

Dans un second article, M. Coote examine les statistiques de l'amputation de la cuisse pour les maladies du genou.

A l'hôpital du collége de l'Université, sur 19 opérés, 11 sont morts, c'est-à-dire 58 pour 100.

D'après un relevé de Malgaigne, sur 46 amputés, 35 sont morts; 75 pour 100.

D'après un autre relevé, sur 153,92 morts; 60 pour 100.

A l'hôpital Saint-Barthélemy, la mortalité a été de 50 pour 100.

M. Syme donne la proportion de 50 à 70 pour 100.

Dans un troisième article, M. Coote s'occupe de la resection des articulations malades.

Lorsqu'autrefois, dit-il, on avait constaté l'insuffisance des médications ordinaires sur un genou depuis longtemps malade, on se décidait assez promptement à pratiquer l'amputation de la cuisse; mais cet engouement tomba enfin quand on vit que, même chez les jeunes sujets, c'était une opération très-grave, et après laquelle la santé ne se rétablissait pas toujours.

La vogue vint alors aux resections, et ces trois dernières années sont une époque remarquable pour le changement qui s'est effectué dans l'opinion publique.

D'après Butcher, on doit admettre deux périodes distinctes pour cette opération.

La première va depuis Park jusqu'à Syme, qui la laissa tomber dans l'oubli, vers 1830; la seconde, de Fergusson, qui la fit revivre (1850) jusqu'à nos jours.

Park, Filkin, Mulder l'ont pratiquée; dans 19 cas, 7 sont guéris, 11 sont morts; 1 guérit de l'opération, mais non de la maladie.

De 1850 à 1854, 31 fois l'opération fut faite: 5 sont morts, 22 guéris, 4 très-vite; 3 étaient encore en traitement.

Cette seconde période donne donc des résultats beaucoup plus satisfaisants que la première.

Les statistiques étrangères donnent encore plus de succès. Sur 31 opérations, 5 sont morts, et le reste guérit; 17, entre autres, marchaient très-bien.

Cependant, en examinant ces observations avec soin, on s'aperçoit qu'elles ont pour sujets surtout des enfants.

M. Coote pense que, chez les sujets d'un âge peu avancé, on peut se dispenser, dans la majorité des cas, de cette opération. De deux malades observés par lui, et dont l'un avait été opéré par l'excision du genou, et l'autre redressé lentement, l'avantage définitif était incontestablement à ce dernier.

CINQ CAS DE REDRESSEMENT BRUSQUE POUR DES ANKYLOSES DU GENOU; par M. STANLEY.

Ce chirurgien obtint de bons résultats dans les cinq observations qu'il relate. C'étaient, pour la plupart, de très-jeunes enfants. Une fois cependant, chez une femme de 33 ans, il eut une inflammation assez tenace.

L'année précédente, cette méthode lui avait donné 9 succès, et M. Brodhurst eut également 8 cas heureux.

CONJONCTIVITE DIPHTHÉRITIQUE; par M. MACKENSIE.

Il sera intéressant de rapprocher cet article de ceux qui ont été publiés récemment en France sur le même sujet.

Avant de vouloir établir une nouvelle variété de maladie, dit M. Mackensie, le chirurgien attentif doit examiner si d'autres, avant lui, ne l'ont pas décrite, et quel nom ils lui ont donné.

Au mois de novembre 1857, M. Pritchard publia, dans le BRITISH MEDICAL, un article intitulé : *Diphthérite conjonctivale*, où il est dit que, dans aucun ouvrage, il n'a pu trouver la description de cette affection; il cite parmi eux celui de M. Mackensie. Malheureusement, dit l'auteur, le nom et la chose étaient parfaitement connus avant l'écrit de M. Pritchard.

Graëfe (de Berlin), le premier, décrivit la *conjonctivite diphthéritique* dans les ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE (1854). La même année, M. Mackensie établit, dans son ouvrage, que diverses maladies, la scarlatine, le typhus, par exemple, produisaient une pseudo-membrane sur les yeux qui pouvait être enlevée par lambeaux.

M. Chassaignac observa, en 1844, des fausses membranes dans les conjonctivites des nouveau-nés, et les traita par des douches froides; mais sa description laisse quelque chose à désirer.

Bichat et Béclard avaient déjà signalé quelque chose d'analogue.

Ainsi, il était depuis longtemps prouvé qu'une sorte de membrane pouvait s'organiser à la surface de la conjonctive enflammée.

Voici ce que l'observation a appris à l'auteur :

1° Cette maladie vient rarement à la suite d'une blessure de l'œil; cependant il l'a vue quelquefois après une opération de cataracte.

2° Elle survient souvent spontanément ou sous l'influence du froid.

3° Sa cause la plus fréquente est une infection purulente du sang, un érysipèle, un phlegmon diffus ou une phlébite traumatique utérine.

4° Elle accompagne certaines fièvres, telles que le typhus, la rougeole, la scarlatine, la variole.

Quand cette affection existe, le globe de l'œil devient saillant, les paupières gonflées et renversées; un chimosis séreux existe sur la conjonctive; une couche de lymphe plastique se dépose sur la surface; si on l'enlève, elle se reproduit; enfin, cet organe se vascularise et sécrète un mucus purulent. Quelquefois cette terrible affection envahit les deux yeux, amène la cécité, produit des ulcérations et des infiltrations dans la cornée, des épanchements sanguinolents dans la chambre antérieure; l'œil se vide et une méningite mortelle se déclare.

A l'autopsie, on trouve les tissus méconnaissables, infiltrés de pus, etc.

Tels sont les symptômes décrits par l'auteur, par Bowman (1849), par Desmarres (1855), par Poland (1857).

Ces redoutables désordres sont le fait de l'inflammation des parties profondes bien plus que de la diphthérite, qui ne réclame pas d'indication particulière. C'est un accident qui ne peut servir de base à une distinction spéciale; il ne faut donc point admettre les dénominations d'*ophthalmie pseudo-membraneuse* du professeur Bouisson, et de *conjonctivite diphthéritique* de Graëfe et de M. Pritchard. Ce n'est point une maladie, c'est un symptôme; il a son importance, sans doute, mais il peut induire en erreur le praticien, en le conduisant à appliquer des remèdes à la surface de l'œil, et à négliger l'inflammation profonde qui désorganise l'organe.

M. Pritchard émet l'opinion conforme à celle de Graëfe, que cette conjonctivite est contagieuse, M. Mackensie la croit mal fondée, et pense que la contagion est le fait de la variole et de la scarlatine qui la causent.

Du travail publié par le savant ophthalmologue anglais, et de ceux relatés dans les journaux français, il ressort pour nous qu'il existe deux espèces de diphthérite conjonctivale, une essentielle et une symptomatique.

IV. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL.

Les livraisons de février et mai 1858 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Origine de l'École d'accouchements de Dublin*; par M. M'Clintock. 2° *Anévrisme de la carotide guéri par la ligature*; par M. Hobart. 3° *Usage des douches dans le delirium tremens*; par M. Law. 4° *Rapports de la gangrène et de la goutte*; par M. Ledwich. 5° *Usages thérapeutiques de la strychnine*; par M. de Reci. 6° *Traitement des abcès froids par le drainage*; par M. Wilmott. 7° *De la pratique médicale en Turquie*; par M. Foote. 8° *De la transfusion dans les maladies du cheval*; par M. Farrall. 9° *D'une décoloration particulière de la peau chez les femmes*; par M. Banks. 10° *Remarques critiques sur le traitement des fractures de la cuisse*; par M. Butcher. 11° *Traitement de l'hémorrhagie utérine*; par M. Labatt. 12° *Traitement de la fièvre rhumatismale*; par M. O'Donovan. 13° *Rhinoplastie*; par M. Hamilton. 14° *De la peste d'Athènes décrite par Thucydide*; par M. Osborne. 15° *Emploi de l'écraseur linéaire pour les polypes utérins*; par M. Johns. 16° *Du cancer*; par M. Collis. 17° *De la cure radicale des hernies inguinales réductibles*; par M. Wells.

ANÉVRISME DE LA CAROTIDE GUÉRI PAR LA LIGATURE; par M. HOBART.

OBS. — Georges Sinick, boulanger, âgé de 40 ans, était affecté d'un énorme anévrisme de la carotide gauche; au premier abord, on pouvait le prendre pour un abcès froid; mais un examen plus attentif faisait bientôt constater des pulsations et un *thrill* manifeste. Le premier bruit du cœur était couvert par le bruit de souffle de la tumeur.

Cet anévrisme dépassait la ligne médiane, descendait jusqu'à la clavicule, remontait jusqu'à l'apophyse mastoïde et soulevait le bord antérieur du trapèze. Il datait de quatre mois environ et fatiguait beaucoup le malade.

L'opération présentait de grandes difficultés à cause du volume de la tumeur; on pouvait craindre en outre que l'artère ne fut malade dans le point où il était possible de la lier. Cependant une incision fut faite au côté gauche de la trachée, sur le bord de la tumeur. La carotide fut trouvée un peu déviée en dehors. L'opérateur, n'ayant pas vu la veine jugulaire, supposa qu'elle était oblitérée. L'artère était saine, on la lia, et toute pulsation cessa dans la tumeur.

On fit ensuite le pansement; le patient fut transporté dans son lit, et on lui administra de la morphine, qui le calma sans le faire dormir.

Les jours suivants, les pulsations et le bruit de souffle se reproduisirent dans la tumeur, mais plus faibles. Mais au quatorzième jour, elle acquit un volume considérable; le chirurgien se crut obligé de l'ouvrir largement, d'en extraire les caillots; le tamponnement arrêta l'hémorrhagie consécutive.

Un mois après, tout allait bien, et la plaie tendait à la cicatrisation, quand une hémorrhagie considérable se déclara. On ne put l'arrêter qu'en liant l'artère occipitale, par laquelle le sang revenait à la tumeur.

Enfin, après bien des vicissitudes, le malade fut guéri au bout de trois mois et demi de traitement.

REMARQUES CRITIQUES SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CUISSE ; par M. BUTCHER.

Les chirurgiens anglais semblent avoir pris peu de part au mouvement qui s'est fait dans la thérapeutique des fractures, en Belgique et en France. Dans ces deux contrées, le système des attelles a été presque partout détrôné par les gouttières et le bandage amidonné.

M. Butcher propose pour les fractures du fémur un appareil qui n'est autre que la grande attelle de Desault, modifiée, reliée au membre, au tronc par des courroies solides, et à une barre de bois transversale à son extrémité inférieure, sans doute pour l'empêcher de tourner. C'est l'appareil de Boyer moins compliqué et moins parfait.

DE LA CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE RÉDUCTIBLE ; par M. WELLS.

M. Wells se montre grand partisan de l'opération de Wutzer et de Rothmund. Ce dernier chirurgien surtout a opéré un nombre considérable de hernies. Au début, il eut de la peine à trouver en un an quatre patients qui voulurent se soumettre à sa méthode ; maintenant il en opère tous les jours.

Lorsque le canal est susceptible d'admettre seulement le doigt, la cure radicale est certaine ; mais les chances de récidives sont d'autant plus grandes que sa dilatation est plus prononcée. Rothmund a opéré 400 malades à l'hôpital de Munich, et environ 600 dans sa pratique privée, sans un seul résultat funeste. Un cas de mort eut lieu à Bruxelles ; mais le malade était atteint de syphilis, et la catastrophe peut être attribuée à l'opérateur.

La seule objection qu'on puisse faire à cette méthode, et elle est sérieuse il faut l'avouer, c'est qu'elle peut être remplacée par des moyens palliatifs, qui suffisent dans la plupart des cas. A cela l'auteur répond qu'on prévient, en opérant par la cure radicale, bon nombre de hernies étranglées qui, plus tard, ont une issue fatale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

OBSERVATIONS SUR DEUX CAS DE CALCULS URINAIRES VÉSICAUX ; par M. J. CLOQUET.

OBS. I. — *Calcul urinaire chez un enfant nouveau-né.* — M. le docteur Burdel a extrait ce calcul de l'urètre d'un enfant de 5 mois. Le corps étranger venait de sa vessie, et trop volumineux pour être expulsé, il s'était arrêté dans la partie inférieure du canal. Arrivé là, il augmenta graduellement de volume, en dilatant la partie de l'urètre où il s'était engagé. Les parents avaient observé que peu de temps après sa naissance l'enfant n'urinait que rarement, qu'il criait beaucoup, était inconsolable, et que parfois il restait trente à quarante heures sans être mouillé ; aussi la vessie avait-elle pris un développement énorme et dépassait le niveau de l'ombilic ; l'urine avait une acidité très-marquée.

Lorsque l'enfant fut présenté à M. le docteur Burdel, l'urine ne s'échappait que goutte à goutte, et la vessie faisait fortement saillie au-dessus du pubis.

Le calcul que l'on sentait avec le doigt formait une nodosité sur le trajet du canal. Une simple incision a suffi à M. Burdel pour le saisir et l'extraire. Après la sortie du calcul, la plaie fut fermée par une *serre-fine* et complétement cicatrisée au quatrième jour.

J'ai examiné le calcul qui m'a été remis avec l'observation par mon honorable confrère. Il est irrégulièrement allongé et arrondi, plus épais à l'une qu'à l'autre de ses extrémités. Il pèse 48 centigr. Sa couleur est d'un gris verdâtre. Sa surface rugueuse, inégale, est couverte de petites saillies mamelonnées qui me firent reconnaître à la première vue que c'était un *calcul mural* composé d'oxalate de chaux, bien que certains calculs d'acide urique offrent des rugosités mamelonnées de même apparence ; mais ces dernières sont moins rudes, plus douces au toucher que celles des calculs formés par ce sel calcaire. Mon opinion à cet égard a été confirmée par l'analyse que notre confrère M. Fremy a bien voulu faire de cette concrétion urinaire. « Le » calcul, m'écrit M. Fremy, est formé par de l'oxalate de chaux ; il ne con» tient que des traces de phosphate de chaux et de substance organique » azotée de nature albumineuse ; il ne contient ni acide urique, ni phos» phate ammoniaco-magnésien. Il est à regretter qu'on n'ait pas analysé » l'urine de l'enfant, dont on a seulement constaté l'extrême acidité. »

OBS. II. — *Deux calculs urinaires volumineux, trouvés dans la vessie d'un sanglier.* — Les deux calculs que je présente à l'Académie ont été trouvés dans la vessie d'un jeune sanglier, par l'un de nos correspondants, M. Chevandier, à Cirey (Meurthe). M. Chevandier avait envoyé ces pierres urinaires à M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui m'a proposé de les examiner, et d'en rendre compte, en les présentant à l'Académie de la part de son correspondant à Cirey.

Suivant M. Fremy, qui a fait l'analyse de ces calculs, ils contiennent :

1° Phosphate ammoniaco-magnésien.	93,42
2° Phosphate de chaux tribasique.	2,04
3° Matière organique azotée.	4,34
	99,80

La quantité considérable de phosphate ammoniaco-magnésien trouvée dans les calculs de ce sanglier me paraît donner quelque intérêt à l'analyse qui en a été faite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Barrera sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans l'arrondissement de Prades (Pyrénées-Orientales) en 1859.

2° Un rapport de M. le docteur Morère sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans l'arrondissement de Sceaux dans le mois d'août dernier.

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Isère et du Puy-de-Dôme. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur les constitutions médicales des climats intertropicaux, par M. le docteur Friedmann (de Munich). (Commiss. : M. Bouvier.)

2° De nouveaux documents relatifs à l'influence du seigle ergoté sur le produit de la conception, par M. le docteur R. Uvedale West. (Commission déjà nommée.)

3° Une note relative à une modification de la pile de Bunsen, par M. Thomas, pharmacien aide-major à Strasbourg. (Commiss. : MM. Poggiale, Longet, Gavarret.)

LECTURE. — ADMINISTRATION DU CHLOROFORME.

M. le docteur BERAUD, chirurgien des hôpitaux, lit une note sur *l'administration du chloroforme suivant la méthode de M. le docteur Faure.*

Cette méthode consiste à faire respirer le chloroforme par une seule narine, l'autre narine restant en libre communication avec l'air atmosphérique.

« L'appareil et la manière de procéder, dit M. Bérand, sont des plus simples.

» L'appareil consiste en un flacon de la contenance de 100 grammes et à deux embouchures. A l'une des embouchures est adapté un tube en caoutchouc, dont l'extrémité libre est munie ou non d'un embout légèrement conique. Il a 17 centimètres de long, et il faut que le calibre intérieur ait au moins 13 millimètres de diamètre.

» Pour procéder, on verse 10 ou 12 grammes de chloroforme dans le flacon, et, ayant fermé avec le doigt l'ouverture libre, on porte l'extrémité du tube dans l'une des narines, en invitant le sujet à respirer comme à son ordinaire. En raison de l'absence de communication entre l'intérieur du flacon et l'atmosphère, le chloroforme ne se vaporise point, et il n'y a aucune sensation douloureuse. Une fois que le sujet s'est accoutumé à respirer de cette manière, on retire peu à peu le doigt, et il commence à arriver dans la narine de l'air chargé de chloroforme. Alors, selon qu'il y a plus ou moins de douleur, on augmente ou on diminue l'entrée de l'air dans le flacon.

» On retire ensuite progressivement le doigt, et on a amené ainsi le sujet à respirer une grande quantité d'air chargé de chloroforme, sans douleur et sans saisissement.

» On bien on fait respirer le malade pendant quelque temps par l'appareil à vide, puis on fait tomber dans le flacon une goutte de chloroforme, puis une autre, et ainsi de suite. On peut encore confier l'appareil au malade lui-même, après y avoir versé le chloroforme, en lui recommandant de ne l'approcher que graduellement des narines.

» L'important est d'éviter que le chloroforme n'exerce tout à coup sur les voies respiratoires une action trop irritante.

» A la deuxième ou troisième minute, on agite le flacon de manière à projeter le chloroforme sur les parois, et par conséquent à augmenter la surface d'évaporation.

» Si le sujet ouvre la bouche, on la lui ferme pendant quelques instants avec la main.

» Dans 23 opérations qui ont exigé l'emploi du chloroforme, cette méthode d'inhalation a toujours donné les meilleurs résultats. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'absence complète de douleur, de suffocation, d'agitation ou même de simple dyspnée, phénomènes qui sont presque inévitables avec les autres procédés. Chez presque aucun malade, il n'y a eu de congestion vers la tête. Dans aucun cas, le pouls et la respiration n'ont cessé de présenter l'état le plus rassurant. Jamais surtout il n'y a eu cette dépression subite du cœur et de la respiration, qui est parfois si alarmante.

» Une fois l'anesthésie éclairée, on la maintient au degré voulu avec une facilité entière ; il suffit, pour cela, de tenir le tube à portée de la narine, en ayant soin d'agiter ou de retirer l'appareil suivant que l'on désire voir augmenter ou diminuer l'anesthésie. Il y a ainsi impossibilité d'une asphyxie immédiate; ses effets ayant toujours une marche progressive, qui permet de s'arrêter à l'instant même où l'on veut. »

M. Béraud croit que la méthode de M. Faure réalise à ce point de vue un véritable progrès, et qu'il est préférable à tous les procédés d'inhalation qui ont été indiqués jusqu'ici.

— M. Trousseau, au nom de la commission des épidémies, donne lecture d'une partie du rapport annuel sur le service des épidémies pendant l'année 1858.

Ce rapport, qui est officiel, n'a pas été mis à notre disposition.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Trousseau et les rapports suivants : de M. Gibert, sur le prix Corvisart; de M. Michel Lévy, sur le prix Barbier ; de M. Guérard, sur les eaux minérales ; et de M. Depaul, sur la vaccine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1859; par M. LE GENDRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° DÉPÔT DE MATIÈRE TUBERCULEUSE DANS L'INTÉRIEUR DE LA PROTUBÉRANCE; ATTAQUES ÉPILEPTIFORMES; par M. JULES LUYS.

Le malade qui fait l'objet de cette communication était un sujet âgé de 28 ans, exerçant la profession de débardeur. Il eut dans son enfance les principaux attributs du tempérament scrofuleux; gourmes, ganglions sous-maxillaires engorgés ; vers l'âge de 15 ans, sans avoir pu préciser une cause déterminante, il fut pris de convulsions : c'était la première fois qu'il voyait éclater ce symptôme. Ces convulsions, pendant lesquelles il perdait presque toujours connaissance, se sont renouvelées environ tous les mois pendant à peu près l'espace de trois ans chaque fois; les crises se renouvelaient en moyenne deux ou trois par jour. Le traitement employé à cette époque ne paraît avoir seulement consisté que dans l'emploi des mesures hygiéniques. Toujours est-il que cet état morbide se dissipa peu à peu et que ce malade vit les intervalles de ces accès, sans jamais disparaître complétement, s'éloigner de plus en plus; l'intensité de chacun était, du reste, excessivement variable ; tantôt il n'était constitué que par quelques étourdissements passagers, quelques bourdonnements fugaces dans les oreilles; tantôt les attaques avaient un caractère plus complet et plus prononcé; il y avait alors chute subite avec perte de connaissance, écume à la bouche et convulsions cloniques précédées presque toujours d'une sensation d'aura partie des régions inférieures des membres.

La durée de chacune de ces attaques était en général très-courte ; quant à leur fréquence, elles n'apparaissent dans les dernières années qu'une ou deux fois par an. Ce malade, malgré cet état de demi-santé exerçait néanmoins une profession assez pénible qui exigeait un grand déploiement de forces musculaires, celle de débardeur sur le port. Environ quatre mois avant son entrée à l'hôpital, n'accusant que des travaux exagérés, il fut pris de picotements dans les extrémités inférieures, de douleurs vives à la région lombaire et d'une sensation de faiblesse et de courbature générales; en même temps il se plaignait d'étourdissements fréquents qui l'empêchaient de se tenir dans la station verticale.

On constata pendant son séjour à l'hôpital d'environ deux mois:

1° Les symptômes d'une myélite aiguë : station verticale impossible, abolition presque complète des mouvements volontaires et de la sensibilité dans les extrémités inférieures; conservation de la sensibilité électro-musculaire dans les régions où la volonté avait encore accès. Douleur lombaire, incontinence des matières fécales dans les derniers temps.

2° L'apparition d'attaques épileptiformes : le malade a eu quelquefois plusieurs petites attaques par jour, presque constamment avec perte de connaissance; il avait l'écume à la bouche. Les convulsions cloniques qui l'agitaient n'étaient pas assez violentes pour faire craindre qu'il ne tombât hors de son lit pendant les accès; il n'avait par conséquent pas besoin d'être maintenu.

3° L'absence d'albumine dans les urines à son entrée à l'hôpital, et l'apparition de cette substance dans le dernier mois de la maladie. Il fut pris de symptômes graves du côté de la poitrine, et succomba aux progrès d'une phthisie aiguë. A l'autopsie, on constata, outre la présence de granulations grises en nombre prodigieux dans le parenchyme des deux poumons, une infiltration graisseuse des deux reins et un ramollissement de la moelle épinière occupant environ l'espace de 3 centimètres à la région lombaire. Mais la lésion la plus curieuse était celle que nous rencontrâmes à la région supérieure de la moelle, au sein même de la protubérance.

C'était une masse jaunâtre, assez résistante, du volume d'une grosse tête d'épingle, côtoyée par quelques capillaires gorgés de sang, et occupant la région latérale droite de la protubérance: en avant de l'origine du trijumeau correspondant dans l'arrière des radiations ascendantes des faisceaux antérieurs de la moelle, et au sein même d'un noyau de matière grise. Ce dépôt était ramolli dans sa portion centrale; la portion corticale, au contraire, était légèrement résistante, et offrait cet aspect spécial que l'on trouve ordinairement dans les dépôts tuberculeux d'origine ancienne, et surtout dans ceux qui occupent l'intérieur des centres nerveux. Voici maintenant ce qu'un examen plus approfondi nous révéla: 1° L'existence d'une proportion considérable (environ la moitié de la masse) d'éléments cellulaires en voie d'évolution, des noyaux libres déchiquetés, des cellules à noyau recroquevillées, ratatinées, recouvertes de granulations moléculaires granulo-graisseuses excessives et abondantes; en un mot tout cet ensemble d'éléments histologiques que les auteurs ont décrits sous le nom de corpuscules tuberculeux : corpuscules qui, dans ce cas comme dans tous ceux que j'ai examinés, m'ont toujours paru pouvoir être ramenés à des types histologiques connus et devoir être classés parmi les phases plus avancées d'évolution des cellules et des noyaux.

2° La présence, en quantité notable, d'éléments cellulaires en voie de formation. Je rencontrai, en effet, au sein du blastème granulo-graisseux, des cellules nombreuses en voie de développement; depuis l'état de noyau libre jusqu'à l'état de cellules complètes, contenant dans leur intérieur des noyaux multiples; ces cellules étaient environ 2 ou 3 fois plus volumineuses que les éléments déchiquetés dont je viens de parler : quelques-unes d'entre elles nous parurent pareillement arrivées à une époque de développement plus complet; aussi au lieu de demeurer stationnaires dans un état plus ou moins rapproché de la forme ovoïde, on les voyaient s'étendre en prenant l'aspect fusiforme et s'allonger en fibrilles fines et granulées, pour former la coque fibroïde que l'on retrouvait dans la portion corticale du dépôt pathologique.

L'examen histologique de cette pièce nous parut intéressant à plusieurs points de vue. Il nous permit d'abord de vérifier pour les dépôts tuberculeux des centres nerveux les propositions que nous avons précédemment émises au sujet de l'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire, à savoir que la matière tuberculeuse n'est pas dépourvue de propriétés plastiques, qu'il se forme dans l'intérieur de la masse des éléments de nouvelle formation, noyaux libres d'abord, puis cellules granulées à un ou plusieurs noyaux, puis enfin cellules fusiformes et fibrilles celluleuses comme dernier terme de l'organisation de ce nouveau plasma ; que le maximum d'organisation est à la périphérie là où le dépôt morbide confine les tissus sains, et le minimum dans les portions les plus centrales, et que s'il y a ramollissement de cette portion, c'est-à-dire chute en deliquium organique, nécrose, recroquevillement des éléments cellulaires, c'est que l'organisation plastique ne peut s'y développer ; et, à l'appui de cette manière de voir, nous citons comme preuve ce qui se passe dans les tubercules athéromateux. Si, en effet, le ramollissement du dépôt tuberculeux résulte de l'inaptitude des portions centrales du plasma à s'organiser, dans les tubercules athéromateux qui ne sont pas ramollis, on doit trouver l'organisation fibroïde aussi bien à la périphérie qu'au centre. C'est, en effet, ce que nous avons constaté nous-même et ce que l'on peut confirmer *de visu* sur des pièces anatomiques de notre collection. Il semble dans ces cas que toute la masse entière du dépôt a été solidifiée et que rien n'est resté en dehors du travail organisateur.

Le second fait qui nous semble important à signaler, c'est que l'examen histologique nous fait, en quelque sorte, plonger dans le passé de ce dépôt morbide et remonter la série des âges qu'il a dû traverser; en effet, l'existence de cellules volumineuses récentes nous indique évidemment une évolution dernière à laquelle la vive congestion vasculaire que nous venons de signaler a dû ne pas rester étrangère; et d'un autre côté, la présence de ces éléments déchiquetés, recoquillés, vieillis, vient témoigner en faveur d'un ancien travail analogue, de date incertaine, et que l'on pourrait peut-être rendre contemporain des premiers accidents épileptiformes que notre malade a éprouvés.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES; par L.-A. BECQUEREL, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 2 vol. in-8°, avec atlas de 18 planches représentant 44 figures. — 1859. — Paris, chez Germer Baillière.

Morborum omnium qui muliebres vocantur, uteri in causa sunt.

HIPPOCRATE.

De toute antiquité, l'histoire des maladies de l'utérus a été, pour les écrivains et les cliniciens, une étude de prédilection. Hippocrate en a fait un livre. Galien, Arétée, Celse, Paul d'Égine, Rhazès, Avicenne, d'autres encore ont tous consacré à ce sujet quelque part choisie de leurs œuvres immortelles. Au moyen âge, des traités spéciaux et déjà plus complets témoignent encore de l'attrait autant pratique que scientifique que Jean Gonthier, Christophe de Vega, Spach trouvèrent à cette sorte de travaux. Mais c'est surtout dans les temps plus modernes que devient longue et chargée la liste des monographes: Astruc, Vigarous, Nauche, Capuron, Patrix, Gardien, Guilbert, Samuel Lair, Mélier, Vidal, Lisfranc, Monod, Duparcque, Teallier, madame Boivin et Dugès, l'Héritier, Colombet, Imbert, Hatin, Bonnet, Robert, Amussat, Lacroix, Velpeau, Simpson, Clarke, et combien d'autres, illustres à plus d'un titre, qui tous ont apporté leur pierre à l'édifice commun et ont fait du chapitre pathologique qui nous occupe aujourd'hui, sinon l'un des mieux connus, du moins l'un des plus controversés.

Quel sujet, en effet, qui semble d'abord plus circonscrit, et qui pourtant soit plus vaste ou plus fécond en applications pratiques? Congestions, inflammations, dégénérescences, hémorrhagies, déformations congénitales ou acquises, autant de livres à faire, chacun des chapitres s'adressant en particulier à l'une des parties essentielles qui, réunies et liées par une solidarité de voisinage ou de fonction, constituent l'organe ou plutôt l'appareil de la génération chez la femme.

Depuis plusieurs années déjà, M. L.-A. Becquerel fait, à l'hôpital de la Pitié, sur les maladies de l'utérus, des leçons cliniques d'un esprit dogmatique excellent, et qui ont rassemblé autour du maître une phalange d'observateurs laborieux. C'est le résumé de ces leçons, dictées par l'étude clinique, contrôlées par des nécropsies rigoureuses, appuyées sur des statistiques patientes, que le savant professeur livre au public.

Certes, les leçons faites à l'hôpital de la Pitié n'embrassaient pas, comme l'ouvrage imprimé, tous les points de la pathologie utérine, et bien des questions étaient restées indécises; mais c'est parce qu'il n'existait pas, dit l'auteur, dans la littérature médicale française, de traité complet, qu'il a pris courage, et que, mettant à profit dix années d'études,

Monumentum exegit.

Parmi les difficultés, la première, c'était le plan de l'ouvrage: en ces sortes de créations, la première pierre, celle sur laquelle repose tout l'édifice, est souvent aussi celle qui causera sa ruine. Par prudence sans doute, M. Becquerel déclare tout d'abord qu'il n'attache à sa classification aucune importance doctrinaire, et qu'il n'a rien voulu que comprendre dans un cadre complet toutes les affections utérines. N'y aurait-il pas eu mieux à faire? Et quand on est en matière de science, *Rose rouge* ou *Rose blanche*, n'y a-t-il pas, et pour les autres et pour soi, surtout quand on a quelque droit à se croire chef de parti, n'y a-t-il pas avantage à tenir haute et fière la hampe de son drapeau?

Quoi qu'il en soit, peut-être plus sagement qu'un autre aurait fait, M. Becquerel divise son sujet en trois parties:

La *première partie* comprend quatre chapitres: 1° historique; 2° anatomie et physiologie normale; 3° vices de conformation; 4° pathologie générale.

La *deuxième partie* contient cinq chapitres: 1° congestions sanguines; 2° phlegmasies; 3° hémorrhagies; 4° flux et hydropisies; 5° productions organiques.

La *troisième partie* renferme les maladies qui ne sont pas caractérisées par une lésion primitive du tissu; elle comprend six chapitres: 1° déviations utérines; 2° aménorrhée et dysménorrhée; 3° névralgie utérine; 4° stérilité; 5° influences diathésiques; 6° anémie et chlorose.

On le voit aisément, ce plan n'est pas une profession de foi, et ce n'est pas dans l'ensemble, mais dans les détails et sur des points particuliers, que se trahiront les opinions de l'auteur. Or, disons-le tout de suite, notre reproche s'adresse à une qualité, surtout précieuse lorsqu'il s'agit d'enseignements dogmatiques. M. Becquerel a eu le bon esprit, voulant faire un livre utile qui manquait à la bibliothèque des praticiens, de le faire complet, sans passion, et d'offrir au choix du lecteur, non pas son opinion seule, mais celles des autres et la sienne modestement.

Il était pourtant, parmi tant de sujets divers, des questions brûlantes, naguère encore portées aux tribunes académiques, témoin celle de l'allongement hypertrophique de l'utérus, qui a fait un si grand bruit et soulevé tant d'orages. Rigoureusement fidèle à son cadre, M. Becquerel expose le problème, mais ne le discute pas, comptant sur l'avenir pour effacer, jusqu'à la trace, ces querelles trop vives, dont nos savants maîtres devraient donner plus rarement le funeste exemple.

Un chapitre de l'œuvre où l'on trouve pourtant des vestiges certains de prédilection d'auteur est celui des inflammations, inflammations du col, inflammations du corps, métrite aiguë, *métrite chronique*. Là, malgré le nombre des documents antérieurs, l'ordre manquait, les faits trop rapidement observés se groupaient sans méthode. On peut dire, avec quelque justice, que M. Becquerel a refait la science à cet endroit. Des faits nouveaux, patiemment suivis, vérifiés par l'examen cadavérique, ont été nombrés, classés, analysés, et de ce laborieux travail est sortie nette, précise, complète, indiscutable, l'histoire de l'affection.

Or quelle affection plus commune et qui résiste mieux, dans la pratique, aux efforts d'une thérapeutique mal dirigée? M. Becquerel aura rendu un vrai service en écrivant clairement quel est le mal et ce qu'il faut faire contre lui.

Deux chapitres que nous aurions voulu, pour de bonnes raisons, ne pas voir rejeter à la fin de l'ouvrage sont ceux qui ont pour titres: 1° *De l'influence des diathèses et des maladies constitutionnelles sur le développement des affections de l'utérus*; 2° *De l'anémie et de la chlorose*. Dans un temps de revirement où des pathologistes du plus haut mérite, retournant aux traditions anciennes, cherchent à pénétrer au delà de l'état local et des lésions que l'œil ou le microscope permet de constater, s'efforcent de rattacher chaque maladie à une cause première, la diathèse, il eût été utile, dès le début d'un aussi savant livre, de discuter ces principes, de les réfuter au besoin, mais enfin de se faire bonne route pour marcher d'un pas sûr. Une fois développées, les diathèses, s'emparant de l'organisme, deviennent une puissance dont il est pour ainsi dire vassal et avec laquelle il doit compter. Or, s'il est des manifestations pathologiques qui confirment cet aphorisme vieux et renouveau, c'est à coup sûr celles qui affectent chez la femme l'appareil de reproduction. — Quant à l'anémie et à la chlorose, M. Becquerel démontre lui-même quel rôle important on doit réserver à ces deux états morbides dans l'histoire étiologique de la pathologie utérine. Pourquoi revenir après coup sur cette étude et ne pas décider d'emblée, au chapitre des considérations générales, quelle part il est bon de réserver, surtout en pratique, pour la marche, la gravité, le traitement de l'affection locale, à la constitution du sujet?

Au livre de M. Becquerel est joint un atlas tout rempli de planches très-soignées, dues, les unes au pinceau de M. Bion, les autres au crayon de M. le docteur Luys. Nous ne pouvons qu'applaudir à l'habitude qu'on prend aujourd'hui de représenter d'un trait ce qu'il aurait fallu tant de mots pour mal décrire. Il est, en effet, des propriétés des corps qui ne parlent qu'aux yeux et que la parole s'épuise à vouloir peindre, c'est la forme, c'est aussi la couleur. Notre seul regret, et ce regret est encore une louange, est que ces planches si vivantes, si exactes, ne soient pas plus nombreuses. Plus on a, plus on veut avoir. Nous comptons, pour être satisfait, sur le temps qui est le grand fournisseur de cas pathologiques et sur l'infatigable ardeur de M. Becquerel.

BERGOUHNIOUX.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté du 15 novembre, M. le docteur Vigla, médecin des hôpitaux, a été nommé médecin du lycée impérial de Louis-le-Grand, en remplacement de notre regrettable confrère M. le docteur Gillette. (JOURNAL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE RATIONALISME ET L'EMPIRISME APPLIQUÉS A L'ÉTUDE DU CURARE, DES CLIMATS, DE LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE.

La polémique entre le rationalisme et l'empirisme ne paraît pas encore éteinte, bien qu'elle ne se produise qu'indirectement. Le professeur Forget a lancé tout récemment plusieurs attaques contre l'empirisme, et pendant que cette lutte subsiste encore, surgissent l'application médicale du curare qui est revendiquée comme sienne par le rationalisme, et en même temps des travaux sur la curabilité de la phthisie, travaux qui pourraient alimenter au besoin la discussion entre les deux doctrines.

Parlons d'abord du curare. C'est un remède rationnel, dit-on. Cela ne sera admissible que lorsqu'il aura été démontré que l'anatomie et la physiologie du tétanos d'une part, et l'histoire naturelle et l'analyse chimique du curare d'autre part, ont conduit avant tout et indépendamment de tout fait antérieur et de toute expérimentation préalable, à faire de la substance toxique un remède pour la maladie. En a-t-il été ainsi? Non. On a su que les Indiens employaient un poison qu'on a nommé curare, on a eu la curiosité scientifique d'expérimenter ce poison pour savoir comment il tuait ses victimes, on a constaté son action sur le système nerveux, action que les uns prétendent opposée à celle de la strychnine, et que d'autres prétendent analogue, et des propriétés toxiques de cette substance on a conclu à ses propriétés médicinales, ce qui est tout un. Le raisonnement ou induction n'arrive donc ici qu'en troisième lieu, après l'expérimentation simple qui est elle-même précédée de la découverte empirique du fait.

Car ce ne sont pas des logiciens armés de connaissances anatomiques, physiologiques et chimiques, qui ont découvert et qui préparent le curare; ce sont des sauvages qui ne connaissent que le fait, et qui ne pourraient ni remonter à ses causes ni analyser ses effets.

Rétablissons donc la vérité et l'ordre logique des choses. Le curare est d'origine empirique; après l'empirisme est venue l'expérimentation, et après l'expérimentation, et en troisième lieu, se place le rationalisme. Mais, disons-le encore une fois, le rationalisme ne peut procéder que du fait accompli, du fait empirique et sans être en mesure d'en donner la raison.

Si jamais médicament fut de source empirique, c'est bien cette substance; dont l'histoire est encore un mystère, qui nous arrive préparée de la main des sauvages et par des procédés que nous ignorons, extraite de plantes dont la botanique ne connaît pas encore les noms comme individus végétaux, et dont elle soupçonne seulement la famille, dans laquelle on dit que sont introduits des venins animaux qu'on croit ne pas y retrouver, et dans laquelle enfin la chimie n'a pu jusqu'à présent découvrir un alcaloïde à nom connu correspondant à ses propriétés toxiques.

De ce qui précède, nous concluons que l'application médicale du curare est de l'empirisme expérimental rationalisé, ce qui est de la thérapeutique du meilleur aloi, et nous proclamons, comme dans notre précédent article, l'alliance du fait et de la doctrine, mais en laissant le premier pas au fait.

La GAZETTE MÉDICALE a donné l'analyse d'un travail sur l'influence des climats chauds et de la navigation sur la phthisie, et presque aussitôt après est venue une lecture académique sur la curabilité de la même maladie.

Le premier travail tend à renverser toutes les idées connues et admises sur les effets des pays chauds et des mers tropicales sur la tuberculisation pulmonaire, en s'appuyant sur les chiffres de la statistique de la marine militaire. Nous ne croyons pas cependant que la lecture de cet ouvrage change l'opinion presque instinctive de la grande majorité du corps médical et des malades eux-mêmes. Outre que les chiffres sont parfois des auxiliaires complaisants auxquels on fait dire ce qu'on veut en les groupant et en les interprétant selon les besoins de sa cause, nous croyons que le choix du corps de la marine militaire pour faire une pareille statistique n'est pas irréprochable. L'auteur le compare toujours à l'armée de terre, sans que leurs conditions d'origine soient identiques. Les conseils de révision éliminent pour l'armée de terre toute la portion non valide des conscrits, tandis que l'inscription maritime comprend tous ceux qui se livrent au métier de la mer, depuis les plus humbles pêcheurs jusqu'aux équipages des navires de long cours. Et c'est parmi eux que se recrute la marine militaire selon ses besoins. Or toute cette population de pêcheurs et de marins du commerce n'a pas été passée au crible des conseils de révision, et elle doit fournir une proportion plus considérable de phthisie et d'autres maladies que la population sévèrement triée de l'armée de terre.

Et puis, est-ce dans les conditions hygiéniques des marins de la flotte de l'État que nous devons trouver les circonstances qui conviennent à la guérison ou à la prophylaxie de la tuberculisation? Les navires de guerre sont-ils toujours entre les tropiques? Ne vont-ils pas dans la mer du Nord, dans la Baltique, à Terre-Neuve, dans les ports du Nord-Amérique, où sévissent les plus rigoureux hivers? La Méditerranée elle-même est-elle dans toute son étendue une mer que la médecine ait déclarée favorable aux maladies de la poitrine? Nos navires ne rentrent-ils pas fréquemment dans les ports de France? Ne sont-ce pas là des alternatives désastreuses pour les sujets prédisposés aux tubercules? Ceux qui ont goûté les douceurs des climats chauds ne sont-ils pas plus sensibles que d'autres aux froids des hivers de France et aux rigueurs des climats plus froids encore? La pipe, la chique, les salaisons, le biscuit, les chambrées d'entre-pont, le service du quart de nuit, la goutte d'eau-de-vie du matin, les excès de tout genre et les noces qu'on fait à terre à chaque relâche, tout cela peut-il être mis en parallèle avec l'hygiène des valétudinaires qui vont demander aux pays chauds et à la navigation intertropicale la restauration de leur santé?

Pour les chiffres possibles, toutes les statistiques le plus savamment combinées n'empêcheront pas les malades et les médecins de constater que tous ceux qui toussent voient leur mal diminuer ou du moins rester stationnaire pendant les étés, et, par contre, augmenter pendant les hivers en raison directe du froid et de l'humidité. C'est là le fait brut, positif, empirique; le rationalisme nous venant en aide, nous conduit ensuite à admettre qu'un climat sans hivers continuera

FEUILLETON.

DES HONORAIRES EN MÉDECINE.

Il y a quelques semaines, les feuilles médicales reproduisaient, à l'article *Faits divers*, l'avis suivant :

« L'Association des médecins et des pharmaciens du département de la Somme, y était-il dit, a arrêté la déclaration suivante dans sa dernière assemblée générale :

» Considérant que toutes les choses propres à la vie ordinaire sont depuis longtemps augmentées de prix, tandis que les honoraires des médecins sont restés les mêmes ;

» Attendu, d'un autre côté, que, dans la fixation des honoraires, le nombre des visites faites n'est pas un élément suffisant; qu'il faut, en outre, tenir compte de la gravité de la maladie, de l'importance de l'opération, des dangers courus par le médecin, et d'autres circonstances encore, telles que la position sociale et la fortune des malades, etc. ;

» Arrête :

» 1° Qu'à l'avenir, les médecins ont droit à une rémunération plus élevée;

» 2° Que cette rémunération ne sera pas établie d'après le nombre de visites faites, mais eu égard aux considérations indiquées ci-dessus. »

Nous craignons que nos confrères n'aient point donné à cette petite manifestation toute l'attention qu'elle mérite, et qu'ils n'aient pas vu ce que ces quelques lignes, ces propositions si simples en apparence, renferment d'enseignements criés par le passé et de sages vues conçues pour l'avenir. Quant à nous, ce cri de douleur ne nous a pas frappé vainement; nous y avons reconnu l'effort d'une corporation souffrante, se débattant au milieu du cercle qui l'étreint, dans le vain espoir d'en élargir la circonférence.

Cette voix isolée, remercions la; c'est une voix courageuse. La souffrance qui l'inspire est un mal commun que subit notre profession sur tous les points de la France.

Mais suffirait-il de rencontrer sur notre route ce témoignage d'une légitime réaction contre une situation dont nous avons tous conscience, pour nous y associer aussitôt et joindre en chœur nos doléances aux lamentations de nos confrères de la Somme? En vérité, ce serait prêter le flanc à un public plus enclin à rire qu'à s'indigner. L'indignation est morte en France, et si elle se réveillait, rien ne dit qu'elle ne se tournât pas plutôt contre nous qu'en notre faveur. Nous sommes en cela servis suivant nos mérites, et le public est pour nous ce que nous l'avons fait. Du temps de Molière, nous l'avons choqué par la plus crasse outrecuidance; en ce siècle-ci, nous l'avons élevé à voir en nous les ministres d'un sacerdoce. Il nous paye de ses respects — tant qu'il souffre — mais la dévotion s'oublie à la convalescence...

d'une manière permanente pour les malades les bienfaits de l'été; c'est là une interprétation naturelle, logique, déduite des faits, corroborée par l'expérience, et qui ne peut tromper.

Les Français sont presque tous plus ou moins un peu trop de Brives-la-Gaillarde, ils ne veulent que la France et toujours la France; ils ont une sainte horreur des colonies et de l'étranger. Ce ne seraient pas eux qui auraient découvert les qualités du climat de Madère pour les poitrines débiles, eux qui croient avoir fait tout le possible quand ils ont déplacé un malade de Paris jusques aux Pyrénées, et encore pour combien de temps, pour un mois ou deux. Tandis que les Anglais, nos maîtres sur ce point comme sur bien d'autres, envoient leurs phthisiques passer les hivers aux Açores, aux Canaries, à Malaga, en Égypte et dans l'Inde, pour des six, huit et dix ans. Et les mieux avisés de ces malades restent définitivement dans les pays favorables à leur santé. Aussi avons-nous vu à Madère des phthisiques qui étaient là depuis trente ans et qui étaient passés sexagénaires, tout en toussant toujours un peu et en subissant de temps en temps leurs hémoptysies. Qu'on nous en montre donc comme cela en France! Disons pour finir que nous sommes loin de trouver la question jugée par cette condamnation portée contre les climats chauds, et que nous en appelons de l'ouvrage de M. Rochard aux études que va entreprendre en ce moment M. Piétra-Santa.

Si le travail de M. Rochard est décourageant à un point de vue, celui de M. le professeur Piorry ne l'est pas moins sous d'autres rapports. Du moins, M. Rochard avait fait des réserves pour les climats de Nice, Madère et quelques autres. M. Piorry les enveloppe tous dans une même condamnation, laquelle, de plus, s'étend à tout ce qu'on croyait être le plus puissant contre la tuberculisation, aux Eaux-Bonnes, à l'huile de foie de morue, etc., etc. L'auteur, qui établit par l'observation directe et par l'analogie, la curabilité des tubercules pulmonaires, et qui possède des moyens de guérison supérieurs à ceux qu'il condamne, devrait donc avoir guéri beaucoup de malades. Hélas! quel résultat nous donne la médication de M. Piorry en regard d'un long exercice qui comprend la pratique privée et un grand service d'hôpital. Une douzaine de guérisons! Était-ce bien la peine de prétendre détrôner avec ce mince contingent les médications réputées jusqu'à présent les moins impuissantes? Quelle est celle d'entre elles qui n'aurait pas des proportions au moins égales à faire valoir?

Cette médication supérieure, selon son auteur, consiste en une certaine façon de respirer, en inspirations de vapeurs d'iode, en iodure de potassium à l'intérieur, en préparations de fer quelquefois, en phosphate de chaux peut-être. Nous ne mentionnons pas le régime et l'hygiène, choses sur lesquelles tout le monde est d'accord.

L'auteur de l'iodothérapie, qui ne peut être suspect de partialité contre l'iode, prétend, avec observations à l'appui (et il n'est pas le seul), que la meilleure recette pour faire des phthisiques consiste à faire inspirer de l'iode aux malades qui toussent.

Les iodures alcalins appauvrissent le sang, le fer le reconstitue; il y aura donc des phthisiques qui auront eu besoin d'avoir le sang appauvri, d'autres qui auront eu besoin d'avoir le sang reconstitué. Et si l'on a fait prendre ces deux médicaments simultanément ou successivement au même malade, il y aura eu, dans le même ordre, ces deux indications opposées à remplir chez le même sujet. Quant à une façon particulière de respirer, elle peut avoir incontestablement son utilité mécanique et momentanée, mais quel résultat aura-t-elle contre la diathèse? Et puis est-ce que les malades tourmentés par une difficulté de la respiration n'essayent pas toutes les manières de respirer, et ne choisissent-ils pas le mode de respiration qui les soulage le plus?

Voilà donc le degré de certitude thérapeutique auquel nous conduisent, sur leur propre terrain, le plessimétrisme et l'organographisme!

C'est que, lorsque la lésion anatomique peut être constatée, il est presque toujours trop tard pour la thérapeutique. C'est la diathèse, c'est la tendance, c'est la maladie à l'état de puissance, à l'état dynamique, errant dans toute l'économie par l'innervation et la circulation; c'est sous cette forme, c'est à ce degré, c'est à cette période qu'il faut la combattre, et non quand le stéthoscope et le plessimètre ont leur raison d'intervenir. On demandera si dans ces conditions de prématurité, elle sera reconnaissable? Nous répondrons : oui, dans la très-grande majorité des cas, car nous, médecins, devons voir autant par les yeux de l'esprit que par les yeux du corps. Et nous ajouterons : elle sera curable presque aussi souvent qu'elle aura été reconnue dans cette période préliminaire. Par quels moyens? par le changement de climat en première ligne, en observant la règle de faire passer le malade dans un climat plus chaud que celui qu'il habite, et choisissant une station abritée des grandes et brusques variations atmosphériques. Ainsi les Brésiliens ne devront pas être envoyés à Madère, ni les Africains à Nice, faute qui est commise journellement; en deuxième lieu, par le fer *en eaux minérales naturelles*; en troisième lieu, par les médicaments alimentaires dont l'huile de morue est jusqu'à présent le type le moins imparfait; en quatrième lieu, par l'hydrothérapie, la gymnastique et le régime.

D[r] HENRI ALMÈS.

AUSCULTATION.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR L'AUSCULTATION CÉPHALIQUE CHEZ LES LES ENFANTS; par le docteur F. RILLIET, ancien médecin en chef de l'hôpital de Genève.

Après avoir pris connaissance des conclusions de l'intéressant mémoire sur l'auscultation de la tête, communiqué par le docteur Roger à l'Académie de médecine, dans sa séance du 11 octobre de cette année, j'ai, le 24 du même mois, adressé une lettre à cette savante compagnie, pour lui rappeler qu'en 1853, nous avions signalé, M. Barthez et moi, dans notre TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, le bruit de souffle céphalique comme un symptôme de rachitisme, et indiqué qu'il pouvait utilement servir à faire distinguer cette maladie où il existe à un haut degré, de l'hydrocéphalie chronique où il manque complétement.

Depuis la publication de notre traité, nous avons, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, vérifié l'exactitude de ces deux proposi-

---

— Qui de nous n'a éprouvé ce tirage pénible des dernières visites après une longue maladie, et n'a eu trop souvent à comprendre les muettes insinnations d'une famille, réglée dans ses comptes, au moment où le malade paraît hors d'affaire?

Ce n'est donc pas pour le public, ces lignes-ci, chers confrères. Il y trouverait de bonne foi matière à dédain, si même, en ces temps positifs, il ne soupçonnait davantage, un péril pour sa bourse. Mais heureusement nous sommes ici entre nous, et nous pouvons causer librement (offrant sur ce point nos colonnes à la contradiction).

Nous disions donc que nos confrères de la Somme ont mieux fait que se plaindre : ils ont indiqué très-nettement, et très-sensément, une voie, la seule peut-être même qui puisse conduire à une réforme. Et c'est là ce qui nous fait reprendre ici leur manifestation.

Mais qu'y a-t-il donc, direz-vous, de si remarquable en ce programme destiné par avance au sort de tous les programmes? L'Association d'Amiens a reconnu, décrété que le médecin devait être rémunéré suivant la difficulté, les dangers, l'importance du service rendu, ou, plus exactement, du service qu'il a voulu rendre; grand effort de génie, en vérité, et bien digne de tant d'éloges. Chacun ne comprend-il pas de soi-même qu'il devrait en être ainsi?

Oui. Mais ce qu'on comprend moins, à l'heure même où nous parlons, c'est qu'il *doit* désormais en être de la sorte; que le médecin dorénavant aura droit à ne pas jauger la valeur du service rendu au nombre de pas qu'il aura faits vers une certaine maison, mais de prendre pour base de son honoraire les éléments si précisément formulés dans la résolution dont nous nous faisons un devoir de nous faire ici les défenseurs. Et cela, qu'on l'entende bien, ne dépend que de nous; ce qui ne veut pourtant pas dire que ce soit dès lors chose faite ou même aisée. Mais l'esprit humain a une si grande tendance à demander à autrui la réparation de ses propres sottises, chacun de nous est si naïvement enclin à invoquer Jupiter pour dégager le moyeu de sa roue, qu'il n'y a pas de mal à bien mettre sous les yeux de la profession qu'elle seule a entre les mains la pioche qui délivrera le véhicule commun.

Devons-nous de bonne foi attendre de la société un secours, une réforme que nous nous refusons à nous-mêmes? L'appellerons-nous ingrate, égoïste, insoucieuse de ses vrais intérêts, parce que nous n'avons ni le courage, ni l'*union* qui peuvent, si nous le voulons bien, nous rendre la situation acceptable? Aidons-nous donc nous-mêmes, le ciel est pour les gens forts.

Or ce n'est pas une idée en l'air, une proposition vaine et creuse que celle qui se formulerait en un renversement complet du système qui, en possession aujourd'hui des mœurs, semble assis d'une façon si inébranlable. Les mœurs règnent, il est vrai, absolues, comme la mode; mais, comme la mode, elles changent, et il ne s'agit ici que de les faire changer; et l'on y peut parvenir par la discussion, les essais partiels, les conventions bien tenues, l'exemple, surtout, donné d'en haut.

Il est clair, en effet, que nous ne pouvons dire à un pauvre et jeune médecin, chargé de famille, sans autorité personnelle, professant dans un milieu obligé à compter tout comme lui-même, de donner, lui, cet exemple, et

tions, et tout en nous tenant au courant des principaux travaux qui ont été publiés sur l'auscultation de la tête, nous avons poursuivi nos premières investigations sur ce sujet. Plus tard, nous ferons connaître les résultats auxquels nous sommes arrivés en les rapprochant de ceux que l'on peut obtenir par l'auscultation du système vasculaire chez les enfants; c'est dans cette étude que la description de la chloro-anémie de l'enfance trouvera sa place. Aujourd'hui, je veux me borner presque exclusivement au rôle d'historien et de critique, en faisant voir quels sont les points de la question encore controversés et sur lesquels doivent à l'avenir se porter l'attention des observateurs. Cet appel n'est pas superflu, car le sujet est hérissé de difficultés de plus d'une espèce, et ce n'est pas trop du concours de plusieurs pour l'élucider complétement.

L'auscultation de la tête a subi bien des fortunes diverses depuis l'époque où le docteur Fisher (de Boston) (1) a fait connaître ce nouveau mode d'exploration de l'encéphale. En Amérique, ce médecin et le docteur Whiteney (2) ont attribué une grande valeur au bruit de souffle encéphalique pour le diagnostic direct des maladies cérébrales, tandis qu'en Allemagne, d'après les recherches des docteurs Wirthgen (3) et Hennig (4), ce symptôme a été considéré comme n'ayant aucune valeur directe pour le diagnostic, puisqu'il existe indépendamment de toute maladie du cerveau et qu'il est simplement la conséquence de certaines conditions anatomiques et physiologiques communes à tous les enfants bien portants ou malades; mais si ces médecins ont refusé de ranger le souffle céphalique au nombre des symptômes cérébraux directs, ils ont cru pouvoir tirer quelques conclusions séméiologiques de son absence ou de sa disparition.

Nous pouvons revendiquer la priorité et la propriété de l'idée qui a été le point de départ des recherches du docteur Wirthgen, auquel on doit le travail le plus original, le plus complet et le plus consciencieux qui ait été publié sur l'auscultation de la tête.

Le professeur Hennig n'a fait que compléter le travail de son élève en insistant principalement sur les conditions qui influent sur la production, le renforcement ou la diminution du souffle céphalique.

Comme je le disais tout à l'heure, pour les docteurs Wirthgen et Hennig, le souffle n'a pas de valeur séméiologique directe; il n'est par lui-même le signe d'aucune maladie cérébrale, tandis qu'il acquiert de l'importance dans certaines maladies de l'encéphale, lorsqu'il n'est pas perçu, ou lorsqu'après avoir été perçu, il disparaît, ou lorsqu'après avoir disparu, il se reproduit.

Enfin, tout récemment, le docteur Roger a refusé au souffle céphalique toute importance séméiologique directe ou indirecte dans les maladies cérébrales. Pour lui, ce symptôme est simplement un signe de chloro-anémie, et la seule utilité qu'il lui accorde pour le diagnostic, c'est de pouvoir être entendu plus facilement que le souffle que l'on perçoit par l'auscultation des vaisseaux du cou. Le docteur Nonat a même contesté cet avantage, « l'auscultation des vaisseaux du cou, telle qu'on la pratique chez les adultes, lui ayant, dit-il, presque toujours suffi chez les enfants. »

Comme on peut le voir, la valeur des bruits transmis à l'oreille par l'auscultation du crâne est loin d'être jugée de la même manière par tous les médecins; aussi ne sera-t-il pas sans intérêt d'exposer avec quelques détails les opinions des auteurs qui se sont occupés de ce sujet. J'insisterai particulièrement sur les recherches des docteurs Wirthgen et Hennig, qui sont moins connues en France que celles des médecins américains, et qui, jointes à celles-ci, donnent des renseignements complets sur l'état actuel de la science relativement à ce point de pathologie.

Dans une seconde partie, je tâcherai de décider si les bruits céphaliques sont réellement sans valeur pour le diagnostic des maladies cérébrales, et en particulier de l'hydrocéphalie chronique, comme l'a affirmé tout récemment le docteur Roger.

Le docteur Wirthgen, frappé de la proposition que nous avions émise, M. Barthez et moi, sur la valeur du bruit de souffle céphalique comme signe différentiel du rachitisme et de l'hydrocéphalie (1), a repris le sujet *ab ovo*, et avant de contrôler l'exactitude de notre assertion, il a étudié avec le plus grand soin toutes les particularités relatives à l'auscultation de la tête, et il n'a épargné ni son temps ni ses peines pour vaincre les difficultés très-réelles de son sujet.

M. Wirthgen préfère à l'application directe de l'oreille sur la tête le stéthoscope de Weher modifié (2).

(1) THE MEDICAL MAGAZINE, n° 15. Traduit dans la GAZETTE MÉDICALE, 1834, n° 2, p. 22. Et THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES, AUGUST, 1838. Traduit dans la GAZETTE MÉDICALE, 1838, n° 45, p. 705.

(2) THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, oct. 1843. Extrait dans Churchill.

(3) DE STREPITU QUI IN CAPITE AUSCULTANDO AUDITUR. Dissertatio inauguralis medica. In Academia Lipsiensi. Auctor Guilielmus Wirthgen, medicinæ baccalaureus, 1855.

(4) UEBER DIE BEI KINDERN UND AM OBEREN THEILE DES RÜCKGRATS VORNEHMBAREN GEZAEUSCH; von dr Hennig, ARCHIV FUER PHYS. HEILKUNDE, 1856. Je dois la traduction de ce mémoire à mon ami et confrère le docteur Pasteur (de Genève).

(1) La dissertation inaugurale du docteur Wirthgen commence ainsi: « Constitueram primum apud me, opinione illius F. Rilliet viri doctissimi, quæ ab E. Barthezo et ipso Rillieto promulgata legitur, adductus, de strepitu, qui in capite auscultando percipitur, ita ut fortasse perscrutans eruerem, num re vera, quod imprimis Rillietus contendit, præsente aut absente illo strepitu tanquam pathognomico signo, certa inter hydrocephaliam et hypertrophiam cerebri diagnosis firmius verinsque sisti possit, dissertationem meam, ut ritu veterrimo sancitum est, cohortante in primis tironem me viro d. exp. Hennig, inauguralem medicam componere. Cum ipsa novitas tum rei gravitas dulce animum meum captavit. »

(2) Voici, d'après Hennig, la description exacte de ce stéthoscope: Cet instrument est long de 23 centim.; il se compose d'un tube de caoutchouc vulcanisé long de 18 centim., d'un ajutage de bois long de 4 centim., s'élargissant à l'ouverture comme le stéthoscope ordinaire, et d'un appendice auriculaire, long de 22 centim., qui s'introduit commodément et solidement dans l'oreille. Ce dernier fragment est soit lisse, soit muni d'un pas de vis, au moyen duquel on peut y adapter une plaque semblable à celle du stéthoscope ordinaire. En s'habituant à se passer de cette plaque, on a l'avantage de garder libre une main pour fixer la tête. Les deux ajutages sont solidement attachés; l'ouverture évasée a au moins 3 centim. de pourtour;

---

de s'imposer, à partir du 1er janvier prochain, cette invariable règle. Ce serait peut-être lui demander de se condamner, à partir de cette même date, à mourir de faim lui et sa famille. Pareille règle ne peut être imposée, avec quelque chance de succès, que dans un cercle restreint et dans lequel une association sérieuse aura su s'établir. Mais ce que ne peut faire un homme isolé, ce que ne peut tenter même une association dans une grande capitale, et surtout par ce bon temps de charlatanisme aisé qui souffle, les maîtres le peuvent accomplir, et l'impulsion — si leur sentiment est conforme au nôtre — l'impulsion leur appartient.

Et pourquoi, après tout, une fièvre pernicieuse, un cas malin observé, reconnu par un coup d'œil supérieur, une indication suprême saisie après combien d'heures de veilles, seraient-ils traités si pauvrement en comparaison d'une cure de fistule à l'anus, d'une amputation d'un doigt, de l'enlèvement d'une tumeur. Or qui songe à se récrier, quand, pour un de ces services les plus ordinaires de la chirurgie, l'opérateur, sans tenir aucun compte du nombre de visites qu'il a pu faire, demande en bloc, à son malade, cinq cents, mille, deux mille francs, suivant la fortune du client? Personne, et cela coule de source. Mais le médecin sérieux, l'observateur profond, dont la pensée a seule travaillé au chevet de votre cher malade, dont le cerveau, puissamment équilibré, a su peser les symptômes menaçants et dicter la formule salutaire, a-t-il donc moins fait pour vous et les vôtres que le histouri du chirurgien? Les résultats sont moins visibles, dira-t-on; pour vous, homme du monde, peut-être, qui, après le salut obtenu, préférez unanimement le reporter à la bonne nature, mère des tubercules, et patrone de la suppuration, qu'au talent, qu'à la science de votre conseil. Mais, au fond, cette réponse n'est qu'un sophisme, et un accès de fièvre pernicieuse est aussi clair dans ses résultats qu'une ligature d'artère; la quinine en plus ou en moins, une heure plus tôt, une heure plus tard, et le sujet est bel et bien à l'amphithéâtre, tout comme l'opéré dont la veine sous-clavière a, sous le couteau, aspiré une bouffée d'air.

Et d'ailleurs, cette différence, si contemptueusement faite après la maladie, oseriez-vous la formuler au moment du danger? Le savant médecin qui, avant d'entrer, chez vous, oubliant sa fameuse qualité sacerdotale, ne craindrait pas de vous dire à vous, père de famille, tremblant sur le sort d'une tête adorée: Monsieur, je n'entre chez vous qu'à condition d'être honoré tout comme un chirurgien. Songeriez-vous à lui répondre que son art à lui est conjectural et ses résultats problématiques? Non; cette réponse, c'est pour l'époque de la convalescence. Au début, le médecin n'est pas un prêtre seulement; que dites-vous là: c'est un dieu!

Et voilà ce que la profession est en droit d'attendre de ses maîtres, de ses chefs. L'exemple de l'union d'abord, puis d'un haut respect de sa propre valeur.

Or est-ce une unité à notre mesure que le nombre de chaussures ou de chevaux usés dans l'année? Et les produits du savoir, du sang-froid, du courage, du jugement, appliqués à la vie humaine, n'ont-ils donc que la valeur de la course du commissionnaire ou du cocher que je dérange de son sommeil sous la remise?

Mais ce n'est pas notre cause à nous seulement; et celle du malade

Cet instrument flexible s'accommode très-bien à la forme des parties sur lesquelles on peut l'appliquer sans inconvénient; il permet de suivre les mouvements de la tête de l'enfant qu'il effraye peu; il a aussi l'avantage de renforcer les bruits. Nous avons dernièrement fait usage du stéthoscope, et nous reconnaissons qu'il est, sinon indispensable, du moins fort utile. Il transmet très-bien les sons, ce dont il est facile de s'assurer par la compresion et le relâchement alternatifs du tube de caoutchouc entre le pouce et l'index.

Le docteur Wirthgen a examiné des enfants d'âge, de sexe, de constitution, de santé différents. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé: elles sont extraites d'observations particulières mises en tableaux (1).

Age. — Relativement à l'âge, il s'exprime en ces termes: J'ai exploré un grand nombre d'enfants âgés de 4 jours, de 1 et de 2, 3 et 4 mois, robustes ou délicats, bien portants ou malades, et je n'ai jamais pu percevoir chez eux le bruit de souffle céphalique. C'est sur un enfant âgé de 5 mois, fort et bien portant, dont le cou et les carotides battaient énergiquement, que je l'ai constaté pour la première fois; et c'est à la limite d'âge de 5 ans et 2 mois, chez un enfant placé dans les mêmes conditions de force et de santé, que je l'ai perçu pour la dernière fois. Au delà de cet âge, le docteur Wirthgen n'a jamais retrouvé le souffle, quel que soit le soin qu'il ait mis à le rechercher; car, pour éviter toute chance d'erreur, il a poussé la précaution jusqu'à faire raser la tête au niveau de la fontanelle. En résumé, sur 52 enfants âgés de 3 mois à 5 ans et 2 mois, forts ou faibles, mais dont 3 ou 4 seulement étaient malades, il a perçu 22 fois le souffle. Le plus grand nombre de ces jeunes sujets étaient compris entre l'âge de 1 et de 4 ans. Le docteur Hennig a perçu le bruit de souffle à partir de la dix-huitième semaine jusqu'à la sixième année; mais en général jusqu'à 3 ou 4 ans, époque où les fontanelles sont entièrement fermées. L'occlusion des fontanelles est en effet, suivant lui, la condition d'évolution anatomique qui règle la supression du bruit céphalique. L'auscultation de la tête lui a fourni les mêmes résultats, que l'enfant fût éveillé ou endormi, debout ou couché. Le docteur Fisher avait déjà observé qu'il était impossible de percevoir le souffle avant l'époque de la dentition; ce qui tend à démontrer qu'il ne l'a guère constaté avant le cinquième ou le septième mois.

Constitution; forces. — Le docteur Wirthgen a perçu beaucoup plus fréquemment le souffle chez les enfants robustes et sains que chez les enfants débiles, chez ceux dont les battements cardiaques et carotidiens étaient énergiques que chez ceux qui étaient placés dans des conditions inverses. Ce résultat, confirmé par les recherches du docteur Hennig, est complétement en contradiction avec cette assertion du docteur Fisher qui, après avoir ausculté la tête d'un grand nombre d'enfants, conclut que « *ce bruit n'existe jamais dans l'état de santé.* »

PARTIES DE LA TÊTE AU NIVEAU DESQUELLES ON PERÇOIT LE BRUIT DE SOUFFLE.

D'après Wirthgen et Hennig, le bruit de souffle est perçu principalement au niveau de la fontanelle antérieure, mais souvent aussi au niveau de la postérieure, plus rarement sur les parties latérales. Suivant Hennig, chez quelques enfants on l'entend encore au niveau du front, sur toute la voûte crânienne et même sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

Nature du bruit. — Le bruit de souffle est toujours intermittent, d'après Wirthgen; Hennig, qui partage cette opinion, fait observer qu'à la fin de l'époque de la vie où on le perçoit, c'est-à-dire aux environs de la troisième ou de la quatrième année, il devient continu et en même temps plus faible, semblable à un léger murmure. Selon le même auteur, le souffle est plus ou moins fort, mais il n'a jamais de ton, par conséquent il n'est jamais chantant ni sifflant.

Le docteur Fisher s'est efforcé d'établir une différence entre le bruit de souffle perçu dans l'hydrocéphalie et celui perçu pendant la dentition. Le premier dégénère quelquefois en bruit musical, tandis que le second, plus sec, plus court, moins diffus, mériterait plutôt le nom de bruit de râpe.

Marche du bruit de souffle. — Ce bruit n'est pas toujours perçu d'une manière constante; après avoir paru, il peut disparaître, puis se reproduire de nouveau. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce fait en étudiant la valeur de ce symptôme.

Causes du bruit de souffle. — D'après le docteur Fisher, le bruit céphalique a sa source dans les artères, comme le prouvent son synchronisme avec les pulsations arteriel es et l'élévation du crâne, sa diminution ou sa disparition par la compression des carotides, son affaiblissement corrélatif à l'affaiblissement du malade lui-même. Ce sont les artères de la base qui produisent le phénomène, et, en dernière analyse, il est, suivant lui, le résultat du rétrécissement de calibre de ces vaisseaux comprimés par la distention de la masse cérébrale sur le plan résistant, au niveau desquels ils rampent. Le docteur Wirthgen place aussi la cause anatomo-physiologique du bruit de souffle dans le système artériel de l'encéphale; indépendamment des raisons précédentes, il en a trouvé la preuve en constatant, dans ce cas, que l'énergie du souffle d'un côté était en corrélation avec l'énergie des battements carotidiens du même côté. D'après lui, le choc artériel se communique aux os du crâne et la vibration va le concentrer au niveau de la fontanelle antérieure, dont l'ouverture, jointe à un certain degré de fermeté des os du crâne, est nécessaire pour que la vibration soit transmise. C'est pour cette raison qu'on ne le perçoit pas chez les très-jeunes enfants, dont les os crâniens sont très-lâchement unis. « *Nimiam ob solutam ossium conjunctionem oscillationes per totam capitis superficiem tanquam vagentur nec ad fontanellam, sedem quasi centralem, confluant.* »

elle ne peut avoir beaucoup davantage, car cela rendrait son application difficile sur de petites têtes.

Ordinairement on place le pavillon de l'instrument, on le tient avec deux doigts, tandis qu'avec un troisième (l'auriculaire) on prend un point d'appui sur la tête mobile, puis on introduit solidement le fragment auriculaire dans l'oreille, et on le laisse en place.

(1) Il rapporte 52 observations d'auscultation d'enfants âgés de 3 mois à 5 ans Toutes les explorations auxquelles il s'est livré sur des enfants plus ou moins âgés ayant fourni des résultats négatifs, il s'est abstenu de les reproduire.

y est plus engagée encore. Le public, nous entendons ici un certain public, le plus nombreux malheureusement, celui qui fait et défait les fortunes et les réputations (car il en est un autre, une fraction du moins, dont chacun de nous a, dans le cœur, quelque exemple en réserve, et celui-là rachète l'autre par sa reconnaissance); le public en général, disons-nous, aime à raconter les traits de cupidité, vrais ou supposés, de certains médecins, les petites spéculations de certains autres, et se venger ainsi des injustices qu'il commet lui-même; mais il ne sait pas, le malheureux, ce que le sentiment contraire lui a coûté de victimes, ce qu'une pudeur, une délicatesse outrées et incomprises, arrêtant à la porte le médecin, prêt à remonter chez un malade, ont coûté d'existences et enterré de vérités! Combien de fois un praticien, troublé par les retours involontaires de son esprit sur la justesse du diagnostic posé le matin, n'a-t-il pas été empêché de retourner chez son malade par une crainte, trop souvent fondée hélas! d'être secrètement, ouvertement peut-être, accusé de « tirer » a la visite!

Et il n'est pas a dire qu'il doive ou puisse braver cette crainte, étouffer cette susceptibilité; l'estime et la confiance de son malade ou de son entourage sont les premières bases de l'indépendance de son jugement. Et la même famille qui, au premier moment, vous invite à ne pas « regarder » au nombre des visites, est souvent la première, après quelques jours, à remarquer qu'elles sont bien rapprochées. On admet bien que le jour d'une opération, le chirurgien vienne, revienne surveiller son malade, une hémorrhagie, la fièvre des blessés, etc.... causant des craintes que chacun connaît et légitimes pour les plus ignorants. Mais le besoin de surveiller le retour ou l'absence d'un redoublement, l'heure d'un frisson, ou d'une moiteur attendue ou espérée, l'effet d'un bouillon sur une nature débile, qui sait le reconnaître et y voir une preuve de sollicitude? Quelques-uns seulement; mais nous n'écrivons pas pour ces quelques-uns, dont l'appui moral seul peut rattacher un pauvre médecin a sa triste profession.

Sous ce rapport donc, plus encore qu'à tout autre point de vue, l'intérêt des familles comme celui du médecin, car ils sont parfaitement solidaires, ne laisse point de doute sur l'urgence d'une réforme à cet endroit. A son aise auprès de son malade, comme est le chirurgien au lit de son opéré, le médecin y viendra autant de fois qu'il le jugera convenable et y demeurera le temps qu'il jugera nécessaire pour asseoir sérieusement son opinion et la vérifier pendant la marche des heures et des circonstances propres à la maladie. Et chacun y gagnera.

Mais nous est-il interdit d'envisager également l'intérêt matériel, pécuniaire, puisque l'argent de tout est la mesure; en touchant cette corde, devons-nous nuire à ta cause même que nous défendons? Nous espérons que non. Sous tous les régimes politiques et particulièrement sous ceux qui affectaient le plus de libéralisme, on a voulu que chaque citoyen trouvât honneur et profit dans toute profession utile; que l'émolument, l'honoraire fussent en rapport avec le service rendu ou le danger couru. Mais alors n'est-il pas honteux de placer sur le même pied le traitement d'une angine couenneuse, d'une fièvre typhoïde, d'une dyssenterie de mauvais caractère, et celui des manies d'un hypocondriaque ou de la migraine d'une femme nerveuse; calculer tout cela sur le pied de tant de courses de de-

Si l'on ne perçoit pas le souffle après l'ossification des fontanelles, cela tient à ce que les os fortement engrenés ne peuvent plus vibrer comme auparavant.

D'après le docteur Hennig, la cause anatomique du bruit de souffle est bien dans le système artériel, comme le prouvent son intermittence et sa coïncidence avec la diastole carotidienne; mais il n'admet pas qu'il soit le résultat de la vibration des parois artérielles elles-mêmes, ni de l'ébranlement qu'elles communiquent à la masse encéphalique ou aux parois qui l'enveloppent. Aussi il conclut que si le système artériel est la cause première du bruit céphalique, c'est, en définitive, dans le système veineux qu'il se passe.

Voici les principales raisons qu'il donne à l'appui de son opinion :

1° Les sinus du crâne et en particulier le longitudinal supérieur sont beaucoup plus considérables que les vaisseaux afférents. Or, on sait que le souffle se produit lorsque le sang passe d'un vaisseau plus étroit dans un vaisseau plus large.

2° Les sinus ont des parois très-minces; ils n'ont pas de valvules et leur cours est peu sinueux.

3° Ils éprouvent à chaque diastole artérielle une compression, soit générale, soit aux deux points où ils abordent et quittent la fontanelle. La pression exercée par les artères se fait sentir sur eux par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien.

4° Enfin, par le fait que la membrane qui revêt la fontanelle cède de dedans en dehors, il doit arriver qu'à chaque pulsation le torrent veineux dans le sinus sera momentanément précipité, parce que le sinus doit céder, et par conséquent se dilater légèrement au niveau de la fontanelle; en sorte que si l'on pouvait voir à travers le crâne, on constaterait un pouls veineux analogue à celui que Coccius a observé dans les vaisseaux de la rétine.

CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES QUI FAVORISENT L'APPARITION OU ACCROISSENT L'INTENSITÉ DU BRUIT DE SOUFFLE CÉPHALIQUE.

Suivant Hennig, ces conditions sont : 1° l'avancement de l'ossification crânienne, la fontanelle restant encore ouverte; 2° le développement du système musculaire et l'impulsion énergique du cœur (remarque déjà faite par Wirthgen); 3° la flexibilité des vaisseaux, et 4° enfin la nature du sang qui se rapproche davantage de celui des chlorotiques. L'explication qu'il donne de la première de ces conditions n'est pas très-claire. On peut toutefois comprendre que la fermeté de l'os facilite la transmission du bruit.

Quant à la plus grande intensité qui résulte de l'énergie de la contraction du cœur, elle est fondée sur ce que les bruits vasculaires faibles se renforcent par l'accélération du cours du sang. Le peu d'épaisseur des parois vasculaires concourt aussi pour sa part à l'accroissement du souffle, parce que dans les tubes à parois minces les bruits se produisent plus facilement que dans les tubes à parois épaisses.

Quant à la composition chlorotique du sang, elle exagère le souffle parce que le sang séreux produit plus facilement des bruits que le sang plastique.

Les conditions inverses des précédentes doivent nécessairement produire un affaiblissement des bruits. Aussi le souffle céphalique s'affaiblit ou disparaît lorsque les forces de l'enfant diminuent par la maladie ou par une alimentation insuffisante, et lorsque l'impulsion cardiaque est moins énergique (Fisher avait déjà fait cette remarque qui a été confirmée par Wirthgen). Il s'affaiblit aussi lorsque les os sont mous et minces, lorsque la fontanelle est sur le point de se fermer, enfin dans la guérison de l'anémie et au début des divers états qui augmentent d'une manière anormale la tension de la voûte crânienne, telles sont l'hypertrophie cérébrale aiguë, l'hypérémie qui accompagne l'hydrocéphale, la stase sanguine consécutive à la toux, et en particulier la coqueluche, la pneumonie du sommet, etc., etc.

COÏNCIDENCE DES BRUITS DE SOUFFLE CARDIAQUE JUGULAIRE ET CÉPHALIQUE.

Fisher, dans sa première observation, avait signalé le fait de l'absence de toute coïncidence entre le bruit de souffle encéphalique et le souffle du cœur et des carotides. D'après Wirthgen, la coïncidence du souffle jugulaire et céphalique est rare (il ne l'a constaté que 2 fois sur 22), nous croyons cette proportion trop faible. Hennig affirme, de son côté, que le retentissement du souffle carotidien qui accompagne quelquefois d'une manière si marquée l'hydroémie (chlorose) des enfants avant l'époque de l'occlusion de la fontanelle, n'est pas appréciable au niveau de la fontanelle elle-même. Il dit n'avoir rencontré que dans la quatrième année un bruit de souffle coïncidant avec la systole du cœur, s'entendant sur presque toute la tête, bien marqué sur la fontanelle antérieure presque fermée, perceptible aussi à la nuque.

BRUITS AUTRES QUE LE SOUFFLE CÉPHALIQUE.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que du bruit de souffle céphalique. C'est, en effet, celui sur lequel les médecins américains ont le plus insisté, et le seul dont les médecins allemands aient fait une mention particulière. Nous ne devons pas cependant omettre de rappeler que le docteur Fisher a signalé les bruits suivants comme pouvant être perçus par l'auscultation de la tête.

1° *Le bruit céphalique de la respiration* produit par le retentissement du son résultant de la vibration de l'air qui traverse les fosses nasales; il coïncide avec les mouvements respiratoires, mais il est plus prononcé pendant l'expiration, et modifié par certains états pathologiques des fosses nasales;

2° *Le bruit céphalique de la voix* que l'on perçoit quand l'enfant crie ou parle;

3° *Le bruit céphalique de la déglutition* que l'on entend très-facilement quand on ausculte l'enfant au moment où il est allaité.

De ces trois bruits, le dernier est celui que l'on perçoit le plus aisément, et qui persiste très-intense après l'occlusion des fontanelles; nous nous en sommes plusieurs fois assurés.

Le docteur Whitney a signalé encore trois autres bruits :

1° L'égophonie cérébrale;

2° Le frémissement cataire;

3° Le bruit de roucoulement (1).

(1) THE DISEASES OF CHILDREN, by Fleewood Churchill, M. D., 2e édition, 1858, p. 132. Extrait de AMERICAN MEDICAL JOURNAL, October 1843, p. 282.

---

mi-heure chacun? Mettre au même rang, rémunérer au même titre le dévouement qui s'expose à la contagion diphtérique, qui y succombe souvent, et les soins donnés au léger rhume d'un efféminé. Ah! à celui-là on ne les reproche pas ses visites; elles ne sauraient être trop nombreuses ces occasions d'empoisonnement; or à 5 francs l'une, on peut se passer ce luxe. Il est clair que le médecin n'en abusera pas. — Gillette et Blache fils et tant d'autres cependant en ont abusé.

Oh il y a abus, c'est dans une évaluation égale de ces services si différents!

Les médecins de la Somme ont donc sagement fait de décider qu'à des éléments aussi disproportionnés que ceux qui viennent d'être passés en revue doivent correspondre des rémunérations complétement différentes; et comme après la considération du péril propre et rayonnant de la maladie, la qualité de la famille, au taux de la mesure sociale ordinaire, la fortune, est évidemment la donnée qui vient la première en importance, ces deux circonstances, dont l'une a été complétement négligée jusqu'ici, doivent être les bases futures de tout honoraire judicieusement établi.

Mais voyez combien les notions simples sont différemment acceptées par les uns et par les autres, et la part, d'ailleurs, que les mœurs ont dans les appréciations en apparence les moins incertaines. Il y a un an environ, les médecins de Rouen réunis convinrent d'un certain taux pour leurs visites (ils étaient, comme nous tous, frappés de la progression croissante de l'inégalité entre le prix de chaque chose et l'honoraire médical ferme et immuable depuis le siècle dernier); or, conformément aux habitudes françaises et à l'humanité du reste, car le corps médical en France en a toujours fait sa première loi, ils établirent plusieurs catégories de clients, les classant d'après la position sociale et pécuniaire. Cette mesure provoqua chez nos voisins d'Outre-Manche un accès d'hilarité qui se répandit au moyen des journaux dans les rangs de la profession. On ne comprenait pas cette inégalité du « *fee* » (honoraire), pour des labeurs égaux. Une fièvre, une opération, sont identiques chez le lord et chez le boutiquier (*shop keeper*), disaient nos confrères, qui peut porter à estimer à des prix différents les soins qu'elles ont exigés? En Angleterre, le médecin, le légiste, mesurent tout au temps du travail consacré. L'humanité est assurément dans leur cœur, mais elle n'a pas encore passé dans les institutions. La société française, qui nous juge souvent avec sévérité, ferait bien de s'enquérir un peu de ce qui se passe ailleurs avant de se trop plaindre.

Chez nos voisins, le conseil médical est rétribué à l'heure, ou à la minute plutôt, car ce sont des « hommes pratiques » (*matter of fact men*), et les conversations sont oiseuses dans les affaires; et le taux en est tel que la petite bourse n'y saurait atteindre. Les gens peu fortunés ont pour ressources, légales en ce pays, des chirurgiens-apothicaires. Ce sont de véritables officiers de santé, et leur *fee* s'en ressent. Quant aux membres du collége médical et chirurgical, les pauvres gens ne peuvent les approcher qu'à la consultation des hôpitaux. La division des classes gouverne ce côté de la question sociale, comme elle régit tous les autres. On sait combien les choses sont différemment agencées chez nous, et quel accès facile un pauvre diable

Ces derniers bruits auraient une signification pathologique, tandis que ceux énumérés par le docteur Fisher n'ont qu'une signification physiologique. En résumé, les auteurs dont nous venons d'analyser les travaux sont d'accord sur les points suivants :

1° En appliquant l'oreille sur le crâne d'un enfant, au niveau de la fontanelle non ossifiée, on perçoit souvent un bruit particulier auquel, d'après ses caractères, on peut donner le nom de bruit de souffle encéphalique ou céphalique du cœur (Fisher).

2° Ce bruit n'est guère perçu avant le commencement de la première dentition ; il disparaît presque toujours entre la troisième et la quatrième année.

3° L'occlusion des fontanelles est la cause anatomique de sa disparition.

4° Il est intermittent, isochrone avec les battements du cœur.

5° Il est plus facilement perçu sur la fontanelle antérieure que partout ailleurs.

6° La cause première de sa production doit être cherchée dans le système artériel, puisqu'il coïncide avec la systole cardiaque et la diastole des artères cérébrales ; mais suivant Hennig, *il se passe* dans le système veineux (pouls veineux).

7° Le bruit peut être renforcé par l'énergie des contractions du cœur et l'état aqueux du sang (anémie), et diminué par toutes les causes physiologiques ou morbides affaiblissantes.

8° Ces conditions diverses expliquent les modifications qu'il présente dans sa marche, dans son apparition, sa disparition et sa réapparition.

Comme on peut le voir, jusqu'ici les médecins américains et allemands sont d'accord, mais il existe entre eux une divergence complète sur deux points des plus importants. Ainsi Wirthgen et Hennig affirment que le souffle peut être perçu chez des enfants bien portants, et ils font même de leur vigueur une des conditions du renforcement du bruit, tandis que le docteur Fisher assure « que ce bruit n'existe jamais dans l'état de santé. »

En second lieu, les docteurs Wirthgen et Hennig prétendent que le bruit disparaît quand la tension cérébrale augmente, tandis que Fisher soutient l'opinion inverse, et considère cette augmentation de tension ou de pression comme la cause du bruit de souffle lui-même.

Il y a, dans ces divergences d'opinion, une question de fait et une question de théorie :

La question de fait ne doit pas être difficile à éclaircir, car il suffit d'ausculter un certain nombre d'enfants bien portants, âgés de 5 mois à 2 ans, pour décider si le souffle céphalique est un bruit normal ou anormal, physiologique ou morbide. Nous avouons n'avoir pas fait de recherches spéciales à cet égard, parce que, dans la plupart des cas où nous avons pratiqué l'auscultation de la tête, c'était sur des enfants anémiques ou rachitiques, et que nous avons, dans ces cas-là, presque toujours perçu le bruit de souffle. Mais il nous semble que les recherches si précises et si consciencieuses du docteur Wirthgen doivent être prises en sérieuse considération et provoquer de nouvelles expériences.

Dans le cas où l'opinion de ce médecin viendrait à être confirmée, le souffle céphalique devrait donc être considéré comme un bruit physiologique qui dépendrait en grande partie de conditions toutes locales. On comprendrait alors qu'il fût souvent indépendant du souffle carotidien ou cardiaque, comme l'ont fait observer Fisher, Wirthgen et Hennig, tandis que s'il était le signe exclusif de l'anémie, on ne devrait le retrouver que chez des enfants anémiques, aussi bien dans les premiers mois de la vie que plus tard, aussi bien au cou que sur la fontanelle. Mais il faut reconnaître que, lors même qu'il serait démontré que ce phénomène est physiologique, il est incontestable que l'état pathologique peut l'accroître d'une manière notable ; ainsi M. Hennig a déjà fait observer qu'il était renforcé par l'anémie, et nous mêmes, en le signalant comme un symptôme du rachitisme, et en disant qu'il y existe à un *haut degré*, nous avions en vue l'élément chloro-anémique, qui est incontestable dans cette maladie.

Si de nouvelles observations confirment celles de Wirthgen, il faudra donc considérer l'altération de la santé qui accompagne le rachitisme, non pas comme engendrant le bruit de souffle céphalique, mais comme contribuant à le renforcer et à le rendre plus aisément perceptible ; ce sera aussi de cette façon qu'il faudra envisager l'action de l'anémie. Ce qui explique l'influence du rachitisme, sinon sur la production, du moins sur le renforcement du souffle, c'est que l'on trouve réunies chez les rachitiques la plupart des conditions regardées par Hennig comme essentielles au développement et à la propagation du bruit céphalique. Ainsi, chez eux, la fontanelle reste tardivement et largement ouverte, condition éminemment propre à la facile perception du souffle ; les os sont épais et doivent propager aisément les sons ; la circulation céphalique, veineuse surtout, est très-développée, infiniment plus que celle des parties sous-céphaliques qui sont chétives, sinon atrophiées. Enfin, la rapidité de la circulation générale est encore, chez les rachitiques, une condition très-réelle du renforcement du bruit.

D'un autre côté, la dimension considérable que la tête acquiert quelquefois est une des causes les plus puissantes de l'exagération du souffle. « Lorsque le rachitisme atteint de très-jeunes sujets dont les fontanelles sont encore membraneuses, dit Guersant, l'ossification des os étant retardée, ils cèdent facilement à l'impulsion du cerveau qui se développe de son côté d'autant plus rapidement qu'il n'est pas suffisamment maintenu.

» Cet accroissement immodéré de l'encéphale donne à la tête des rachitiques une forme quelquefois monstrueuse, analogue à celle que l'on observe dans certaines hydrocéphalies. »

C'est précisément dans les cas de cette espèce que le bruit de souffle existe au *plus haut degré*, et on le comprend, parce que toutes les conditions sus-énumérées se trouvent réunies ; c'est aussi à ces cas que s'applique notre proposition relative à la distinction à établir au moyen du souffle entre les hydrocéphales et les rachitiques.

En définitive, quant à la question de fait, je crois que l'opinion des docteurs Wirthgen et Hennig sur les conditions qui produisent le souffle céphalique doit être vérifiée par de nouvelles observations. Mais je pense qu'on peut dès maintenant considérer l'état pathologique du sang, sinon comme la cause unique de ce bruit, du moins comme la cause principale de son renforcement.

Quant à la question théorique, je suis de l'avis des médecins allemands, et opposé à la manière de voir du docteur Fisher. Je crois,

---

a toujours trouvé, sauf de bien rares exceptions, auprès de nos maîtres même les plus illustres et les plus occupés.

Pour nous, sans protection de la part de la loi (les scandales de l'année parlent à cet égard assez éloquemment), nous avons à nous défendre, à la fois, contre la concurrence effrénée de la pratique illégale, la prescription annale de nos droits, la disproportion croissante entre les ressources et les nécessités de la vie, entre le prix nominal et réel des espèces métalliques, les frais d'un très-long apprentissage de l'art, la patente (galanterie sociale que nous oublions), et enfin les mœurs françaises, ces mœurs charmantes, toujours rieuses, pleines de bonhomie et de laisser-aller, et qui nous répondent le sourire aux lèvres : « Allons, allons, docteur, vous êtes tous riches, nous avons mieux à faire que de vous plaindre », et oubliant le pauvre médecin de quartier, de petite ville ou de campagne, nous jettent à la tête les noms des Dupuytren, Marjolin, ou de moins anciens dont nous ne voulons pas blesser la modestie.

A ces causes, nous concluons donc que la réforme trop évidemment nécessaire et dont la réalisation est entre nos mains, — car le côté légal ne nous est pas possible à atteindre, — doit prendre pour texte la sage résolution d'Amiens, et nous appelons sur elle l'attention et des sociétés médicales et des chefs de la profession. L'esprit de confraternité, de mutualité, que cherche à faire naître la grande association qui s'est formée sous le patronage de l'honorable M. Rayer, a mieux à faire encore que préparer un peu de baume pour les invalides futurs de la profession. Elle a des maladies aiguës à combattre, et nous venons de décrire les symptômes de l'une des plus criantes. Le trait d'union qu'elle établit entre tous les centres médicaux du pays pourrait servir de lien entre eux, aussi bien pour cette cure spéciale que pour toute autre infirmité professionnelle, et c'est un service dont le corps médical lui saurait longtemps gré.

Quant à nos maîtres, placés assez haut pour demeurer libres dans leurs personnes, et souverains dans leurs appréciations, leur conduite peut à elle seule décider du mouvement et du succès. Qu'ils aient le courage d'évaluer leurs soins et leurs conseils à leur valeur réelle, en mesurant celle-ci au service rendu, au talent déployé, au danger couru, aux efforts faits par le jugement, aux soucis moraux autant qu'au temps dépensé, enfin à la position qu'ils ont su acquérir dans l'estime publique et dans celle de leurs confrères ; et dans ces conditions, toute réserve faite de leur libéralité pour l'indigence, si étendu que puisse être le témoignage matériel de la reconnaissance du client, le profit s'en répandra autant sur la profession que sur eux-mêmes. Nous les adjurons, au nom de l'art sérieusement compromis, de prendre en considération le cri de détresse des médecins d'Amiens, et de peser avec l'attention qu'il mérite, le palliatif, le remède peut-être, qu'ils proposent d'appliquer au mal.

GIRAUD-TEULON.

en effet, que la tension ou la pression cérébrale est la cause, non pas de la production, mais de la disparition du bruit; mais je ne partage pas les idées de Hennig et Wirthgen sur la nécessité absolue d'une tension et d'une pression *aiguë*, si je puis ainsi dire. Je pense qu'une pression *chronique* peut également faire disparaître le souffle, comme nous l'avons observé, M. Barthez et moi, dans l'hydrocéphalie chronique.

Je reviendrai plus tard sur ce point, à propos de la distinction à établir, au moyen du souffle entre le rachitisme et l'hydrocéphalie, ce sujet étant le seul réellement pratique qui ressorte de toutes les recherches sur l'auscultation de la tête. Mais auparavant, je vais poursuivre mon examen historique et critique, en cherchant, avec les auteurs que j'ai déjà cités, à déterminer la valeur du bruit de souffle dans les maladies cérébrales.

Congestion cérébrale. — D'après le docteur Fisher, le bruit de souffle s'entend six fois sur dix dans la première dentition quand elle est difficile. Il trouve la cause de cette fréquence dans la congestion cérébrale qui accompagne en général l'évolution dentaire laborieuse, et il va même jusqu'à dire qu'il suffit quelquefois d'inciser les gencives pour que le souffle disparaisse en même temps que la congestion cesse.

Pour démontrer d'une autre manière l'influence de la congestion sur la production du bruit céphalique, il cite l'exemple de deux enfants qui, à la suite d'une chute, ont été atteints de congestion (ou de commotion cérébrale), et chez lesquels il a constaté que le bruit de souffle perçu pendant la durée des accidents s'était dissipé en même temps qu'eux. Pour que ces faits fussent concluants, il aurait fallu que l'auscultation eût été pratiquée avant l'accident, et que l'auteur eût tenu compte de toutes les circonstances accessoires, et en particulier de l'état de la circulation.

Le docteur Hennig professe l'opinion précisément inverse de celle du docteur Fisher, il affirme que l'hypérémie cérébrale fait disparaître le souffle. Ainsi il l'a vu cesser à la suite de la stase sanguine cérébrale qu'entretient la coqueluche, et ne pas se produire dans des cas de pneumonie du sommet, et de bronchite accompagnées de symptômes cérébraux, tandis qu'il apparaissait au moment où les accidents tendaient à disparaître. Le docteur Fisher prétend, au contraire, que l'on entend très-bien le souffle dans la coqueluche au moment où finit la quinte, mais qu'il disparaît au bout de quelques instants, aussitôt que les vaisseaux cessent d'être engorgés.

(La fin au prochain numéro.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ESPÈCE DE LUXATION MÉCONNUE JUSQU'A CE JOUR : LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS SUR LE FIBRO-CARTILAGE INTERARTICULAIRE DU POIGNET; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

(Suite et fin. — Voir les nos 42, 45, 44 et 48.)

Avec de pareils faits, plus de doute possible pour moi; la lésion que j'avais décrite, en 1837 et en 1842, comme une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius, que M. Perrin a cru être une luxation de la tête du radius sous le rebord de la petite cavité sigmoïde du cubitus, dans laquelle M. Gardner et, après lui, MM. Rendu et Bourguet, ont vu le radius retenu en pronation par le bord externe du cubitus, derrière lequel la tubérosité bicipitale restait accrochée, a son siége, non dans le coude ou la partie supérieure de l'avant-bras, mais bien dans le poignet (1).

Mais quel est ce déplacement? La luxation de la main est ici hors de cause; serait-ce la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le radius? M. Nélaton l'a cru pour deux observations insérées par M. Rendu dans la Gazette Médicale (1841); mais M. Rendu, qui étudia ces faits avec attention et les décrivit avec beaucoup de détails, aurait-il pu ne pas signaler le croisement des deux os à leur extrémité inférieure et la saillie de la tête du cubitus sur la surface dorsale de l'extrémité carpienne du radius?

(1) Pour simplifier le langage chirurgical, je comprends ici sous le nom de poignet les deux articulations radio-carpienne et cubito-radiale inférieure.

Du reste, les faits de MM. Gardner, Perrin et Bourguet sont, ainsi que je l'ai dit, identiques à ceux de M. Rendu et à ceux que j'ai moi-même observés; or, ces chirurgiens ont, comme moi, noté, dans tous les cas, l'absence de toute déformation osseuse au poignet comme au coude. Le déplacement que nous étudions n'est donc pas une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le radius; mais quel est-il? Il n'y en a plus qu'un de possible, c'est la luxation du fibro-cartilage interarticulaire du poignet sur la tête du cubitus, ou mieux de celle-ci sur le premier, lésion non encore décrite, dont j'ai étudié avec soin le mécanisme sur le cadavre. Voici le résultat de mes études :

L'articulation du poignet disséquée, j'ai constaté que, dans la pronation, l'extrémité inférieure du cubitus fait en arrière une saillie considérable; dans la supination, c'est en avant que cette saillie se montre. J'ai ensuite ouvert la synoviale, qui se déploie entre le fibro-cartilage et la surface articulaire inférieure de la tête du cubitus, et envoie un prolongement en cul-de-sac entre les facettes, par lesquelles les deux os de l'avant-bras s'articulent entre eux à leur extrémité inférieure, et j'ai constaté que, dans les mouvements étendus de pronation et de supination, cette saillie va jusqu'à porter, dans la pronation les trois quarts, dans la supination les deux tiers de la face inférieure de la tête du cubitus au delà du bord correspondant du fibro-cartilage. La synoviale et les faisceaux ligamenteux antérieurs et postérieurs de l'articulation radio-cubitale inférieure ne limitent pas ces mouvements, qui ne sont bornés que par la résistance du fibro-cartilage.

J'ai ensuite examiné un grand nombre de cubitus secs, et j'ai reconnu que, dans tous, la surface articulaire inférieure de l'extrémité carpienne présentait une coupe oblique de haut en bas et de dedans en dehors, c'est-à-dire de la base de l'apophyse styloïde au point opposé de la circonférence de la tête de l'os; si bien qu'il a fallu, pour que la surface inférieure du fibro-cartilage complétât en dedans la surface de rapports de l'extrémité inférieure de l'avant-bras avec le carpe, surface formée aux trois quarts par le radius, que le fibro-cartilage, excessivement mince, transparent, quelquefois même perforé à la partie moyenne de son bord radial qui en forme la base, allât s'épaississant de ce point vers son sommet, où, dépouillant la structure cartilagineuse, il forme un faisceau tout fibreux, arrondi, très-épais.

Telle est la disposition générale de la tête du cubitus; mais il y a des différences individuelles dans le degré d'inclinaison de la surface articulaire, et dans plusieurs des cubitus qui me servaient pour cette étude, cette obliquité était telle, que j'étais étonné que ce déplacement ne fût pas encore plus fréquent et ne se produisît que chez les enfants en bas âge.

Autre particularité anatomique à noter : le fibro-cartilage interarticulaire correspond par sa face supérieure à la tête du cubitus, qui le maintient au niveau de la surface articulaire carpienne du radius; mais il n'en est plus ainsi quand un mouvement exagéré de pronation a porté la tête osseuse au delà du bord postérieur du ligament; celui-ci, n'étant plus alors soutenu, se laisse refouler en haut par la main, que les muscles entraînent, et le carpe rencontrant moins de résistance de ce côté, entraîné, d'ailleurs, par les muscles adducteurs plus forts que leurs antagonistes, doit s'incliner vers le bord cubital en repoussant en haut le fibro-cartilage, qui, ainsi refoulé, constituera un obstacle de plus au retour de la tête du cubitus, en avant, ou de la main vers la supination.

Voilà donc pour moi bien démontrée l'espèce de déplacement qui a lieu dans ce cas. Quand, dans une pronation exagérée, la surface articulaire inférieure de la tête du cubitus a dépassé d'une grande partie de l'épaisseur de l'os le bord postérieur du fibro-cartilage interarticulaire, elle est retenue en arrière par le bord épais, résistant, peu extensible du ligament, légèrement refoulé en haut par le carpe, et ne peut revenir en avant. Quand je dis que la tête du cubitus, se déplaçant *en arrière*, est retenue par *le bord postérieur* du fibro-cartilage, je parle la langue de convention des anatomistes; il est évident que la pronation caractéristique de ce déplacement renverse ces parties de manière à rendre antérieur le bord du fibro-cartilage correspondant à la face dorsale du poignet, que les anatomistes appellent bord postérieur.

Cette nouvelle théorie explique, de la manière la plus satisfaisante, certains symptômes du déplacement que nous étudions, tels que la pronation fixe, l'inclinaison de la main dans le sens de l'adduction, la résistance mécanique au mouvement de supination, le gonflement douloureux de la face dorsale du poignet, le claquement perçu au moment de l'accident par la personne qui tient l'enfant par la main, celui que perçoit le chirurgien au moment où il fait la réduction.

Le bruit de crépitation que le chirurgien perçoit quelquefois avant le claquement caractéristique de la réduction, ou quand, dans un but

d'exploration, il imprime de légers mouvements à la main, résulte, ainsi que je l'ai constaté bien des fois sur le cadavre, d'un frottement entre l'apophyse styloïde du cubitus et la face interne du pyramidal; et, pour que ces deux surfaces arrivent au contact, il faut que la main soit inclinée sur son cubital; j'ai dit plus haut par quel mécanisme se produit cette adduction.

L'explication que je donne du bruit de crépitation est déduite de mes études anatomiques; mais la coïncidence notée dans mes observations IV et V entre l'adduction de la main et ce bruit de frottement très-caractérisé, l'absence simultanée des deux symptômes dans l'observation VII, tandis que le même sujet les avait présentés réunis dans la luxation dont il avait été atteint six mois avant (obs. V); ces faits ne donnent-ils pas plus de valeur aux résultats de mes études sur le cadavre?

L'étiologie et le traitement de cette lésion seront aussi singulièrement éclairés, comme on va le voir, par la théorie que j'expose aujourd'hui.

ÉTIOLOGIE.

Comme prédisposition je noterai l'enfance, le lymphatisme, le rachitisme, l'inclinaison plus prononcée que de coutume de la surface articulaire inférieure de la tête du cubitus; il est probable que c'est cette dernière circonstance qui constitue ce degré de prédisposition qui fait que ce déplacement peut avoir lieu j'usqu'à quatre ou cinq fois sur le même membre. Une première luxation semble prédisposer à d'autres, et cela peut-être par suite du relâchement qu'elle laisse dans le bord du fibro-cartilage; et on a pu remarquer que cette récidive est d'autant plus facile qu'on est plus près de la luxation précédente. Ainsi Monteggia a vu ce déplacement se renouveler quatre fois en quelques jours, et ne dit pas que les trois dernières luxations aient été produites par de nouvelles violences (page 288). Chez une petite fille qui fut atteinte cinq fois de cette luxation dans le même membre, de l'âge de 6 mois à celui de 4 ans et demi, M. Perrin a vu ce déplacement se produire pour la quatrième fois le lendemain de la réduction de la troisième luxation, par une cause bien légère, dans un mouvement d'élévation des bras, par lequel la petite fille, âgée de 4 ans, faisait remarquer à sa mère combien elle était grande (JOURNAL DE CHIRURGIE de Malgaigne, tome II, année 1844, page 75), et M. Silbert a constaté la reproduction du déplacement quelques heures après la réduction, sans qu'il ait pu en reconnaître la cause. (Voir l'obs. II de ce mémoire.)

Les causes *déterminantes* sont bien peu variées; on peut même les réduire à une seule, la pronation forcée. Nous trouvons la pronation agissant seule dans certains cas. Ainsi M. Bourguet a vu une torsion du poignet en dedans produire seule ce déplacement; mais, le plus souvent, elle est combinée avec une traction sur le membre; c'est ce qui arrive quand l'enfant est retenu et soulevé brusquement par la main, au moment où il va faire une chute, quand on soulève l'enfant par la main pour l'aider à monter un escalier ou à franchir un ruisseau. Boulay et Monteggia faisaient jouer un grand rôle à la pronation forcée dans la production du déplacement; j'ai étudié moi-même avec soin, au point de vue de la cause déterminante, tous les faits de ma pratique dont j'ai conservé le souvenir, tous ceux qui ont été relatés par d'autres chirurgiens avec des détails suffisants; dans la grande majorité des cas, j'y ai trouvé la pronation bien constatée, et dans les cas où cette circonstance n'a pas été notée, rien n'indique qu'elle n'ait pas existé, et elle peut toujours être supposée. Tels sont les cas où le déplacement a été produit par une traction exercée sur la main pour faire entrer le petit membre dans une manche trop étroite, ceux où l'accident s'est produit pendant qu'on soulevait, en le prenant par les deux mains, un enfant couché sur le dos, ceux enfin où il a été la conséquence d'une traction directe exercée sur la main d'un enfant par un autre enfant plus fort. Dans le cas cité par M. Perrin, où le déplacement, réduit la veille, se reproduisit dans un mouvement d'élévation des deux bras, pourquoi ne pas admettre que, pendant qu'elle élevait ses petits bras au-dessus de sa tête, l'enfant faisait aussi un fort mouvement de pronation? Si une chute sur le bras a parfois produit le déplacement, c'est qu'apparemment, quand il a supporté le choc, le membre était en pronation.

On conçoit, du reste, très-bien que cette circonstance ait été négligée, dans bien des cas, par des chirurgiens qui avaient adopté des théories qui les empêchaient de comprendre le rôle que joue la pronation dans la production du déplacement qui fait le sujet de ce travail.

DIAGNOSTIC.

Si l'on se rappelle ce que j'ai dit plus haut, le diagnostic ne présentera pas de difficulté sérieuse. La théorie de la luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius sans déformation appréciable des contours osseux de l'articulation radio-cubito-humérale et celle de l'enroulement de la tubérosité bicipitale derrière le bord externe du cubitus, étaient sans fondement, ainsi que je crois l'avoir prouvé; ma théorie nouvelle se substitue aux autres, je n'ai pas à revenir là-dessus. Nous n'avons pas à comparer la luxation dont nous nous occupons à la luxation presque impossible de la main. Les seules lésions avec lesquelles on pourrait, à la rigueur, la confondre sont la luxation en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus sur le radius et l'entorse du poignet.

On la distinguera toujours de la première par l'absence de toute déformation du squelette du poignet, tandis que dans la luxation cubito-radiale en arrière, la tête du cubitus doit faire sur la face postérieure de l'extrémité carpienne du radius une saillie très-prononcée, et le diamètre radio-cubital de l'extrémité inférieure de l'avant-bras doit être diminué de l'épaisseur de l'extrémité du cubitus qui croise celle du radius.

Ce qui fera distinguer la luxation du cubitus sur le fibro-cartilage de l'entorse du poignet, c'est la position de la main, qui, dans l'entorse, serait dans une position moyenne entre la pronation et la supination, tandis que, dans la luxation, elle est en pronation; c'est surtout la résistance mécanique qu'on rencontre quand on veut ramener la main vers la supination, résistance qui ne saurait exister dans l'entorse.

Enfin, une différence essentielle entre les trois lésions, c'est que, après la réduction, il ne reste plus de trace de la luxation dont je m'occupe, tandis que la luxation cubito-radiale laisserait après elle un état traumatique qui exigerait un repos du membre et des soins prolongés, et que les effets consécutifs de l'entorse mettraient aussi un temps assez long à disparaître.

PRONOSTIC.

Il n'est pas grave. Si la luxation est reconnue, elle sera réduite et guérie en un instant; méconnue, elle n'aura pas de fâcheuses conséquences dans la plupart des cas; le plus souvent elle se réduira d'elle-même dans un mouvement spontané, ainsi que je l'avais prévu dans mon premier mémoire (1837), et que l'ont observé depuis MM. Gardner, Perrin et d'autres chirurgiens; cependant il n'est pas sûr qu'il en soit toujours ainsi. Chez le sujet dont je parle dans ma IVe observation, la réduction spontanée ne s'était pas opérée le sixième jour, et il était survenu au poignet un gonflement douloureux. N'y aurait-il pas témérité à avancer que jamais la tumeur blanche du poignet ne pourrait être un effet consécutif de cette luxation non réduite?

TRAITEMENT.

Suivant la théorie qu'ils ont adoptée sur ce déplacement, les chirurgiens ont mis en pratique des procédés de réduction différents; ainsi, Duverney et, de nos jours, M. Perrin, qui ont cru à la luxation de l'extrémité supérieure du radius en bas, ou par élongation, comme disait le premier, n'ont pas fait d'extension, et se sont contentés de tourner la main en supination complète, puis de fléchir le coude en portant l'avant-bras en dehors. Duverney, pendant cette manœuvre, appliquait le pouce dans le pli du bras, près de l'attache du tendon du biceps au rayon, pour *assujettir* cet os. Les chirurgiens qui ont cru à la luxation de la tête du radius en avant ou en arrière ont fait une extension qu'ils ont combinée avec la supination et une pression exercée avec le pouce sur l'extrémité supérieure du radius, d'arrière en avant ou d'avant en arrière, suivant qu'ils admettaient la luxation en arrière ou en avant. La plupart de ceux-ci, à l'exemple de Duverney, terminaient leur manœuvre par la flexion du coude dirigée en dehors. Tels sont les procédés de Boulay, de Martin (de Lyon), celui que j'avais adopté et mis en pratique jusqu'au jour où j'ai découvert le vrai siége de la lésion.

Ceux qui ont vu, dans le déplacement que nous étudions, un glissement en arrière de la tubérosité bicipitale qui restait accrochée au bord externe du cubitus, auraient dû, en bonne logique, s'en tenir à la supination complète. C'est ce qu'a fait M. Rendu; mais Gardner a fait suivre la supination d'une flexion brusque, M. Bourguet a porté l'avant-bras en supination en fléchissant le coude en dehors.

Ces procédés de réduction, quoique bien différents les uns des

autres, en apparence au moins, ont tous parfaitement réussi; ce qui n'a pas peu contribué à entretenir les auteurs des différentes théories dans leurs illusions. Comment des procédés rationnels, établis sur des données théoriques si différentes et toutes fausses, ont-ils pu réussir ainsi constamment? C'est que, dans toutes ces manœuvres entrait la supination complète, qui, à elle seule, doit presque toujours suffire pour réduire ce déplacement, qui nous est maintenant bien connu.

Voici, du reste, le procédé de réduction que j'ai adopté depuis que j'ai des idées nouvelles sur cette luxation.

Si la main est inclinée en adduction, je la ramène d'abord dans la direction de l'axe du membre, je l'incline même légèrement vers le bord radial, pour faire cesser le refoulement qu'elle peut exercer sur le fibro-cartilage, puis je lui imprime un mouvement de supination complète. Pour exécuter cette manœuvre, je fais fixer le petit membre par un aide, qui le tient par la partie supérieure de l'avant-bras, et tenant le poignet d'une main, de l'autre j'incline légèrement la main dans le sens de l'abduction, puis je la ramène en supination complète.

Ce procédé m'a jusqu'ici réussi à la première tentative. On voit combien il est simple; il ne s'y trouve aucun mouvement dont l'utilité puisse être contestée.

En résumé, tous mes lecteurs rencontreront dans leur pratique la lésion que je viens de décrire. Ceux qui l'avaient déjà remarquée et qui, comme moi, s'étaient trompés sur le siége du déplacement, le prenant pour une luxation de l'extrémité supérieure du radius ou pour un enroulement du radius qui portait la tubérosité bicipitale derrière le bord externe du cubitus, reconnaîtront bientôt avec satisfaction, j'en suis sûr, que la vraie théorie de la lésion est enfin trouvée; les autres pourront encore hésiter dans leur diagnostic entre la luxation du cubitus sur le fibro-cartilage et l'entorse du poignet. Voici pour eux un moyen de sortir de cette incertitude: qu'ils impriment à la main un mouvement de supination; s'ils ont affaire à une entorse, ils n'y trouveront aucune difficulté; si c'est la luxation, ils la reconnaîtront à la résistance mécanique qu'ils rencontreront dans cette tentative au retour de la main vers la pronation, dès qu'ils la laisseront aller. Dans ce dernier cas, ils n'auront qu'à forcer la résistance (car l'inclinaison que j'imprime à la main vers le bord radial du membre est bien rarement indispensable), et dès que cette résistance sera vaincue, ils percevront dans le membre un léger claquement, une secousse, et leur petit malade sera guéri.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OXALATE DE CHAUX DANS LES SÉDIMENTS DE L'URINE, DANS LA GRAVELLE ET LES CALCULS (lu à la Société de biologie); par le docteur GALLOIS.

(Suite et fin. — Voir les n[os] 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43 et 45.)

CHAPITRE XIII.

DES PRINCIPALES THÉORIES QUI ONT ÉTÉ ÉMISES, POUR EXPLIQUER LA FORMATION DE L'OXALATE DE CHAUX DANS L'ORGANISME; THÉORIE DE L'AUTEUR.

La plupart des auteurs qui ont étudié l'oxalurie ont émis sur le mode de formation de l'oxalate de chaux dans l'organisme, et sur sa présence dans l'urine, des hypothèses que je vais successivement passer en revue.

Prout considère l'oxalate de chaux, qui se produit dans l'économie, comme résultant d'un défaut d'assimilation de l'acide oxalique pris dans les aliments, et d'une assimilation incomplète des aliments sucrés, peut-être même des aliments albumineux et oléagineux. La première de ces causes agit principalement chez les sujets dont la fonction assimilatrice de l'estomac manque d'énergie, et chez ceux qui, en même temps, ont une prédisposition à la diathèse d'acide oxalique; car il y a bien lieu de croire que, dans l'état de santé parfaite, l'estomac peut digérer de petites quantités d'acide oxalique mêlé aux aliments. Selon le même auteur, la seconde cause est quelque chose de plus qu'une simple faiblesse; c'est un dérangement marqué de la fonction assimilatrice de l'estomac, et comme ces deux conditions sont très-voisines l'une de l'autre, non-seulement elles peuvent coexister, mais encore elles se transforment l'une dans l'autre.

La théorie de Golding Bird repose sur la relation chimique qui existe entre l'acide oxalique et l'urée. En effet, dit cet auteur, si nous concevons que l'urée existe dans le sang, et que la fonction des reins consiste à l'en séparer, nous n'avons qu'à supposer que les éléments de l'urée, au moment où ils sont éliminés du torrent circulatoire, subissent un arrangement particulier, en vertu duquel ils s'approprient les éléments de l'eau et perdent de l'oxygène; car ces phénomènes suffisent pour amener la transformation de l'urée en oxalate d'ammoniaque, d'après la formule $C^2H^4Az^2O^2 + 2HO = C^2O^3 + 2AzH^3 + O$. Le fait qu'il invoque à l'appui de son opinion, c'est que, quand on exerce une action dépressive sur le système nerveux pris en masse, ou sur la portion qui préside aux fonctions des reins, comme cela s'observe dans la période adynamique de la fièvre typhoïde, dans les violences exercées sur le rachis, ou dans les fractures de cet organe, il se produit une action décomposante incontestable, et l'urine se charge de carbonate d'ammoniaque, qui provient de l'arrangement nouveau qu'affectent les éléments de l'urée, c'est-à-dire qu'un atome d'urée et deux atomes d'eau se transforment en deux atomes de carbonate d'ammoniaque. Or, continue Bird, si l'action dépressive dont nous parlons peut intervenir et provoquer la formation d'un sel alcalin, nous pouvons supposer, comme une chose probable, que l'urée est susceptible de subir une métamorphose différente, et de se convertir en acide oxalique, en ammoniaque et en oxygène, comme l'indique la formule précédente. Avant de conclure par analogie, Golding Bird aurait dû commencer par démontrer le fait sur lequel il s'appuie, c'est-à-dire l'excrétion du carbonate d'ammoniaque par les urines, sous l'influence de certains états morbides.

Un célèbre chimiste allemand, Lehmann (1) a émis une autre théorie. Il admet que l'oxalate de chaux des urines peut provenir des aliments de nature végétale, qui contiennent de l'acide oxalique, et que le même résultat est produit par les bières riches en acide carbonique (bière de Goslar), par les carbonates doubles et par les alcalis combinés aux acides organiques. Quant aux aliments azotés, il ne les croit pas susceptibles d'engendrer de l'acide oxalique dans l'économie. Indépendamment de l'oxalate provenant des ingesta, Lehmann reconnaît qu'il s'en forme de toutes pièces dans certains états pathologiques, et il attribue sa formation à un trouble des fonctions respiratoires, surtout quand ce trouble est dû à un emphysème pulmonaire déjà bien dessiné, ou seulement même à une diminution dans l'élasticité du poumon, à la suite des catarrhes répétés. Les affections inflammatoires ou tuberculeuses de cet organe amènent bien moins souvent un semblable résultat. Quant au rôle des fonctions respiratoires, par rapport aux boissons riches en acide carbonique, aux carbonates doubles ou aux sels à acide végétal, Lehmann l'explique en disant que l'acide carbonique qui, dans ces circonstances, arrive en excès dans le sang, ou s'y développe aux dépens des sels à acide organique, doit mettre obstacle à l'absorption de l'oxygène et empêcher que l'oxydation du sang soit complète. L'oxygène est également absorbé avec difficulté, quand il y a un obstacle partiel à l'échange des gaz dans le poumon, comme dans l'emphysème, pendant la grossesse, et c'est toujours le défaut d'oxydation du sang qui amène la production de l'oxalate calcaire. Dans les maladies qui s'accompagnent d'une dépression du système nerveux, telles que l'épilepsie par exemple, s'il passe de l'oxalate de chaux en excès dans l'urine, c'est encore à cause de l'influence que les nerfs exercent sur les fonctions respiratoires.

Je passe tout de suite à la théorie de Schmidt (2), que je résumerai le plus succinctement possible, en disant que, pour cet auteur, l'origine de l'oxalate de chaux doit être cherchée dans la membrane muqueuse de l'appareil urinaire. En effet, d'après lui, cette membrane muqueuse aurait la propriété de sécréter de l'oxalate albumino-calcaire, et ce sel triple étant détruit par les acides de l'urine, l'oxalate de chaux serait mis en liberté. Cette opinion repose sur un fait qui ne me paraît pas suffisamment constaté, à savoir l'existence de l'oxalate albumino-calcaire.

Un des auteurs qui se sont occupés avec le plus de soin de l'oxalurie et surtout de ses causes, M. Benèke (3), pense que l'acide oxalique des urines dans l'oxalurie est le résultat *d'un arrêt* produit dans les transformations successives qu'éprouvent, à l'état physiologique, les matières azotées. Ceci revient à dire que l'acide oxalique est un produit naturel et physiologique, qu'on doit rencontrer dans le sang, à une certaine période de l'évolution des métamorphoses des matières azo-

(1) Lehmann, CHIMIE PHYSIOLOGIQUE, 1850.
(2) Schmidt, ANN. DE CH. A. PHARMA., Bd. 60, S. 55
(3) Benèke (Goettingen, 1852), ZUR ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DER OXALURIE, SUR LE MODE DE PRODUCTION DE L'OXALURIE.

tées. Seulement, dans l'état de santé, cette existence de l'acide oxalique dans le sang est essentiellement temporaire, car il s'oxyde bientôt et se change en acide carbonique. Mais qu'une cause quelconque s'oppose à cette oxydation, et à la transformation ultérieure qui en est la conséquence, et l'oxalurie sera produite.

Pour M. Benèke, l'arrêt dans la métamorphose des matières azotées peut dépendre de deux sources, ou bien de la substance à métamorphoser, ou bien des agents de la métamorphose. A propos du premier chef, il étudie les troubles de nutrition comme cause de l'oxalurie, et il commence par les aliments azotés qui jouent le principal rôle.

S'il est démontré, dit M. Benèke, par les expériences de MM. Woehler et Frerichs, que l'acide urique injecté dans le sang des chiens, provoque l'excrétion d'acide oxalique dans l'urine de ces animaux, on peut admettre *à priori* que les choses se passent d'une manière analogue chez l'homme, et que, quand la proportion d'acide urique augmente dans l'organisme, par suite du retard de la métamorphose des matières azotées, il doit en résulter le passage d'acide oxalique dans le produit de la sécrétion rénale. En effet, ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que:

1° L'oxalurie se montre toujours au milieu des conditions susceptibles de produire un retard dans a métamorphose des matières azotées du sang;

2° L'oxalurie diminue quand on diminue la quantité des matieres azotées qui servent à l'alimentation;

3° Tout ce qui peut accélérer la transformation des parties azotées du sang contribue à diminuer ou à faire cesser l'oxalurie.

Voici maintenant quelle est la théorie de la formation de l'oxalate de chaux en pareil cas: L'acide urique provenant des matériaux azotés du sang se divise en deux parties A et B. La première partie se subdivise elle-même en deux A' et A''. Le volume d'acide urique représenté par A' se change en urée; celui qui est représenté par A'' se transforme en acide oxalique; enfin la seconde partie de l'acide urique, désignée par B, ne subit aucune espèce de modification, et sort telle quelle de l'organisme avec l'urée produite.

Ici, je répète encore à dessein et pour bien faire comprendre la pensée de l'auteur, qu'à l'état physiologique, l'acide oxalique, provenant de la transformation de A'', se serait oxydé et aurait quitté l'organisme sous forme d'acide carbonique. Mais cette oxydation a été entravée, l'acide oxalique a été éliminé en tant qu'acide oxalique, et telle est la cause de l'oxalurie. S'il en est ainsi, on comprend aisément comment on peut observer dans le produit de la sécrétion rénale, ou bien une quantité normale d'acide urique, mais un excès d'urée et d'acide oxalique, ou bien encore une proportion normale d'urée, une petite quantité d'acide oxalique et un excès d'acide urique. Ces variations dépendent uniquement de l'époque à laquelle la transformation s'est arrêtée, et de la quantité d'acide urique qui s'est transformée.

Après les aliments azotés que vous venons de voir produire *directement* l'excrétion de l'acide oxalique, M. Benèke s'occupe des aliments non azotés. D'après lui, l'oxalurie peut être engendrée par une alimentation sucrée ou amylacée excessive; mais, dans ce cas, l'acide oxalique provient du trouble apporté par cette alimentation exclusive dans la *métamorphose des matériaux azotés du sang*. En un mot, l'action du sucre et des féculents est *indirecte*. Ce qui prouve qu'il en est ainsi c'est que, si un long abus du sucre ou des matières amylacées engendre l'oxalurie ou l'augmente, ce n'est pas pendant le régime sucré, mais bien lorsque ce régime a été supprimé.

Enfin, toujours d'après M. Benèke, les aliments dont l'homme fait usage contiennent des éléments inorganiques, au nombre desquels on peut citer le fer, les bases alcalines et en particulier la soude. Or que le fer diminue dans l'économie ou que la soude augmente, et l'oxalurie se produira. En effet, le fer agit sans doute en déterminant l'oxydation de l'acide oxalique, et on sait que les oxaluriques se trouvent bien de l'usage des ferrugineux. Quant à l'augmentation de quantité de la soude du sang, que l'auteur, avec Prout et Lebmann, considère aussi comme une cause d'oxalurie, il admet qu'elle agit en entravant la métamorphose des aliments azotés et la solution des parties minérales, et en amenant, par conséquent, la diminution des globules du sang.

La seconde partie du travail de M. Benèke porte, comme je l'ai dit déjà, sur la part que peuvent prendre à la production de l'oxalurie, quand ils sont troublés dans leurs fonctions, les divers *agents de métamorphose des matières azotées*.

En première ligne l'auteur cite l'air atmosphérique, et, selon lui, un temps chaud, un air trop humide, une ventilation incomplète et le défaut d'exercice à l'air libre, sont autant de circonstances qui favorisent la production de l'oxalurie.

Le rôle des organes de la digestion est très-important aussi; car presque tous les malades atteints d'oxalurie présentent en même temps un catarrhe de la membrane muqueuse de l'estomac. Cet état des voies digestives nuit à l'absorption des matières azotées et à la formation des globules rouges; aussi peut-il conduire à l'oxalurie.

Les maladies du foie qui s'accompagnent d'une rétention des matériaux formateurs de la bile, déterminent un excès d'alcali dans le sang et toutes ses conséquences.

Les affections des appareils respiratoire et circulatoire, en entravant l'oxydation du sang, conduisent aussi à l'oxalurie. Enfin, le système nerveux n'est point étranger à la production de l'oxalurie. Toutes les causes qui le dépriment, telles que le chagrin, par exemple, amènent un retard dans la métamorphose, et peuvent, par conséquent, produire l'oxalurie. C'est le contraire pour les passions gaies, et M. Benèke cite quatre observations de sujets dont il observait tous les jours les urines, et chez lesquels il remarquait que l'acide oxalique augmentait sous l'influence de la tristesse et diminuait sous l'influence de la gaieté.

Maclagan a émis une théorie qui se rapproche à la fois de celle de Lehmann et de celle de M. Benèke. En effet, il pense que le système nerveux a une grande influence sur la production de l'oxalate de chaux, surtout quand les lésions de cet appareil ont pour effet d'entraver la fonction respiratoire. Il fait remarquer que quand l'innervation s'affaiblit, la force vitale des tissus et le pouvoir qu'ils ont de se préserver eux-mêmes diminue notablement. Dès lors le dépérissement atteint des proportions considérables, les sujets s'affaiblissent, et on constate le passage dans leur urine d'un excès d'urée et de matière extractive. Maintenant quel rapport y a-t-il entre l'émaciation des oxaluriques et l'abondance de l'oxalate de chaux observé dans leurs urines, c'est ce que Maclagan explique en disant que l'oxygène du sang étant employé à consumer les tissus, il n'en reste plus assez pour brûler les éléments calorifiques des substances alimentaires. Il suit de là qu'une partie du carbone, surtout celle qui est ingérée sous forme d'aliments respiratoires tels que le sucre..., partie qui doit se transformer en acide carbonique, est seulement assez oxydée pour donner naissance à de l'acide oxalique.

Maclagan ajoute, à propos de cette vue théorique, que l'usage immodéré du sucre constitue une des causes les plus communes de l'excrétion de l'acide oxalique par les reins, et que l'abstinence de cette substance est un des moyens les plus propres à faire diminuer cette excrétion. Cependant il ne lui semble pas démontré qu'il y ait un rapport entre l'oxalurie et le diabète, et que l'un de ces états ait de la tendance à se transformer dans l'autre. En résumé, la plus grande partie de l'acide oxalique des urines lui paraît fournie par les aliments non azotés qui sont mal assimilés; mais il admet néanmoins que les aliments azotés dont l'assimilation est imparfaite contribuent aussi à la formation de l'acide oxalique, puisque l'oxalate continue à se déposer dans l'urine, alors qu'on a beaucoup restreint l'usage des matières non azotées.

M. Owen Rees pense que l'oxalate de chaux n'existe point primitivement dans l'urine, mais qu'il s'y forme *d'une manière secondaire, en vertu d'une simple transposition moléculaire qui s'opère entre les éléments constitutifs de l'acide urique ou des urates*. Je n'entre pas dans plus de détails à propos de cette opinion, que je vais réfuter tout à l'heure.

Enfin je terminerai cette énumération, en reproduisant brièvement les idées que j'ai entendu émettre par M. le docteur Vulpian, sur le mode de production de l'oxalate de chaux dans l'organisme. M. Vulpian, dans une séance du mois de mai 1858 de la Société de biologie, rendait compte d'une expérience qui lui est propre, et qui consiste à faire macérer dans une dissolution aqueuse d'acide chromique au centième, des morceaux de cerveau ou d'un autre tissu animal. Il a remarqué que dans ces conditions, il se développait rapidement des moisissures, et dans le mycelium de ces moisissures de nombreux cristaux d'oxalate de chaux. Alors il crut devoir attribuer la formation de l'acide oxalique, à l'influence des moisissures sur la matière organique azotée, en présence d'un corps oxydant, l'acide chromique. Dans une autre séance, il mit sous les yeux de la Société une matière blanche composée de matière organique, de vibrions, de moisissures et d'une forte proportion d'oxalate de chaux cristallisé. Il avait retiré cette matière de la vessie d'une grenouille, à laquelle il avait pratiqué la section de la moelle épinière. M. Vulpian rappela alors que c'était principalement dans l'urine des sujets atteints d'affections de la moelle, que la pré-

sence de l'oxalate de chaux avait été signalée, et revenant à l'opinion qu'il avait précédemment émise, il crut pouvoir dire que la présence des moisissures et des vibrions était la cause de la formation de l'oxalate calcaire, dans la matière extraite de la vessie de la grenouille : puis enfin poussant plus loin l'analogie, il se demanda si les choses ne se passeraient point chez l'homme de la même manière, et si la formation de l'oxalate de chaux dans la vessie des oxaluriques ne pourrait pas être attribuée à l'influence de l'épithélium vivant, agissant comme les moisissures, sur les matières organiques azotées contenues dans l'urine. S'il en était ainsi, la production de l'oxalate aurait lieu d'autant plus facilement, que l'urine séjournerait plus longtemps dans la vessie (urine du matin). Du reste, je dois dire que cette théorie n'a été émise par l'auteur, qu'avec beaucoup de réserve et d'une manière très-dubitative.

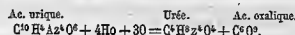
Les opinions nombreuses que je viens d'exposer, et qui sont souvent si différentes les unes des autres, n'ont pas expliqué d'une manière satisfaisante la formation de l'oxalate de chaux dans l'organisme. Je vais donc essayer de jeter quelque jour, sur cette question si difficile et si obscure.

Ce sont les heureux résultats obtenus à l'aide des carbonates alcalins administrés à l'intérieur qui m'ont mis, je crois, sur la voie du mode de production probable de l'oxalate de chaux dans l'économie. En effet, la première pensée qui me vint à l'esprit en présence de la disparition de l'oxalate de chaux des urines, sous l'influence de la médication alcaline, c'est que ce sel était uni par des liens de parenté très-étroits avec l'acide urique et les urates qui se comportent de la même manière vis-à-vis des alcalis. Observant alors au microscope avec beaucoup d'attention les sédiments urinaires des malades dont les urines offraient des cristaux d'oxalate de chaux, je ne tardai pas à constater que dans l'immense majorité des cas le dépôt renfermait en même temps que des cristaux octaédriques d'oxalate calcaire, des cristallisations d'acide urique ou d'urates. Plus mes observations se sont multipliées, et moins j'ai trouvé d'exceptions à ce fait, de telle sorte que quand je découvrais des octaèdres d'oxalate de chaux sous le champ du microscope, je pouvais presque affirmer à l'avance qu'en renouvelant plusieurs fois la préparation s'il était nécessaire, j'arriverais à trouver de l'acide urique ou des urates en quantité variable. Souvent, à l'œil nu, j'apercevais déjà, au fond des flacons dans lesquels l'urine avait été conservée, de petites masses rouges qui n'étaient autre chose que de petits agrégats formés de cristaux d'acide urique. Souvent encore, au lieu de ces petites masses d'acide urique en quelque sorte perdues dans le liquide, je trouvais au fond du vase un dépôt jaune rougeâtre plus ou moins abondant qui n'était autre chose qu'un urate, auquel étaient intimement mêlés les cristaux d'oxalate. C'est en m'appuyant sur ces faits que je me suis cru en droit de formuler la proposition suivante : Quand on a trouvé de l'oxalate de chaux dans un dépôt urinaire, si l'on cherche soigneusement dans ce dépôt on pourra y découvrir aussi, dans un grand nombre de cas, des cristaux d'acide urique ou des urates. Mais la réciproque n'est point vraie, et toute urine qui contient de l'acide urique ou des urates, ne renferme point pour cela des octaèdres d'oxalate calcaire.

Une autre observation que je dois placer ici pour faire ressortir l'étroite parenté qui existe entre les acides urique et oxalique, c'est la fréquence avec laquelle ils se mêlent dans les gravelles et les calculs, comme je l'ai établi dans un des précédents chapitres. Enfin, c'est l'efficacité des alcalis contre ces deux sortes d'excrétions. Ceci posé, je vais essayer d'en donner maintenant l'explication.

Le rôle que jouent les matières oxydantes en présence de l'acide urique et des urates est aujourd'hui bien connu, grâce aux travaux de Liebig et de Wœbler. Dans la cornue du chimiste, c'est un dédoublement net qui s'opère, et l'acide urique oxydé fournit de l'urée, de l'acide oxalique et de l'allantoïne. Mais dans l'économie animale, les choses ne se passent pas d'une manière tout à fait aussi simple, et la digestion ne peut être considérée comme un phénomène de pure oxydation. Quoi qu'il en soit, je crois qu'on ne peut pas nier qu'il y a une certaine analogie entre les modifications que l'acide urique subit dans l'économie, et celles qui lui sont imprimées par les réactifs chimiques. En effet, j'ai rapporté dans ma thèse inaugurale (1) les expériences que j'ai faites pour vérifier les opinions avancées par MM. Wœbler et Frerichs ; je n'ai point constaté comme eux que l'urée se trouvât en proportion plus considérable dans l'urine des animaux qui avaient ingéré des urates, et j'en ai conclu que ces corps ne s'oxydaient point dans l'estomac, comme en présence du peroxyde de plomb et de l'acide azotique. Mais j'ai trouvé une fois dans mon urine de nombreux cristaux d'oxalate de chaux après l'ingestion de 4 grammes d'urate d'ammoniaque, et je me suis cru dès lors autorisé à dire que la digestion et l'absorption de l'acide urique ou des urates pouvaient bien être, dans quelques cas, la cause de l'apparition de l'oxalate de chaux dans le produit de la sécrétion rénale.

Puisque l'acide urique et l'acide oxalique sont deux corps très-voisins l'un de l'autre, comme l'ont démontré les expériences physiologiques et chimiques, et qu'ils peuvent en outre se transformer l'un dans l'autre en vertu de la formule



Ac. urique. — Urée. — Ac. oxalique.

$$C^{10}H^{4}Az^{4}O^{6} + 4Ho + 30 = C^{4}H^{8}z^{4}O^{4} + C^{6}O^{9},$$

nous nous trouvons tout naturellement conduits à admettre que la plupart des causes (sinon toutes) qui sont susceptibles d'engendrer de l'acide urique dans l'économie, sont aussi susceptibles, avec quelques modifications, de faire apparaître de l'acide oxalique dans l'organisme vivant. Ce qui les différencie, c'est que *l'acide oxalique est un produit de combustion plus avancée que l'acide urique.*

Or s'il en est ainsi, on comprend que toutes les fois qu'il y aura dans l'économie des éléments propres à former de l'acide urique, ils pourront très-bien, sous une influence quelconque, subir une oxydation un peu plus complète, et se transformer, soit en partie, soit en totalité, en acide oxalique. Chez le même sujet, un jour c'est de l'acide urique qui se produira, et de l'acide urique exclusivement, tandis que le lendemain ou à un autre moment de la journée, les reins excréteront à la fois de l'acide urique et de l'acide oxalique. A un autre moment enfin, les éléments de l'acide urique auront tous été oxydés, et les reins n'élimineront plus du sang que de l'acide oxalique sans acide urique. Ceci nous explique pourquoi, quand on trouve de l'oxalate de chaux dans une urine, on y trouve presque toujours en même temps de l'acide urique ou des urates en proportion variable, la transformation de ces corps n'ayant point été complète. Il est plus rare que l'acide urique soit transformé en totalité, et qu'on n'observe dans les dépôts urinaires que de l'oxalate de chaux.

Si c'est de cette manière que les choses se passent, il est facile de s'expliquer pourquoi l'oxalate se montre d'une manière si variable dans les urines, pourquoi on l'y trouve un jour et pourquoi on l'y cherche en vain le lendemain, quoique rien en apparence n'ait été changé dans l'état du sujet.

On ne s'étonnera plus, j'espère, de ne pas rencontrer l'oxalate de chaux d'une manière constante dans tel état morbide plutôt que dans tel autre. L'acide oxalique n'est, en quelque sorte, qu'un *corollaire* de l'acide urique, et comme ce dernier peut exister à un moment donné dans l'urine de presque tous les sujets, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, l'acide oxalique et par suite l'oxalate de chaux, peuvent s'y rencontrer aussi. Il me paraît évident, d'après cela, qu'on ne peut admettre *une diathèse oxalique distincte de la diathèse urique.* La première n'est autre chose qu'une modification de la seconde, et ne peut être étudiée à part.

Le fait général une fois établi, je vais l'examiner dans ses détails, et aborder quelques questions incidentes qui méritent une discussion sérieuse.

Un auteur anglais très-distingué et que j'ai déjà eu occasion de citer dans ce travail, M. Owen Rees, nie comme moi l'existence d'une diathèse oxalique, et il rapporte aussi l'existence de l'oxalate de chaux dans les urines, à la présence de l'acide urique dans l'économie. Mais le mécanisme qu'il invoque pour expliquer la présence de l'oxalate dans l'urine, diffère essentiellement de celui que je crois devoir admettre. En effet, M. Owen Rees pense que l'acide oxalique et les oxalates n'existent point dans le sang. Si le docteur Garrod les en a extraits, c'est que le sérum a été évaporé à siccité, et c'est par le fait même de l'action de la chaleur et de l'évaporation, que l'acide urique a été décomposé et transformé en acide oxalique. De même pour l'oxalate calcaire qu'on observe dans l'urine, il se produit dans le vase où ce liquide a été mis à reposer, aux dépens de l'acide urique ou des urates. Sans acide urique, point d'oxalate de chaux. Cette transformation peut s'accomplir spontanément à froid ; mais elle est beaucoup facilitée par l'intervention de la chaleur, et c'est pour cela, selon M. Owen Rees, que Bird a trouvé de l'oxalate dans les urines de ses malades qui étaient toujours riches en acide urique ou en urates, et qui étaient toujours chauffées avant d'être soumises à l'examen microscopique. Voici dans quels termes M. Owen-Rees s'exprime sur ce point :

« Si l'urine qui a déposé un sédiment d'urate d'ammoniaque est » chauffée doucement, le dépôt disparaît tout entier, et ce fait est bien » connu. Mais laisse-t-on refroidir cet échantillon, le dépôt reparaît

(1) ESSAI PHYSIOLOGIQUE SUR L'URÉE ET LES URATES. Thèse de la Faculté de Paris, 1857.

» ordinairement de nouveau. Alors, si l'on compare à l'aide du mi» croscope, le dépôt qui avait été trouvé dans l'urine telle qu'elle avait » été excrétée, et celui qui s'est précipité de nouveau après avoir été » dissous par la chaleur, on trouve que dans certains cas, il y a une » quantité de cristaux d'oxalate de chaux dans le dernier sédiment. » Quelquefois la métamorphose opérée est si complète, que le dépôt » primitif ne se refait jamais, et que, en laissant l'urine reposer quel» ques heures, on trouve que l'oxalate de chaux y existe en abon» dance. Ces faits démontrent, qu'il est impossible de déterminer si » l'acide oxalique ou ses composés existent réellement dans le sang, » quand on se sert de procédés analytiques qui réclament l'applica» tion continuée de la chaleur. »

Plus loin l'auteur ajoute : « Je ne veux pas laisser supposer que je » ne crois pas que l'oxalate de chaux puisse exister en petite quantité » dans certaines urines qui contiennent des urates. Il est indubitable » qu'il se rencontre souvent en même temps que ceux-ci. Seulement, » ce que je veux que l'on se rappelle, c'est que quand l'oxalate n'existe » point dans un dépôt urinaire, *on peut le faire apparaître par la chaleur aux dépens des urates*... Il me semble, dès lors, qu'on ne » peut s'empêcher de conclure, que toutes les fois que l'oxalate de » chaux se trouve dans l'urine, il doit être considéré comme ayant été » produit *après l'excrétion* de ce liquide, et qu'il n'y a rien qui éta» blisse l'existence d'une diathèse oxalique. »

Le savant médecin dont je viens d'exposer les opinions appuie sa théorie sur les expériences de MM. Wœhler et Frerichs que j'ai déjà rapportées, et sur l'assertion du professeur Lehmann, qui déclare que l'urine du matin mise à reposer pendant quelques heures, contient souvent de l'oxalate de chaux en certaine quantité, tandis que l'urine fraîche n'en présente pas trace.

Les vues de M. Owen Rees sont assurément fort ingénieuses, mais le fait fondamental sur lequel elles reposent ne s'accorde point avec les expériences que j'ai tentées et que je rapporte ici.

1° Un échantillon d'urine conservée depuis vingt-quatre heures présentait un dépôt d'acide urique cristallisé, sans mélange d'oxalate de chaux, et dont la nature m'avait été indiquée par le microscope. Je l'introduisis à l'aide d'une pipette, ainsi qu'une petite quantité de l'urine dans laquelle il s'était produit, dans deux tubes de même dimension. L'un des tubes fut chauffé à l'ébullition, l'autre à la température de 30 à 40 degrés, puis je les laissai reposer jusqu'au lendemain. Alors j'examinai de nouveau, au microscope, les deux sédiments qui avaient subi l'action de la chaleur, et je n'y découvris que de l'acide urique cristallisé en beaux losanges, et pas du tout d'oxalate de chaux, quelque soin que j'aie mis à cette recherche.

2° Une urine, qui présentait un dépôt abondant d'urate d'ammoniaque sans oxalate, fut traitée comme la précédente, c'est-à-dire que le dépôt, avec le liquide qui le surnageait, fut introduit dans deux tubes. L'un de ces tubes fut chauffé à l'ébullition, et l'autre seulement de manière à amener la dissolution de l'urate, puis tous deux furent mis à reposer pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, j'examinai les dépôts qui s'étaient reformés dans les deux tubes. Dans le tube qui avait été porté à l'ébullition, je découvris de l'urate d'ammoniaque en quantité considérable et de beaux cristaux d'acide urique; dans l'autre tube, je constatai la présence d'urate amorphe, d'urate cristallisé en pinceaux et de quelques cristaux d'acide urique; mais ni dans l'un ni dans l'autre des dépôts, je ne réussis à découvrir un seul cristal d'oxalate de chaux.

3° Un sédiment urinaire, qui contenait de l'acide urique et pas d'oxalate, fut divisé en deux portions; l'une fut chauffée à l'ébullition, et l'autre fut portée seulement à une température de 30 ou 40 degrés. Toutes deux furent examinées au bout de vingt-quatre heures, et je n'y trouvai que de l'acide urique sans oxalate.

4° Une urine d'enfant, dont le dépôt était formé principalement d'urate amorphe, fut traitée comme je viens de le dire; dans le tube qui avait été chauffé à l'ébullition, je trouvai de l'urate amorphe et pas d'oxalate; il en fut de même pour le tube qui avait été chauffé seulement jusqu'à dissolution du sédiment.

5° Une autre urine d'enfant, dont le dépôt était formé d'urate amorphe et d'acide urique cristallisé, sans oxalate calcaire, fut soumise à l'opération que je viens de décrire, et je ne rencontrai pas plus d'octaèdres, dans le sédiment qui avait été chauffé, que je n'en avais rencontré avant l'action de la chaleur.

6° Une troisième urine d'enfant, qui contenait du pus et de l'urate d'ammoniaque, fut traitée de la même manière, et l'action de la chaleur ne fit apparaître aucun cristal d'oxalate de chaux.

7° Un dépôt urinaire, qui ne contenait que de l'acide urique, a été chauffé à l'ébullition et examiné deux jours après. J'ai retrouvé l'acide urique, mais point du tout d'oxalate.

8° Enfin, un malade atteint d'une fièvre typhoïde grave, ayant rendu une urine trouble et qui présentait un sédiment rougeâtre très-abondant, formé d'urate amorphe, je le répartis à peu près également dans quatre tubes. Les deux premiers furent chauffés à l'ébullition, les deux autres à une basse température, et tous quatre furent examinés après quarante-huit heures. Il me fut facile de retrouver l'urate amorphe, mais je n'y découvris pas le moindre cristal octaédrique d'oxalate de chaux.

Ces faits démontrent sans aucun doute que l'oxalate de chaux ne peut résulter d'une transformation directe de l'acide urique, d'une métamorphose qui s'opérerait spontanément *hors de l'organisme*. L'acide oxalique dérive bien réellement de l'acide urique; mais cette transformation exige le concours de *l'économie vivante*, et elle ne s'accomplit qu'à la faveur d'un phénomène de combustion ou d'oxydation. Or, dans quel point de l'organisme, cet acte peut-il s'accomplir? Evidemment cela ne peut être que dans le sang; d'où il suit qu'on doit, à un moment donné, retrouver l'acide oxalique ou les oxalates dans la masse sanguine, comme les autres acides organiques qui y ont été signalés. Je dois dire tout de suite, à cette occasion, que le docteur Garrod (1) a fait connaître un procédé, à l'aide duquel il est parvenu à extraire de l'acide oxalique du sang. Voici le moyen qu'il emploie : on dessèche le sérum au bain-marie, et on le fait bouillir avec de l'alcool pour enlever les matières solubles dans ce réactif. On reprend alors le résidu par l'eau, et on évapore celle-ci en consistance de sirop très-clair, puis on y ajoute de l'acide acétique, de manière à l'aciduler fortement. S'il y a de l'acide oxalique dans le sérum, il se forme des cristaux d'oxalate de chaux, quand le liquide s'est reposé pendant quelques heures. S'il y a de l'acide urique, on le trouve aussi cristallisé au même moment; mais il forme un dépôt beaucoup plus lourd que l'oxalate de chaux, et il peut facilement en être séparé. M. Garrod explique son procédé, en disant qu'un oxalate soluble pourrait exister dans la solution aqueuse provenant du sérum du sang, sans être capable de décomposer la chaux, qui existe dans cette même solution unie aux phosphates. Mais en concentrant la liqueur et en l'acidulant avec de l'acide acétique, le sel de chaux se sépare du composé protéique qui le tenait sans doute en dissolution, et alors il est décomposé par l'oxalate soluble, avec formation et précipitation d'oxalate de chaux insoluble.

Je n'ai point expérimenté le procédé que conseille le docteur Garrod, de sorte que je n'ose me prononcer sur sa valeur réelle; mais lors même qu'on ne réussirait point, en l'appliquant, à isoler l'acide oxalique du sang, il se pourrait néanmoins que ce corps y existât, sinon toujours, au moins d'une façon temporaire; et s'il en était ainsi, les reins ne feraient que l'y puiser, pour l'expulser ensuite de l'économie avec les urines.

Il me reste à expliquer le phénomène que M. Owen Rees a invoqué en faveur de sa théorie, et qui a été signalé par le professeur Lehmann, à savoir que quand une urine est fraîche, on peut n'y pas trouver d'oxalate de chaux, tandis que dans le même liquide conservé pendant un jour ou deux, on découvre quelquefois de nombreux cristaux de ce sel.

Ce fait est parfaitement exact, et je l'ai vérifié de deux manières. Trois heures après avoir mangé une certaine quantité d'oseille, j'ai recueilli mon urine dans un flacon, et je l'ai examinée au microscope presque immédiatement. J'ai commencé à y découvrir quelques cristaux d'oxalate, avant même qu'elle fût complétement refroidie; mais j'étais obligé pour cela de me livrer à une recherche aussi minutieuse qu'attentive, tandis qu'au bout de vingt-quatre heures, les octaèdres se trouvaient en grand nombre dans chaque préparation.

D'autre part, ayant recueilli une autre portion d'urine dans un second flacon, je l'examinai au microscope au bout de cinq ou six heures, pour m'assurer qu'elle contenait bien de l'oxalate de chaux, puis je la filtrai avec soin à travers un papier, et le lendemain, je soumis à l'examen microscopique le liquide qui avait été filtré. J'y trouvai encore des cristaux d'oxalate; or, évidemment ils n'avaient pu passer à travers les pores du papier, et ils avaient dû se déposer dans le liquide, après la filtration.

Mais l'explication de ce fait est facile : il ne s'agit point ici d'une décomposition des urates, opérée dans le vase où l'urine a été conser-

(1) Garrod, Transac. médico-chirurg. de Londres, 1849. Découverte de l'acide oxalique dans le sang.

vée. C'est tout simplement un phénomène de dissolution. L'oxalate de chaux n'est point soluble, il est vrai, dans l'urine, dans les conditions ordinaires; mais quand ce liquide sort du rein, l'oxalate de chaux s'y trouve en quelque sorte à l'état naissant, et on comprend très-bien qu'il puisse être dissous à la faveur d'autres principes (des acides, par exemple) qui existent avec lui dans l'urine, et qui s'y trouvent aussi à l'état naissant. Seulement, quelques heures après que l'urine a été rendue, l'oxalate se précipite graduellement, par suite des changements qui s'opèrent dans ce liquide.

Ainsi donc, en résumé, c'est dans la masse sanguine qu'il faut chercher la source de l'acide oxalique qui est excrété par les urines. C'est là que les reins le puisent tout formé, comme ils y puisent l'acide urique et l'urée, et il se produit dans le torrent circulatoire, aux dépens de l'acide urique ou de ses éléments.

CHAPITRE XIV.

CONCLUSIONS.

Les faits que j'ai consignés dans le cours de ce travail me permettent de formuler les propositions suivantes :

1° L'oxalate de chaux est un corps qu'on peut rencontrer passagèrement dans l'urine de l'homme sain, à tous les âges et à toutes les périodes de la vie.

2° Il y apparaît surtout en proportion plus ou moins considérable, sous l'influence de certains aliments, et de certains médicaments.

3° On rencontre assez fréquemment l'oxalate de chaux dans l'urine de l'homme malade. L'oxalurie n'est point une entité morbide, mais un symptôme commun à des affections très-diverses. Néanmoins, l'oxalurie a été observée plus souvent dans la spermatorrhée et dans certaines maladies du système nerveux, notamment dans la dyspepsie.

4° Il y a un corps qui accompagne très-fréquemment l'oxalate de chaux dans les sédiments urinaires, aussi bien que dans la gravelle et les calculs; ce corps, c'est l'acide urique cristallisé.

5° Le rapport qu'on avait voulu établir entre l'oxalurie et le diabète ne saurait être admis.

6° La coexistence, très-commune dans l'urine et les concrétions urinaires, de l'acide urique et de l'oxalate de chaux, me paraît éclairer la formation de l'oxalate calcaire au sein de l'organisme.

7° L'acide oxalique (et par suite l'oxalate de chaux) semble dériver de l'acide urique; il paraît résulter d'une combustion plus avancée de ce dernier corps ou des éléments qui devaient servir à le constituer; de telle sorte que, toutes les fois qu'il y a, dans l'économie, de l'acide urique ou des éléments propres à le former, il peut se produire de l'acide oxalique, sous l'influence d'une oxydation plus complète, ou au moins d'un phénomène analogue, qui se produit dans le sang.

8° L'oxalurie ne réclame pas d'autre traitement que celui de la condition physiologique ou morbide à laquelle elle est liée. Aussi a-t-on conseillé les médications les plus variées pour la combattre : 1° s'abstenir des aliments et des médicaments qui contiennent de l'acide oxalique; 2° faire usage de petites doses d'acide nitro-muriatique, dans une infusion amère et tonique, ou bien de nitrate d'argent (dans la variété d'oxalate en sablier); dans certains cas du colchique, ou bien encore du phosphate de chaux, etc

9° J'ai constaté que les eaux minérales alcalines constituaient le moyen le plus efficace à opposer à l'excrétion de l'oxalate de chaux, surtout quand il y a coïncidence de dépôt d'acide urique, condition qui me paraît la plus fréquente de toutes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. PRESSE MÉDICALE BELGE.

Les numéros de janvier à septembre 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Phlegmon diffus des bourses;* par M. Boens. 2° *Des tubercules muqueux;* par M. Thiry. 3° *Note sur la revaccination;* par M. Coste. 4° *Empoisonnement par une poudre servant à écurer l'argenterie;* par M. Sovet. 5° *Sarcôme du sinus maxillaire;* par M. Deroubay. 6° *Du croup;* par M. Valère Petit. 7° *Encéphaloïde du testicule;* par M. Deroubaix. 8° *Imperforation de l'hymen avec rétention des règles;* par M. Van Holsbeek. 9° *De la pneumonie grippale;* par M. Lebeau. 10° *Note sur un cas de mort apparente simulé par un accès de fièvre intermittente;* par M. François. 11° *Du vertige rhumatismal;* par M. Sovet. 12° *Induration syphilitique du foie;* par M. Thiry. 13° *Du traitement de l'inflammation par la compression digitale;* par M. Vanzetti. 14° *De la prophylaxie de l'infection purulente;* par M. Deroubaix. 15° *Note sur un cas d'hydrocéphale avec spina bifida;* par M. Alin. 16° *Observation d'hydrohématocèle;* par M. Tirifahy. 17° *Note sur un cas de volvulus;* par M. Brugnoli. 18° *Recherches sur les granulations de la conjonctive;* par M. Thiry.

NOTE SUR LA REVACCINATION; APPARITION D'UNE PUSTULE VACCINALE AU NEZ; par M. COSTE.

Si le vaccin ne produit plus rien lorsqu'il est inoculé au bras, s'ensuit-il qu'il aboutisse au même résultat lorsqu'il est inoculé sur une autre région du corps? Telle est la question que l'auteur se pose en présence de l'observation qu'il rapporte et dont il est lui-même le sujet.

Obs. — A l'âge de 4 ans, l'auteur a été atteint de la petite vérole, dont il porte encore les traces. Bien qu'il se considérât à l'abri de toute infection variolense, il ne manquait jamais, depuis quinze ans, de se revacciner chaque année. Jamais ces tentatives réitérées n'eurent de résultat.

Le 15 septembre 1858, ayant une petite fille à vacciner, pour éviter ses pleurs et ses cris, notre confrère dissimula sa lancette chargée de virus-vaccin en l'élevant du côté droit de sa figure, que la patiente ne pouvait apercevoir. Dans ce moment, sur une question de la mère, le vaccinateur s'étant retourné vivement, se fit une piqûre au bout du nez avec sa lancette. Sa piqûre saigna à peine. Immédiatement, après avoir vacciné la petite fille, l'auteur, selon son ancienne habitude, s'inocula le vaccin au bras droit.

Comme toujours, l'inoculation brachiale ne donna pas de résultat; mais il n'en fut pas de même de la piqûre faite involontairement au nez. Le troisième jour, elle s'enflamma, devint douloureuse, et les phénomènes inflammatoires augmentèrent tellement que, le dixième jour, une belle pustule vaccinale des mieux caractérisées s'était développée au bout du nez. Cette pustule parcourut ses périodes jusqu'au vingt-cinquième jour, où tomba la croûte, pour laisser à sa place une cicatrice assez profonde, semblable à une forte dépression variolique.

A son observation, l'auteur ajoute cette remarque qu'une partie du corps peut bien être réfractaire à l'inoculation vaccinale, le bras, par exemple, sans qu'une autre partie plus ou moins éloignée, le bout du nez, dans l'espèce, le soit également. C'est possible; mais ici, il ne faut pas oublier que l'inoculation du bout du nez a été antérieure, au moins de plusieurs minutes, à celle du bras, et qu'il n'est pas rare de voir ces sortes d'inoculations aboutir, tandis que les autres, faites plus tardivement, ne donnent aucun résultat.

IMPERFORATION DE L'HYMEN AVEC RÉTENTION DES RÈGLES; par M. VAN HOLSBECK.

Obs. — Une demoiselle allemande, âgée de 21 ans, éprouvait depuis deux ans, à certaines époques de l'année, des dérangements notables dans sa santé, dérangements que ses parents croyaient pouvoir attribuer à un retard extraordinaire de la menstruation. Elle avait le visage pâle, le pourtour des yeux cyanosé; l'appétit était perdu, la bouche pâteuse et la langue chargée d'un enduit blanchâtre; elle accusait des nausées, des douleurs gravatives vers les lombes, de la pesanteur au périnée et de l'engourdissement dans les extrémités inférieures; l'hypogastre était tendu et douloureux.

Sous l'influence d'un traitement par le fer et les toniques, il y eut une amélioration assez notable dans l'état général, mais les menstrues manquaient toujours.

Un jour, le médecin fut appelé par la mère, qui lui raconta que sa fille avait une tumeur au pudendum. Cette tumeur considérable soulevait le périnée et faisait saillie à travers les grandes lèvres à la façon de la poche des eaux pendant l'accouchement. Elle était fluctuante et se trouvait recouverte en bas par une membrane épaisse, à couleur violacée.

Le chirurgien, convaincu qu'il s'agissait d'une rétention des règles par la membrane hymen imperforée, n'hésita pas à ouvrir la tumeur en y plongeant un bistouri. Aussitôt un sang noir et fétide s'écoula en grande quantité; dès lors les douleurs cessèrent comme par enchantement.

Le repos et l'usage de quelques injections émollientes furent prescrits. A partir du lendemain, les parties externes de la génération avaient repris leur état habituel, et aujourd'hui cette demoiselle jouit d'une santé parfaite.

DU TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION A L'AIDE DE LA COMPRESSION DIGITALE; par le professeur VANZETTI.

L'auteur a employé la compression digitale de l'artère fémorale, de

l'humérale ou de la sous-clavière comme moyen exclusif de traitement dans les phlegmons, dans les arthrites, les dactylites, etc., et il l'a trouvée si efficace qu'il en a fait la méthode thérapeutique normale dans tous les cas où il est possible de la pratiquer. La cause des effets salutaires qui doivent résulter de la diminution de la quantité et du ralentissement de l'onde sanguine dans une partie envahie par l'inflammation est des plus manifestes et s'explique de soi.

La compression doit guérir promptement les inflammations commençantes. Dans les cas plus graves où se sont produites les altérations anatomiques profondes, la compression convient également pour arrêter les progrès ultérieurs du mal et accélérer la guérison. En cas de danger imminent, le médecin devra faire lui-même la compression, au moins pendant deux ou trois heures. Le plus souvent aussi le malade peut comprimer lui-même l'artère, soit la fémorale, l'humérale, etc.; il peut d'ordinaire continuer la compression pendant huit à dix minutes, et la répéter après un court intervalle de repos; ces intermittences peu prolongées n'empêchent pas les effets bienfaisants du moyen. Du reste, toute personne instruite par un médecin patient apprend, au bout de quelques tentatives infructueuses, comment doit être comprimée une artère.

L'auteur fait suivre ces considérations générales sur l'emploi de sa méthode de deux observations où le succès a couronné ses tentatives: la première concerne un érysipèle phlegmoneux du membre supérieur gauche guéri par la compression de l'artère sous-clavière; dans l'autre, il s'agit d'une arthrite aiguë de l'articulation de la main droite guérie de même par la compression digitale de l'artère humérale sans l'intervention d'aucun autre remède interne ou externe.

II. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les numéros de janvier à septembre 1858 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'emploi du perchlorure de fer dans quelques cas de métrorrhagie*; par M. Fromont. 2° *De l'ophthalmie militaire*; par M. Hairion. 3° *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Mons*; par M. Binard. 4° *Traitement de l'ophthalmie purulente*; par M. Decoudé. 5° *De la chorée chez les animaux*; par M. Verheyen. 6° *Des falsifications des farines*; par M. Eymal. 7° *De la revaccination*; par M. Vleminckx. 8° *Des maladies du premier semestre de 1858*; par M. Gousée. 9° *Du saignement de l'oreille à la suite de violence sur la tête*; par M. Bouvier. 10° *Note sur un serre-nœud destiné à la staphyloraphie*; par M. Chizelle. 11° *Note sur le cholestéatome*; par M. Verheyen. 12° *De l'emploi de l'acide chromique dans certains cas d'ophthalmie granuleuse*; par M. Hairion. 13° *Des lésions anatomiques dans la fièvre typhoïde*; par M. Binard.

DU SAIGNEMENT DE L'OREILLE A LA SUITE DE VIOLENCE SUR LA TÊTE; par M. BOUVIER.

OBS. — Le nommé Louis V..., soldat au 2e régiment de chasseurs à cheval, entre à l'hôpital dans la matinée du 28 décembre. Etant au manége, il a fait une violente chute de cheval, la tempe gauche ayant porté sur le sol.

On constate un état de forte commotion cérébrale, avec lenteur et petitesse du pouls, peau chaude, perte de connaissance, et de plus un écoulement abondant par l'oreille gauche. Vomissements pendant toute la journée, surtout après l'ingestion de la moindre quantité de tisane; ils semblent diminuer un peu le lendemain, mais ils reprennent dans l'après-dînée et ne cessent que dans la soirée du lendemain.

Le saignement par l'oreille, abondant le 28, diminue un peu le 29, et cesse dans la soirée du 30, sans être remplacé par un écoulement séreux. Un examen attentif fait découvrir une déchirure de la membrane du tympan.

Dans la nuit du 30 au 31, convulsions épileptiformes qui durent de quatre à cinq minutes.

Les jours suivants, le pouls est lent, le malade reste assoupi et ne comprend pas les questions qu'on lui adresse.

A partir du septième jour, l'intelligence commence à revenir; le pouls se relève, l'appétit se prononce, les selles deviennent régulières; en un mot, rien ne vient plus entraver une rapide convalescence. Il reste une douleur sourde dans la partie gauche de la tête, douleur qui s'exaspère par tous les mouvements brusques et qui persiste encore une huitaine de jours; il reste aussi un peu de surdité.

A la suite de cette observation, l'auteur se livre à quelques considérations critiques touchant les signes plus ou moins certains des fractures du crâne, et conclut de la manière suivante:

1° Le diagnostic des fractures de la base du crâne est des plus obscurs; le pronostic d'une lésion, suite de chute ou de coup sur la tête, doit toujours être entièrement réservé.

2° Le saignement de l'oreille à la suite de violences exercées sur le crâne constitue un symptôme très-infidèle; il ne suffit ni au diagnostic des fractures du rocher ni à celles de la cavité glénoïde, qu'il y ait ou non déchirure du tympan.

3° L'abondance et même la continuité de l'écoulement sanguin par l'oreille, tout en constituant des symptômes très-fâcheux et autorisant un pronostic sinon grave, au moins très-réservé, ne sont cependant pas des signes certains de fracture.

4° La fracture du rocher ne devient certaine qu'à partir du moment où, après l'écoulement sanguin, il se fait un écoulement séreux par l'oreille.

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE CHROMIQUE DANS CERTAINS CAS D'OPHTHALMIE GRANULEUSE; par M. F. HAIRION.

L'auteur a employé l'acide chromique en solution concentrée, à parties égales, dans l'eau distillée. Il l'applique avec un pinceau de poils de martre sur la conjonctive. Voici ce qu'il produit:

Dès que l'acide chromique se trouve en contact avec le tissu conjonctival, celui-ci prend une teinte d'un beau jaune, qui se maintient pendant une heure environ, après quoi cette teinte passe au brun. L'escarre formée par la combinaison de l'acide avec le tissu oculaire se désagrége: au bout de deux à trois heures, il n'en reste pas trace. Alors la conjonctive se recouvre d'une couche de lymphe plastique, qui disparaît elle-même assez vite.

L'impression que le malade éprouve au contact de l'acide chromique est instantanée et peu vive; somme toute, ce moyen n'est pas très-douloureux.

Les malades soumis à ce mode de traitement avaient sur la conjonctive des rugosités inodulaires, suite d'ophthalmie contagieuse, accompagnés de blennorrhée oculaire, sujette à repasser à l'état aigu. Parmi ces malades, au nombre de 14, il y en a eu 11 dont les rugosités ont fait place à un tissu d'aspect membraneux, lisse et poli; chez les 3 autres, les rugosités ont persisté, mais à un moindre degré.

Les cautérisations ont été faites à plusieurs jours d'intervalle, quatre, six et huit jours. Le nombre des cautérisations a varié de 2 à 14, et la durée du traitement a été de quatre semaines sur 2 malades, et de deux à quatre mois chez les autres.

Ces résultats avantageux de l'acide chromique, dans ces cas, avaient engagé l'auteur à étendre son procédé à d'autres altérations oculaires; mais il a reconnu que l'acide chromique était un caustique énergique qu'on ne devait manier qu'avec une extrême prudence, et qu'il fallait réserver pour les cas graves en question. Étendu d'eau et administré sous forme de collyre dans l'ophthalmie contagieuse, l'acide chromique n'a pas paru à l'auteur avoir aucun avantage sur les collyres ordinaires.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

— M. SERRES présente son travail sur l'embryogénie, la zoogénie et la tératogénie. Ce travail fait partie des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE.

NOTE SUR UN CAS DE RESECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU COUDE, SUIVIE DE RÉGÉNÉRATION OSSEUSE; par M. OLLIER.

(Commission des prix de physique expérimentale.)

Les expériences sur les animaux prouvent que des portions d'os ou même des os entiers se régénèrent après leur ablation, pourvu qu'on ait eu soin de conserver le périoste: M. Flourens a depuis longtemps appelé l'attention des physiologistes et des chirurgiens sur l'importance de cette membrane, et dès 1847, dans sa THÉORIE EXPÉRIMENTALE DE LA FORMATION DES OS, il disait que beaucoup d'amputations et de mutilations pourraient être prévenues par la conservation du périoste qui reproduirait l'os enlevé.

Aux faits cliniques (et nous devons spécialement ici rappeler ceux de M. Larghi, de Verceil) qui viennent corroborer cette doctrine, nous pouvons ajouter une nouvelle observation de resection sous-périostée, suivie d'une régénération osseuse manifeste. Cette observation nous semble réfuter d'elle-même les diverses objections qu'on a pu tout récemment encore adresser à ce mode de resection, et en particulier celle qui se fondait sur le danger d'appliquer à l'homme malade les données obtenues sur les animaux sains.

Il s'agit d'une resection du coude pour une carie des trois os qui forment cette articulation. Elle a été pratiquée à l'hôpital Beaujon par M. Vernenil, qui nous pria de l'assister dans cette opération.

Le périoste fut détaché avec le plus grand soin et conservé partout où il n'avait pas été détruit par la maladie. Malheureusement l'altération des extrémités articulaires était trop avancée pour qu'on pût l'isoler et le conserver à leur niveau. Aussi ce ne fut guère qu'autour de la diaphyse humérale, au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée, que la dissection put être régulière; autour des deux os inférieurs, les conditions étaient plus défavorables encore.

La resection a porté sur les trois os. On a enlevé de 8 à 9 centim. de l'humérus et de 3 à 4 centim. du radius et du cubitus; en tout 12 centim.

Le malade n'a eu qu'un raccourcissement du membre de 6 centim. après la cicatrisation de la plaie. Une resection pratiquée d'après la méthode ordinaire nous eût probablement laissé un raccourcissement égal à la portion d'os enlevée, c'est-à-dire à 12 centim., à moins que les os restés distants ne se fussent isolément cicatrisés.

Si la reproduction n'a pas été plus complète, c'est évidemment parce que le périoste avait été presque entièrement détruit autour des extrémités articulaires. Ici, comme chez les animaux, la reproduction a été sensiblement proportionnelle à l'étendue de périoste laissé dans la plaie.

Nous ferons encore remarquer la simplicité des suites de cette opération et en particulier l'absence ou du moins la faiblesse de la réaction traumatique.

— M. Fuster, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Montpellier, écrit à l'Académie pour la prier de vouloir bien l'inscrire sur la liste des candidats pour la place de correspondant vacante dans la section de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ SANS SUCCÈS PAR LE CURARE; par M. H. Gintrac.

(Nous avons publié cette observation dans notre précédent numéro.)

M. Velpeau: L'observation de M. Gintrac fils m'oblige à revenir un instant sur le curare.

Douze à quinze exemples de tétanos guéris par le chloroforme ont déjà été publiés, et voilà que, selon toute apparence cependant, d'après des expériences physiologiques et d'après la pratique générale, le chloroforme est plutôt capable d'aggraver le tétanos que de le guérir.

Or qu'y a-t-il en faveur du curare jusqu'ici? M. Vella s'en est servi chez trois malades, et deux des tétaniques sont morts. A Paris, trois malades y ont été soumis, et il en est également mort deux. On vient de voir ce qu'est devenu celui de M. Gintrac.

Ainsi sur sept essais il y a cinq insuccès, et où est la preuve que dans les deux autres cas la guérison soit due au curare? Que sait-on sur cet agent? Est-ce une substance végétale unique, ou bien un composé de plusieurs produits toxiques? Son énergie est-elle variable ou toujours la même? Perd-il son action en vieillissant ou la conserve-t-il indéfiniment?

On avait cru que par les voies digestives il n'empoisonnait pas. Les anciennes expériences de Fontana et des essais récents de MM. Martin Magron et Cl. Bernard prouvent, au contraire, qu'à de certaines doses et dans de certaines conditions, il tue par là très-promptement. D'autres expériences de M. Bernard tendraient à établir, d'un autre côté, que sur les animaux blessés, malades ou affaiblis, le curare n'agit qu'à de fortes doses.

Chez le malade de M. Chassaignac, le curare, à faible dose, et par l'estomac et par la plaie, a-t-il été absorbé? L'exsudation du fond de la blessure et la couche pyogénique préexistante n'ont-elles pas empêché toute pénétration du médicament de ce côté?

M. Bernard me répond que chez les malades qui sont morts, l'insuccès tient peut-être à ce que la maladie était trop avancée pour permettre au curare d'agir. Mais une telle raison ne peut pas être admise. Chez le malade de M. Follin, on a eu recours au remède quelques heures après le début du tétanos; il en a été de même chez celui de M. Manec, et pourtant ces deux malades ont succombé, tandis que l'homme guéri par M. Chassaignac n'a été soumis au curare qu'au bout de quelques jours de maladie.

En regard de tant d'incertitude et de vague, il y a par malheur un fait positif: c'est que le curare, introduit dans le tissu cellulaire ou les muscles, tue promptement les animaux et à très-petite dose, puisque pour un cabiai, par exemple, de 1 à 5 centigr. suffisent.

Ce n'est pas tout: on l'a essayé en Angleterre contre le tétanos sur de grands animaux. Un cheval et un âne ont cessé d'être contracturés avant de succomber, mais il n'en sont pas moins morts, et morts comme si les muscles de la poitrine avaient été paralysés.

En supposant que le curare arrête les roideurs tétaniques, le praticien aura donc encore à craindre que son malade ne meure par le fait même du remède!

Cependant, comme il s'agit d'une maladie redoutable, et que dès lors les chirurgiens ne manqueront pas de vouloir essayer du nouveau remède, je termine en adjurant les physiologistes de se livrer à de nouvelles recherches, afin de préciser les doses qu'il serait permis d'en donner à l'homme malade, et suffisantes aussi pour avoir chance de modifier la maladie. Il faudrait, en outre, qu'ils obtinssent un composé fixe, dont l'action pût être sûrement mesurée ou dosée, comme le serait celle de la *curarine*, par exemple, s'il était possible de se la procurer.

Jusque-là l'anxiété des praticiens sera extrême. La gravité du mal qui les incite à agir d'un côté, et les dangers, les inconvénients du remède qui les retiennent de l'autre, réclament à ce sujet une prompte solution.

M. Cl. Bernard: Le curare a été employé avec succès dans certains cas de tétanos traumatique, et il a échoué dans d'autres. Or, en lisant ces diverses observations, il y a, ce me semble, une remarque importante à faire. Lorsque l'administration du curare a été suivie de guérison, comme l'ont observé M. Vella à Turin, et M. Chassaignac à Paris, les propriétés physiologiques du curare se sont promptement manifestées; il y a eu modification du tétanos et relâchement musculaire. Dans le cas, au contraire, où l'emploi du curare a été suivi d'insuccès, il n'y a eu aucune action physiologique apparente; la roideur tétanique n'a pas été modifiée, et les malades sont restés réfractaires, comme on dit, à l'action du médicament. C'est ce qui a eu lieu dans les cas observés par M. Manec, M. Follin, à Paris, et par M. Gintrac à Bordeaux. Il serait donc de la plus haute importance de savoir quand se manifeste chez les tétaniques cet état réfractaire aux médicaments les plus énergiques, état réfractaire qui a été cité aussi, comme on le sait, dans certaines périodes d'autres maladies très-dangereuses, telles que la rage, le choléra, etc. Jusque-là on ne saurait, je crois, attribuer l'insuccès du traitement à l'inefficacité du médicament qui n'a pas agi, mais seulement aux conditions qui l'ont empêché d'exercer son influence favorable. En un mot, le curare se trouve, pour le moment, où en est tout médicament à son début. Il faut d'abord étudier les indications, c'est-à-dire chercher à déterminer les circonstances dans lesquelles il est applicable et celles dans lesquelles il ne l'est pas. Mais tout cela ne se fait qu'avec l'aide du temps. C'est pourquoi, au lieu d'insister comme M. Velpeau sur les cas d'insuccès et de décourager tous ceux qui conservent l'espoir de trouver un remède contre l'affection terrible qui constitue le tétanos traumatique, je pense qu'il vaut mieux insister sur les cas de succès et encourager les médecins, afin qu'ils puissent arriver à établir dans quelles conditions le curare est utile. En effet aucun médicament, même parmi les plus héroïques, n'est applicable à tous les cas.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Sur les animaux ressuscitants; lettre de M. Doyère à l'occasion d'une communication faite à l'Académie dans la séance du 10 octobre dernier.

Avant de répondre à la communication par laquelle M. Pouchet a voulu infirmer devant l'Académie le phénomène de la réviviscence, j'ai cru devoir attendre les résultats d'expériences commencées il y a plus de trois mois. Ces résultats, dont quelques-uns viennent d'être publiés, ont prouvé que je n'ai rien à retrancher de mon mémoire de 1842.

Les rotifères, les tardigrades et les anguillules des toits peuvent être desséchés, *à froid*, aussi absolument que le permettent les moyens les plus rigoureux de la science; et, après avoir été desséchés ainsi, ils peuvent être portés jusqu'à des températures notablement supérieures à 100 degrés, sans perdre la faculté de revenir à la vie par la réhumectation.

En se servant exclusivement de la dessiccation à chaud, M. Pouchet a réussi à porter ses animalcules jusqu'à 90 degrés, sans anéantir leur réviviscence. Entre ses animalcules ainsi desséchés et ceux que j'appelle *desséchés absolument*, il n'y a évidemment de différence que pour la minime fraction d'eau que les premiers retiennent au sein d'un air humide, M. Pouchet ne desséchant pas l'air de ses étuves. Mais cette minime fraction suffit pour abaisser le degré de température auquel la substance des tissus s'altère. Ce que personne ne consentira à admettre, c'est des enveloppes qui, laissant les animalcules se réendosmoser en quelques minutes lorsqu'on les réhumecte, empêchent, au contraire, assez énergiquement le même liquide de s'exhaler, pour que ces mêmes animalcules conservent l'humidité de leurs tissus, et vivent pendant deux heures entre 80 et 90 degrés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet:

1° Une lettre par laquelle il informe l'Académie qu'il approuve les propositions relatives à la distribution des récompenses à décerner aux vaccinateurs et aux médecins inspecteurs des eaux minérales, pour les services qu'ils ont rendus en 1857, ainsi qu'aux médecins des épidémies, pour des faits relatifs à l'année 1858;

2° Les rapports d'épidémies suivants:

Sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Villard-la-Rixouse (Jura), par M. le docteur Guichard;

Sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné depuis trois ans dans les communes de Bourth et de Fracheville, par MM. Fortin et Sellerier;

Sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné récemment dans la commune de Lunay (Loir-et-Cher), par M. Fatton;

Sur une épidémie de dysenterie qui a régné de juillet à septembre dernier, dans diverses communes de l'arrondissement de Vendôme, par le même;

Sur les épidémies qui ont régné, en 1858, dans l'arrondissement de Mon-

lauban (Tarn-et-Garonne), par M. le docteur Lacaze. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Guittemin, agrégé de physique à la Faculté de médecine, qui prie l'Académie de vouloir bien l'inscrire comme candidat à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

2° M. O. Reveil adresse une note additionnelle à un précédent mémoire sur l'infection des eaux de sources et de puits. (Commission nommée : M. Boudet, rapporteur.)

3° M. le docteur E. Combes, qui a lu, dans la séance du 19 juillet dernier, une note sur un appareil propre au traitement des maladies utérines, adresse des observations à l'appui. (Comm. : MM. Depaul, Hugnier.)

4° M. le docteur J. Dubourg, correspondant de l'Académie, adresse une notice sur le croup qui a régné épidémiquement à Marmandes (Lot-et-Garonne), pendant les premiers mois de l'année 1859. (Commission des épidémies.)

5° M. Duval, premier chirurgien en chef de la marine à Brest, réclame à l'égard de la présentation faite par M. Mathieu, au nom de M. le docteur Duclout, d'un appareil à fracture plus spécialement destiné aux fractures d'avant-bras. (Comm. : M. Malgaigne.)

6° M. le docteur Hansler, médecin à Delhys (Algérie), adresse une lettre sur les propriétés fébrifuges des feuilles de l'olivier sauvage. (Commiss. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le Président annonce que M. Markett, médecin de l'hôpital Saint-Georges à Londres, assiste à la séance, et M. le secrétaire perpétuel fait hommage, en son nom, d'un volume sur le diagnostic médical.

— M. M. Lévy présente, au nom de l'auteur, le rapport médical sur le service de l'établissement thermal d'Hammon-Meskoutine, en 1859, par M. le docteur G. Dufour, médecin en chef de cet établissement.

— M. Robin dépose sur le bureau le cinquième volume de la deuxième série des Mémoires et Comptes rendus de la Société de biologie.

— M. Gavarret présente, au nom de M. le docteur Benoit et de M. Marié Davy, de nouveaux appareils électro-médicaux.

L'Académie charge M. Gavarret de faire un rapport d'ensemble sur les divers appareils de ce genre, récemment présentés.

REMÈDES SECRETS.

M. Robiquet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion.

— M. le Président met aux voix la question proposée pour le prix Capuron, accouchements (1861). Cette question est ainsi conçue : « De l'influence que les maladies de la mère pendant la grossesse peuvent avoir sur la constitution et la santé de l'enfant. » — L'Académie adopte.

— M. Blache, en son nom et au nom de MM. Hugnier et Bouvier, donne lecture d'un rapport sur une observation de gangrène de la bouche, recueillie à l'hôpital de la Marine, à Toulon, dans le service de M. le docteur Barrallier, professeur de pathologie médicale à l'Ecole de médecine et dernièrement médecin en chef de la marine, par M. Laurent Férand, chirurgien de seconde classe.

L'Académie adopte les conclusions favorables de ce rapport.

— M. Cap, correspondant de l'Académie, lit une note sur la préparation du tannate de bismuth et sur l'emploi de ce sel dans le traitement des diarrhées.

Les deux précédentes communications n'ayant pu être mises à notre disposition, nous ne pouvons en donner l'analyse.

— M. Trousseau pense qu'avant de se prononcer sur l'efficacité du tannate de bismuth, il serait bon de l'expérimenter dans des cas où le sous-nitrate de bismuth aurait échoué. M. Trousseau lui-même a employé le tannate de bismuth dans un certain nombre de diarrhées, et il les a vues céder le plus souvent, mais dans ces cas il n'avait employé comparativement que le sous-nitrate. Il ajoute qu'il serait très-intéressant de savoir si le tannate de bismuth est tout à fait insoluble dans les sucs digestifs ou s'il est décomposé en tout ou en partie. M. Trousseau en appelle aux chimistes pour résoudre cette question, et il pense que des expériences de laboratoire pourraient éclairer au moins en partie les thérapeutistes sur le mode d'action du tannate de bismuth.

M. Trousseau ajoute qu'il est tout disposé à entreprendre lui-même les expériences comparatives dont il parlait tout à l'heure, et qu'il serait bon que l'on en instituât également à l'hôpital des Enfants où les diarrhées sont si fréquentes.

M. Velpeau appuie les propositions de M. Trousseau. Il croit cependant qu'il faut admettre une action topique du sous-nitrate de bismuth dans la diarrhée, plutôt qu'une action générale consécutive à la dissolution du sel. Il rappelle que ce moyen est un excellent topique dans certains érythèmes, dans des excoriations superficielles de la peau, dans quelques conjonctivites, etc.; il paraît assez rationnel d'admettre que les choses se passent d'une manière analogue dans les diarrhées simples qui cèdent si rapidement au sous-nitrate de bismuth.

M. Bussy rappelle qu'il ne faudrait pas conclure à l'efficacité du tannate de bismuth dans le traitement de la diarrhée, de ce que ses deux éléments constitutifs sont utiles dans cette affection.

Après quelques observations échangées entre MM. Chatin, Bouley, Lagneau, Cloquet, Caventou, l'Académie décide que des expériences seront faites par MM. Trousseau et Blache pour déterminer exactement la valeur du tannate de quinine dans le traitement de la diarrhée.

— M. le docteur Baudot soumet à l'examen de l'Académie un appareil propre à remplir la fonction de la main chez ceux qui ont subi la perte totale de l'un des deux membres supérieurs.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1859 ;
par M. Le Gendre, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

III. — Tératologie.

1° Œuf de poule monstrueux renfermant a la fois un jaune ordinaire et une vésicule ovarienne ; par M. le docteur A. Laboulbène.

Mon ami le docteur Signoret m'a envoyé, le 3 mai 1859, un gros œuf monstrueux qui venait d'être pondu dans sa propriété, près de Clamart, par une poule de la race dite de Houdan. Cette poule avait déjà produit beaucoup d'autres œufs ordinaires.

L'*aspect extérieur* que présente cet œuf est très-insolite, non-seulement par son volume, mais parce que l'extrémité la plus grosse, qui est simplement membraneuse, dépourvue de sels calcaires, laisse sortir un corps allongé, une espèce de pédicule.

L'enveloppe calcaire est intacte, mais, vers le petit bout de l'œuf, elle est peu fournie d'éléments minéraux. Sur quelques autres points de la surface, on remarque également une absence, ou une épaisseur moindre du dépôt crétacé.

La forme de l'œuf est régulière, à part l'extrémité la plus grosse, qui, étant membraneuse, comme je l'ai dit, est en sorte comme tronquée et même légèrement concave. C'est au centre de cette extrémité que sort le corps en forme de pédicule.

La grosseur totale de cet œuf est plus considérable que celle des autres œufs pondus par la même poule. Le grand diamètre offre 67 millimètres; le petit diamètre 44 millimètres; le pédicule 20 millimètres de longueur et 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Il résulte de là que cet œuf est remarquable tout extérieurement, à la fois par son *volume* plus grand qu'à l'ordinaire, sa *coquille* ou *coque* présentant en plusieurs endroits une absence ou une diminution de matière calcaire, surtout à la grosse extrémité, à la pointe et sur quelques points de sa surface; enfin, par le *pédicule* allongé, linéaire, qui sort sur le milieu légèrement excavé de la grosse extrémité, en la dépassant dans l'étendue de 2 centimètres.

L'*aspect intérieur* est encore plus remarquable que l'aspect extérieur. J'ai soulevé avec précaution une partie de la coquille, après l'avoir brisée par une section pratiquée au-dessus du grand diamètre. Voici ce que j'ai trouvé :

La *membrane de la coque* est partout continue.

La cavité de l'œuf renferme un *jaune*, plus un autre *corps sphérique pédiculé*. Il semble y avoir deux albumen qui ne seraient pas confondus, mais distincts. Peut-être sont-ils isolés par une membrane mince reliée à la membrane de la coque? Je n'oserais point affirmer l'existence de cette membrane, mais l'albumen est bien différent aux deux extrémités de l'œuf.

Vers la petite extrémité se trouve un *jaune* ou *vitellus* très-frais, d'un aspect ordinaire, enveloppé par un albumen limpide et pourvu de ses deux chalazes.

Le cumulus proligère et la cicatricule étaient à l'état normal. Je les ai fait remarquer à M. Broca et à plusieurs autres membres de la Société.

Le *corps sphérique* occupant la grosse extrémité est plus volumineux que le premier jaune déjà décrit. Sa surface est légèrement tomenteuse, sa couleur d'un blanc sale, roussâtre ou rougeâtre, et on distingue des nervures qui paraissent produites par les saillies de vaisseaux sanguins.

Le corps sphérique est placé au milieu d'un albumen plus diffluent que celui du premier jaune normal; cet albumen est d'une teinte louche, rosée ou rougeâtre, un peu brune vers l'extrémité. Le *pédicule* paraît faire partie intégrante de la masse sphérique et ne pouvoir en être séparé. L'enveloppe de l'œuf, membraneuse (comme je l'ai expliqué) à la grosse extrémité, se détache, par une faible traction, de ce pédicule auquel elle était à peine adhérente; elle ne se continue pas sur lui.

Que pouvait être ce corps sphéroïde, d'un aspect insolite, pédiculé, à sur-

face légérement inégale, un peu tomenteuse, d'un blanc rougeâtre, sillonnée par des vaisseaux qui faisaient un léger relief?

Pour le savoir, j'ai incisé avec soin ce corps singulier couche par couche, en présence de MM. Broca et Rouget, et j'ai détaché une première enveloppe mince qui s'est plissée, chiffonnée, en laissant énucléer, pour ainsi dire, un nouveau corps.

Cette membrane, dont la surface externe est légérement tomenteuse, s'applique, par sa face profonde, sur le corps pédiculé et vasculaire qu'elle recouvrait; elle ne se continue pas avec le pédicule; son adhérence était très-faible. On ne peut la rapporter qu'à une fausse membrane de formation nouvelle, dépourvue de vaisseaux.

Examinée au microscope, elle se montre composée par une gangue de granulations moléculaires reliées entre elles par une matière amorphe unissante; elle renferme aussi des globules graisseux.

Au-dessous de cette fausse membrane enveloppante se trouve un corps sphérique, parcouru par de nombreux vaisseaux dans l'intérieur de ses parois; mais ces vaisseaux viennent tous aboutir au pédicule et n'atteignent pas un espace linéaire situé au point opposé, et qui est lisse, non vasculaire. M. Rouget fait remarquer combien cet aspect rappelle celui du stigmate des *vésicules ovariennes* non rompues, renfermant encore l'ovule ou le jaune dans leur intérieur.

En fendant avec précaution la membrane vasculaire, je m'assure qu'elle contient dans son intérieur un jaune ou un vitellus ordinaire.

Si, présentement, nous cherchons à nous rappeler quelle est la disposition normale de l'ovaire de la poule, nous trouvons qu'il est constitué par un sac membraneux dont la surface intérieure est plissée, et de laquelle se détachent, sous forme de mamelons pédiculés, des *vésicules ovariennes* ou *calices de l'ovaire*, renfermant les ovules ou les jaunes. Nous pouvons donc, nous devons admettre, sans aucun doute possible, que le corps sphérique pédiculé situé vers la grosse extrémité de l'œuf présente tous les caractères d'une vésicule ovarienne entière, avec son pédicule, ses vaisseaux et son stigmate non vasculaire. Il n'est autre qu'une *vésicule* ou un *calice de l'ovaire* dont le pédicule s'est détaché, et cette vésicule non rompue s'est enveloppée d'albumen après s'être revêtue d'une fausse membrane.

Ce fait d'un œuf de poule monstrueux contenant en même temps un jaune ordinaire et une vésicule ovarienne entière, détachée de l'ovaire, est extrêmement remarquable. Je n'en ai trouvé aucun autre exemple dans les ouvrages que j'ai consultés. M. Rayer, à qui la pathologie comparée doit de si beaux travaux, ne connaît rien de pareil.

On trouve dans la science beaucoup de cas d'œufs monstrueux de diverses manières. Plusieurs sont indiqués dans les ACTES DES CURIEUX DE LA NATURE. M. Rayer a fait connaître (COMPTES RENDUS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1re série, I, p. 9) *diverses anomalies d'œufs de poule*. Pour lui, les observations déjà nombreuses d'œufs inclus dans un autre œuf, chez les oiseaux, peuvent être rapportés à quatre groupes : 1° œuf à une seule coquille avec un seul albumen autour des deux jaunes contigus; 2° œuf complet contenant dans son albumen un autre petit œuf complet (coquille, albumen, vitellus); 3° œuf incomplet, sans vitellus, renfermant un petit œuf complet; 4° œuf complet renfermant un petit œuf incomplet, sans vitellus.

Notre savant président perpétuel nous a montré (*loc. cit.*, p. 123) un œuf d'oie complet, c'est-à-dire pourvu d'une coque calcaire, d'albumen et de vitellus, inclus dans un autre œuf complet, dont le vitellus et l'albumen sont également enveloppés d'une coque calcaire.

M. Verneuil a également présenté à notre Société (COMPTES RENDUS ET MÉM., 1re série, IV, 61) un œuf de poule de volume ordinaire, muni d'un jaune et d'un albumen bien développés, dans lequel se trouvait un petit œuf très-régulièrement conformé et offrant la figure d'un ovoïde parfait.

M. Valenciennes, dans une *note sur des œufs à plusieurs jaunes renfermés dans la même coque* (COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, XLII, p. 3, 1856) décrit les œufs à deux jaunes et les œufs à trois jaunes. La rareté de ceux-ci est bien plus grande que celle des œufs à deux jaunes.

2° DEUX CAS DE MAMELONS SURNUMÉRAIRES OBSERVÉS CHEZ LA FEMME; par MM. CHARCOT et LE GENDRE.

A l'autopsie d'une femme âgée de 30 ans environ, on trouva, sur le côté externe du sein gauche, un mamelon surnuméraire entouré d'une auréole brune, comme le mamelon principal. Ce petit mamelon recevait des conduits galactophores venant de quelques lobules glandulaires dépendant de la glande mammaire, qui était unique; par la pression de cette glande, on pouvait faire sourdre un peu de liquide lactescent par les orifices de ce petit mamelon.

Le second cas a été recueilli sur une femme morte en couches, âgée de 25 ans environ. Le mamelon surnuméraire était situé à la région externe du sein droit, très-fortement coloré en brun, comme le mamelon normal, il faisait une légère saillie au-dessus de la peau, mais ne présentait pas d'auréole. Il recevait plusieurs conduits galactophores dépendant de la glande mammaire principale. En pressant cette glande, on faisait suinter un liquide blanc très-épais par ce petit mamelon.

Huschke a rassemblé, dans son TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE, un certain nombre de cas de cette anomalie parmi lesquels on peut établir plusieurs variétés.

Le nombre de ces mamelons surnuméraires peut être de deux ou trois. Ils siégent quelquefois sur le pourtour de l'auréole du mamelon normal. Lorsqu'ils sont disséminés sur la surface de la mamelle, tantôt ils présentent une auréole, tantôt ils en sont privés. On a constaté toujours l'existence des conduits galactophores qui les traversent, et, dans quelques cas, ils servent à la sécrétion du lait.

3° OBSERVATION D'ÉVOLUTION TARDIVE D'UNE DENT MOLAIRE; TRANSPOSITION DE CETTE DENT; REMARQUES SUR LES FAITS DE TROISIÈME DENTITION; par M. LE GENDRE.

Haller, dans sa PHYSIOLOGIE (*dentitio*), a cité, d'après les auteurs, un certain nombre de faits de troisième dentition, et quelques-uns, plus rares, de quatrième évolution. Quant à l'évolution tardive des dents, les exemples que cite cet auteur sont innombrables. Les auteurs modernes ont émis quelques doutes sur la valeur de tous ces faits, et ces observations de troisième dentition sont devenues de plus en plus rares à mesure qu'elles ont été soumises à des investigations plus complètes.

Plusieurs membres de la Société de biologie ont rapporté des faits qui pouvaient faire croire à l'existence de cette troisième dentition, qui est, au contraire, très-contestable.

Une dame, à l'âge de 27 ans, a vu ses dents canines de la mâchoire supérieure remplacer celles qui venaient de tomber; elle croyait que c'était la troisième fois que ses dents repoussaient. M. Robin a constaté que les premières dents canines étaient très-petites, que c'étaient des dents de lait qui avaient persisté; les nouvelles canines, au contraire, étaient très-développées, dépassaient les autres dents et présentaient tous les caractères anatomiques que l'on attribue à ces dents de la seconde dentition.

M. Broca a observé un cas d'évolution de la dent de sagesse chez une dame âgée de 73 ans. Cinq ans auparavant, il avait examiné la mâchoire inférieure et il avait constaté l'absence complète de dents. Cette éruption s'est faite sans aucun trouble apparent.

Le fait que j'ai observé pouvait faire croire facilement à un cas de troisième dentition; il fallait être en garde contre toutes les causes d'erreur qu'un examen incomplet ou superficiel pouvait amener. En effet, il y avait non-seulement, comme cela a lieu le plus souvent dans les observations que l'on a rapportées, évolution tardive d'une dent; mais, en outre, il y avait transposition de cette dent en retard dans une autre région. Voici cette observation.

Un homme de 35 ans vint me consulter pour une fluxion de la joue gauche dont il souffrait depuis quelques jours : la tuméfaction était assez considérable, et le malade éprouvait des douleurs lancinantes, continues, jour et nuit, dans les régions temporale, malaire et auriculaire.

L'examen de la bouche ne me présenta rien de particulier, et je ne trouvai aucun gonflement de la muqueuse gingivale, soit à la mâchoire supérieure, soit à la mâchoire inférieure; je constatai seulement l'absence de la deuxième petite molaire supérieure du côté gauche, et le malade m'apprit qu'elle avait été arrachée depuis deux mois et demi. J'explorai alors avec soin le pourtour de cette alvéole, et je ne trouvai aucun gonflement, aucune rougeur; je ne déterminai aucune douleur dans cette investigation.

Je dus rejeter toute idée de lésion profonde des alvéoles dentaires, inflammation, abcès, et je penchai vers une affection rhumatismale, une simple fluxion occasionnée par l'impression du froid. Je conseillai au malade de recouvrir la région de la joue avec de la ouate de coton, de prendre quelques pédiluves, pensant que cette affection serait de courte durée.

Au bout de quatre jours, la tuméfaction de la joue n'avait pas diminué, et le malade vint m'annoncer qu'il lui semblait qu'une nouvelle dent repoussait à la place de celle qu'on lui avait arrachée (la seconde petite molaire supérieure). En effet, à l'examen de la bouche, on voyait facilement une large plaque blanche sortant de la gencive et remplissant l'alvéole de la deuxième petite molaire. Sa forme paraissait régulière, et en la touchant avec un stylet, on constatait sa résistance et on ne déterminait pas de douleur sensible; de plus, il n'y avait pas de gonflement notable de la gencive à l'entour, et aucune sécrétion de mauvaise nature. Ce n'était donc pas là une esquille alvéolaire résultant de l'arrachement de la dent précédente; c'était bien une évolution d'une dent. Je conseillai d'attendre la sortie complète de cette dent, qui était la seule cause des douleurs éprouvées par le malade.

Était-ce là un exemple de troisième dentition ou une éruption tardive de cette petite molaire? L'examen de la dent qui avait été enlevée pouvait seul éclairer ce point de diagnostic. La dent qui avait été arrachée ayant été conservée, il nous fut facile de lui reconnaître tous les caractères d'une dent de la seconde dentition. Couronne large présentant deux tubercules séparés par un sillon, deux racines volumineuses et très-longues.

D'après toutes ces recherches, nous pensions avoir là un fait bien exactement observé de troisième dentition.

Quelques jours après, le malade qui n'avait pas eu la patience de tolérer son mal, nous apporta sa dent qu'il s'était fait arracher. Cette dent était incomplétement développée; sa couronne très-petite, plate, d'une couleur d'un blanc mat et terne, présentait quatre tubercules séparés par deux sillons en croix, les racines étaient au nombre de trois divergentes, deux étaient soudées entre elles.

Ces caractères anatomiques appartiennent aux grosses molaires : dans ce cas, c'était donc une grosse molaire qui, par suite d'un phénomène de trans-

position que les auteurs ont signalé, avait fait éruption à la place d'une petite molaire.

Un physiologiste distingué, M. le docteur Philipeaux, rejette la plupart des faits relatés de troisième dentition, et pense que dans ces cas on a eu affaire à une éruption tardive des dents. Il était facile chez ce malade de vérifier cette opinion; il suffisait de constater le nombre des dents pour voir si réellement cette nouvelle dent appartenait au nombre normal que l'on trouve chez l'adulte. Or il y avait chez notre malade une différence notable dans le nombre des dents à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure. Pour cette dernière, le nombre était normal; à la mâchoire supérieure, on trouvait du côté gauche deux incisives, une canine, une petite molaire, la place de la seconde petite molaire et deux grosses molaires; du côté droit, il n'y avait que sept dents, absence pareillement d'une grosse molaire. Il était donc logique de penser que cette dent nouvelle était simplement une dent tardive, une grosse molaire comme ses caractères anatomiques l'indiquaient; sans doute la troisième, la dent de sagesse qui en outre était venu faire éruption dans une région différente. L'absence complète de cette dent des deux côtés de la mâchoire supérieure, militait aussi en faveur de cette opinion, et j'ai pu prédire au malade que dans un temps plus ou moins éloigné, il pourrait voir survenir du côté droit les mêmes accidents que ceux qu'il venait d'avoir, et qu'ils se termineraient aussi par l'éruption d'une dent.

Ce cas nous montre combien une observation rigoureuse et complète est nécessaire pour affirmer un fait : le premier examen nous avait fait croire à un exemple de troisième dentition, et il a fallu la succession de tous les faits que nous avons rapportés pour infirmer cette opinion et pour nous montrer la vraie nature du phénomène que nous avions sous les yeux. Nous ne craignons pas d'avancer que si tous les faits semblables rapportés par les auteurs étaient soumis à une investigation aussi rigoureuse, on reconnaîtrait parmi eux beaucoup d'erreurs.

Cette observation se résume donc à un cas d'évolution peu tardive d'une dent molaire, probablement de la dent de sagesse, chez un homme de 35 ans, fait qui n'offre pas une grande rareté, mais remarquable en ceci que la transposition de cette dent dans une autre région lui a fait présenter tous les signes d'un fait de troisième dentition.

IV. — Physique médicale.

Note sur l'appareil électro-médical de M. Ruhmkorff; par M. J. Regnauld.

M. J. Regnauld présente au nom de M. Ruhmkorff un nouvel appareil d'induction destiné aux applications de l'électricité à la thérapeutique et à la physiologie. Le mérite principal de cet instrument consiste dans la substitution aux anciens couples de Bunsen plus ou moins modifiés de la pile à sulfate de mercure, imaginée par M. Marié Davy, professeur de physique dans un des lycées de Paris.

Cette pile est formée par une coupule de charbon compact et conducteur, dans laquelle on introduit quelques centigrammes de sulfate mercurique ou mercureux à l'état pulvérulent. Dans ce vase, on verse de l'eau ordinaire au sein de laquelle on suspend un disque de zinc qui communique avec la bobine inductrice. L'action chimique génératrice du courant est la substitution du zinc au mercure; le premier de ces métaux se dissolvant tandis que le second se réduit du sulfate à un état d'extrême division.

Ce qui rend cette combinaison voltaïque avantageuse, c'est que par la nature même des éléments qu'elle met en présence, le zinc reste sans cesse amalgamé, et que, de plus, la forme sous laquelle le mercure se dépose, l'exclut du circuit à mesure que l'action électro-motrice s'accomplit. Le sulfate de mercure peu soluble est en excès, et le liquide demeure à un état permanent de saturation qui est l'origine de la constance remarquable du courant. Déjà cette précieuse qualité de la pile à sulfate de mercure a été utilisée par M. Marié Davy pour les usages de la télégraphie. Dans l'appareil de M. Ruhmkorff, la constance du couple à mercure est une condition moins importante peut-être que le transport facile d'un appareil de petite dimension qui n'oblige pas, pour être mis en fonction, à se servir de ces acides qui détériorent rapidement les meilleurs appareils, et dégagent des vapeurs pour le moins désagréables.

L'habileté bien connue de M. Ruhmkorff apparaît dans l'agencement des diverses parties de son appareil électro-médical; condensation de nombreux organes dans un espace très-restreint, libre disposition pour l'opérateur de toutes les communications, tels sont les avantages les plus frappants de cette élégante construction.

Du reste, malgré la modicité du prix, l'instrument permet, comme les plus grands appareils, d'utiliser l'extracourant du fil inducteur et le courant à forte tension de la bobine induite. Un manchon de Webersert, en glissant sur les bobines, à graduer l'intensité du courant; quant à la vitesse des interruptions, elle est variée, suivant le besoin, au moyen d'une simple vis de pression.

V. — Botanique.

1° Sur la coloration rouge du pain, examen microscopique; par M. Schiff (de Francfort), professeur d'anatomie à Berne.

Les plaques rouges qui se montrent dans quelques cas sur le pain exposé pendant longtemps à l'humidité, et que la superstition du moyen âge attribuait à des gouttes de sang dont l'apparition sur le pain béni a donné lieu plusieurs fois à des persécutions sanglantes des hérétiques auxquels on imputait d'avoir insulté le sanctuaire, ont été examinées pour la première fois par M. Ehrenberg, qui avait eu l'occasion de les voir à Berlin.

M. Ehrenberg a vu dans ces taches des globules rouges qu'il appelle des « *monades* », et il les a introduits sous le nom de « *monas prodigiosa* » dans son système des infusoires.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui que la famille des « *monades* » d'Ehrenberg, est une réunion de globules organiques qui n'ont rien de commun entre eux que la forme extérieure, mais qui diffèrent dans leur nature, dans leur origine et dans leur développement. La plus grande partie de ces globules ne sont pas même des animaux, mais des plantes cryptogamiques dans leurs premiers états. Le nom donné par Ehrenberg ne nous dit ainsi absolument rien sur la nature des globules qu'il a observés dans le pain.

M. Schiff, pendant son séjour à Berne et à Francfort, n'a jamais réussi à faire naître les taches sanguinolentes sur du pain exposé à l'humidité, mais il a été plus heureux à Paris où le miracle du pain sanglant avait déjà été observé dans le moyen âge.

Du pain blanc et du pain de seigle exposés depuis dix-sept jours dans un jardin humide pendant la dernière quinzaine du mois d'août, où le temps était assez frais et très-pluvieux, fit voir des taches rouges comme du sang, tant à la surface qu'à l'intérieur.

Ces taches étaient formées par un amas de globules qui étaient plus rouges que les globules du sang, mais entourés d'une enveloppe mince et faiblement verdâtre, presque incolore. Ces globules étaient ronds, mais souvent s'ils étaient trop entassés, leurs contours étaient aplatis sur un ou plusieurs côtés.

Ces globules, dans leur développement, prennent une forme ovalaire; souvent ils infléchissent un peu comme un petit concombre. Dans cet état, ils deviennent plus pâles, et, en croissant toujours dans le sens de l'axe de leur longueur, ils pâlissent de plus en plus jusqu'à ce qu'ils forment des filaments grêles et un peu flexueux, d'une couleur blanchâtre ou faiblement jaunâtre, qui dans leur intérieur laissent voir à des distances égales des cloisons horizontales qui paraissent naître de toute la circonférence des parois du canal intérieur du filament. Jusqu'ici je n'ai pas encore vu ces cloisons devenir complètes, car il restait toujours une lacune dans le milieu de l'axe de la conferve.

Dans quelques plaques on trouvait toutes les transitions du globule jusqu'à la conferve dont les filaments s'entre-croisaient en tous sens, de manière à former un flexus d'une épaisseur assez considérable.

Compte rendu des séances pendant le mois d'octobre 1859; par M. le docteur Le Gendre, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

I. — Anatomie comparée.

1° Note sur l'existence des olives chez quelques vertébrés supérieurs; par M. Jules Luys.

Les principaux auteurs qui se sont occupés de l'anatomie comparée du système nerveux n'ont pas signalé la présence des corps olivaires dans le bulbe des animaux supérieurs, ou plutôt, ils ont dit qu'ils n'existaient pas.

Ainsi, Stannius et Siebold ne les ont rencontrés que chez le dauphin et chez quelques espèces de singes; M. Van Beneden n'en parle pas, et M. Longet s'exprime ainsi dans son Anatomie du système nerveux, (t. I, p. 391) :

« Quant aux corps olivaires, on peut dire qu'ils ont atteint leur summum de développement dans l'espèce humaine, et que le plus souvent ces éminences sont impossibles à apercevoir sur le bulbe des mammifères. » Ayant soigneusement examiné, dit Rolando, l'endroit où devaient être placées ces éminences, je crois pouvoir assurer que, dans le bœuf, le cochon, le mouton et la chèvre, il est impossible de rien voir qui ait quelque ressemblance avec cette lame jaunâtre, lissée, dentelée, qui se trouve chez l'homme. Carus affirme que les corps olivaires manquent totalement chez la plupart des mammifères, ou du moins qu'ils n'offrent pas les arborisations de substance grise et blanche qu'on aperçoit dans l'homme. Gall a certainement exagéré le volume des olives chez le veau; elles sont assez apparentes chez les singes, mais surtout chez les dauphins.

Les études d'anatomie comparée que je poursuis depuis quelque temps sur le système nerveux central m'ont mis à même de prouver l'existence des olives dans le bulbe du veau, du bœuf et du mouton; j'ai même présenté à la Société des préparations dans lesquelles cette démonstration était évidente.

Mais pour les rencontrer, il faut avoir en quelque sorte un caractère diagnostique capable de faire reconnaître la présence des corps olivaires lorsqu'on ne les trouve pas chez les animaux dans les mêmes emplacements où on les rencontre chez l'homme.

En quoi donc consiste la structure des corps olivaires chez l'homme? Chacun sait qu'ils sont formés par une lame jaunâtre repliée un grand nombre de fois sur elle-même et représentant l'aspect de circonvolutions; chacun

sait pareillement que cette lame plissée offre l'aspect d'une sorte de bourse dans laquelle viennent s'épanouir les fibres nouveaux.

Les auteurs qui se sont occupés d'histologie ont apporté quelques renseignements de plus sur la structure et la signification morphologique de cette lame plissée.

Les recherches de Stilling, de Kölliker, confirmées par nos investigations personnelles, ont permis d'affirmer que cette lame de substance jaune n'était autre chose qu'un amas de cellules nerveuses à radiations multiples, formant, par une intrication, un tout, une sorte de chaîne continue, et représentant, dans le bulbe, une masse de substance grise isolée, analogue à celle des ganglions, destinée, soit à être le point de convergence ou d'arrivée d'un certain nombre de fibres nerveuses, soit à être, au contraire, le point de départ ou d'émergence d'un certain nombre d'entre elles.

Quoi qu'il en soit, l'olive peut donc être définie spécifiquement : un amas de cellules nerveuses à prolongements multiples, anastomosés en réseaux, à coloration jaunâtre, et formant toutes entre elles, dans le bulbe, une ligne sinueuse plus ou moins prolongée.

Muni de cette formule histologique, nous avons pu, jusqu'à présent, reconnaître l'existence de cette lame plissée, dans le bulbe du veau, du bœuf et du mouton, nous promettant de poursuivre ces recherches dans les autres classes de vertébrés; et de plus, nous avons pu nous assurer que nous avions bien affaire aux analogues des corps olivaires de l'espèce humaine.

Chez ces mammifères, ces amas de substance grise sont véritablement rudimentaires, et au lieu de prendre ces circonvolutions si multipliées que l'on retrouve chez l'homme, c'est à peine si l'on note la présence de deux ou trois sinuosités jaunâtres. Ils ne forment pas une courbe rentrante; c'est plutôt une lame légèrement ondulée que l'on observe, et, de plus, leur situation diffère sensiblement : au lieu de les rencontrer sur les faces latérales du bulbe, c'est principalement à la région antéro-latérale qu'on les trouve.

Au point de vue de la masse, en général, on peut dire que les olives étudiées chez le bœuf et chez le mouton ne présentent pas des différences de volume bien appréciables.

Du reste, les détails de leur texture se rapprochent très-sensiblement de ce que l'on trouve chez l'homme; ainsi, on voit très-nettement des faisceaux de fibres nerveuses blanches qui vont s'épanouir en pinceaux et se perdre au milieu de la substance grise destinée à les recevoir.

A la périphérie, d'autres fibres nerveuses blanches viennent pareillement former comme une zone limitante.

La substance grise est constituée par des amas de cellules toutes colorées en jaune et pourvues de prolongements multiples.

Je suis porté à croire, sans que je sois encore arrivé sur ce point à une démonstration complète, que, d'une part, les prolongements de ces cellules s'anastomosent tous entre eux, et que, d'autre part, ces prolongements sont en continuité avec les prolongements effilés des fibres nerveuses.

Quant aux dimensions de ces cellules nerveuses, je les ai trouvées, chez l'homme, chez le bœuf et le mouton, toutes à peu près de même diamètre; il n'y a que des différences de quantité.

2° NOTE SUR DES GLOBULES DU SANG COLORÉS CHEZ PLUSIEURS ANIMAUX INVERTÉBRÉS; par M. CH. ROUGET.

C'est une opinion généralement admise aujourd'hui que le sang des invertébrés ne renferme que des globules incolores, analogues aux *globules blancs* du sang des vertébrés; et l'on a considéré l'absence de corpuscules sanguins colorés comme pouvant servir à établir une nouvelle distinction fondamentale entre les deux grandes divisions des animaux. Quelques rares exceptions à la loi générale qui paraît régir la composition du sang des animaux inférieurs, ont été écartées comme ne se rapportant pas au sang proprement dit : elles se rencontrent presque toutes dans la classe des annélides.

Cette note a pour objet de faire connaître que chez plusieurs espèces de *tuniciers* et de *radiaires*, le liquide nourricier mû par l'impulsion du cœur, et seul analogue au sang, offre une coloration due, non pas au sérum, mais à des corpuscules cellulaires, et que ceux-ci possèdent, dans certains cas, outre la teinte, les caractères histologiques essentiels des globules rouges du sang des vertébrés.

J'ai vu les vaisseaux de deux espèces d'ascidies simples du genre *phallusia* presque entièrement remplis par de gros corpuscules d'un rouge vif de 0mm,010 à 0mm,015 de diamètre, arrondis ou ovalaires, à surface muriforme, et constitués par une agglomération de globules enveloppés dans une membrane cellulaire commune. La coloration n'est altérée ni par l'éther ni par l'alcool; les acides étendus l'affaiblissent; l'ammoniaque et une solution de potasse concentrée la détruisent. On aperçoit quelquefois dans les corpuscules un globule incolore, analogue à un noyau. Chez une autre espèce, le sang, d'un blanc laiteux, était très-riche en vésicules de 0mm,010, renfermant un ou deux globules nucléaires colorés en jaune clair. C'est surtout parmi les ascidies composées que la présence de corpuscules colorés dans le sang semble très-fréquente; je l'ai constatée chez toutes les espèces de *botrylles* et de *polyclines*, au nombre de sept, que j'ai observées. La teinte des corpuscules colorés varie : chez certaines espèces ils sont rouges, chez d'autres jaune orangé, jaunes, bleu violet, violets presque noirs.

Un fait remarquable, c'est que chez les ascidies simples ou composées, certains tissus et en particulier la membrane pariétale du sac branchial, sont parsemés de corpuscules pigmentaires semblables, pour la coloration, la forme et les dimensions, à ceux du sang.

La coloration des corpuscules du sang n'est pas une particularité spéciale aux tuniciers, parmi les invertébrés. On peut constater le même fait, dès la première apparition, pour ainsi dire, du sang et de la circulation, chez des radiaires.

Nulle part le sang n'est aussi riche en globules colorés; nulle part ceux-ci ne montrent autant d'analogie avec ceux des vertébrés que chez les *siponcles*. Chez les *sipunculus nudus*, *S. communis*, *S. clavatus*, *S. oxyurus*, des globules rouges, vésiculeux, ovalaires ou arrondis, quelques-uns fusiformes, circulent tellement pressés les uns contre les autres, qu'ils semblent constituer toute la masse du sang, bien qu'en réalité ils nagent dans un sérum incolore. Ces globules ont de 0mm,010 à 0mm,20 de diamètre. Dans tous on aperçoit un point brillant très-réfringent, mais le noyau, qui existe toujours, n'est quelquefois visible qu'après l'action de l'eau ou des réactifs. La membrane d'enveloppe est élastique, épaisse, à double contour, elle renferme la substance colorante, d'un rouge rosé, homogène et transparente.

J'ai vu enfin circuler dans la cavité du corps et dans les tentacules chez des *Edwardsia*, des corpuscules colorés en brun, et j'ai observé dans le sang des *synaptes* quelques cellules colorées par un pigment rouge.

Il semble résulter de ces faits que la présence ou l'absence de globules colorés dans le sang n'est pas en relation nécessaire avec la place qu'un animal occupe dans l'une ou l'autre des grandes divisions zoologiques, et qu'elle paraît dépendre non du type général, mais de conditions particulières à l'individu ou à l'espèce.

II. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

1° RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS ÉLECTRIQUES DES NERFS VIVANTS; par M. SCHIFF (de Francfort), professeur d'anatomie à Berne.

Dans une communication sur les propriétés électriques des nerfs vivants, M. Schiff établit les propositions suivantes :

1° Il est prouvé par les recherches de Du Bois qu'il existe dans le nerf pris d'un animal vivant ou immédiatement après la mort, un courant électrique qui est dirigé de la surface externe vers la section transversale. Ce courant peut être désigné sous le nom du *courant nerveux primitif*. Il se trouve dans les nerfs du sentiment comme dans les nerfs moteurs.

2° Ce courant qui, le plus souvent s'affaiblit peu de temps après la mort, est regardé par l'école de Berlin comme l'agent essentiel des fonctions nerveuses; mais on peut prouver par une série d'expériences que ce courant primitif n'est qu'un *phénomène accessoire*, et qu'il n'a pas même son siége dans la moelle nerveuse, mais bien dans les *enveloppes* des fibres primitives.

3° Les expériences et les observations sur lesquelles MM. Valentin et Schiff s'appuient pour contester la prétendue dignité du courant nerveux primitif, sont principalement :

a. La très-longue persistance de ce courant après l'extinction de l'excitabilité nerveuse qu'on observe chez quelques animaux, surtout chez les mammifères hibernants, et même chez l'homme après les amputations des membres. Cette persistance se montre surtout lorsque la température ambiante est un peu basse.

b. Quelques semaines après la resection des nerfs d'un animal à sang chaud, lorsque l'excitabilité a disparu depuis longtemps, et lorsque le microscope ne montre plus de traces de la moelle nerveuse dans tout le tronc périphérique du nerf reséqué, le courant nerveux existe encore et conserve encore sa direction normale dans toute la partie périphérique du nerf.

c. Une partie d'un tronc nerveux d'un chat excisé immédiatement après la section du bulbe, qu'on écrase par des coups de marteau, de sorte que cette partie du nerf offre l'aspect d'un ruban plat, et que toute la moelle est brisée et désorganisée, montre encore pendant quelques moments le courant nerveux primitif si on le prépare pour le galvanomètre en coupant les bouts par lesquels la moelle est exprimée.

d. Des observations que nous avons confirmées, et qui se sont offertes à Du Bois-Raymond lui-même, prouvent que dans certaines conditions le courant nerveux primitif peut changer sa direction normale, peut même se montrer dans un sens inverse, sans que le nerf moteur ait perdu son excitabilité. On ne peut donc pas considérer ce courant avec le physicien de Berlin comme résultant d'une disposition moléculaire indispensable pour la persistance des fonctions nerveuses.

4° Mais si le courant nerveux primitif ne peut pas être regardé comme essentiel pour le nerf vivant et excitable, il en est autrement pour deux autres phénomènes électriques, que Du Bois-Raymond a observé chez les nerfs soumis à certaines causes excitatrices. Du Bois a désigné ces phénomènes sous les noms de l'état *électrotonique* et de la *variation négative du courant*. Ces phénomènes cessent plutôt après la mort que le courant primitif, et ne se sont jamais montrés sur des nerfs complétement désorganisés.

5° L'état électrotonique que l'on produit chez les nerfs en les soumettant à l'action d'un courant voltaïque constant, et la « variation négative » qui se montre chez les nerfs que l'on irrite par des courants à interruptions rapides ou par des moyens chimiques, mécaniques, etc., ont probablement leur siége dans la moelle nerveuse, parce qu'on ne peut plus les produire dès que la moelle est profondément altérée ou atrophiée, même si le courant primitif existe encore dans son sens normal.

6° Puisque le courant primitif du nerf peut exister sans que l'on puisse produire ni l'état électrotonique ni la « variation négative », on ne peut plus prétendre, avec l'école de Berlin que les *mêmes* conditions qui donnent nais-

sance au courant primitif, suffisent pour produire sous l'influence des agents irritants les deux phénomènes en question.

7° Ces deux phénomènes sont donc dus à d'autres conditions et occupent un autre élément histologique que le courant primitif. Ils sont tellement indépendants de ce dernier, que dans les cas où le courant primitif est renversé, l'état électrotonique et la variation négative se montrent encore dans la même direction, comme si le courant primitif avait été normal.

8° Ainsi l'état qu'on a appelé « variation négative » n'est pas une véritable variation *négative* du courant nerveux primitif, n'est pas une diminution de la tension que produit ce dernier. Mais nous considérons cet état comme l'expression d'un courant électrique qui, pendant l'irritation, prend naissance dans l'intérieur de la moelle nerveuse, et dont la direction est ordinairement opposée au courant des gaînes nerveuses. Mais si le courant primitif (des enveloppes) est renversé, alors le courant qui naît dans l'intérieur pendant l'irritation a la même direction que le primitif, et dans ce cas la déviation de l'aiguille du galvanomètre augmente pendant que le nerf est excité. Du Bois lui-même a déjà vu des faits qui combattent pour cette manière de voir et contre celle qu'il a adoptée, et qui, pendant l'*activité* du nerf, admet une *diminution* de la propriété, qu'il regarde comme la plus essentielle, une diminution du courant primitif.

9° Mais puisque le courant qui produit un retour de l'aiguille aimantée vers le zéro, ou qui produit même une déviation contraire à celle qui existait avant l'irritation, ne peut plus être développé par une irritation des nerfs qui ont perdu leur excitabilité, on pourrait peut-être démontrer par l'existence de ce courant dans un nerf sensitif séparé des centres nerveux, qu'il a encore à un certain degré conservé ses propriétés physiologiques. La même démonstration pourrait être faite à l'aide de l'état électrotonique, pendant que la persistance du courant nerveux primitif ne peut être mis en rapport avec la conservation de la fonction. Dans ces expériences, on devrait faire mourir les animaux par un lent refroidissement, parce que cette extinction graduelle a sur les phénomènes électriques des tissus la même influence que M. Brown-Séquard a déjà démontrée pour plusieurs autres propriétés physiologiques.

2° NOTE SUR DES EXPÉRIENCES DÉMONTRANT QUE DES NERFS SÉPARÉS DES CENTRES NERVEUX PEUVENT, APRÈS S'ÊTRE ALTÉRÉS COMPLÉTEMENT, SE RÉGÉNÉRER TOUT EN DEMEURANT ISOLÉS DE CES CENTRES, ET RECOUVRER LEURS PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES (1); par MM. J. M. PHILIPEAUX et A. VULPIAN.

Après avoir fait de nombreuses recherches sur la réunion des nerfs d'origine différente, en suivant ainsi, de même que plusieurs physiologistes, la voie ouverte par M. Flourens, nous avons été amenés à reprendre l'étude d'une question qui paraissait avoir depuis longtemps reçu une réponse définitive.

On sait que lorsqu'un nerf a été séparé des centres nerveux ou déjà du ganglion spinal par une section complète, il subit, dans sa partie périphérique, une altération progressive bien connue (2), par suite de laquelle la substance médullaire des tubes disparaît entièrement. Si le segment périphérique se réunit au segment central, ce segment passe par une nouvelle série de modifications qui le ramènent peu à peu à la structure normale et lui restituent ses propriétés physiologiques.

Mais est-il bien certain que, suivant l'opinion universellement adoptée, la partie périphérique d'un nerf, séparée du centre nerveux, reste altérée, tant qu'une réunion ne s'est point faite entre les deux segments disjoints par l'expérience? Doit-on par conséquent s'empresser de considérer comme une preuve de réunion physiologique entre le segment périphérique d'un nerf et le segment central d'un autre nerf qu'on a rapprochés artificiellement, soit même entre les deux segments correspondants d'un même nerf, la régénération des tubes nerveux dans le segment périphérique?

Des expériences faites avec la plus scrupuleuse attention, nous ont donné des résultats tout à fait opposés à ceux qui ont cours dans la science.

Nous avons vu sur des chiens, des cochons d'Inde et des poules, des segments périphériques de nerfs, tout à fait séparés du segment central, devenir le siége d'une régénération très-étendue, après avoir subi, comme nous nous en sommes assurés, une altération complète. Nos expériences ont été faites sur des nerfs mixtes (*sciatique*, chez des cochons d'Inde; *médian* sur des poules); sur des nerfs moteurs (*hypoglosse*, chez des chiens), et sur des nerfs sensitifs (*lingual*, chez des chiens).

1° (*a*) *Nerf sciatique*. — Sur un jeune cochon d'Inde, on a reséqué une portion du nerf sciatique. Dix mois après, on trouve encore un centimètre de distance entre les deux bouts séparés. Régénération du bout périphérique.

(*b*) *Nerf médian*. — Resection de plus d'un centimètre de ce nerf sur des poulets très-jeunes, le 28 juin 1859. Le 4 octobre, sur l'un d'eux, quoiqu'il n'y ait pas de vraie réunion, il y a régénération du bout périphérique.

(1) Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Flourens.

(2) Cette altération n'est pas la mort du nerf. Comme l'a dit M. Flourens, « les diverses parties du système nerveux peuvent être plus ou moins complétement séparées du reste du système, et conserver encore *un certain degré de vie ou d'action*. C'est par ce degré vie ou d'action qui leur reste que ces parties sont susceptibles de se rapprocher des parties dont on les a séparées, de se réunir avec elles, et de recouvrer ainsi, dans certains cas, par cette réunion, et *la plénitude de leur vie*, et *le plein exercice de leurs fonctions*. » (RECH. EXPER. SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX; 2e édition, 1842; p. 266 : *Expériences sur la réunion des nerfs*.)

2° *Nerf hypoglosse*. — Sur quatre très-jeunes chiens, qui ne sont plus à la mamelle, on resèque un centimètre du nerf hypoglosse, le 19 janvier 1859. Chez l'un d'eux, le 12 juin, on trouve un intervalle de 12 millimètres entre les deux segments du nerf. Le segment périphérique est en grande partie régénéré.

3° *Nerf lingual*. — Sur des chiens de 3 à 4 mois, on a reséqué un centimètre du nerf lingual, le 8 août 1859. Le 28 septembre, il n'y a pas de réunion. Le bout périphérique contient de nombreux tubes restaurés.

Dans tous ces cas, les tubes restaurés étaient grêles et prenaient en grand nombre l'aspect variqueux. Nous décrirons ailleurs les caractères de cette régénération, au début et dans les périodes consécutives.

Non-seulement le segment périphérique d'un nerf peut se régénérer sans s'être réuni au segment central correspondant; mais encore un segment séparé par deux resections de la périphérie et du centre peut, en demeurant isolé, offrir une régénération plus ou moins complète. (*Nerf lingual*, examen fait trente-huit jours après l'expérience : chien âgé de 6 mois au moment de l'examen.)

Lorsque le segment périphérique d'un nerf divisé s'est régénéré sans réunion avec le bout central, si l'on fait une nouvelle section sur ce segment, il y a de nouveau altération dans la périphérie. (Effet constaté au bout de dix jours, chez un chien, sur le *nerf lingual*, qui s'était régénéré en partie après cinquante jours.)

En même temps que les tubes nerveux se montrent avec tous leurs caractères dans le segment périphérique d'un nerf moteur ou mixte séparé du segment central correspondant, et par conséquent du centre nerveux, la motricité reparaît aussi. On voit ainsi renaître la fonction en même temps que l'organe. Quant aux nerfs sensitifs (*lingual*), l'induction permet de supposer que leur propriété se rétablit à l'état virtuel.

D'après ces recherches, il faudrait bien se garder d'affirmer qu'il y a réunion fonctionnelle entre deux segments d'un nerf ou de deux nerfs différents, en se fondant uniquement sur la restauration des tubes de la partie périphérique. Le rétablissement des fonctions, comme l'a observé M. Flourens, ou bien le passage des excitations, soit électriques, soit surtout mécaniques, à travers la réunion, telles sont les preuves décisives que l'on doit invoquer.

C'est parce que les faits que nous indiquons aujourd'hui n'étaient pas connus que MM. Gluge et Thiernesse, dans le mémoire qu'ils ont récemment présenté à l'Académie, ont admis que « les nerfs isolés de leurs centres nerveux conservent encore, pendant quatre mois, la faculté de produire de fortes contractions musculaires. » Ces nerfs s'étaient certainement altérés dans toute leur longueur, puis régénérés, pendant le temps qui a séparé le jour de la section de celui de l'examen des nerfs.

Enfin, nous ferons remarquer que les animaux qui ont servi à nos expériences étaient tous très-jeunes; et c'est là une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte. Quant à ce qui concerne les animaux adultes, nous n'avons pas fait d'expériences sur eux dans ces derniers temps; et, bien que les résultats que nous consignons dans cette note nous portent à concevoir quelques doutes sur les conclusions qu'on a admises jusqu'ici, cependant elles sont dues à des observateurs assez haut placés dans la science pour que, en l'absence de faits personnels, nous soyons tenus à la plus grande réserve (1).

3° REMARQUES SUR LES EXPÉRIENCES DE MM. PHILIPEAUX ET VULPIAN, SUR LA RÉGÉNÉRATION DES NERFS; par M. SCHIFF (de Francfort), professeur d'anatomie à Berne.

M. Schiff croit devoir affirmer que les résultats annoncés par M. Vulpian ne se retrouvent pas chez les animaux adultes ou un peu avancés dans leur développement. Ses expériences ont été exécutées sur des rongeurs, des chèvres, des chiens, des chats et des oiseaux; et jamais il n'a vu une régénération des tubes dans la partie périphérique du nerf, s'il n'y avait pas réunion avec la partie centrale. L'examen microscopique avait été fait non-seulement dans les premières semaines après la resection, mais encore après six mois, neuf mois, un an, dix-huit mois et quelquefois plus tard. M. Schiff s'est servi de la potasse caustique pour rendre plus transparents les filets nerveux dégénérés.

Ce réactif permet de distinguer un seul tube intact au milieu de quelques centaines de tubes dégénérés. Il est vrai que la plupart des animaux qui étaient les sujets de ces expériences étaient adultes, mais les chats n'étaient jamais plus âgés que de 5 mois, et la plupart des lapins étaient dans leur première année.

Dans aucun cas, l'excitabilité des nerfs moteurs n'était revenue après la resection, s'il n'y avait pas réunion des tronçons.

Je crois donc que les résultats de M. Vulpian dépendent de l'âge très-tendre des animaux sur lesquels il a fait ses expériences.

Il paraît en effet que, dans le très-jeune âge, la végétation des nerfs serait plus indépendante des centres, ou que les points que nous avions désignés sous le nom des *foyers végétatifs des nerfs*, et qui sont distincts des centres de l'action nerveuse, sont multipliés dans le très-jeune âge.

(1) Cette note est le résumé d'un travail très-complet sur cette question de physiologie expérimentale *de la régénération des nerfs*, qui fera partie des mémoires de la Société (Voy. à la fin du volume).

Dans l'adulte, la plupart des nerfs n'ont qu'un seul foyer nutritif; cependant il y en a qui ont encore deux et même trois foyers nutritifs, qui sont situés ordinairement au niveau des ganglions.

Il paraît que, dans la vie embryonnaire, l'indépendance des troncs nerveux est encore plus grande que dans les jeunes animaux; car, dans les cas d'atrophie ou même d'absence complète de la moelle, on trouve quelquefois, sur des fœtus, les nerfs du mouvement (racines antérieures) complétement intactes et sans altération pathologique.

J'ai trouvé que, sous ce rapport, les rongeurs, pendant l'état d'hibernation, se rapprochent un peu de l'état fœtal. L'altération paralytique des nerfs ne manque pas après leur séparation de la moelle, mais cette altération fait des progrès extrêmement lents.

Quant aux expériences de MM. Gluge et Thiernesse, sur la persistance ou le retour de l'excitabilité motrice dans l'hypoglosse, longtemps après la section, et que M. Vulpian invoque en faveur de ses observations, il est facile de démontrer que ces expériences ne prouvent absolument rien contre la doctrine généralement adoptée, puisque les auteurs ont négligé plusieurs circonstances qui pourraient très-bien avoir amené les résultats singuliers dont ils parlent dans leur mémoire.

Si MM. Gluge et Thiernesse ont vu qu'après la réunion du bout central du nerf lingual, avec le bout périphérique du nerf hypoglosse, il n'était pas possible de produire des mouvements de la langue en irritant le bout central du lingual, et que néanmoins quelques fibres normales se montraient dans la partie périphérique qui appartenait à l'hypoglosse coupé, ils ont vu absolument la même chose que j'ai décrite en 1852. Mais, de plus, j'ai prouvé alors que les fibres qui redeviennent normales dans l'hypoglosse sont des vasomoteurs qui doivent leur régénération à la réunion aux bouts centraux des fibres vasemotrices qui se trouvent dans le tronçon du lingual.

Quant aux mouvements que ces auteurs disent avoir obtenu immédiatement après la mort de l'animal par l'irritation du nerf hypoglosse coupé depuis plusieurs semaines, ils paraissent avoir confondu les oscillations paralytiques, qui sont surtout apparentes dans les muscles de la langue, ou les contractions que l'on voit dans ces muscles immédiatement après la cessation de la circulation sanguine avec les mouvements provenant de l'irritation nerveuse. Du moins il n'est pas question, dans le mémoire indiqué, de ces mouvements que nous avons décrits depuis longtemps, et qui sont si apparents dans les muscles dont MM. Gluge et Thiernesse ont fait le sujet de leur observation, que, dans mes cours, je les choisis ordinairement pour démontrer les oscillations paralytiques.

BIBLIOGRAPHIE.

LE CODE DES JEUNES MÈRES, TRAITÉ DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES NOUVEAU-NÉS; par M. le docteur A. CARON. — Paris, chez Germer Baillière.

CONSEILS AUX MÈRES, OU DE L'HYGIÈNE DU NOUVEAU-NÉ; par M. le docteur GUIET (du Mans). — Le Mans, chez Dehallais et du Temple.

Les traités d'hygiène populaire se sont assez multipliés dans ces dernières années, sans parler des nombreux articles consacrés à cette branche intéressante des sciences médicales par diverses encyclopédies. Jusqu'à quel point les auteurs de ces travaux ont-ils atteint le but estimable qu'ils se sont proposé, d'être lus et compris de tout le monde? C'est ce que nous n'oserions dire : il y a dans les œuvres de cette nature un écueil bien difficile à éviter; obligé d'entrer dans certains détails scientifiques, d'employer certaines expressions techniques, l'auteur est quelquefois mal à l'aise dans son sujet : mettre la science à la portée de tous est une tâche difficile à remplir. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de ces volumes, paraphrase plus ou moins longue d'une ligne trop courte de l'almanach des adresses; nous n'avons en vue que les livres consciencieusement écrits par des auteurs consciencieux, et certes c'est à cette catégorie qu'appartiennent les honorables praticiens dont nous allons analyser l'œuvre récente. M. Caron est un des praticiens de la capitale avantageusement connus, l'un des membres les plus actifs de la Société médico-pratique. Quant à M. le docteur Guiet, ancien interne de nos hôpitaux, actuellement médecin au Mans, il a déjà publié dans ce journal même plusieurs mémoires intéressants sur les maladies de l'enfance.

Le sujet qu'ils ont choisi est loin d'être nouveau; de toutes les branches de l'hygiène, celle qui a trait à la première enfance est celle qui a le plus préoccupé les auteurs tant anciens que modernes; la question, en effet, toute circonscrite qu'elle est, offre un grand intérêt pratique; il est évident, en principe, que pour régénérer l'espèce humaine, au physique comme au moral, c'est à l'enfance qu'il faut d'abord s'adresser. Aussi les économistes et les philanthropes de tous temps et de tous pays ont-ils dirigé leurs efforts de ce côté, et l'on doit, en faveur de l'honorabilité du but, pardonner à quelques-uns certaines excentricités, depuis l'éducation un peu trop accentuée de Lycurgue jusqu'aux concours d'enfants avec primes, proposés par M. Barnum et M. le docteur Munaret. MM. Caron et Guiet n'ont pas été si loin; ils veulent seulement faire en sorte que la mère et l'enfant se portent bien, et c'est pour atteindre cet heureux résultat qu'ils viennent offrir leurs conseils.

Ces conseils, M. Caron voudrait les transformer en véritable règle de conduite; c'est ainsi, du moins, qu'on en peut juger par son titre : LE CODE DES JEUNES MÈRES. Nous supposons que, par *jeunes* mères, l'auteur veut parler de celles qui le sont pour la première fois, pensant que celles qui ont déjà élevé plusieurs enfants sauront parfaitement s'y prendre pour ceux qui pourront leur survenir encore. Cependant, nous engageons aussi celles-là à lire l'ouvrage de M. Caron ; toutes ne peuvent qu'y gagner.

Du reste, l'auteur n'a pas la prétention d'avoir rien inventé en matière d'hygiène des nouveau-nés; il s'est borné à grouper, « d'après une méthode particulière, et sous une forme agréable, » les enseignements de l'expérience. Attristé « des coutumes routinières qui abâtardissent les générations actuelles, » il a voulu attaquer le mal *ab ovo*; il a voulu « intéresser les nourrices, les bonnes mères de famille, à ce point de leur faire prendre à cœur les devoirs de leur condition, et de leur faire aimer les charges que la nature leur a dévolues. »

Après quelques considérations rapides sur les droits et les devoirs de la femme dans l'état social, l'auteur, venant à son sujet, établit, avec Mauriceau, l'influence de la mère sur le fœtus pendant la gestation, et celle de la santé générale de la femme sur la santé future de son rejeton ; puis, arrivant à la physiologie de la femme enceinte, il entre véritablement dans la question pratique, et signale minutieusement les précautions à prendre au début de la grossesse, traitant en particulier des bains, de l'exercice et de la délicate question des rapports conjugaux, qu'il autorise, avec modération toutefois.

Avant d'aller plus loin, nous demanderons à M. Caron, pourquoi il a restreint ses conseils à une certaine classe de la société, pourquoi il s'adresse exclusivement à « la femme possédant le bien-être social qui lui permet de satisfaire aux exigences de la maternité, de se procurer toutes les douceurs de sa position. » Sans doute, tel est le cas des clientes de l'auteur, mais ce n'est pas celui de toutes les mères, et c'est à elles toutes que s'adresse son ouvrage. Il est vrai que, dans les classes laborieuses de la société, la femme, obligée de travailler pour vivre, ne peut le plus souvent suivre à la lettre les règles de l'hygiène. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes dont la grossesse n'interrompt pas un seul instant les occupations; nous nous rappelons même une femme, faisant le service de la poste dans une commune rurale des environs de Paris ; cette malheureuse, non-seulement n'interrompit point un seul jour sa tournée habituelle, mais encore, le jour même de ses couches, se releva pour faire son pénible service.

Après s'être occupé de la mère, M. Caron consacre le reste de son livre aux soins à donner à l'enfant ; et nous n'avons que des éloges à donner à la manière claire, simple et élégante dont il a traité ce sujet, en apparence un peu *puéril*. C'est surtout pour décider les mères à allaiter elles-mêmes leur enfant, et les convaincre des avantages qui résulteront pour elles de l'accomplissement de ce devoir sacré, que M. Caron a eu d'heureuses inspirations. Sans atteindre à la hauteur où s'est placé J.-J. Rousseau dans les pages de l'ÉMILE ; sans faire un aussi vif appel au sentiment, il a su néanmoins trouver, pour ce conseil, des accents vraiment chaleureux. Plus heureux même que l'auteur de l'ÉMILE, il a pu joindre l'autorité du médecin à celle du philosophe, et, après la voix du devoir, faire entendre celle de l'intérêt, en représentant l'allaitement comme « le meilleur, le plus sûr moyen de prévenir cet engorgement laiteux des seins, ces états fébriles si périlleux dans l'état puerpéral, le moyen de détourner ces fluxions congestives de l'utérus, source trop fréquente de toutes ces affections organiques de la matrice. »

La voix de la sagesse n'est pas toujours entendue; M. Caron a prévu le cas où ses conseils ne seraient pas suivis ; aussi a-t-il traité avec un soin tout spécial le chapitre consacré à l'allaitement par une nourrice ou par des procédés artificiels. A propos du biberon, il s'élève en passant contre l'usage immodéré du sucre dans ce mode d'alimentation.

Le reste de l'ouvrage est plein de détails intéressants et de recommandations utiles, souvent minutieuses. Nous citerons notamment le chapitre consacré à la toilette de l'enfant. La prédilection de l'auteur pour le jeune âge se traduit presque à chaque page; volontiers il pourrait prendre pour épigraphe le *Sinite venire ad me parvulos*.

En somme, le livre de M. Caron est l'œuvre non-seulement d'un véritable philanthrope, mais encore d'un praticien éclairé; nous nous permettrons pourtant de lui adresser un léger reproche : entraîné par son sujet, l'auteur semble avoir oublié parfois que son ouvrage est adressé aux gens du monde, et s'est plu à tracer aux praticiens la conduite qu'ils doivent tenir. Ainsi, à propos de la ligature du cordon ombilical : « Mieux vaudrait, dit-il, appliquer préventivement une ligature plus serrée, dite de précaution, que de risquer à voir surgir une hémorrhagie qui, toujours, jette du discrédit sur la conduite de l'accoucheur ou de la sage-femme, et fait mettre en doute le mérite du médecin, ou au moins le fait taxer d'imprudence. » (P. 80.)

Un peu avant (p. 76) : « Il convient aussi que le médecin soit paisible spectateur des douleurs de la femme; qu'il soit assez grave et assez circonspect pour ne point exciter la susceptibilité de la malade..., ne point aborder la femme avec des manières brusques; y mettre toute la décence due à son ministère, et ne point pratiquer un toucher intempestif trop multiplié que rien ne pourrait légitimer. »

Peut-être M. Caron n'a-t-il pas réfléchi à la prévention que ces préceptes, appuyés de son autorité, pourraient créer contre le praticien qui croirait devoir s'en écarter pour des raisons dont seul il peut être juge, et dont nous n'avons pas à faire entrevoir ici la possibilité.

— Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, il nous reste peu de chose à dire du livre de M. Guiet; il est à peu près semblable pour le fond à celui de M. Caron, ce qui d'ailleurs ne pouvait être autrement, tous les deux ayant traité le même sujet au même point de vue, celui de la raison et de l'expérience.

Quant à la forme, elle est un peu moins philosophique. C'est un praticien instruit écrivant pour ses clients. A part les prolégomènes où l'auteur s'est laissé aller à quelques considérations morales sur le mariage et l'éducation, le reste de l'ouvrage est écrit avec une élégante simplicité qui le met vraiment à la portée de toutes les mères. M. Guiet a varié agréablement ses préceptes par des exemples et des anecdotes empruntées à ses souvenirs; il cite entre autres le fait d'une dame qui, redoutant pour son fils l'époque du sevrage, avait continué de l'allaiter jusqu'à près de trois ans. Un jour qu'il jouait, elle l'appelle pour lui donner le sein. « Merci, maman, dit-il, je n'en veux plus. »

Dans le chapitre relatif à l'allaitement artificiel, l'auteur s'élève avec force contre l'élevage mercenaire de l'enfance par des mains avides et inintelligentes; il ne saurait avoir trop de réprobation pour le fameux système des *bouillies coup sur coup*. Ce qu'il dit n'est pas exagéré; pour peu que l'on ait exercé dans les campagnes, on est bien vite frappé de la mortalité considérable qui atteint les enfants confiés aux nourrices *sèches*; celles-ci partent le matin pour leurs travaux des champs, laissant quelquefois deux ou trois nourrissons à la garde d'un enfant de 3 ou 4 ans, lequel a pour consigne de leur donner de la bouillie à satiété; heureux encore les pauvres enfants quand on ne leur donne que de la bouillie!

Après quelques pages sur la vaccination, lesquelles terminent la partie consacrée à l'éducation physique du jeune âge, l'auteur se préoccupe de son éducation morale et donne aux parents des conseils dont nous ne saurions trop louer la sagesse. Il insiste, par exemple, sur la nécessité d'aguerrir l'enfant contre la peur, en l'habituant, dès les premiers jours, à rester éveillé dans son berceau, sans avoir personne autour de lui et même dans l'obscurité. Un peu plus tard surtout, on se gardera de lui inspirer des frayeurs imaginaires, revenants, Croque-Mitaine, etc. A ce propos, nous pourrions fournir à M. Guiet un exemple de ce qu'il avance : Lorsque nous commençions nos études anatomiques, notre jeune frère, âgé de 4 à 5 ans, s'était très-vite familiarisé avec la présence d'un squelette dans notre chambre, jouant parfois avec lui, et tout fier de pouvoir désigner à quelle partie du corps correspondait tel ou tel os.

— En résumé, MM. Caron et Guiet nous semblent avoir réussi, chacun d'une manière distincte, à écrire un livre utile et intéressant, tous deux ont mérité l'*omne tulit punctum* qu'ils souhaitent dans leur préface; aussi souhaitons-nous nous-même vivement que leurs *conseils* deviennent véritablement le *code* des mères. Malheureusement, il est déjà bien difficile de faire entendre au sexe fort de bons conseils et de sages leçons; que sera-ce donc quand on s'adresse à ce sexe faible et léger par essence, si accessible aux commérages et aux préjugés de toute espèce.

Sans nul doute c'est au médecin qu'il appartient de détruire toutes ces préventions fâcheuses; mais ce n'est pas seulement par ses écrits, c'est surtout en personne et en étayant la parole de tout l'ascendant moral que lui donne la confiance de ses clients, qu'il doit rappeler aux hommes la maxime fondamentale de l'hygiène : « Préserver vaut mieux que guérir. » C'est le devoir qu'accomplissent journellement tous nos praticiens; que ne sont-ils plus souvent écoutés!

E. SALVA.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté du 16 novembre, M. Lasègue, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de suppléer, pendant le premier semestre de la présente année scolaire, M. Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale.

— Par arrêté du même jour, M. Andrieu, professeur suppléant à l'École préparatoire d'Amiens, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Boucher, décédé.

M. Lenoël, prosecteur d'anatomie à l'École préparatoire d'Amiens, est nommé professeur suppléant, en remplacement de M. Andrieu, nommé professeur adjoint.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris avait mis au concours la question *Des congestions sanguines dans les fièvres*, pour un prix de la valeur de *quinze cents francs*, à décerner en 1859.

Sur le rapport de M. Monneret, la Société a décidé, dans sa séance de mercredi dernier, qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, et elle a accordé, à titre de *récompense* :

Une médaille de 700 francs à M. le docteur Bucquoy (Jules), médecin à Paris;

Une seconde, de 500 francs, à M. le docteur Desnos (Louis-Joseph), médecin à Paris;

Et une troisième de 300 francs, à M. le docteur Ailland (Amédée), médecin des hospices de Beaucaire (Gard).

— Le concours de l'agrégation (section de médecine) compte 23 concurrents pour 7 places.

— M. le docteur Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, qui était depuis quelque temps convalescent d'une maladie grave, vient d'être enlevé par une apoplexie foudroyante.

— Le docteur Corrado Taddei (de Gravina), médecin-directeur du manicôme « alla Fregionaja » de Lucques (Toscane), qui avait été blessé au bas-ventre, le 3 juin dernier, par un servant qui l'attendait lorsqu'il faisait la visite de nuit de cet établissement, a succombé le 15 octobre dernier, âgé de 48 ans seulement.

— Dimanche 20 nov. a eu lieu le grand banquet pour célébrer le vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'Université de Bruxelles.

Les dimensions du local ont forcé la commission organisatrice de la fête à fermer la liste de souscription au nombre de 350.

Le nombre des convives se serait élevé à 500, au moins, si le local l'avait permis.

La veille avait eu lieu, dans la salle gothique de l'hôtel de ville, le grand banquet offert par M. Ch. de Brouckere, bourgmestre de la ville de Bruxelles, à l'administration et au corps enseignant de l'Université. Le gouverneur du Brabant, la députation permanente, le conseil communal et un grand nombre d'illustrations du pays y assistaient.

Cette fête a été digne du premier magistrat de la capitale.

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'accorder à l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon une subvention de 3,000 fr. pour servir à des améliorations particulièrement profitables aux malades pauvres.

— La monarchie autrichienne renferme 330 hôpitaux publics civils et 159 militaires. On y soigne en moyenne 400,000 individus par an. Il y a de plus 40 maisons d'aliénés avec environ 6,000 malades; 40 Maternités avec 60,000 naissances par an; 33 maisons d'enfants trouvés avec environ 24,000 enfants.

— Le DROIT annonce que le sieur Vriès vient d'être arrêté sous l'inculpation d'homicide involontaire, un malade ayant succombé après avoir pris des médicaments prescrits par le docteur Noir.

— M. Cl. Bernard commencera son cours au collége de France le mercredi 7 décembre, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur traitera de la *pathologie expérimentale* et de la *physiologie opératoire*.

Le mercredi, la leçon sera consacrée à la *pathologie expérimentale*.

Le vendredi, la leçon sera pratique, et aura pour objet la *physiologie opératoire*.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — INFLUENCE DE L'ACIDE CARBONIQUE SUR LA CICATRISATION DES PLAIES : MM. LECONTE ET DEMARQUAY. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LA CHORÉE : MM. BLACHE, BRIQUET. — L'AUSCULTATION DE LA TÊTE : MM. KERGARADEC, HENRI ROGER. — NOUVEAU PROCÉDÉ ANESTHÉSIQUE.

Le 25 avril dernier, MM. Leconte et Demarquay présentaient à l'Académie des sciences le résumé d'une série d'expériences qu'ils avaient instituées sur les animaux, dans le but de déterminer l'influence de l'air, de l'oxygène, de l'hydrogène et de l'acide carbonique sur la guérison des plaies sous-cutanées. Ces travaux se liaient, par une filiation naturelle d'idées, à la discussion récente encore, au moment où ils furent entrepris, à laquelle avait donné lieu, à l'Académie de médecine, l'appréciation de cette importante découverte chirurgicale (la méthode sous-cutanée). MM. Leconte et Demarquay, au nombre des conclusions auxquelles les avaient conduits leurs recherches, et que l'on retrouve reproduites *in extenso* dans nos comptes rendus académiques hebdomadaires, avaient fait remarquer l'influence particulièrement favorable qu'exerce l'acide carbonique mis en contact avec les tissus divisés dans les plaies sous-cutanées, sur la prompte organisation de ces tissus, amenant cette réparation plus rapidement encore que celle déjà si prompte que l'on observe dans les divisions de tissus faites à l'abri du contact de l'air. Cette particularité, ajoutaient-ils, semblait confirmer le pronostic formulé par Priestley, qui devinait, dès le siècle dernier, le rôle que devait jouer dans la réparation des plaies l'acide carbonique.

Une étude ultérieure a témoigné de la justesse de cette appréciation. MM. Leconte et Demarquay viennent de communiquer à l'Académie des sciences, dans sa dernière séance, le résultat des nouvelles expériences dans lesquelles ils se sont attachés à vérifier leurs premiers aperçus sur la valeur réparatrice d'un milieu d'acide carbonique. Aidés dans leurs essais par les merveilleuses ressources qu'offre l'emploi du caoutchouc vulcanisé, ils ont pu maintenir pendant des heures, dans un bain d'acide carbonique, et sans communication aucune avec l'air extérieur, des membres porteurs de ces plaies rebelles à la cicatrisation, et qui font si souvent le désespoir des chirurgiens; telles que des ulcères gangréneux, des plaies diphthéritiques, des ulcères atoniques, variqueux, etc... Quant aux ulcères empreints d'un caractère plus terrible, et où l'espoir ne pouvait être conçu de modifier aucunement le fond de la maladie, sa superficie n'a point résisté au bienfaisant contact du gaz. Les écoulements fétides, dont l'odeur trahit si cruellement l'origine dans les salles de chirurgie consacrées aux femmes, ont perdu, pendant toute la durée des applications, tout ou partie de leurs caractères, et il était facile, après quelques jours de ce traitement, de reconnaître, chez ces malheureuses, un changement apparent qui, à lui seul, était un bienfait. Par contre, une suspension du traitement d'un ou deux jours pouvait facilement se lire sur leur faciès caractéristique. C'est un témoignage que le sentiment de la vérité nous oblige à rendre, ayant pu, en maintes circonstances, constater, par notre propre observation, un grand nombre de ces résultats dans le service chirurgical de la Maison municipale de santé où étaient suivies ces expériences.

On connaît déjà les avantages des injections d'acide carbonique au point de vue de son action sur l'élément douleur; les nouveaux travaux de MM. Leconte et Demarquay, dans lesquels nous nous plaisons à reconnaître la marche progressive et soutenue d'une idée, mettent en évidence l'action de ce gaz comme agent modificateur de la nutrition interstitielle et de la plasticité des tissus. La physiologie, non moins que la chirurgie, aura à puiser, dans ces nouveaux enseignements apportés par l'expérimentation clinique : la méthode sous-cutanée a déjà fait justice de l'inflammation adhésive, dévoilé les procédés réels de la cicatrisation normale, l'organisation immédiate; l'étude des variations de ce grand phénomène réparateur, sous l'influence de la variation des milieux, entreprises par nos savants confrères, après avoir fait la part de chaque gaz dans ces modifications, nous conduira peut-être à l'attribution du rôle rempli dans l'assimilation et le renouvellement moléculaire, par chacun de ces éléments normalement dissous dans le sang et les autres humeurs de l'économie. En attendant, la chirurgie peut déjà enregistrer un moyen thérapeutique de premier ordre comme modificateur des plaies interminables.

— Il est dit que c'est vainement que la chorée frappera, pour obtenir un peu de lumière, à la porte de l'Académie. Un second et remarquable rapport de M. Blache est inutilement revenu appeler l'attention de la savante compagnie sur cette maladie : cet appel n'a pas eu plus de succès que la dernière mise en demeure du savant académicien ; cette fois il n'y a pas eu même escarmouche, et la lecture de l'honorable rapporteur, à peine terminée, il n'a pas plus été question de chorée que si la danse de Saint-Guy, car il ne faut pas nous brouiller avec M. Trousseau, n'avait point survécu au seizième siècle. Et cependant, que d'intérêt renferme l'étude de cette bizarre affection, qui, caractérisée et en apparence constituée par le seul désordre musculaire, révèle pourtant, par la multiplicité des symptômes secondaires, la domination exercée par sa cause, latente encore, sur l'économie tout entière. M. Blache l'avait bien noté dans son premier rapport ; analysant un mémoire de M. Marcé, sur l'état mental dans la chorée, et quoiqu'il n'accordât pas aux troubles de l'esprit dans cette maladie la même importance de fréquence que lui attribuait l'auteur et que confirmait M. Trousseau, le judicieux observateur n'hésitait pas à relier le symptôme prédominant et visible, l'agitation musculaire, à un état général de l'organisme tenant sous sa dépendance, nonseulement les fonctions nerveuses, mais encore les fonctions de la vie nutritive.

C'était là une vue utile par excellence, et qui pouvait ouvrir de nouveaux et féconds aperçus sur la nature et l'étiologie de ce singulier désordre fonctionnel que les pathogénistes semblent avoir peur d'attaquer.

Il était peut-être cependant assez difficile de relier le travail, objet du nouveau rapport, avec ces hautes conceptions de pathogénie. Ce travail avait pour auteur l'honorable M. Briquet, et pour objet une nouvelle application thérapeutique de l'électricité. Nos lecteurs en trouveront le résumé dans notre numéro du 5 novembre. C'est le mé-

FEUILLETON.

LE COAL-TAR : NOUVELLE PRÉPARATION. — LA SAPONINE : ÉMULSIONS SAVONNEUSES DE M. LE BEUF, pharmacien de première classe à Bayonne.

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, du *coal-tar* et de son emploi comme agent de désinfection. L'Académie des sciences de l'Institut et l'Académie impériale de médecine ont reçu un grand nombre de communications sur diverses préparations dans lesquelles cette matière résineuse entrait comme base et servait à détruire presque instantanément la mauvaise odeur des plaies. On a même prétendu que cette substance avait la propriété de modifier, de la manière la plus heureuse, les surfaces suppurantes; en un mot, peu s'en est fallu qu'on ne vît dans cet agent thérapeutique une sorte de panacée destinée à remplacer tous les moyens de pansement que l'expérience avait fait adopter.

Nous ne voulons pas faire ici un historique complet du *coal-tar*, de ses propriétés physiques et chimiques, de l'usage qu'on en a fait en bien des circonstances, soit dans l'économie domestique, soit en médecine, non plus que de toutes les modifications apportées dans son emploi. Il nous suffira de dire que la préparation vantée par MM. Demeaux et Corne, et qui consiste dans un simple mélange de coal-tar avec le plâtre, constitue un agent grossier, difficile à manier, salissant tout ce qui le touche, en un mot, peu digne de la main qui doit l'employer.

Un essai de ce genre, aboutissant à un résultat aussi primitif, ne pouvait satisfaire la science pharmaceutique, et l'on se mit à l'œuvre pour obtenir quelque chose de mieux. M. LE BEUF, pharmacien de première classe à Bayonne, eut la pensée d'émulsionner le coal-tar; mais il y avait à cela une grande difficulté : il fallait trouver un excipient capable de tenir en suspension le coal-tar à un état de division extrême, tout en lui conservant ses propriétés désinfectantes. Voici comment M. LE BEUF a procédé :

Conduit par une longue suite de recherches sur les divers agents à l'aide desquels on peut émulsionner un grand nombre de médicaments, ce pharmacien a trouvé dans la saponine un excipient des plus propres à remplir ses vues, et il a publié des travaux qui ont attiré l'attention du monde savant sur un mode de préparation d'une utilité incontestable. M. le professeur Bouchardat, si bon juge en pareille matière, a dit et imprimé que la saponine était appelée à rendre d'importants services dans la pharmacie. Le tout est de s'en procurer en assez grande quantité pour la rendre usuelle. Or la saponine que l'on extrait du *saponaria officinalis* s'y trouve à la vérité en assez grande proportion, mais la plante n'est pas cultivée de façon à donner ce produit en quantité suffisante pour les besoins du commerce. La saponine d'Égypte, *gypsophila struthium*, étudiée par M. Bussy, en contient également beaucoup, ainsi que le marron d'Inde; mais la même objection s'adresse à ces deux végétaux, et il fallait nécessairement chercher une

moire qui a fait le sujet de nos réflexions à propos de la vacance déclarée dans la section de physique médicale, et sur lequel nous nous proposions de revenir.

Le résumé auquel nous renvoyons nos lecteurs ne contient effectivement rien de très-important au point de vue des notions nouvelles qu'il pourrait fournir sur la nature de la maladie. M. Briquet faradise la peau de ses malades, développant sur cette membrane, dans la région des muscles principalement affectés, un échange d'étincelles multipliées et rapides, dont l'emploi est connu sous le nom d'électrisation cutanée. Elle a pour effet une excitation extrêmement vive de la sensibilité locale, mais l'auteur ne lui reconnaît point d'action directe sur le système musculaire. Dans l'opinion de la commission, dont M. Blache était l'éloquent interprète, et, si nous ne nous trompons, dans celle même de l'auteur du mémoire, l'action dont les effets ont été observés par le médecin de la Charité, serait un simple effet dérivatif dont la douleur formerait la base. Il paraît, d'après le témoignage universel, que cette opinion n'aurait rien de calomnieux à l'endroit de la méthode, et que l'on imaginerait difficilement des douleurs plus vives que celles accusées par les martyrs du traitement. M. Blache, un peu sceptique à l'endroit du mérite absolu de cette méthode, au point de vue du nombre des guérisons réelles qu'elle aurait produites, ne la croit pas destinée à un grand accueil de la part de la clientèle civile. Ce serait presque y voir un abus d'influence dans un établissement nosocomial, si la guérison n'était là pour justifier M. Briquet dans ses courageuses tentatives.

M. Blache a noté dans le travail de M. Briquet, mais sans y insister, une circonstance à peine indiquée, et que les premiers comptes rendus n'ont pas reproduite, mais qu'il ne serait pas pourtant sans quelque intérêt de rapprocher de quelques autres éléments présentés par la description de la maladie. M. Briquet rapporte qu'il a parfois observé dans les masses musculaires en proie au désordre choréique, des centres d'hyperesthésie, notés assez confusément, d'ailleurs, également par M. Marcé et d'autres observateurs. Cette remarque a dû sans doute se lier, dans l'esprit de l'auteur du nouveau mode de traitement, à la propriété dérivative exercée par le balai électrique en matière de sensibilité. Il n'y a sans doute là qu'une considération de symptômes; cependant nous la jugeons bonne à relever : elle met un peu d'ordre et d'enchaînement entre la modalité morbide et le moyen dirigé entre elle. L'essai n'est plus aussi purement empirique, et c'est un mérite que nous aimons à lui reconnaître.

Mais ce à quoi nous nous plaisons surtout à nous rattacher, c'est à bien montrer que la fonction sensible, dans la chorée, se trouve affectée, tout autant peut-être, quoique moins manifestement que la motilité, et peut-être même avant elle, et que le trouble de celle-ci n'est peut-être qu'une action réflexe provoquée par la sensibilité troublée. Mais ce qui appert incontestablement, c'est au moins que la névrose appelée et connue sous les traits de danse de Saint-Guy tiendrait bien absolument tout le système rachidien sous sa loi.

D'autre part, il n'est plus contesté que l'intelligence, par les troubles fréquents, n'ait montré qu'elle est aussi tributaire de la même cause morbide; nous pouvons donc, sans crainte d'erreur, reconnaître comme un des instruments de réaction de l'économie contre cette cause, le système cérébro-spinal tout entier.

Ce n'est assurément pas une manière de voir qui mérite le titre de nouvelle; mais il ne suffit pas qu'une réflexion ait été faite une fois pour avoir toute l'autorité qu'on peut lui souhaiter si elle est exacte. Il est nécessaire qu'elle soit de temps à autre non pas reproduite, mais confirmée par des observations nouvelles, des rapprochements inattendus. Or ces derniers rapprochements entre les aberrations de la sensibilité localisées dans le système musculaire, les réactions du système moteur, les sympathies cérébrales, ne sont pas à dédaigner pour arriver, sinon à une détermination précise de la nature de la maladie, au moins à des analogies pathologiques qui conduiront peut-être un peu plus loin quelque jour.

Ainsi ces derniers troubles dont nous venons de parler, ces trois catégories de perversions fonctionnelles, se retrouvent toutes les trois encore réunies dans une névrose formidable, objet aujourd'hui de précieuses recherches, nous voulons dire l'épilepsie. Voilà quelques traits de consanguinité entre deux affections bien obscures toutes deux. Ces liens de parenté pourront peut-être se voir utilisés un jour et servir à l'histoire de l'une et l'autre affection dans leurs points de similitude et dans leurs dissemblances. Ces centres d'hyperesthésie musculaire n'auraient-ils rien de commun ou de comparable avec l'aura epileptica, l'hérédité ne serait-elle pas souvent un trait d'union entre ces manifestations désordonnées, etc., etc. ?...

Voilà autant de questions, et ce ne sont pas les dernières qu'on peut poser avec avantage aux pathogénistes, et sur lesquelles l'Académie sera peut-être un jour tentée d'ouvrir un débat. Quant à présent, bornons-nous à reproduire la conclusion acquise jusqu'ici, la dépendance d'une cause unique et spéciale de tous ces symptômes, divers en apparence, et leur nécessaire admission à tous dans la phrase complète destinée à formuler les traits généraux de cette singulière affection.

— La séance a été close par plusieurs rapports de M. Kergaradec, tous relatifs à la question soulevée par des médecins américains et allemands, prétendant tirer de grands, ou au moins de nouveaux résultats pour la séméiologie et le diagnostic des maladies cérébrales, de l'auscultation appliquée à la tête. La principale place dans cette série de communications de l'honorable rapporteur était occupée par le compte rendu du travail critique et analytique présenté à l'Académie le 11 octobre dernier par M. Henri Roger sur cette même question, et n'en était, nous pouvons le dire, qu'une intelligente paraphrase. Les prétentions des partisans de cette nouvelle application de la belle découverte de Laënnec se sont vues considérablement réduites, tant par la discussion expérimentale à laquelle s'est livrée M. Roger que par l'assentiment de la commission académique. Il a été unanimement reconnu, conformément aux conclusions détaillées de chaque portion du remarquable travail de notre savant confrère, qu'aucune affection cérébrale, ni méningite, ni convulsions, ni épanchements, ne pouvait être reconnue d'une façon tant soit peu probable au moyen de l'auscultation appliquée aux parois crâniennes. A cet égard, les avantages conquis par la science du diagnostic et annoncés par MM. Fisher (de Boston), Whitney, Hennig (de Leipsick), sont parfaitement imaginaires.

Mais, en revanche, dans ses études sur ce point de physique appli-

---

source plus abondante d'un produit nécessaire. Après avoir acquis la certitude que le coal-tar se suspendait parfaitement dans la saponine et que le liquide obtenu était d'un emploi facile dans la pratique ordinaire des pansements, M. Le Beuf, qui avait fait dans d'autres circonstances un grand nombre de recherches sur les moyens d'émulsionner les corps gras, les résines, les baumes, etc., pensa que l'écorce du *quillaja saponaria* pourrait fournir de la saponine de manière à permettre un facile emploi de cette substance dans la pharmacie. En conséquence, ayant fait venir du Chili une masse de cette écorce, il constata les faits suivants. Mais avant d'entrer dans ces détails, donnons quelques renseignements sur la plante qui fournit cette substance. Voici sa synonymie :

Quillaya Molinæ, Dec.; *Q. saponaria* (Molina); *Smegmadermos*, Dec.; *Smegmadermos emarginata*, Ruiz et Pav.; *Smegmaria emarginata*, Wild, etc.

C'est une rosacée, en arbre, atteignant de grandes dimensions et dont l'écorce cède à l'eau, par simple macération, une grande quantité de saponine. Le *quillaya* est originaire du Chili, il y croît en grande abondance, et son écorce, d'un prix extrêmement bas, sert à tous les usages de la vie domestique. Grâce à sa propriété, tout le monde l'emploie à laver le linge, à dégraisser la laine, et l'écorce s'exporte dans les pays voisins. Au Pérou, dans tout l'Équateur, on a recours à ce moyen si simple pour nettoyer les objets salis; c'est une chose de première nécessité et que la nature fournit à profusion.

M. Le Beuf, en s'occupant de recueillir la saponine contenue dans cette écorce, constata que cette substance, récoltée à vil prix dans le Chili, pourrait être importée en France et donner lieu à de notables avantages industriels. Ainsi la saponine, extraite en grande quantité, remplacerait avantageusement les substances alcalines employées au dégraissage des laines en suint, et chose remarquable, les essais pratiqués par lui ont fourni des résultats de la plus grande importance. Les laines grasses, surtout celles qui viennent de l'Amérique, contiennent une si grande proportion de matières étrangères, que les résidus représentent les deux tiers de la masse totale. Or ces résidus obtenus par l'action de la saponine renferment des éléments azotés pouvant fournir à l'agriculture des engrais presque aussi riches que le meilleur *guano*. Si donc on s'occupait de l'exploitation en grand de ce genre d'industrie, on pourrait en retirer un double bénéfice, sous le rapport industriel et sous celui de l'agriculture. Ajoutons que le fret de ces laines, onéreux en raison du déchet énorme qu'elles subissent, serait avantageusement contre-balancé par la masse d'engrais qu'on pourrait livrer aux terres, et que, par conséquent, la navigation marchande y puiserait une source de bénéfices.

On nous permettra d'ajouter à ces renseignements sur le *quillaja saponaria* et sur ses produits, quelques mots sur des substances analogues que l'on trouve dans les régions équatoriales, et qui pourraient, si elles étaient étudiées sur les lieux par des personnes compétentes, doter l'industrie de certains produits très-utiles. Ainsi à Guayaquil, dans l'Équateur, il y a un fruit que l'on désigne sous le nom de *javoncillo* (petit savon), dont tout le monde se sert pour dégraisser la laine, les vêtements, les ustensiles; une sorte de *brou* qui environne la noix, cède à l'eau une quantité notable de saponine,

quée, M. H. Roger a reconnu que cette même auscultation rend des services inattendus dans le diagnostic des altérations du sang; qu'elle révèle par la constatation d'un souffle céphalique l'état d'anémie que présentent souvent les enfants à la mamelle, particulièrement dans les deux premières phases du rachitisme. Cette circonstance est confirmatrice des vues aujourd'hui incontestées, d'ailleurs, qui ont été jadis développées pour la première fois dans cette même feuille sur l'état général d'altération que le sang présente dans le rachitisme. A cette unique application se bornent, d'après le consciencieux travail de notre honorable confrère, les services à attendre de l'auscultation de la tête; mais quoique limités dans ce cercle étroit, ils ne sont pas pourtant à dédaigner absolument, l'auscultation des vaisseaux du cou chez le très-jeune enfant n'étant pas très-souvent applicable. Pendant le sommeil ou l'allaitement, rien, au contraire, de plus facile que d'interroger leur circulation en appliquant le stéthoscope sur leurs fontanelles.

Pour ne rien laisser d'incomplet dans son travail, M. H. Roger a pris le soin d'y joindre une étude non moins précieuse sur les variations observables dans l'époque à laquelle se ferment les fontanelles. Dans un relevé de plus de trois cents cas, notre savant confrère a reconnu que la limite inférieure moyenne de cette ossification était de quinze mois, et la limite supérieure de trois années.

L'Académie, en adoptant les conclusions de son rapporteur, a accueilli comme il le méritait le travail objet du rapport de M. Kergaradec; travail qui, par son caractère et l'autorité de son auteur, en matière d'auscultation surtout, pouvait être lui-même enregistré dans les archives de l'Académie comme un des *rapports* les plus dignes d'être signés par la commission ou section de physique médicale.

Giraud-Teulon.

On s'entretenait hier, dans les couloirs de l'Académie de médecine, d'une communication verbale faite la veille à l'Institut par M. Velpeau. Il s'agissait d'une méthode nouvelle de déterminer l'anesthésie, et qui ressemble moins à un procédé scientifique qu'à quelque tradition empruntée à l'arsenal des Orientaux, si riche en moyens de procurer l'extase et la catalepsie.

Cette méthode a été importée d'Angleterre en France par M. Azam, professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, et consiste dans la manœuvre suivante :

On tient un objet brillant pendant quatre à cinq minutes, à 20 centimètres de distance des yeux d'une personne, et au niveau de la racine du nez, de manière à déterminer chez elle une sorte de strabisme convergent et supérieur. Au bout de ces quelques minutes, et quatre fois sur cinq, paraîtrait-il, on voit survenir chez cette personne, un état cataleptique et d'insensibilité telle, qu'elle peut subir une opération sans en avoir conscience.

On ajoutait que ce procédé avait déjà été expérimenté, la semaine dernière, dans le service de M. Follin, qui aurait pu pratiquer l'ouverture d'un large abcès chez une femme plongée dans cet état cataleptique, sans qu'elle ressentît la moindre douleur.

La communication précitée disait d'ailleurs que ces faits surprenants, nouveaux pour nous, ne le sont pas chez nos voisins, et qu'on en trouve la description détaillée dans l'Encyclopedie de Todd, à l'article *Sommeil*, et dans un ouvrage publié en 1842 par le docteur Braid, à Manchester, et intitulé Neury Pneumology.

Les réflexions se présentent nombreuses à l'endroit de ces faits surprenants : nous attendrons cependant d'avoir sous les yeux le texte même de la communication faite à l'Académie des sciences, et de celles que feront sans doute les chirurgiens qui ont déjà appliqué cette importation empirique, avant de nous livrer aux appréciations sérieuses qu'elle soulève.

G.-T.

AUSCULTATION.

Recherches historiques et critiques sur l'auscultation céphalique chez les enfants; par le docteur F. Rilliet, ancien médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

PHLEGMASIES CÉRÉBRALES; ÉPANCHEMENTS SÉREUX AIGUS.

D'après le docteur Fisher, ces deux maladies s'accompagnent d'un bruit de soufflet évident. Il cite à l'appui de son opinion deux cas d'hydrocéphalie aiguë (sur deux enfants âgés de 3 ans et de 9 ans), et un cas de méningite franche (sur une jeune fille de 11 mois), dans lesquels il a constaté le souffle pendant plusieurs jours. Wirthgen et Hennig prétendent, au contraire, que l'épanchement séreux aigu, aussi bien que la congestion, affaiblit, puis fait disparaître le souffle en augmentant la tension de la boîte crânienne, tandis que c'est précisément dans cette condition anatomo-pathologique que le docteur Fisher croit trouver la cause du bruit céphalique. Voici, en effet, en quels termes s'exprime ce médecin :

« Il peut se former, dans certains cas pathologiques, un obstacle au libre cours du sang dans les artères de la base du crâne ; le cerveau, qui est renfermé dans une boîte osseuse et qui ne peut se dilater et est lui-même entièrement incompressible, a offert, dans tous les cas où il y avait un bruit de souffle et où l'autopsie a été faite, des traces d'une compression causée soit par de la sérosité, soit par de la congestion des vaisseaux sanguins, ce qui devait nécessairement porter sur les artères compressibles sur lesquelles repose l'organe. »

Que conclure de tout ceci, sinon que si la congestion cérébrale, l'épanchement séreux ou la méningite ne sont pas la cause du bruit de souffle, comme le pense le docteur Fisher, ces états anatomo-pathologiques ne sont pas toujours, comme le croient Wirthgen et Hennig (1), un obstacle absolu à sa transmission ? Il faut partir de ce fait, que

(1) Je répète le titre du mémoire de Hennig parce que plusieurs erreurs typographiques se sont glissées dans le premier article de mon travail : Ueber die bei Kindern am Kopfe und am oberen Theile des Ruckgrats vernembahren Geraeusche.

---

et joue un grand rôle dans l'économie domestique des peuples de ces régions brûlantes. Mais quel est l'arbre qui donne ce fruit?

Est-ce une espèce de *sapindus*, comme celui de la Cochinchine décrit par *Loureiro*, et dont les fruits servent à blanchir les étoffes ou à laver la tête des gens du peuple? Les *sapindus abruptus*, *emarginatus* et *aurifolius* (Linn.), sont d'un usage vulgaire dans l'Inde, à la côte de Coromandel ; le *maduriensis* a le même emploi à Java, et très-probablement c'est une espèce voisine qui est connue dans l'Amérique du Sud sous le nom de *cerise gommeuse*, de *pomme de savon*. Le noyau qui est noir et très-dur sert de bille dans les jeux des enfants, et il est probable que la matière extractive qui se dissout dans l'eau fournirait également une grande quantité de saponine. On peut consulter sur ce point intéressant de la botanique appliquée, un livre dont on ne parle pas assez et qui contient une foule de renseignements qu'on chercherait vainement ailleurs. Le Repertoire des plantes usuelles et des plantes veneneuses du globe, par M. *E.-A. Duchesne*, Paris, 1830, in-8, chez Jules Renouard, est un de ces ouvrages que tout médecin devrait avoir dans sa bibliothèque, et qui vous donne avec la plus grande facilité des détails sur l'origine de tous les produits que la science, l'industrie et les arts emploient au grand avantage des nations civilisées.

Je tiens d'un honorable officier de la marine impériale que l'on trouve sur la côte occidentale de l'Amérique du Nord, entre Panama et la Californie, une liliacée très-abondante dont le bulbe écailleux cède à l'eau dans laquelle on l'agite, un principe savonneux très-abondant ; cette eau devient écumeuse, une mousse blanche la recouvre, comme cela pourrait résulter de l'emploi du meilleur savon de Marseille, et toutes les peuplades fort peu civilisées de ces régions se servent de cette émulsion pour laver les objets à leur usage. Je ne sais rien, malheureusement, sur les caractères botaniques de cette plante, mais il ne serait peut-être pas difficile d'obtenir des renseignements suffisants sur ces produits si utiles.

Ajoutons cependant une considération de quelque intérêt : une écorce comme celle du *quillaja saponaria*, dont la valeur vénale est presque nulle au Chili, dès qu'elle devient un objet de spéculation et surtout d'exportation, prend une importance telle que ses conditions vénales sont à l'instant même bouleversées. L'attention éveillée sur ce point, chacun s'empresse à tirer parti de la circonstance. Les gens qui recueillent le produit, qui le transportent de l'intérieur des terres au point d'embarquement, réclament un fort salaire; il faut payer les frais de magasin, d'emballage, de chargement, et les gouvernements, quels qu'ils soient, ne manquent pas de prélever certains droits de douane. On comprend que le prix de la denrée augmente rapidement, et si l'on y joint celui du fret, vous arrivez bientôt à un chiffre qui ne permet plus de tirer un parti avantageux de cette écorce de *quillaja*, par exemple, que l'on croyait avoir pour rien. Notez que pour obtenir cette récolte, il faut faire des avances aux ouvriers, que les avances sont souvent perdues par le fait des révolutions politiques si fréquentes dans les pays tropicaux, ou bien par l'infidélité des agents qu'il faut employer. Toutes ces chances à courir rendent le commerce difficile, et quand on connaît bien les obstacles de tout genre que l'on rencontre dans des pays peu civilisés, où il n'y a pas de routes, où les besoins matériels des populations sont si petits,

le bruit peut être renforcé par plusieurs des causes que j'ai énumérées plus haut, et qu'il peut être diminné ou supprimé par des conditions inverses; que par conséquent, *dans la même maladie cérébrale*, *ou non*, il sera tantôt apparent, tantôt caché, tantôt fort, tantôt faible, suivant que l'une ou l'autre des conditinns susmentinnnées prédnminera.

Je crois, en particnlier, l'explication de Wirthgen et de Hennig plus plausible que celle de Fisher, et je vois, dans la distension et la tension de la boîte crânienne, plutôt la cause de la disparition du souffle céphalique que la cause de sa production.

La compression excentrique gêne la circulation en comprimant le système veineux ou le système artériel, et par conséquent, quelle que soit la théorie que l'on adopte, elle doit mettre obstacle à la production et aussi à la transmission du bruit céphalique, puisqu'elle s'oppose à la vibration de la fontanelle et des os du crâne, qui est une condition essentielle de la propagation du souffle.

Le docteur Fisher nous semble avoir commis, au point de vue de sa théorie, une double erreur dans son appréciation de la cause de la production et de la disparition du bruit céphalique. Ainsi, il dit que le souffle est produit par la compression que le cerveau distendu outre mesure exerce sur les artères qui rampent au niveau de la base du crâne (il est évident qu'il veut parler de l'artère basilaire), et il en donne pour preuve qu'il le fait disparaître par la compression des carotides. Mais en comprimant les carotides, il doit nécessairement accroître et non diminuer l'impulsion des artères vertébrales, puisqu'elles seules sont momentanément chargées de la circulation encéphalique collatérale. Par conséquent, ces vaisseaux, au lieu d'être rétrécis, doivent être dilatés, et l'exagération du souffle doit dépendre plutôt de leur dilatation que de leur rétrécissement; d'un autre côté, si la compression des vaisseaux produit ou renforce le souffle, comment Fisher peut-il dire qu'il fait disparaître ce symptôme en comprimant les carotides. Il y a là une évidente contradiction; car, suivant sa théorie, cette compression devrait plutôt renforcer le bruit.

Je ne crois pas nécessaire de consigner les remarques des docteurs Fisher et Whitney sur la valeur du souffle céphalique dans l'induration et l'apoplexie cérébrales (Fisher), dans l'endurcissement squirrheux de l'encéphale et dans l'ossification des artères cérébrales (Whitney), toutes ces lésions n'appartenant pas au domaine de la pathologie de l'enfance; aussi, laissant de côté ces questions, qui ne rentrent pas dans le champ de mes études, et qui d'ailleurs offrent peu d'intérêt, je vais aborder le seul point réellement pratique de toutes ces recherches, en m'efforçant de déterminer si le souffle céphalique existe dans l'hydrocéphale chronique.

Fisher, Wirthgen et Hennig affirment que oui; le docteur Roger a d'abord soutenu l'opinion inverse en disant (1) : « Nous-même, dans 12 cas, soit de méningite, soit d'hydrocéphale chronique, avec ou sans tubercule du cerveau, nous avons cherché avec beaucoup de soin, sur toutes les régions du crâne, le phénomène dont il s'agit, et jamais nous n'avons été assez heureux pour le constater. » Dernièrement notre savant confrère paraît avoir changé d'opinion, car il s'exprime en ces termes : « Absent dans l'immense majorité des cas, absent dans la méningite, dans les convulsions, etc., le bruit anormal ne s'est montré que chez quelques enfants atteints d'*hydrocéphale chronique*, et il ne s'est pas montré assez constamment pour qu'on soit en droit de le transformer en un signe des épanchements du cerveau ; ni de sa présence, ni de son absence, on ne saurait conclure à l'existence d'une affection cérébrale quelconque. »

Quant à M. Barthez et à moi, notre opinion ne s'est pas modifiée, et nous persistons à croire que le souffle céphalique n'existe pas dans l'hydrocéphalie chronique. Depuis que nous avons affirmé ce fait, nous n'avons négligé aucune occasion d'en contrôler l'exactitude, et soit à Paris, soit à Genève, nous sommes toujours arrivés au même résultat que précédemment. Nous devons faire remarquer, toutefois, que toutes nos observations sont relatives à des enfants atteints d'hydrocéphalie arachnoïdienne et ventriculaire acquises et non congénitales. Nous avons lu avec beaucoup d'attention les faits cités comme contraires à notre opinion, mais ils ne nous ont pas convaincus. On le comprendra facilement quand je dirai que quelques-uns de ces faits, et en particulier la première observation qui ait été publiée sur le point en litige, et qui appartient au docteur Fisher, nous donne raison au lieu de nous donner tort. Cette observation est reproduite dans les deux mémoires de ce médecin, avec quelques variantes qui ne changent rien au fond de la narration. Je juge cette observation assez importante pour devoir la reproduire en entier, parce que les remarques dont je la ferai suivre sont applicables à plusieurs des faits consignés dans la thèse du docteur Wirthgen.

OBSERVATION DE BRUIT DE SOUFFLET DANS UN CAS D'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

OBS. I. — Boseler, âgé de 2 ans et 7 mois, était, au moment de sa naissance, fort et bien conformé, et il a joui d'une bonne santé jusqu'au moment de la première dentition, qui fut pour lui une époque de souffrance et de maladies. A 13 mois, il n'avait encore que deux dents quand il eut à supporter une forte attaque de choléra; à 18 mois, il ne pouvait encore marcher, et, à cette époque, sa mère crut remarquer que la tête prenait une forme singulière et augmentait notablement de volume. On crut bien faire en l'envoyant à la campagne; mais il resta longtemps faible; sa tête continua d'augmenter de volume, et il offrit un commencement de déviation de l'épine.

Le 16 juillet 1832, il me fut présenté dans l'état suivant : maigreur notable du corps et des membres; les muscles sont flasques, la tête d'un volume considérable, et le cuir chevelu qui la couvre est fortement distendu. Les fontanelles ne sont pas fermées; l'antérieure a un pouce de diamètre et est remplie par une tumeur molle, pulsative, qui fait une légère saillie au-dessus de la surface du crâne. Les sutures frontale et sagittale ne sont pas consolidées. Les sens paraissent intacts, et les facultés intellectuelles ont leur développement ordinaire; mais l'enfant ne peut pas articuler et n'offre aucune disposition à imiter les sons. Depuis quelque temps, il a été sujet à de légers spasmes, et il a quelquefois poussé des cris pendant son sommeil. Les forts battements que présentait la fontanelle antérieure m'ayant excité à appliquer l'oreille sur cette partie, j'y entendis un bruit de soufflet bien distinct; ce bruit était rude, abrupte, semblable à celui d'une râpe, isochrone aux battements de la fontanelle et au pouls artériel; il se répétait 144 fois par minute; on put l'entendre sur tous les points de la surface du crâne, mais il était plus distinct au niveau de la fontanelle antérieure que partout ailleurs. Tout en écoutant ce bruit, je puis distinguer encore un murmure qui accom-

(1) TRAITÉ D'AUSCULTATION, 2e édit., 1854.

---

et où, par conséquent, il n'y a aucun stimulant du travail, on arrive à comprendre qu'un grand nombre de produits se perdent sur le sol où ils naissent, faute de moyens suffisants pour les exploiter.

Ces considérations ne s'appliquent pas aux objets qui sont devenus de première nécessité, comme le *quinquina*, par exemple, dont le débit est assuré et qui représente une valeur positive.

Mais les bois de teinture, certaines matières gommeuses, une résine fortement odorante que l'on recueille au Pérou, et bien d'autres substances, restent perdues au sein des solitudes d'où quelques sauvages en apportent de petites parties dans les villes du littoral, et ne pourront devenir un objet de commerce utile que quand les gouvernements de ces régions, si heureusement privilégiées sous certains rapports, auront compris l'utilité des voies de communication. Tant qu'il faudra huit jours et plus pour parcourir les cent kilomètres qui séparent Guayaquil de Quito, il n'est pas possible que l'on songe jamais à tirer parti de la merveilleuse fécondité d'un sol qui fournit beaucoup plus de produits qu'il n'en faut pour nourrir les habitants du pays.

Cette digression terminée, revenons maintenant à la saponine extraite de l'écorce de *quillaja saponaria*. La teinture alcoolique de saponine marquant à peu près 32° à l'aréomètre, se prépare d'après la formule indiquée par M. Le Beuf dans le mémoire qu'il a présenté à l'Académie des sciences, séance du 4 novembre 1850. On mêle 1,000 grammes de coal-tar avec 2,400 grammes de cette teinture alcoolique, et l'on obtient une combinaison fort active que l'on n'emploie pas sous cette forme, et qui sert à faire l'émulsion saponinée. Il faut que ce mélange reste en digestion pendant huit jours, après quoi l'on décante et l'on filtre au papier. Ainsi préparée cette teinture alcoolique de coal-tar saponiné s'emploie de la manière suivante. On met 100 grammes de cet alcoolat dans 400 grammes d'eau de fontaine, on mêle par agitation et l'on a ainsi une émulsion facile à manier, que l'on injecte dans les foyers purulents, dont on lave les plaies gangréneuses, et qui a la propriété de désinfecter instantanément les produits de la suppuration la plus fétide. Deux honorables médecins, M. le docteur Darrican, chirurgien en chef de l'hôpital de Bayonne, et M. le docteur Petit, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Léon de la même ville, ont employé cette émulsion dans le pansement de plaies très-graves, et ont obtenu les résultats les plus satisfaisants. Nous nous réservons de publier ces faits et d'indiquer les conclusions pratiques qui terminent le travail de ces confrères distingués.

P. MENIÈRE.

— M. Schwann, professeur de physiologie et d'anatomie générale, et M. Simon, professeur d'accouchements à l'université de Liége, viennent d'être promus au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

— M. le docteur J. B. Borelli, chirurgien de l'hôpital des SS. Maurice et Lazare à Turin, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES, vient d'être nommé par S. M. Victor-Emmanuel II officier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

pagne la respiration de l'enfant et une résonnance vive de la voix lorsqu'il crie ou qu'il prononce quelques tons vocaux. Ces deux bruits sont distincts du bruit de soufflet, et l'un de l'autre : ce bruit de soufflet n'existe qu'à la tête, car on n'observe rien de semblable dans le cœur, les gros vaisseaux ou nulle part ailleurs.

L'enfant resta faible et maladif jusqu'à ce que sa dentition fût avancée, et depuis je saisis avec empressement toutes les occasions de l'observer.

Le 19 juillet 1833, voici la note que je pris sur son état :

Depuis un an, la santé de l'enfant s'est graduellement améliorée sous l'influence du traitement auquel il a été soumis, et aujourd'hui l'on ne distingue plus de traces de l'affection hydropique. La tête est beaucoup moins grosse que l'année dernière. Les sutures et la fontanelle postérieure sont consolidées, mais l'antérieure n'est pas encore entièrement ossifiée. Les facultés intellectuelles de l'enfant n'ont point souffert de sa maladie, car il a autant d'activité qu'aucun des enfants de son âge. Il y a quatre mois qu'il a commencé à articuler quelques mots, et aujourd'hui il peut parler et prononcer très-correctement. La déviation de l'épine s'est prononcée de plus en plus et l'a mis dans l'impossibilité de soutenir le poids de son corps et de marcher. A mesure que s'est opérée l'absorption du fluide intra-crânien, ce qui était indiqué par la diminution graduelle du volume de la tête et par l'oblitération des sutures, le bruit de soufflet devint de moins en moins distinct et finit même par disparaître complétement.

Ces renseignements sont les derniers que j'aie pris régulièrement sur l'histoire de ce cas intéressant. Cependant je me suis assuré que, pendant les quatre dernières années et demie, l'enfant a joui d'une santé passable; et malgré la difformité que lui cause la courbure de l'épine, il est à la fois actif et vigoureux. Depuis trois ans, il a suivi l'école régulièrement, et s'y est distingué par son intelligence et la rapidité de ses progrès. Cette dernière circonstance de l'histoire de cet enfant est intéressante, car elle nous donne une nouvelle preuve que l'existence, pendant longtemps, d'un épanchement séreux considérable autour du cerveau, dans la première enfance, n'est pas nécessairement un obstacle au développement des facultés intellectuelles.

N'est-il pas évident que cet enfant était un rachitique et non pas un hydrocéphale? Le retard de la dentition, la courbure de l'épine, l'absence de symptômes cérébraux, l'époque du début de la maladie, sa marche ultérieure et la guérison définitive sont des preuves manifestes de l'existence du rachitisme et de l'absence de l'hydrocéphalie. Je puis faire des remarques analogues à propos des observations IV, V, VI, rapportées dans la thèse du docteur Wirthgen. En effet, il n'est nullement démontré que les enfants qu'elles concernent fussent des hydrocéphales. Il s'agit de trois frères dont le premier, âgé de 5 ans, avait une tête volumineuse, les fontanelles étaient fermées, le bruit de souffle manquait. Son intelligence, ses mouvements et ses sens étaient à l'état normal.

Des deux autres enfants, l'un était âgé de 1 an, l'autre de 3 ans. Ils avaient aussi des grosses têtes, mais ils ne présentaient, pas plus que le premier, aucun symptôme évident d'hydrocéphalie, et en particulier ni convulsions, ni paralysie, ni trouble de l'intelligence ou des organes des sens. Chez eux, le bruit de soufflet était intense, principalement au niveau de la fontanelle antérieure.

Deux autres observations offrent plus de doute quant au diagnostic, et nous ne voudrions pas affirmer qu'il ne s'agit pas, dans ces cas-là, d'une hydrocéphalie congénitale.

Ainsi le premier de ces faits concerne un enfant de 2 ans et demi, sur les antécédents duquel les renseignements manquent. Sa tête était très-volumineuse, mais il n'existait cependant pas, chez lui, de symptôme incontestable d'hydrocéphalie. Ainsi, il était souvent riant, tendait sa main au médecin quand il lui présentait la sienne. Il n'avait aucun symptôme de paralysie; mais, par moment, on voyait le rire sardonique se dessiner sur son visage, les pupilles étaient grandes, mais égales; il était habituellement constipé et avait peu d'appétit. L'auteur ne donne pas la suite de l'observation et ne dit pas quelle a été la terminaison de la maladie (1).

Le fait que nous venons de relater en abrégé n'est donc point un exemple évident d'hydrocéphalie. Celui que nous allons rapporter avec plus de détails offre plus de d'analogie avec cette maladie; mais comme la preuve anatomique a manqué dans ce cas aussi bien que dans le précédent, l'auteur n'est pas en droit d'affirmer la réalité de l'hydrocéphalie.

Obs. II. — Un enfant, âgé de 17 mois, avait la tête très-volumineuse (elle l'était déjà au moment de sa naissance). La fontanelle antérieure était largement ouverte, et l'on y percevait des battements, mais pas de fluctuation. La petitesse du visage contrastait avec l'amplitude de la tête; les globes oculaires étaient dirigés en haut, et les pupilles dilatées, mais égales; la marche était impossible, l'intelligence presque nulle, les mouvements lents; l'enfant aimait à appliquer son visage contre terre; son apathie était grande.

L'auscultation fit percevoir un souffle intense au niveau de la fontanelle et dans la direction de l'artère méningée moyenne, soit à droite, soit à gauche. Le souffle existait aussi au niveau de la fontanelle postérieure, mais moins intense. Deux jours avant la mort, il ne fut plus perceptible sur les parties latérales de la tête. Au niveau de la fontanelle, il n'était plus aussi fort, aussi pur, aussi nettement intermittent qu'auparavant. Il avait pris un ton continu. Le pouls était très-rapide, la diarrhée profuse. L'enfant succomba.

L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

Obs. III. — Le docteur Fisher a publié l'observation d'un enfant de 9 ans, atteint d'hydrocéphalie chronique probablement congénitale, et dont les fontanelles étaient ossifiées, et chez lequel il a constaté une seule fois un léger bruit de soufflet.

Voici en quels termes il s'exprime :

« En appliquant le stéthoscope *sur l'oreille*, sur la tête on entend un léger bruit de soufflet qui paraît plus fort vers la fontanelle antérieure et le long de la suture sagittale. Ce bruit, qui correspond aux battements du pouls, est sec et abrupt. »

L'auscultation ne fut pratiquée qu'une seule fois.

Deux ans et demi plus tard l'enfant succomba.

A l'autopsie, on constata une hydrocéphalie chronique liée très-probablement à la présence de tubercules cérébraux.

Je viens de faire voir que l'on peut contester que la plupart des observations, dans lesquelles la présence du souffle a été signalée, soient réellement des cas d'hydrocéphalie. Par conséquent la question de fait ne nous condamne pas et, comme je l'ai dit à propos de l'observation du docteur Fisher, elle nous a même donné raison dans des cas où, suivant nos adversaires, elle devait nous donner tort. Mais à supposer que je fasse erreur et qu'il s'agisse réellement d'épanchements ventriculaires chroniques dans les observations que j'ai empruntées à la thèse du docteur Wirthgen, il faut tout au moins admettre qu'ils sont congénitaux et non acquis; or, comme toutes nos observations d'hydrocéphalie avec absence de souffle, sont des cas d'hydrocéphalie acquise et non congénitale, elles se rapprochent par leur origine et par leur marche des cas aigus ou subaigus, réunissant ainsi les conditions que Hennig et Wirthgen regardent comme nécessaires pour que le souffle cesse d'être perçu. Ce n'est pas cependant que je considère l'état aigu ou l'exacerbation de l'état chronique comme indispensable pour que le souffle disparaisse, un état chronique devant en théorie, tout aussi bien qu'un état aigu, produire un pareil résultat. Comment, en effet, expliquer la disparition du bruit de souffle dans l'hydrocéphalie, si ce n'est par la tension céphalique et la compression vasculaire? Que l'hydrocéphalie soit aiguë ou chronique, pourvu qu'elle soit acquise, les conditions de la disparition du souffle ne sont pas sensiblement différentes.

En effet, il doit y avoir à la fois, dans les cas de cette espèce, tension exagérée du crâne et compression des vaisseaux.

Dans l'hydrocéphalie congénitale, au contraire, les circonstances ne sont plus les mêmes; le liquide et le solide, l'eau, l'encéphale et les vaisseaux, ont eu un développement originel, gradué et corrélatif; par conséquent les conditions d'amplitude vasculaire, de tension encéphalique et de compression artérielle ou veineuse, ne sont pas identiques à celles de l'hydrocéphalie acquise où l'épanchement surprend l'encéphale et ses vaisseaux à une période où ils sont parachevés.

Il est une expérience que j'ai le regret de n'avoir pas faite, c'est d'ausculter la tête après la ponction du crâne. J'ai fait pratiquer deux fois cette opération chez des enfants sur lesquels j'avais constaté l'absence du bruit de souffle; il eût été intéressant de s'assurer s'il avait reparu après l'évacuation d'une partie du liquide seulement, je dis d'une partie du liquide, parce que si l'on attendait pour ausculter la tête que la sérosité eût été évacuée en presque totalité, il serait impossible de le faire avec avantage, la tension étant nulle et les pièces osseuses du crâne qui ne sont plus soutenues étant affaissées, ainsi que les fontanelles, et chevauchant les unes par dessus les autres.

Encore un mot. Quand il s'agit d'expliquer la présence ou l'absence du souffle céphalique, il ne faut pas oublier que deux ordres de faits

(1) Le docteur Hennig dit, à propos de son analyse de la thèse de Wirthgen, que ce médecin a rapporté quatre nouveaux exemples d'hydrocéphalie (p. 26, 30, 35 et 40 de cette thèse, et que le second de ces faits (celui, par conséquent, qui doit correspondre à la page 30) lui est connu par l'examen qu'il a pu faire du malade lui-même et par les procès-verbaux d'autopsie de l'hôpital Saint-Jacques. On trouva en effet l'hydropisie ventriculaire qui avait été diagnostiquée, mais il s'agissait d'un cas de méningite tuberculeuse avec hydrocéphalie aiguë. L'observation de la page 30 n'est donc pas la même que celle dont nous venons de donner l'extrait dans notre texte, et qui est consignée page 35; nous ignorons donc encore si l'autopsie a ou n'a pas, dans ce cas, ultérieurement confirmé le diagnostic de Wirthgen.

se trouvent en présence : ceux qui tendent à produire et à exagérer ce bruit, ceux qui tendent à le faire disparaître; ou en d'autres termes, qu'il existe des conditions de production et d'accroissement et des conditions de transmission et de propagation. Si ces deux ordres de conditions sont réunis, le bruit sera perçu au maximum. C'est le cas chez les rachitiques dont la tête est volumineuse. Si les conditions d'exagération sont très-prononcées, tandis que celles qui s'opposent à la transmission sont diminuées, il sera possible que les premières l'emportent sur les secondes, et que le bruit soit assez énergique pour que l'obstacle à sa transmission soit vaincu. Cette explication ne pourrait-elle pas rendre compte des cas exceptionnels où l'on perçoit le souffle dans l'hydrocéphalie chronique congénitale?

C'est une réflexion qu'en terminant je soumets à mes lecteurs.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OPÉRATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES ET SOUS-CAPSULAIRES; par le docteur LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

(Suite et fin. — Voir les nos 5, 8, 20, 23, 30, 31 et 35.)

PANARIS OSSEUX DE LA DERNIÈRE PHALANGE DU POUCE DE LA MAIN DROITE; RÉSECTION ET REPRODUCTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE SA DERNIÈRE PHALANGE.

OBS. — Alexandre Quirico, de Desana, venant de Sali, bouvier, âgé de 44 ans, numéro d'ordre général 1037, numéro du lit 77, entré et opéré le 14 mai, sorti le 11 juin 1852. Le malade se couchait à l'heure de la visite, la main et l'avant-bras tuméfiés, et les glandes de l'aisselle engorgées. Le pouce de la main droite était tendu, l'ongle du pouce à demi soulevé: je l'extirpai. Sur le dos de la dernière phalange, il y avait trois ouvertures qui pénétraient dans l'os; l'exploration par ces ouvertures me le fit sentir dur, dépouillé en entier de son périoste; je fendis avec des ciseaux les tissus au dos de la phalange jusqu'à l'os, j'écartai les bords de l'incision; la dernière phalange était isolée tout autour, excepté sa portion articulaire. Le périoste formait la paroi interne de la cavité. Je fis la resection de la dernière phalange, près de l'articulation, au moyen d'une tenaille incisive, et je rapprochai les parties avec un appareil adapté. Le malade guérit presque par première intention. Aucun accident ne vint troubler le traitement, et le malade quitta l'hôpital le 11 juin.

Quand le malade partit, on sentait la dernière portion du pouce assez dure, indice de l'ossification déjà avancée. Je recommandai au malade d'étendre le pouce plusieurs fois par jour. J'eus occasion de le voir les années suivantes : l'ongle nouveau présente une élévation longitudinale d'avant en arrière; elle présente deux plans, l'un droit, l'autre gauche; la dernière phalange était à peine plus courte; le volume de l'os nouveau n'était pas plus petit que son correspondant.

KYSTE DU CÔTÉ GAUCHE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR; EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU CÔTÉ GAUCHE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

OBS. — Maffei Alexandre, de Castello d'Argagna, venant de cet endroit, collégien, âgé de 13 ans, entra à l'hôpital de Verceil le 14 avril 1853, et fut reçu sous le numéro d'ordre général 791 et sous le numéro de lit 76. Il fut opéré le 2 mai 1853 et il sortit guéri par première intention le 24 mai suivant. Depuis trois ans, il est affecté au côté gauche du maxillaire inférieur d'une tumeur qui s'étend au delà de l'angle de cet os sur sa branche ascendante, et s'avance jusqu'à sa symphyse. La tumeur est ovale, sans varices et sans tubérosités. Les dents molaires gauches sont tournées obliquement en dedans, la canine gauche est tremblotante; le diamètre longitudinal de haut en bas de la tumeur est de 9 centim. 80 millim.; le diamètre antéro-postérieur de la tumeur est de 6 centim. On sent que la surface antérieure de la tumeur est élastique; elle l'est moins le long du bord intérieur du maxillaire; je ne suis pas aperçu qu'il le fût vers sa paroi postérieure, près de la langue. Il y a une petite glande lymphatique sous-cutanée derrière la tumeur; en comprimant avec les doigts, on reconnaît encore en dehors l'angle inférieur de l'os; la tumeur se développa dans la partie ascendante et horizontale, mais l'angle, formé de fortes lames, n'est pas encore disparu. Le malade avait déjà subi un traitement régulier fait avec les résolutifs externes et internes; il était déjà allé consulter les professeurs de Pavie, qui avaient opiné pour l'extraction du maxillaire. Je me décidai à l'opérer. L'exiguïté de la lame osseuse qui enveloppait la tumeur laissait donter si l'on pourrait en opérer l'extraction par la méthode sous-périostée; il y avait lieu de soupçonner que le périoste, au lieu de s'être épaissi, fût devenu plus mince, à cause de la dilatation et de l'expansion enduites par la tumeur; de plus, la lame cédante osseuse placée au-dessous du périoste, n'offrant aucune prise ni aucun point d'appui sur l'os, devait rendre difficile le détachement du périoste. Alors je raisonnai ainsi : Si l'étui périosté ne peut pas être conservé, je tâcherai de conserver au moins l'étui musculaire intègre, je conserverai intacts les muscles ptérygoïdiens interne et masséter, en travaillant et en glissant les instruments entre les muscles et le périoste, dans le tissu laminaire qui les sépare. On pouvait présumer qu'il ne serait pas difficile de détacher le périoste sur la symphyse de l'os, dont les lames superficielles ne cédaient pas à la compression, vu qu'en cet endroit l'os ne s'était pas dilaté.

Dans le cas dont il s'agit, je fis une incision sur le visage, à cause du volume de la tumeur. Néanmoins, dans les extractions futures, je ferai cependant tout ce qui dépendra de moi pour extraire l'os sans endommager le visage.

OPÉRATION. — 2 mai. Je divisai la lèvre et les chairs du menton, et arrivé à cette dernière limite, j'incisai toutes les parties jusqu'à l'os, suivant le bord inférieur du maxillaire jusqu'auprès de l'angle. De là à l'oreille, l'incision fut seulement cutanée. Je m'empressai de faire la ligature de l'artère faciale incisée. J'enlevai avec le davier la première incisive gauche; j'incisai le périoste à la surface antérieure de la symphyse que je resequai avec une scie à lame convexe, sans blesser la paroi postérieure du périoste; je fis une incision sur les alvéoles, vers la paroi antérieure de la tumeur. Près de la symphyse, je détachai facilement le périoste; mais arrivé sur la tumeur osseuse, il me fut impossible de continuer, vu qu'il était trop mince, et que la couche extérieure de la tumeur cédait; ne pouvant détacher le périoste, je soulevai avec la lime et le levier le tissu laminaire qui était sur le périoste de la surface antérieure de la tumeur. Ayant isolé la surface antérieure de la tumeur, je procédai à l'isolement de la surface postérieure, après avoir incisé préalablement la membrane muqueuse périostée sur les alvéoles. Ici encore je pus facilement détacher le périoste près de la symphyse; mais arrivé à la tumeur, je dus encore opérer sur le tissu laminaire; je disséquai de même le bord inférieur de la tumeur : je réunis les deux incisions en une seule sur le bord antérieur de la branche ascendante de l'os maxillaire. J'isolai et je dépouillai de son périoste une partie suffisante de la branche ascendante; je la plaçai entre les branches des ciseaux de Liston, et je la coupai : l'artère de l'os donna un vif jet de sang que j'arrêtai avec l'eau de Pagliari. En resequant l'os à la symphyse, je m'aperçus qu'il avait grossi; je vis par l'exploration que la maladie ne s'était pas arrêté là; je détachai de la symphyse le périoste en avant, en arrière, en bas, jusqu'en correspondance de la canine droite, que j'enlevai avec le davier; je passai entre l'os et le périoste la scie à chaîne, et je resequai de nouveau le maxillaire inférieur en correspondance de l'alvéole de la canine.

L'opération finie, on voyait l'étui musculaire de la branche ascendante du maxillaire entièrement conservé; pas une fibre des muscles masséter et ptérigoïdien interne n'avait été enlevée; un léger duvet de tissu laminaire revêtait la paroi interne de l'étui. Je passai quatre points de suture entrecoupée le long du bord inférieur du visage, deux points de suture entortillée à la lèvre, un point de suture entrecoupée à l'extrémité supérieure de la lèvre. Je ne voulus point passer de fil à travers le frein de la langue pour l'empêcher de se retourner; ce précepte, de la plus haute importance dans l'ancien mode d'extraction, tombe de lui-même dans le nouveau où l'on a conservé intacte l'insertion au périoste des muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses, et de tous les autres. Le malade ne fut ni éthérisé, ni chloroformisé.

2 mai. Mixture laudanisée.

4 et 5. Pas de fièvre, pas d'érysipèle; le malade est très-docile, judicieux et tranquille.

7. J'enlevai tous les fils le long du bord inférieur de la face, et une aiguille à la lèvre; il ne reste à présent qu'une aiguille à la lèvre au-dessous et au-dessus de laquelle il y a un point de suture. Il y avait un peu de tuméfaction dans l'incision, mais pas la plus petite goutte de pus.

11. L'aiguille et les fils qui restaient sont enlevés. L'incision est réunie, excepté au menton, dans une petite étendue. Le visage, pour le moment, n'est point difforme; à cause de la tuméfaction qui reste encore, ce côté de la face a la même grosseur, le même volume que le côté droit. Le menton ressemble à celui d'une personne avancée en âge.

13. Il y a un petit sinus au côté du visage, à peu près au point correspondant à l'angle du maxillaire; je le cautérisai avec le nitrate d'argent.

18. Le sinus s'est aussi fermé; depuis quelques jours, le côté droit du visage commence à s'abaisser. La cicatrice centrale de la lèvre est inclinée à gauche. La portion qui reste de la partie droite du maxillaire inférieur incline en dedans vers la langue, la salive ne s'écoule plus de la bouche; seulement le côté gauche du visage est déprimé; le malade ouvre et ferme facilement la bouche. Au-dessous de la joue gauche, il y a une petite élévation occasionnée par la rétraction du masséter et du ptérygoïdien interne, dont le bord antérieur se sent d'une manière bien distincte, en dehors de la commissure des lèvres.

24 mai. Le malade sort de l'hôpital.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTE OPÉRATOIRE. — L'extraction opérée dans le cas ci-dessus indiqué fut sous-périostée autour de la tumeur osseuse, et sous-périostée au delà de la tumeur. Quand on conserve le périoste, non-seulement il n'y a plus de danger de suffocation par le renversement de la langue, mais encore ses mouvements sont toujours moins imparfaits que dans l'ancienne méthode d'extraction, parce que les points d'insertion de ces muscles au périoste ont été conservés intacts. Quoique l'extraction sous-périostée n'ait pas eu lieu autour de la tumeur, cependant le principe cardinal sur lequel elle se fonde n'a pas été inutile : n'ayant pas pu conserver le périoste, on a eu l'idée de

conserver dans son intégrité l'étui musculaire qui revêt le maxillaire inférieur, ce qui a procuré non-seulement une prompte guérison, mais encore le moins de difformité possible du visage et l'imperfection la plus petite possible des mouvements des muscles de la face. En opérant ainsi, on a conservé intacts tous les tissus et les organes qui se trouvent près du maxillaire: qu'il suffise de citer le frein de la langue, les glandes salivaires, leurs conduits, etc., tout autant de parties qui sont plus ou moins endommagées dans l'ancien mode d'extraction. En méditant sur cette opération, il m'a semblé qu'en pareille circonstance, à l'avenir, on ne devait pas désespérer de conserver le périoste. On a essayé de détacher le périoste de la lame très-mince et cédante placée au-dessus de la tumeur, mais sans pouvoir y réussir: peut-être y serait-on parvenu en essayant dans un sens inverse; à cette fin, il faut fendre la tumeur en deux, et alors on achèvera de séparer du périoste la lame osseuse superficielle; comme le périoste adhère plus fortement aux muscles qu'à la lame osseuse de la tumeur, il pourra facilement être conservé dans ses adhérences, tandis que la lame externe sera soulevée.

Deux ans après, Maffei vint me saluer avec son père. Voici en quelle condition je le trouvai au 13 mai 1855: le visage est bien conformé; on ne dirait presque pas qu'on a extrait la partie gauche du maxillaire inférieur; le menton n'est pas irrégulier: la cicatrice de la lèvre inférieure s'est faite à gauche et correspond à la narine gauche; la lèvre inférieure est un peu déplacée en debors; la lèvre supérieure est régulière, ainsi que les commissures. Vu de front, le malade ne laisse pas apercevoir la cicatrice, qui est couverte par la joue tombante; vu tout à fait de côté, on s'aperçoit que la cicatrice va de l'oreille au menton et à la lèvre. A l'intérieur de la bouche, il reste encore les première, deuxième, troisième et quatrième dents molaires droite du maxillaire inférieur. Il y a un cordon muqueux qui, du moignon osseux supérieur gauche, descend, sépare la joue du plan inférieur de la bouche, traverse un autre cordon formé par le frein de la langue, et monte au moignon droit du maxillaire. Le cordon formé par le frein de la langue, coupe à angle droit le cordon susdit à un cordon saillant qui descend de la cicatrice de la lèvre inférieure. La salive sort près du frein de la langue, comme dans l'état naturel; il en est de même pour le conduit parotidien. La langue sort bien de la bouche, mais elle incline très-légèrement à gauche; elle s'élève bien au palais. La voix n'a pas changé, comme j'ai pu m'en assurer par une lecture à haute voix. Le moignon gauche est mobile et cède quand on le comprime au côté externe. Dans quelques moments, il y a perte de salive; cependant le malade, pendant plus d'une demi-heure qu'il passa dans mon cabinet, n'en perdit pas une seule goutte.

NÉCROSE; EXTRACTION ET REPRODUCTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU TIBIA GAUCHE.

Quelques histoires de l'extraction et reproduction sous-périostée des os pèchent par leur brièveté. Les premières furent courtes, parce que les guérisons se firent sans accident; ensuite j'écrivis les histoires successives *currente calamo* le soir, en notant les phénomènes de la journée: c'est ainsi que j'ai écrit celle du tibia, que je laissai avec ses imperfections, telle que je la trouvai écrite soir par soir; elles sont le miroir des impressions que j'avais ressenties dans la journée; il y a de l'irrégularité, mais plus de vérité; c'est à cette dernière que j'ai sacrifié, en sa considération; veuillez donc excuser l'imperfection de mon style.

Obs. — Stradella (Jean), âgé de 12 ans, de Refrancore, venant de ce pays. N° d'ordre général, 3261, n° du lit, 60. Entré le 23 novembre; opéré le 4 décembre 1853; sorti le 30 avril 1854.

Le tibia gauche est beaucoup plus gros que le droit, qui est sain.

Voici les diamètres transverses de deux tibias:

Diamètre transverse pris dans le milieu du tibia droit.		.	3 centim.
Id.	id.	gauche. .	5
Diamètre transverse pris au col du pied droit			3
Id.	id,	gauche. .	5

La maladie est ancienne; je ne la crois pas déterminée par une cause accidentelle. Le grossissement du tibia s'étend depuis l'apophyse supérieure jusqu'à l'inférieure. Il y a quatre ouvertures à la surface antérieure de l'os; l'inférieure n'est pas loin de l'articulation du pied. Une ouverture latérale interne se trouve sur le bord correspondant de l'os. Quatre autres ouvertures sont placées derrière le bord externe de l'os et se succèdent les unes aux autres: elles conduisent dans une cavité interne de l'os. Cet os, que je traite, est horriblement atteint; je crois que c'est un os de nouvelle formation, peut-être plus malade et plus difforme que celui qu'il a remplacé. En inspectant ces sinus, on aperçoit au fond des lames blanches, qui sont les derniers restes de l'os ancien. Le malade est d'une taille élevée, mince, de tempérament anémique, chez lequel le système cardio-vasculaire est insuffisant. Sa constitution est pauvre, bien peu propre à la reproduction osseuse; mais si l'individu était d'une bonne constitution, il ne présenterait pas le tibia dans cet état.

Extraction. — Le malade est disposé à se laisser opérer. Les nombreuses ouvertures osséo-cutanées sont des indices clairs de la gravité du mal qui afflige cet os: c'est un vrai crible. En bas, les sinus étaient très-rapprochés de l'articulation; cependant, d'après les données anatomiques, on savait qu'ils ne pénétraient pas dans l'articulation tibio-tarsienne. Le tibia est atteint, dans toute son étendue; la maladie paraît s'arrêter aux apophyses, qui vivent souvent d'une vie autre que celle du restant de l'os. Le mode d'opération fut simple, très-simple, une incision cutanéo-périostée sur la face antérieure du tibia, de l'une à l'autre de ses extrémités. Je fis encore deux incisions transversales: la supérieure sur les condyles du tibia, l'inférieure sur le col du pied; ces deux dernières étaient seulement cutanées. L'incision verticale embrassa d'un trait la peau et le périoste, passa au milieu des ouvertures qui se trouvaient à la surface antérieure du tibia, qu'elle divisa longitudinalement en deux. Au moyen du levier, je détachai le périoste aux bords de l'incision; l'incision cutanéo-périostée coupa quelques petites artères qui donnèrent un peu de sang qui s'arrêta de lui-même. J'éprouvai un peu de difficulté à détacher le périoste autour des ouvertures; cependant j'en vins à bout avec le levier et un os flexible, travail conçu et exécuté par Sireno Caccianotti, mon ami, qui cultive avec distinction les sciences naturelles. Après avoir suffisamment détaché les bords du périoste sur la face antérieure et externe de l'os, je me proposai de resequer l'os longitudinalement, afin de pouvoir, si par hasard il y avait un séquestre, faire l'opération nécessaire à cet égard. Je donnai quelques coups de scie que j'approfondis; le tissu osseux était très-dur. Ce n'était donc pas le cas de séquestre. Peu à peu je détachai le périoste au moyen de l'os flexible, et avec les doigts des deux mains, dans une direction opposée entre le périoste et l'os. D'un côté à l'autre, je fis passer, entre le périoste et l'os, une longue sonde faite anciennement par Caccianotti pour mes premières extractions. La sonde conduisait un cordon et une scie à chaîne, avec laquelle je fis la resection en bas, non loin des malléoles.

La section achevée, j'examine la partie inférieure du tibia, près de l'articulation; je touche, je regarde, elle était partout criblée; il n'y avait pas à hésiter, il fallait extraire tout ce qui était atteint; je me mis à l'œuvre, j'éprouvai des difficultés à introduire la scie à chaîne; j'y renonçai et je la coupai en détail avec les ciseaux de Liston; je me servis des mains pour achever la resection. La portion supérieure avait déjà été isolée en grande partie; en la soulevant, je l'isolai complétement et la resequai avec la scie à chaîne.

Avant de commencer la resection, je soulevai le périoste, qui se trouve au-dessous du ligament inférieur de la rotule; de cette façon, je ne blessai aucun tendon, ni en haut, ni en bas du pied, et à la partie inférieure du tibia, je n'endommageai aucun nerf de médiocre calibre; nulle part, je ne déchirai le périoste, qui resta intact dans toute son étendue; il était épais, de couleur rouge vif: ce fut un vrai plaisir pour moi de le contempler.

Suture. — Je passai sept points de suture entrecoupée sur le trajet longitudinal du tibia; je ne compris dans la suture que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Je fis deux points de suture pour chaque incision transversale. Je plaçai le membre sur un plan ascendant.

4 décembre. Potion laudanisée.

5. Laudanum, 10 gouttes; vin, 300 grammes. La réaction n'est pas forte; le membre présente sa conformation naturelle.

6. Il n'y a pas de fièvre. Le fil inférieur a coupé un des bords cutanés; une humeur muqueuse sort des ouvertures, et en bas, où les bords de l'incision se sont disjoints, on injecta de l'eau tiède par une des ouvertures; j'enlevai le fil inférieur détaché d'un côté, et je renouvelai l'appareil.

11. J'enlève les cinq petits rubans inférieurs; l'adhésion s'est faite par première intention dans les deux tiers supérieurs de l'incision, non dans le tiers inférieur, deux cavernes sont ouvertes près des malléoles; ce sont les anciennes ouvertures.

12. J'enlevai le fil supérieur qui restait encore dans l'incision longitudinale, ainsi que les fils des transverses. La suppuration, très-limitée, m'assure que le tibia va renaître.

13. Il y a deux ouvertures à la partie inférieure; la plus grande, près des malléoles, est ovale; par elle, on voit, dans l'intérieur de la cavité du périoste. Ces ouvertures sont la partie externe des anciens cloaques où tous les tissus ont été atteints de gangrène.

20. Du reste, le malade n'eut jamais la fièvre; la jambe n'a pas même présenté d'érysipèle; il n'a jamais eu d'accès de froid.

24. La caverne périostée est déjà fermée par les chairs qui sont au niveau de la peau. La plus basse et la plus grande est réduite à une étendue beaucoup plus petite, à cause des chairs ou pulpes surgissantes de périoste. Hier je tins le cylindre du nitrate d'argent suspendu un moment dans le liquide qu'elle contient.

28. La caverne inférieure se rétrécit de plus en plus. Je n'ai pas encore enlevé le second appareil qui tient serré le membre aux côtés.

7 janvier. L'incision était complétement consolidée, quand elle devint fongueuse, livide dans toute son étendue; les cicatrices des anciennes ouvertures s'ouvrent de nouveau et se couvrent de chairs fongueuses et livides; je les cautérisai avec le nitrate d'argent.

12 janvier. J'enlevai le second appareil déjà en place depuis plus d'un mois; le malade à ma grande joie éleva la jambe, comme je m'y attendais. Le nouveau tibia présente un angle au côté externe et supérieur de l'os, au

point où le nouvel os est uni à l'ancien, mais cet angle ou mieux cette bosse de déviation diminua sensiblement par quelques tractions sur le col du pied. Jusqu'au 17 janvier tout ne vas pas mal, tout en laissant quelque chose à désirer.

18 janvier. Le malade a de la fièvre avec accès de froid; les glandes inguinales sont tuméfiées; il y a érysipèle à la jambe et au pied. Cataplasme résolvant, applications locales de glace. La cicatrice rompue se délabre, se gangrène; je répète la cautérisation, je prescris une infusion de rhubarbe, et le lendemain je donnai quelques centigrammes de sulfate de quinine pour prévenir de pareils accès. Cet accident provient de l'abcès qui s'est formé dans le milieu de la jambe.

22 janvier. On répète la potion purgative, et on suspend la glace par complaisance pour le malade.

25 janvier. Je renouvelle l'appareil. En comprimant avec la main la partie postérieure de la jambe, il sort par les ouvertures antérieures un pus qui n'est pas de mauvaise qualité, deux à trois cuillerées environ. L'abcès qui s'est formé est-il en dehors ou en dedans du périoste?

27 janvier. Il n'y a plus de fièvre; les plaies ne sont pas encore vivaces, mais elles ne sont plus aussi livides: je les cautérise avec le nitrate d'argent. L'abcès, l'érysipèle et la faible constitution du malade ont retardé le développement et la confection de l'os nouveau; dès aujourd'hui cependant, considéré en masse, il a déjà sa consistance; les parties qui le recouvrent n'étant plus œdémateuses, il devient facile de l'examiner. L'abcès et l'érysipèle que nous avons eus à combattre, nous ont empêché de pratiquer sur le membre les tractions *modulatrices* de l'os nouveau. L'os s'est de nouveau plié comme auparavant dans la partie externe et supérieure. Je renouvelle les tractions et j'applique à la cuisse, à la jambe et au pied un appareil latéral externe. Tandis que le nouvel os est incliné au côté externe, la rotule se trouve retournée au côté interne.

25 février. Le tibia déplacé au dehors a déjà repris une autre forme et se porte au côté interne; j'ajoute à l'ancien appareil un coussinet fémoral interne, afin de porter la rotule en dehors. Le même jour, je plaçai un carton tibial postérieur à l'effet de soulever l'os nouveau. La jambe se présente comme en état de santé. Les sinus ont un bel aspect; il ne sort plus une goutte de pus; cédant aux tractions, à l'appareil, le nouvel os s'est porté sensiblement en dedans, de manière qu'aujourd'hui il n'a pas un mauvais aspect, même pour l'opérateur le plus exigeant.

9 février. Les plaies sont très-superficielles et bien près de leur guérison. Après avoir essuyé le sinus du milieu du tibia, je le comprimai, et il ne sortit pas une goutte de pus. Le milieu du bord interne du tibia a été la première partie qui ait pris de la consistance; à présent la jambe a pris à peu près sa direction naturelle, ou du moins il reste bien peu à désirer. Il y a un petit abcès au dos du pied, sur le milieu des métatarsiens; j'ai fait une petite incision sous-cutanée. Le bord interne est bien marqué à la région moyenne du tibia; son bord externe ne l'est pas aussi bien; cependant l'os a déjà une certaine dureté dans toute son étendue. La forme ne laisse pas d'être suffisamment régulière; il y a encore un angle léger entre le nouveau tibia et le condyle correspondant. Le nouvel os, dans sa région inférieure, près du pied est un peu moins développé; les deux ouvertures qui se trouvaient dans le périoste en sont la cause. Ces deux brèches étaient produites par la destruction partielle du périoste; de plus, la cavité périostée étant restée longtemps ouverte et exposée à l'air atmosphérique, il en est résulté que la formation du nouvel os a été plus lente, et de cette façon la cavité a souffert en quelque sorte une contraction ou coarctation sur elle-même, ce qui n'aurait pas eu lieu dans le cas contraire où la cavité aurait été fermée. Sur la fin de février, le malade se leva et marcha, posant le pied gauche aidé de béquilles : l'os se courba de nouveau quelque peu.

2 mars. L'os est entièrement formé dans ses parties supérieures, où l'on sent, dans toute son extension, le bord interne du tibia; mais son ossification est retardée dans sa partie inférieure. En cet endroit, il s'affaisse sous la compression, ce qui vient dire qu'il est encore charnu en bas, au point où était ouverte la grande caverne périostée. Le nouvel os cependant est loin d'être difforme, je le dirais plutôt d'un bel aspect: vu néanmoins de son côté antérieur, il me semble un peu creusé; il y a dans la partie supérieure un petit sinus non encore cicatrisé que j'ai cautérisé aujourd'hui; sa profondeur est d'un centimètre ou d'un centimètre et demi. Il y en a encore un que je crois superficiel, au lieu correspondant à l'ancienne caverne. L'os nouveau ne paraît pas avoir en bas, près du pied, sa grosseur naturelle. Du reste, le malade va bien; je lui donne chaque jour une décoction de lichen et de quinquina, et bien souvent je fais pratiquer sur le membre les extensions et contre-extensions ordinaires. Sans doute le nouveau tibia s'est développé et ossifié bien lentement; mais aussi il était difficile de trouver un tempérament moins apte à cette reproduction.

12 mars. Jusqu'à présent, je n'avais senti en palpant que le bord interne de l'os qui est continu et sans interruption dans toute son étendue; je n'avais pas encore senti avec les doigts le bord externe, aujourd'hui net et bien marqué.

20 mars. L'os nouveau paraît s'être élevé un peu à sa face antérieure. Le petit sinus supérieur s'est ouvert de nouveau aujourd'hui, il y en a un autre au milieu du tibia sur la cicatrice; je les ai cautérisés tous les deux.

23 mars. Un nouvel abcès se développe et s'ouvre à la partie inférieure du tibia, le sinus me sembla se trouver entre l'os nouveau et l'ancien; de même s'ouvrit encore le sinus ancien qui se trouve en haut entre le nouvel os et les condyles supérieurs. Je tes cautérisai tous les deux perpendiculairement, à la profondeur de 1 pouce environ, avec le cylindre de nitrate d'argent.

1er avril. Tous les jours encore une humeur sort du sinus inférieur. À présent la forme de l'os est régulière et ne laisse rien à désirer.

13 avril. Je cautérisai encore le sinus supérieur qui n'était plus profond; j'en fis autant pour l'inférieur dans la même condition; le malade se lève tous les jours et s'appuie sur le nouveau membre. Le nouveau tibia était complétement dur dans les trois quarts supérieurs; déjà depuis longtemps on en distinguait les deux bords externe et interne, le quart inférieur qui était mou et flexible, est déjà devenu résistant et ne cède plus à la pression. Le nouveau tibia était d'une forme très-régulière, comme si l'ancien n'avait pas été extrait. Il était un peu plus gros dans les trois quarts supérieurs.

Stradella voulut sortir de l'hôpital le 30 avril 1854, pour retourner à son pays avec un de ses compatriotes qui était amené un malade à la clinique.

Dimensions de l'os extrait. Longueur de la partie extraite, 22 centimètres; circonférence au milieu, 10 cent. 4 millim.; circonférence aux extrémités, 11 cent.; diamètre central externe et interne, 3 cent. 6 millim.; diamètre central antéro-postérieur, 3 cent. 2 millim.; diamètre latéral de l'extrémité inférieure, 3 cent. 8 millim.; diamètre antéro-postérieur de l'extrémité inférieure, 3 cent. 8 millim.; diamètre latéral de l'extrémité supérieure 4 cent.; diamètre antéro-postérieur de l'extrémité supérieure, 3 cent. 8 millim.

Placez à côté d'un tibia de 12 ans la partie extraite qui a 22 centim. de longueur (l'opéré était dans sa douzième année), et vous voyez que nous sommes bien près de l'articulation du pied. Comparez les diamètres et la circonférence d'un tibia de 12 ans avec celui dont je traite, et vous en verrez la différence. La partie extraite a été reséquée pendant l'opération en deux parties distinctes, l'une supérieure plus courte, l'autre inférieure plus longue. Il y en a une troisième plus petite et très-basse qui a été emportée avec les tenailles de Liston. Un trait de scie longitudinal s'étend dans la direction de la crête ou bord saillant du tibia, il a été fait par l'opérateur. Il n'était pas probable que le tibia qu'on voulait extraire présentât un séquestre; toutefois, il devait penser que, quoique non probable, il pouvait être possible. L'opération du séquestre, comme vous le savez, est beaucoup plus simple. Ce fut donc une prudente exploration que je fis, elle me prouva qu'il n'y avait pas séquestre. L'os grandit, perdit sa forme prismatique et s'arrondit; il est tout percé, c'est un vrai crible; la portion centrale de l'os a été atteinte d'*éburnisation* dans tout son trajet. La surface antérieure et externe de l'os présente des sinus qui le pénètrent sans arriver jusqu'au centre. Ceux de la surface externe sont encore plus nombreux et plus larges; le cloaque ou sépulcre qu'ils forment est plus étendu. Un grand sinus se trouve aussi au bord externe. Les cloaques de la face antérieure communiquent avec ceux de la face externe; celui du bord interne est isolé. Tous renferment dans leur intérieur des restes du vieil os, et, autant qu'on peut en juger à l'aspect, ils semblent être son écorce. L'os que j'ai extrait, je le crois de nouvelle formation; l'ancien a disparu, ses restes étaient dans les cloaques. Mais si c'est un os nouveau, l'est-il en entier ou en partie? Je crois de primitive formation l'extrémité supérieure de la partie extraite, elle est lisse, n'a pas été atteinte d'*éburnisation*, n'est pas criblée, et pour ces motifs, je la crois ancienne. La partie extraite d'en bas est de nouvelle formation; elle a des caractères opposés à ceux de l'extrémité supérieure; elle est toute criblée; dans les sinus de l'os même gisent les fragments du squelette du vieil os. Enfin de la partie inférieure du tibia l'unique portion ancienne primitive est l'épiphyse inférieure ou la calotte de l'articulation du pied.

NÉCROSE; EXTRACTION SOUS-PÉRIOSTÉE ET REPRODUCTION DE LA DERNIÈRE PHALANGE DU POUCE DE LA MAIN DROITE.

Carrion (Charles), âgé de 37 ans, cordonnier, de Trecate, venant de Novare, fut reçu à l'hôpital le 28 février sous le numéro d'ordre général 498, et sous le numéro du lit 36; il fut opéré à l'instant et sortit le 13 mars 1855.

Le malade souffre depuis un an d'un panaris osseux à la dernière phalange du pouce de la main droite. Son doigt est beaucoup plus gros que le correspondant; il présente sur les côtés des ouvertures *osséo-cutanées*; ce brave cordonnier ne peut plus travailler, et demande avec de vives instances à être délivré de son mal au moyen même de l'opération. J'explorai par les sinus, je sentis l'os nu, j'essayai de l'extraire, mais je ne le pus pas. Je divisai la deuxième phalange du pouce en deux parties : l'une supérieure avec l'ongle, l'autre postérieure avec les chairs de la dernière phalange. Une partie de la dernière phalange était attachée au périoste, je la laissai en place, c'était le côté dorsal de l'os; l'autre partie du côté palmaire était semi-détachée du périoste, je la détachai entièrement. Je ne touchai pas même la base près de l'articulation. Ici encore la cavité périostée était rouge comme un velours. Je fermai cette division du doigt en l'entourant de linges posés sur la face dorsale et palmaire. L'union se fit par première intention.

Le malade voulut sortir le 13 mars.

habitant Novare à peu de distance, il venait de temps en temps se faire visiter.

Je l'examinai le 6 mai. La deuxième phalange du pouce droit est plus grosse que la correspondante de l'autre main; elle est dure, ferme; le malade peut s'en servir.

Il vint de nouveau se faire visiter le 10 juin, parce qu'un petit point de suppuration s'était montré au côté interne. Je trouvai la dernière phalange un peu plus courte; l'ongle naturel. L'articulation de la première phalange avec la dernière s'était un peu roidie; je fis un peu mouvoir un os contre l'autre, et je recommandai au malade de répéter ces mouvements.

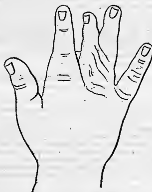
CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DIFFORMITÉ CONGÉNITALE DES QUATRE EXTRÉMITÉS; LUXATIONS, ATROPHIES; RÉUNION DES PARTIES DIVISÉES PAR LA MÉTHODE DE M. JULES CLOQUET. — Observation présentée à la Société de biologie dans la séance du 12 novembre 1859; par le docteur GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

A..., âgé de deux mois, est né avec une déformation congénitale des deux pieds et des deux mains. Ses parents des deux côtés sont bien portants. La mère a éprouvé une vive frayeur vers le sixième mois. Sa grossesse a été laborieuse, compliquée de vomissements et de mouvements convulsifs. Examen du jeune malade le 1er août 1855.

MAIN DROITE. Le pouce est libre, le petit doigt libre, l'index semi-palmé avec le médius, le médius palmé avec l'annulaire. Ce médius est plus petit, plus court que les deux doigts voisins, on le dirait arti-

PL. I. — Main droite.



culé sur la tête du quatrième os du métacarpe et non sur celle du troisième. La première phalange de l'annulaire est doublée de volume et semble supporter deux doigts.

MAIN GAUCHE. Elle est divisée par une grande scissure : d'un côté le pouce normal palmé avec l'index, la première phalange de cet index est normale, la deuxième luxée sur la première et renversée en dehors de telle sorte que ce doigt fait un Z, et plié sur lui-même va se cacher sous l'extrémité du pouce. De l'autre côté de la grande fente de la main se trouve le médius renversé; la deuxième phalange est luxée sur la première, et la troisième va se cacher sous le petit doigt. Le médius est semi-palmé avec le petit doigt. L'annulaire est rudimentaire et ne consiste qu'en une première phalange confondue avec celle du médius.

PIED GAUCHE. Le pouce est libre, mais la deuxième phalange est un peu divisée en dehors. Les deux doigts suivants manquent et sont réduits à un tubercule mousse. Les deux derniers doigts sont réunis en un seul orteil orné de deux ongles à son extrémité. Le gros orteil est séparé de tous les suivants par une profonde division qui augmente et bâille quand l'enfant fait des mouvements. Nous remarquons

PL. II. — Main gauche.



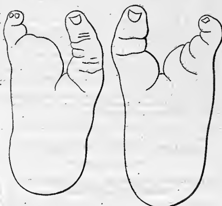
que la dernière phalange du petit orteil est fortement fléchie sous le pied.

PIED DROIT. Le pouce est tout à fait normal. Trois orteils manquent et sont remplacés par un tubercule. Le petit orteil est normal, mais la dernière phalange est fléchie à angle droit. Le pouce est séparé des autres doigts par une scissure qui s'étend jusqu'au milieu de la plante du pied et au delà des têtes des métatarsiens.

En résumé, l'aspect des pieds est celui-ci : un gros orteil très-développé, véritable pouce fort mobile et opposable; un petit orteil crochu à la base duquel se trouve un gros tubercule représentant trois orteils confondus dans un développement incomplet. Entre le gros et le petit orteil une grande scissure de 25 millimètres de profondeur, qui s'élargit comme la pince d'un homard et bâille à tous les mouvements que fait l'enfant : il y a là un organe de préhension remarquable.

On dirait que les pieds ont été soumis à un effort de divulsion qui les a partagés en deux parts : trois orteils couchés sur le petit doigt se sont soudés et confondus avec lui. A la main gauche, affection ana-

PL. III. — Pied gauche. PL. IV. — Pied droit.



logue; divulsion violente des deux moitiés de la main. L'index a été tiré sur le pouce et palmé jusqu'à son extrémité; la seconde pha-

lange luxée sur la première. D'autre part, le médius a été renversé sur l'annulaire, qui s'est confondu avec lui. La deuxième phalange du médius a été luxée sur la première.

Nous croyons utile d'instituer le traitement suivant :

1° Enlever les phalangettes des petits orteils qui, recourbées sous le pied, généraient la marche ;

2° Réunir les deux moitiés divisées de chaque pied par la cautérisation successive de la scissure qui les sépare, suivant le procédé de M. Cloquet (héphestioraphie) ;

A. La pince formée par le bout des pieds s'ouvrant largement à chaque contraction musculaire constitue une difformité et ne permet pas de porter une chaussure ordinaire ;

3° Séparer le pouce et l'index du côté droit en dédoublant le repli de peau un peu large qui les unit et retroussant un des feuillets cutanés de ce pli sur chacun des doigts ;

4° Essayer, par des bandages, le redressement des doigts luxés ;

5° Enlever le médius gauche s'il s'atrophie davantage, ou le séparer de son voisin, s'il profite.

Nous avons de notre mieux exécuté ces diverses opérations.

La phalangette a été excisée avec une forte paire de ciseaux ; la plaie s'est promptement cicatrisée.

A plusieurs reprises, nous avons cautérisé l'angle de chaque scissure ; une fois avec le caustique ; les autres fois avec un stylet de bois trempé dans l'azotate d'argent.

Les deux lambeaux du pli cutané unissant le pouce et l'index se sont bien retournés chacun de leur côté, et appliqués sur les doigts correspondants.

Les bandages n'ont eu aucune influence sur les doigts déviés.

Le traitement a duré deux mois.

Pendant la première année, l'enfant a eu, à plusieurs reprises, de fortes convulsions, souvenir de celles qui l'avaient affligé pendant la vie intra-utérine. Cependant il s'est développé, et voilà le résultat de notre traitement.

La réunion des orteils est assez étendue pour que l'enfant puisse porter des souliers étroits et marcher sans aucune gêne. L'index est resté séparé du pouce ; les doigts luxés sont toujours dans le même état ; mais l'enfant s'en sert avec adresse. L'intelligence est bien développée.

Quand on a sous les yeux une seule difformité, on peut se permettre, comme le faisaient nos devanciers, une foule d'hypothèses sur l'origine de cette lésion organique et l'attribuer soit à la pression de la matrice sur le fœtus, soit à une maladie du système osseux, ou toute autre cause locale ; mais en présence de cet enfant leurs idées ont peu de valeur. Une cause locale aurait-elle agi simultanément et de la même façon sur les quatre extrémités de manière à produire des lésions semblables dans ces diverses parties ? Cela nous paraît difficile à croire. Des affections similaires si éloignées les unes des autres s'expliquent au contraire, suivant la théorie de M. Guérin, par une lésion d'un point du système nerveux central, affection transmise aux cordons qui en dérivent, puis aux muscles des quatre extrémités d'où sont résultés des spasmes, des rétractions, et par suite divulsion et luxation des phalanges, pression et adhérence des orteils les uns sur autres, soudure de deux ou trois orteils en un seul, atrophie, etc.

Une circonstance remarquable, c'est la scissure profonde qui existe aux deux pieds, entre les pouces et les autres orteils ; à la main gauche, entre l'index et le médius : de telle sorte que ces deux moitiés du pied et de la main, qui reçoivent des nerfs différents, sont tirés et rétractés en sens inverse.

Nous avons vu que la mère avait eu des convulsions pendant sa grossesse, et que pendant la première année de sa vie, l'enfant a été atteint de convulsions à plusieurs reprises.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

III. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES.

Les cahiers de janvier à septembre 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rétrécissement de l'œsophage ;* par M. Couzot. 2° *Observations de névralgies fébriles intermittentes des organes génito-urinaires ;* par M. Alix. 3° *Du traitement du ténia par la semence de citrouille ;* par M. Cazin. 4° *Traitement des rétrécissements infranchissables de l'urètre ;* par M. Uytterhoeven. 5° *Mémoire sur un nouveau pelvimètre ;* par M. Raimbert. 6° *Etude sur le vésicatoire ;* par M. Journez. 7° *Contracture des fléchisseurs des avant-bras ;* par M. Ceyseus. 8° *Des procédés opératoires que nécessite le bec-de-lièvre ;* par M. Butcher. 9° *De la grippe épidémique ;* par M. Bourgogne. 10° *Plaie pénétrante de l'articulation métacarpo-phalangienne ;* par M. Lenaert. 11° *De l'angine couenneuse ;* par M. Martin. 12° *Des maladies des ouvriers typographes ;* par M. Van Holsbeek. 13° *Castration pour un testicule syphilitique tuberculeux ;* par M. Van Dommelen. 14° *Mémoire sur la chorée ;* par M. Moynier. 15° *Conjectures sur l'étiologie des tubercules pulmonaires ;* par M. Fallot. 16° *Considérations sur la fièvre puerpérale ;* par M. Lehmann.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE GUÉRISON POUR LES CAS DE RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE INFRANCHISSABLES ; par M. UYTTERHOEVEN.

Dans un cas de rétrécissement infranchissable, situé à environ 3 pouces du méat, chez un homme de 26 ans, M. Uytterhoeven eut recours au moyen de traitement suivant :

On fit choix d'un instrument, dont l'auteur s'était déjà servi dans un cas analogue, et qui n'est autre que le scarificateur de M. Civiale converti en un nouvel instrument par l'addition à son extrémité vésicale d'un pas de vis en acier, long de 7 lignes, à filets doubles, tranchants et terminés par deux extrémités pointues ; sorte de tire-fond, de tire-balle ou tire-bourre. Une fois engagée, cette tarière ne lâche plus prise et elle s'enfonce en raison des tours de rotation qu'on lui imprime.

L'instrument bien graissé fut introduit contre l'obstacle, la verge étant tendue et maintenue de la main gauche. On l'enfonça alors par un mouvement semblable à celui qu'on imprime pour faire agir un tire-bouchon. On reconnut bientôt au tact, à la douleur qui, tout à coup, devient plus vive et à la liberté plus grande de l'instrument, que l'obstacle était dépassé. On fit alors saillir la lame tranchante du scarificateur, et l'on coupa la partie coarctée de l'urètre. L'instrument fut ensuite retiré et remplacé par une sonde d'argent n° 6, laquelle pénétra avec la plus grande facilité ; pendant quelques jours encore, des sondes et des bougies furent maintenues dans la vessie ; mais bientôt on cessa de laisser ces instruments à demeure.

A part quelques gouttes de sang au moment de l'opération, aucune complication n'est survenue dans ce cas.

CASTRATION POUR UN TESTICULE SYPHILITIQUE TUBERCULEUX ; par M. VAN DOMMELEN.

Le testicule prétendu syphilitique de M. Dommelen n'est autre chose qu'une orchite blennorrhagique suppurée, avec certaines particularités dignes de fixer l'attention.

OBS. — Le malade, âgé de 27 ans, contracta une première gonorrhée en 1854 ; il en contracta une seconde en septembre 1858. Le 13 octobre, une orchite survint du côté droit. On fit les jours suivants l'application de quatre, de dix, puis encore de quatre sangsues ; on pratiqua des frictions mercurielles, et finalement on appliqua un emplâtre résolutif.

Le 13 novembre, on vit apparaître à la face antérieure de la partie droite du scrotum quatre pustules, de la grosseur d'un pois, offrant un aspect luisant et accompagnées de taches érysipélateuses. Ces pustules ne tardèrent pas à s'ouvrir successivement, et leur contenu s'échappa sous forme de bourbillon. Autour de ce bourbillon, la peau du scrotum était renversée en dehors, en manière de large ourlet, et offrait une couleur blafarde ; cet ourlet s'étendit de plus en plus à mesure que le bourbillon prit plus de développement.

Malgré le traitement, le mal local fit des progrès notables, et l'on se décida à pratiquer la castration. La seule circonstance qui aurait pu éviter la nécessité de cette opération était la possibilité que le bourbillon fût expulsé par une espèce d'énucléation et que les membranes d'enveloppe se froissassent sur elles-mêmes ; mais le malade était trop débilité pour qu'on pût compter sur cette heureuse terminaison.

L'opération fut pratiquée le 27. Elle fut des plus simples. Or voici dans quel état se trouvait l'organe malade :

1° La pièce pathologique est un peu plus grande qu'un testicule ordinaire. A l'extrémité supérieure, elle offre un bord renversé d'une notable épaisseur. Le cordon spermatique naît de ce bord renversé.

2° A la dissection, on constate que les membranes sont réunies par un tissu cellulaire de nouvelle formation ; les deux lames de la tunique vaginale sont soudées par des fausses membranes.

3° Une incision longitudinale, faite à partir du bord renversé jusqu'à l'extrémité inférieure de l'organe, fait pénétrer dans une cavité ovalaire, qui s'est formée au centre du testicule par suppuration. Les parties non-dé-

truites du tissu testiculaire font, d'un côté, librement saillie dans cette cavité; de l'autre côté, elles sont encore en rapport avec la membrane albuginée. Le corps d'Higmore a subi peu de changement. L'épididyme est un peu plus volumineux.

4° Du côté du bord antérieur du testicule, le tissu est induré par un exsudat organisé.

De toutes ces recherches, on conclut :

a. Qu'il y avait dans ce cas inflammation du testicule de l'épididyme et de leurs membranes;

b. Que l'inflammation dans le testicule s'est terminée par suppuration d'une partie de son tissu avec perforation de l'albuginée;

c. Que toutes les parties du testicole étaient indurées; que l'épididyme était moins malade, et qu'on aurait pu espérer la résolution si le testicule n'avait pas subi des altérations si profondes.

IV. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les livraisons de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet et août 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des moyens d'obvier aux accidents qui surviennent après les opérations sanglantes*; par M. Goupart. 2° *Tumeur fibro-plastique de l'humérus*; par le même. 3° *Observation de thrombus du vagin*; par M. Amand. 4° *De la contagiosité de la fièvre typhoïde*; par M. Coppée. 5° *Observations de fractures compliquées*; par M. Ilwindt. 6° *Note sur le drainage médical*; par M. Burggraeve. 7° *Des gangrènes du tube intestinal*; par M. Fromont. 8° *Histoire de l'inoculation préservative de la fièvre jaune*; par M. Manzini.

OBSERVATION D'UN CAS DE THROMBUS DU VAGIN;
par M. le docteur AMAND.

Obs. — Une femme âgée de 26 ans, primipare, d'un tempérament lymphatique, d'une complexion délicate, venait d'accoucher d'un fœtus mort depuis plusieurs jours, environ à six mois et demi. Cette femme s'était peu ménagée dans les dernières semaines de sa grossesse et avait soulevé des fardeaux considérables.

A la visite, elle était en proie à des tranchées utérines très-violentes et d'une intermittence régulière, comme si un nouveau travail se préparait. La matrice, bien contractée, présentait le volume du poing d'un adulte.

Au toucher vaginal, le doigt rencontre, au-dessus du détroit inférieur, une tumeur qui égalait presque le volume de la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur, située entre le vagin et le rectum, appuyant un peu plus à droite, présentait une forme régulière. Les parois en étaient tendues, d'un rouge foncé, et sans fluctuation appréciable. Les parties externes de la génération ne présentaient rien d'insolite.

La sage-femme avait constaté l'existence de cette tumeur quelques minutes après la délivrance, et prétendait que depuis il s'y était opéré peu de changement.

Applications froides; repos absolu; cathétérisme.

Le lendemain, les tranchées avaient presque entièrement disparu. Pouls à 90. Aucun changement dans la tumeur ni dans ses parois. Même traitement.

Le cinquième jour, douleur gravative dans le bassin; fluctuation bien manifeste; coloration livide du vagin. On se décide à ouvrir la tumeur.

On fit une incision parallèle à la direction du vagin commençant à 3 centimètres au-dessus des petites lèvres, et d'une longueur de 4 centimètres. La poche se vida aussitôt presque complétement. Dans le sang noir, mêlé de caillots, qui sortit abondamment, il y avait à peine quelques traces de pus.

Injections émollientes trois fois par jour.

A partir de ce moment, tout alla bien.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1859. — PRESIDENCE DE M. DE SENARMONT.

— M. Sirey, dont les travaux sur la préparation et l'emploi des *mélanges désinfectants* ont été, il y a plusieurs années, l'objet d'un des prix décernés par l'Académie, l'entretient aujourd'hui des résultats qu'il a obtenus depuis dix années consécutives dans les prisons de la Seine :

« J'ai calculé, dit-il, l'emploi de mes substances désinfectantes pour l'hiver, l'été et l'automne, et mes résultats ont été satisfaisants pour une fosse d'aisances servant à quatre cents détenus. Avant l'heure du lever je fais nettoyer à grande eau, et sur les dix heures du matin je verse 36 litres de la solution ci-après composée :

» 100 kilogrammes de sulfate de fer, 4 kilogrammes d'acide hydrochlorique, 1,000 litres d'eau, et quelquefois, selon la localité, l'emploi du goudron mais très-rarement. »

Dans une autre partie de sa note, l'auteur fait connaître le mode de préparation d'un médicament topique qu'il a employé avec grand succès pour le piétin des moutons, et qui se compose de sulfate de fer et de goudron. (Renvoi à la section d'économie centrale.)

— M. Léon Gigot, qui avait précédemment présenté au concours pour le prix du legs Bréant un opuscule ayant pour titre : « Recherches expérimentales sur la nature des émanations marécageuses, » envoie aujourd'hui pour le même concours, et comme faisant suite à la première communication, un mémoire intitulé : « Nouvelle méthode pour recueillir les *miasmes* et déterminer leur nature. Application de cette méthode : 1° à des recherches sur la nature des miasmes provenant des matières animales et végétales en décomposition; 2° à l'étude microscopique de l'atmosphère des marais salants de la Charente-Inférieure, etc. »

Cette pièce est renvoyée, comme l'avait été la première, à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant.

— M. Mène soumet au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : « Recherches sur une nouvelle espèce de migraine. » (Renvoi à l'examen de MM. Andral, Rayer.)

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE.

NOTE SUR LA CICATRISATION DES PLAIES SOUS L'INFLUENCE DE L'ACIDE CARBONIQUE; par MM. Demarquay et Leconte.

Depuis un grand nombre d'années nous avons fait un grand nombre de recherches sur l'action des gaz appliqués à l'organisme vivant. Dans un premier mémoire adressé à l'Académie des sciences, nous avons étudié l'influence que certains gaz exercent sur nos tissus lorsqu'ils ont été injectés dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine. Il résulte de nos expériences que l'oxygène, l'azote, l'hydrogène et l'acide carbonique ne sont nullement toxiques, et que tous, à l'exception de l'azote, sont promptement absorbés; qu'enfin ils ne restent pas à l'état d'isolement au milieu de nos tissus, car bientôt les gaz du sang viennent à s'y mêler (1). Ces faits de l'innocuité des gaz cités plus haut étant bien déterminés, nous avons étudié avec soin le rôle que ces même gaz peuvent jouer au contact des tendons divisés par une section sous-cutanée. Or il résulte de nos expériences, communiquées également à l'Académie des sciences dans un second mémoire, que l'oxygène, mis chaque jour au contact des tendons divisés, en retarde d'une manière très-sensible l'organisation ou mieux la réparation des plaies sous-cutanées. L'hydrogène a une action bien plus nuisible encore, tandis que l'azote est complétement dépourvu d'action. L'acide carbonique se distingue des gaz qui précèdent en ce qu'il active d'une façon merveilleuse la réparation des tendons divisés. Ce fait une fois bien constaté, il était tout naturel d'espérer que l'acide carbonique, mis au contact d'une plaie des téguments, exposée au contact de l'air, agirait de la même manière, c'est-à-dire qu'il en hâterait considérablement la cicatrisation si l'on parvenait à le maintenir pendant un temps convenable au contact de la plaie qu'il s'agissait de modifier. Pour atteindre ce but, nous avons prié M. Gariel de nous faire construire des appareils en caoutchouc, des espèces de manchons, lesquels, une fois appliqués sur les membres atteints de plaie, nous permettront de plonger ceux-ci dans une atmosphère d'acide carbonique. Grâce à ces manchons, nous avons pu maintenir, pendant quatre et six heures et même plus, des membres affectés de plaie en contact avec l'acide carbonique. Plusieurs malades, atteints d'ulcères gangréneux, de plaies diphthéritiques ou de mauvaise nature, ayant résisté à des traitements antérieurs, ont été traités par nous depuis plus de deux ans dans le service chirurgical de la maison de santé, et ont guéri avec une rapidité vraiment remarquable. Ces faits, constatés par M. Monot et par beaucoup de médecins et d'élèves, ne laissent aucun doute sur les services immenses que peut rendre dans le traitement de toutes les plaies, et surtout de ces plaies interminables qui font le désespoir des malades et des chirurgiens, l'action cicatrisante de l'acide carbonique que nous avons découverte. Cette propriété de l'acide carbonique est bien différente de l'action anesthésique récemment signalée par MM. Majon et Simpson, et confirmée par M. Follin et l'un de nous, M. Demarquay. Dans ces recherches, nous avons constaté que l'acide carbonique donné en injection vaginale, en même temps qu'il amenait une rémission dans les douleurs, modifiait avantageusement l'aspect des plaies cancéreuses et leur enlevait souvent leur fétidité. Ce dernier effet est tellement incontestable lorsqu'on prolonge le contact de l'acide carbonique, comme nous le faisons dans notre méthode, que les plaies les plus fétides deviennent presque inodores en vingt-quatre ou trente-six heures, par suite, sans doute, de la modification qu'éprouvent les sécrétions. L'action cicatrisante de l'acide carbonique que nous étudions ne s'est pas manifestée seulement sur les plaies résultant d'un traumatisme plus ou moins récent, mais encore sur toutes celles qui présentent un aspect plus ou moins mauvais, et au contact desquels nous l'avons appliqué. Suivant les indications à remplir, nous maintenons le contact de l'acide carbonique avec la plaie pendant un temps plus ou moins long; dans quelques cas de plaies cancéreuses dont nous publierons les observations, ce contact a même été permanent.

(1) Voir les Archives, numéros de septembre et d'octobre 1859.

Nous serions heureux de voir nos résultats contrôlés par la commission des prix de médecine et de chirurgie, à laquelle ont été renvoyés nos deux premiers mémoires, et nous appelons de tous nos vœux la sanction de notre méthode de traitement par nos confrères.

Dans une prochaine note, nous aurons l'honneur de communiquer à l'Académie nos recherches sur les affections cutanées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les derniers rapports de MM. Lemaire, médecin des épidémies de l'arrondissement de Cosnes, sur une épidémie de croup et d'angine qui a régné dans la commune d'Arquian (Nièvre), et Jacquelot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Napoléonville, sur une épidémie de dysenterie et de fièvre typhoïde qui a sévi récemment parmi les jeunes détenus de la colonie de Langonnet (Morbihan). (Commission des épidémies.)

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Isid. Dukerley, médecin-major au 66e régiment d'infanterie, une note sur les opérations de vaccination et de revaccination pratiquées sur les hommes de ce corps. (Comm. de vaccine.)

RAPPORTS. — TRAITEMENT DE LA CHORÉE.

M. Blache lit, en son nom et au nom de MM. Bouvier et Trousseau, un rapport sur un travail lu par M. Briquet dans la séance du 2 novembre dernier, et intitulé : Recherches thérapeutiques sur la chorée.

Nous empruntons à ce rapport les passages suivants :

Si l'on fait passer un courant faradique le long des muscles d'un membre en état de chorée, on voit à l'instant même, dit M. Briquet, tout mouvement désordonné cesser, et les divers muscles de ce membre rester dans un état de contraction, qui dure tout le temps pendant lequel agit le courant, mais qui cesse aussitôt qu'on suspend celui-ci, et l'agitation choréique reprend comme auparavant.

Ce mode d'intervention de l'électricité peut, selon M. Briquet, être d'une grande utilité contre un accident qu'on voit quelquefois terminer la chorée d'une manière fatale. Il est, en effet, quelques choréiques, chez lesquels la mort est due à une asphyxie produite par le désordre des muscles qui servent à la respiration. Or, par l'introduction alternative d'un courant faradique dans les muscles inspirateurs et dans les expirateurs, on peut régulariser presque à volonté la respiration et prévenir ainsi l'asphyxie.

Sans avoir eu l'occasion de faire cette opération dans les cas graves contre lesquels jusqu'à présent la médecine est désarmée, M. Briquet dit en avoir constaté l'effet dans divers désordres des muscles de la poitrine.

Il ne nous paraît pas douteux que ce moyen ne doive être mis en usage dans les cas graves, où tout a échoué jusqu'à présent.

Mais si le courant électrique à travers les muscles n'a pas d'action directe et prolongée sur la chorée, il n'en est pas de même de la faradisation de la peau ; celle-ci exerce une action très-directe sur les mouvements choréiques.

Il résulte de cette opération, comme l'a démontré M. Briquet, une action révulsive de la plus grande puissance exercée sur la peau, au profit des excitations situées dans les appareils musculaires sous-jacents.

Au moment de la faradisation, la convulsion choréique augmente d'intensité ; mais bientôt elle diminue, et au bout de quelques heures, elle est évidemment moins forte qu'elle ne l'était avant la faradisation.

Dans quelques cas où il existe de l'hyperesthésie dans les muscles agités par la chorée, la faradisation de la peau, en faisant cesser cet excès de sensibilité, tend encore à diminuer l'état convulsif.

L'expérimentation n'a encore été faite que sur 9 filles choréiques, de l'âge de 5 à 18 ans. Chez les unes, la chorée était légère et partielle ; chez la plupart, elle était générale, tout en affectant principalement le côté droit.

La durée antérieure de la maladie avait varié de six semaines à douze ans, et pendant ce temps les diverses médications en usage avaient été employées sans succès.

On faradisait alors la peau du muscle le plus convulsé, pendant cinq ou six minutes, tous les jours ou tous les deux jours, sans employer d'autres moyens que quelques bains simples et des ferrugineux, et l'on poursuivait ainsi la chorée dans tous les muscles où elle avait lieu.

Chez 5 malades, une amélioration notable s'était manifestée au bout de quelques jours de traitement, les grimaces avaient cessé ou avaient notablement diminué ; le bégayement avait disparu, les malades pouvaient se servir de leurs mains pour manger, et la marche se faisait mieux.

Chez 3 enfants, cette amélioration n'avait été obtenue qu'au bout de huit jours.

Chez une seule, l'amélioration ne se fit sentir qu'après une quinzaine de jours ; ce fut chez celle chez qui la chorée datait de douze ans.

Chez l'une de ces malades, la chorée fut successivement enlevée, en quelque sorte, pièce par pièce, à mesure que l'on faradisait la peau de la mâchoire, celle du cou, celle du membre supérieur, et enfin celle du membre inférieur.

Cette influence par parties démontre, à notre sens, d'une manière bien évidente, l'action de la faradisation, car il est d'expérience que, dans les traitements ordinaires, l'amélioration commence toujours par les extrémités inférieures, tandis que, dans les faits de M. Briquet, où l'on opérait en commençant par les membres supérieurs, l'amélioration était d'abord sensible dans ces mêmes membres.

Enfin, la cessation de la chorée fut complète au bout de huit, de vingt-deux, de vingt-quatre, de vingt-huit, de trente, de trente-trois, de trente-six, et chez une de quarante-sept jours, la dernière malade étant sortie de l'hôpital au bout de quinze jours et avant d'être guérie.

Le nombre des malades sur lesquelles M. Briquet a opéré est trop peu considérable, sans doute, pour établir une loi de durée du traitement. Faisons remarquer cependant que le maximum de quarante-sept jours a eu lieu chez une fille choréique depuis douze ans, et que, pour les autres, la durée a été communément de vingt et un jours à un mois, celle du traitement par la gymnastique ayant été, pour les cas heureux, de trente-cinq jours en moyenne.

Peut-être les cas observés par M. Briquet étaient-ils légers et devaient-ils ne point devenir graves. Peut-être aussi est-il tombé sur une série favorable, comme cela se voit de temps en temps.

Mais toujours est-il que ces faits portent avec eux un grand intérêt, et qu'il est fort désirable que ces recherches soient continuées. Nous devons ajouter d'ailleurs que M. Duchenne (de Boulogne), témoin des faits rapportés par M. Briquet, nous a déclaré qu'ils sont parfaitement exacts, et qu'au besoin même il pourrait les corroborer par d'autres faits analogues qui lui sont propres.

Une objection que ne s'est point dissimulée M. Briquet, et qui n'est pas sans une certaine valeur, c'est l'excessive douleur occasionnée par la faradisation, douleur telle qu'il s'est plusieurs fois vu obligé d'avoir recours au chloroforme pour en faire cesser les angoisses, ou pour vaincre la résistance qu'opposaient les malades à l'emploi de ce moyen.

Aussi croyons-nous que, sauf dans les cas de chorées très-graves ou rebelles aux traitements les plus habituellement efficaces, la faradisation aura peu de chances d'être acceptée, et surtout en ville.

Nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Briquet, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

L'Académie adopte ces conclusions.

AUSCULTATION DE LA TÊTE.

M. A. Kergaradec, en son nom et au nom de MM. Blache et Langier, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Henri Roger, intitulé : Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête.

Il y a environ vingt-six ans, en 1834, dit M. le rapporteur, un médecin de Boston, M. le docteur Fisher, communiquait à une société savante les résultats de ses recherches sur l'auscultation appliquée aux maladies de la tête. Cinq ans plus tard, il insérait un mémoire sur le même sujet dans un journal américain. Les études de notre confrère d'Amérique sur l'auscultation de la surface crânienne lui révélèrent l'existence, dans cette région, de plusieurs bruits, dont les uns y avaient leur siége primitif, et les autres, nés ailleurs, n'y étaient entendus que par voie de propagation ou de simple retentissement.

M. Fisher crut avoir trouvé un moyen de diagnostic précieux propre à répandre la plus grande lumière sur la séméiotique des maladies de l'encéphale.

Un autre Américain, M. le docteur Whitney, alla plus loin encore ; il prétendit avoir reconnu, outre le souffle céphalique, différents autres bruits, tels que l'égophonie qu'il appelle cérébrale, des bruits musicaux, etc.

Leurs publications firent peu de bruit. Lorsque parut la 2e édition du Traité pratique d'auscultation, MM. Barth et Roger, se fondant sur les résultats négatifs de leurs observations, élevèrent des doutes sérieux sur la réalité des phénomènes signalés, et surtout sur la valeur séméiotique qui leur était attribuée. Toutefois, M. Roger voulut soumettre sa propre sentence à une révision sérieuse et sévère. Il a donc recommencé ses recherches, qui font l'objet du mémoire soumis à l'Académie.

M. le rapporteur donne ici une analyse très-détaillée du mémoire de M. Roger dont nous avons déjà publié un extrait, et résume en ces termes son appréciation :

L'auscultation céphalique, quand elle est praticable, a quelques avantages sur l'auscultation des gros vaisseaux du cou, souvent rendue impossible par l'indocilité de l'enfant. Elle peut être pratiquée dans le sommeil ou pendant l'allaitement. Elle sera donc toujours possible et souvent facile.

Ces résultats sont bien minces sans doute, si on les compare avec ceux qu'avaient annoncés les auteurs de la méthode. En présence d'une telle déception, on ne s'étonne pas que M. Roger se prenne à regretter un peu les peines qu'il s'est données pour recueillir de nombreuses observations. Cependant l'auscultation de la tête est encore un sujet neuf ; qui peut savoir ce que l'avenir lui prépare, car la science de l'auscultation médicale n'a pas dit son dernier mot.

La commission propose : 1° d'adresser des remercîments à M. Roger et

de l'inviter à donner suite à ses recherches; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

L'Académie adopte.

CHLORO-ANÉMIE DES ENFANTS.

M. DE KERGARADEC, en son nom et au nom de la même commission, lit un autre rapport sur une communication de M. Nonat, adressée à l'Académie à l'occasion du mémoire de M. Roger. Le travail de M. Nonat a pour titre : NOTE SUR LA CHLORO-ANÉMIE DES ENFANTS.

« Notre honorable confrère, dit M. le rapporteur, annonce qu'il se livre depuis neuf ans à des recherches sur l'altération de composition du sang chez les enfants, sujet, dit-il, que M. le docteur Roger n'a traité qu'en passant dans son mémoire.

» Nous avons l'honneur de faire remarquer à l'Académie qu'un travail ayant pour objet spécial l'auscultation de la tête ne pouvait entrer dans beaucoup de développements sur une question qui lui est en quelque sorte accessoire ; que cependant la fréquence de l'anémie chez les enfants y a été signalée plusieurs fois, et que c'est même à cet état morbide que les bruits vasculaires et particulièrement le souffle cérébral y sont constamment rapportés. M. Nonat croit que la chloro-anémie est la règle dans le jeune âge ; cette doctrine ne diffère en rien de celle de M. Roger. Il n'admet aucune relation pathogénique entre la coqueluche et la chloro-anémie, et considère l'auscultation des vaisseaux du col comme suffisante chez les enfants. La première de ces questions devra être débattue entre ces deux savants confrères, et nous avons dit ce que M. Roger pense à propos de la seconde. »

La commission propose d'adresser des remerciments à M. Nonat, et de l'inviter à poursuivre ses recherches.

— M. DE KERGARADEC mentionne encore des réclamations adressées relativement au même sujet, par MM. Lendet (de Rouen) et Rilliet (de Genève).

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le compte rendu de la gestion, par M. Pâtissier.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE; par MM. J. BÉHIER et A. HARDY, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, médecins des hôpitaux, chevaliers de la Légion d'honneur, etc., etc. (Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique.) Tome I : PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET SÉMÉIOLOGIE. Deuxième édition. — Paris, 1858. — Chez Labé.

S'il est, en littérature médicale, des livres difficiles à écrire, c'est assurément ceux qu'on destine aux études classiques. Toutes choses, en effet, concourent à rendre la tâche plus pénible : le sujet, qui le plus souvent, au moment même où l'on se met à l'œuvre, est encore à l'étude; la personnalité de l'auteur, qui, pour bien faire, doit s'oublier lui-même et se réserver sur l'opinion d'autrui à peine droit de contrôle; la qualité du lecteur, pour qui, dans le livre à publier, tout sera nouveau jusqu'au langage; enfin, et pour n'en pas trop dire, l'exiguïté du cadre, qui rive l'écrivain à une extrême concision, si bien qu'incessamment il chemine entre deux écueils également redoutables : être obscur, être incomplet.

Pour une pareille œuvre, quand on est seul, il semble qu'on ait trop entrepris, et eût-on le courage d'achever, il manque à la fin cette critique amie, ce contrôle bienveillant qui, par leur aménité même, leur bonne intention, se font facilement accueillir, et polissant l'ouvrage vingt fois remis sur le métier, le livrent au public entier et parfait.

C'est pour cela que se sont unis MM. Béhier et Hardy; et aujourd'hui que, forcés par le succès de leur livre à une seconde édition (ce qui est pour nos auteurs comme une bataille gagnée), ils viennent remercier de l'accueil favorable qu'on leur a fait, ils doivent certainement s'applaudir de n'avoir pas chacun créé une œuvre rivale, mais d'avoir confondu leurs efforts : lecteurs et auteurs, tout le monde y gagne, et l'éditeur plus que tout le monde.

Ce premier volume du TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE contient, en 800 pages, la *pathologie générale* et la *séméiologie*, c'est-à-dire, d'une part, comme introduction à la pathologie spéciale, l'histoire résumée des traits communs que présentent entre elles les diverses maladies, et d'autre part, l'étude de la valeur diagnostique et pronostique des signes morbides dont les divers appareils peuvent être le siége.

Et d'abord, qu'est-ce que la maladie? Après une courte exposition des doctrines philosophiques, qui ont, à chaque époque, tenté de renverser l'opinion établie pour jeter des fondements plus solides, MM. Béhier et Hardy, fidèles aux doctrines de l'école de Paris, qui, disent-ils, sait allier un sage vitalisme aux résultats obtenus soit par l'observation médicale, soit par les progrès des sciences physiques, MM. Béhier et Hardy définissent ainsi la maladie : « *Toute modification anatomique, physiologique ou chimique, survenue dans l'économie accidentellement et en dehors de toute action organique régulière.* »

Quelles sont après cela les causes des maladies? Il en est de quatre sortes : les *causes prédisposantes*, qui, par une action presque toujours lente ou graduelle, amènent dans l'économie des modifications quelquefois inappréciables aux moyens d'investigation, et préparent le développement des maladies; les *causes accidentelles*, dont l'action peut être précédée d'une prédisposition qu'elles font éclater ou qui sont encore puissantes sans cette espèce de préparation ; les *causes spéciales*, qui sont suivies de phénomènes constamment semblables entre eux dans chacun des différents cas; les *causes diathésiques*, qui ne sont pas, à proprement parler, des causes de maladies, mais des états morbides paraissant occuper la totalité de l'économie, se manifestant sur divers points par des symptômes entachés d'une sorte de parenté, et révélant l'action d'une cause partout identique.

La maladie se traduit au dehors par des phénomènes particuliers et anormaux qu'on appelle *symptômes*, symptômes *locaux*, *généraux*, *sympathiques*. Ces symptômes prennent le nom de *prodromes* quand on les observe avant que la maladie qui va se développer présente des caractères bien tranchés; on les appelle, au contraire, symptômes *consécutifs* quand ils se montrent après la terminaison de l'état morbide principal. Mais ce qu'il importe de ne pas confondre, c'est le *signe* et le *symptôme*; le symptôme est simplement un fait brut, un phénomène pathologique percevable pour tout le monde; le signe, au contraire, est le résultat de l'appréciation de chacune des circonstances qui se rapportent à la maladie et qui peuvent conduire à sa connaissance; le médecin seul est apte à cette détermination, qui suppose une éducation préliminaire.

Les symptômes cependant naissent, se développent, se succèdent : le mode qu'affecte cette évolution constitue la *marche* des maladies, à cette marche se rapportent le *type* ou l'ordre dans lequel les symptômes se reproduisent ou s'exaspèrent; la *durée* ou la forme, soit aiguë, soit chronique, que revêt l'affection; les *périodes* ou les phases diverses, *accroissement*, *état*, *déclin*, qui semblent se partager le cours d'une maladie.

Certaines maladies peu graves peuvent durer toute la vie, mais le plus souvent des *terminaisons* se produisent, qu'il faut ranger sous trois chefs : la *guérison* à laquelle se rattachent la *résolution*, la *délitescence*, la *suppuration*, la *gangrène*, la *cicatrisation*; le *développement d'une autre maladie*, *crises* et *métastases*; la *convalescence*, état intermédiaire entre la maladie et la santé, pendant lequel les symptômes morbides s'étant amendés, les fonctions reprennent peu à peu leur activité régulière; la *mort* qui peut être *subite* ou précédée de l'*agonie*.

Sous le rapport du siége, les maladies doivent être divisées en trois catégories : 1° maladies *locales*, dont le siége est bien déterminé; 2° maladies *générales*, dont le siége est moins précis et qui semblent affecter l'ensemble de l'économie; 3° maladies dont le siége est complétement indéterminé.

Quelle est la cause intime des maladies, quelle est leur nature, comment faut-il délimiter les maladies? Ce sont là trois questions de haute philosophie, que les auteurs d'un livre élémentaire devaient exposer sans les résoudre et qui, d'ailleurs, sont soumises aux progrès de la science. MM. Béhier et Hardy ont été sur ces points d'une réserve qui a dû leur coûter et dont il faut d'autant plus leur savoir gré.

Un sujet plus pratique est le *diagnostic* des maladies ; pour faire un diagnostic, il faut d'abord reconnaître et rassembler les signes positifs qui caractérisent la maladie et la rendent semblable à telle ou telle affection connue et dénommée; il faut ensuite faire ressortir les signes qui la séparent des autres espèces pathologiques voisines. Or c'est là une œuvre difficile qui exige à la fois de l'observateur et du malade des qualités trop rarement réunies. De là des règles pour l'examen du malade et des moyens d'exploration qui, bien maniés, deviennent avec l'habitude une arme précieuse contre l'erreur.

Le *pronostic* est le jugement qu'on porte d'avance sur ce qui doit arriver dans le cours ou à la suite des maladies. Un bon pronostic sert à prévenir ou à atténuer les accidents et les complications probables, et aussi à proportionner l'énergie de la médication aux risques qui menacent le patient.

Quant au *traitement*, c'est pour ainsi dire le but et la résultante de

toutes les recherches que s'impose le médecin, et sans la science des indications, sans l'étude des propriétés physiques, chimiques et physiologiques des agents thérapeutiques, la médecine ne serait rien qu'un admirable édifice, orné de cent portiques, mais vide, et ne servant qu'au culte inutile d'une impuissante divinité.

Tel est, en quelques mots, le vaste champ des études qu'embrasse la pathologie générale; là se bornerait à la rigueur l'œuvre sommaire de MM. Behier et Hardy; mais, comme on l'a certainement remarqué, s'il est, en pathologie, une difficulté et un danger, c'est, un malade étant donné, reconnaître l'affection et ne point la prendre pour une autre. Aussi bien tous les efforts des pathologistes se sont-ils dirigés sur ce point, et a-t-on fait une science spéciale de l'étude comparée des signes morbides. Prenant un à un, et comme par départements, chaque appareil, et presque chaque organe, plus encore chaque symptôme, le clinicien examine, pèse et discute, trop heureux quand, après tant de soins, il échappe à l'erreur.

La *séméiologie*, qu'on nous permette cette louange, est, entre toutes choses excellentes, le meilleur chapitre du livre que nous analysons: rien qui ne soit clair, net, précis; dans un petit espace, il est curieux de voir ce qu'on a pu, sans fatigue pour le lecteur, réunir et classer de renseignements utiles. — La *respiration* est bronchique ou tubaire, caverneuse ou amphorique; il y a des râles, les uns vibrants, sibilants, sonores ou ronflants, les autres bullaires, secs ou humides; le malade tousse ou étouffe; la voix, la parole sont normales ou altérées: c'est en quelques pages tout un traité d'auscultation. — Le *vomissement* est rare ou fréquent, facile ou pénible, idiopathique ou symptomatique; il se manifeste au début ou pendant le cours d'une maladie; les matières vomies sont des liquides physiologiques ou pathologiques; elles sont vertes ou noires, inodores ou infectes, alcalines ou acides, stercorales ou séreuses, toxiques ou alimentaires, mêlées de pseudo-membranes ou d'escarres gangréneuses; et de l'observation exacte d'un seul symptôme, le praticien expérimenté fait un signe qui pathognomonise l'affection.

Ici doit finir notre tâche. Pour tout dire, il faudrait, sans retrancher une ligne, réimprimer l'ouvrage. Qu'il nous suffise d'avoir indiqué, dans cette rapide esquisse, les efforts heureux qu'ont tentés MM. Béhier et Hardy pour faire prévaloir partout les idées simples, appuyées sur des faits positifs et sur des déductions rigoureuses. Comme eux, nous les croyons plus profitables aux jeunes études que les doctrines trop hypothétiques et surtout que des combinaisons artificielles, hardies si l'on veut, mais qui ne séduisent que par une sorte de symétrie étrangère aux données d'une saine observation.

BERGOUHNIOUX.

VARIÉTÉS.

— Par arrêtés en date du 25 novembre 1859, M. Bonamy, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur titulaire de pathologie interne, en remplacement de M. le docteur Marcé, décédé.

M. Malherbe, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, spécialement attaché aux chaires de médecine proprement dite, est nommé professeur adjoint de clinique externe en remplacement de M. Bonamy, nommé professeur titulaire.

M. Henry, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant de chirurgie et d'accouchement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Mahot, nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite.

M. Mahot, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Malherbe, nommé professeur adjoint.

— Le concours pour l'agrégation (section de médecine et de médecine légale) à la Faculté de médecine de Paris, a été ouvert le 1er décembre. Le jury, définitivement constitué, est composé ainsi qu'il suit: MM. Denonvilliers, *président;* Tardieu, *secrétaire;* Trousseau, Grisolle, N. Guillot, Cruveilhier, Rayer, Dubois (d'Amiens) et Beau.

Les candidats qui se sont présentés, au nombre de vingt et un, sont: MM. les docteurs Barnier, Blachez, Charcot, Colin, Desnos, Dumont-Pallier, Foley, Hervieux, Labat-Durouchaux, Laboulbène, Lorain, Luys, Marcé, Millard, Parrot, Potain, Racle, Sandras, Triboulet, Vidal, Vulpian.

La composition écrite sur l'anatomie et la physiologie a eu lieu samedi. Le sujet tiré au sort est ainsi conçu: *Le système veineux, la circulation veineuse.*

Les séances du concours auront lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— A la suite du concours qui vient de se terminer pour l'internat dans les hôpitaux civils de Toulouse, ont été nommés: MM. Doms et Darblade, *internes titulaires;* Burgalat et Jouvion, *internes provisoires.*

— Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 21 novembre 1859, est de 988, savoir:

Pour le doctorat.	922
Pour le grade d'officier de santé.	66
	988

Sur ce nombre, il y a 270 inscriptions nouvelles et 90 jeunes gens pourvus seulement du diplôme de bachelier ès lettres.

En 1858, le nombre total des inscriptions était de 1,065, celui des nouvelles de 251.

Dans les huit années précédentes, le nombre a été:

1857 . . .	1,027	inscriptions,	dont 158	nouvelles.
1856 . . .	1,000	—	126	—
1855 . . .	966	—	180	—
1854 . . .	964	—	151	—
1853 . . .	1,054	—	158	—
1852 . . .	1,437	—	334	—
1851 . . .	1,300	—	313	—
1850 . . .	1,223	—	429	—

Le nombre des inscriptions nouvelles est, comme on le voit, en progression notable, et semble être en marche pour revenir aux beaux chiffres des années 1850 à 1852.

La lecture des compositions pour le concours de l'externat a commencé aujourd'hui 6 décembre. Les concurrents ont eu à traiter la question suivante: *Muscles qui s'insèrent à l'omoplate; préparation des différents appareils inamovibles.*

— La distribution des prix décernés aux élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg a eu lieu le 15 novembre à la séance solennelle de rentrée. Les noms des lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant: — *Première année.* Prix: M. G. Bleicher, de Colmar. Mention honorable: M. El. Wendig, de Saint-Martin. — *Deuxième année.* Prix: M. E. Bœll, de Wasselonne. *Troisième année.* Prix: M. Ch. Lévy, de Düttlenheim. Mention très-honorable: M. J.-M. Peuget, de Colonne (Jura).

La Faculté de médecine a demandé au ministre une médaille d'or pour la thèse de M. Goldschmidt (*Des granulations de la cavité utérine*), et une médaille d'argent pour celle de M. Ehrmann (*De l'anémie cérébrale*). Le ministre n'ayant pas encore répondu, le prix n'a pas pu être décerné. On a proclamé ensuite les noms de MM. Morache, Berge, Filliette et Peuget, comme ayant obtenu le premier rang dans les divers concours pour l'internat à l'hôpital civil, et celui de M. Münch pour l'emploi d'aide de chimie.

— La séance solennelle triennale de l'Académie de médecine a eu lieu à Bruxelles le 27 novembre dernier.

M. Sauveur, dans un rapport fort remarquable et très-impartial, a reproduit en les appréciant les travaux de l'Académie pendant la période triennale qui vient de s'écouler; puis M. Fallot a lu un discours sur *la mission des académies;* enfin M. le professeur Burggraeve a traité avec le talent qu'on lui connaît la question du *magnétisme animal et de ses effets sur l'économie vivante.*

On a entendu avec une vive satisfaction la lecture d'un arrêté royal instituant un prix quinquennal de 5,000 fr., en faveur des auteurs belges qui produiront les meilleurs ouvrages relatifs aux sciences médicales.

Cette année, aucun prix n'a été décerné.

La séance s'est terminée par l'installation du nouveau bureau, composé de M. Vleminckx, président, et de MM. Lebeau et Vancoetsem, vice-présidents.

— Le docteur Armand, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, vient d'obtenir de M. le ministre de la guerre la faveur de faire partie de l'expédition de Chine, et s'est embarqué à Toulon sur la frégate mixte la *Dryade.*

— M. Parayon, membre du conseil de salubrité de Lyon, membre du jury médical du Rhône, ancien président de la Société de pharmacie, vient de succomber à une attaque d'apoplexie.

— On lit dans l'ÉCHO D'ORAN (5 novembre 1859):

« En considération du nombre et de la fréquence des maladies des yeux qui affectent la population de la province, M. le préfet, après l'avis du maire d'Oran et de la commission des hospices, a décidé qu'un service spécial destiné au traitement des maladies des yeux sera créé à l'hôpital civil de cette ville. Une consultation et des soins gratuits seront donnés aux indigents tous les jours, de 8 à 9 heures du matin.

L'organisation de ce service est confiée à un médecin spécial de Paris, M. le docteur Furnari, qui, en 1842, reçut du gouvernement la mission de chercher les causes et la nature des maladies des yeux en Afrique et d'en indiquer le traitement. Cet habile praticien, connu par des travaux importants sur ces affections, se livre aujourd'hui à de nouvelles recherches, sous les auspices de Son Excellence le ministre de l'Algérie, à l'effet de constater si dix-sept années d'expérience ont infirmé ou confirmé les opinions qu'il avait émises.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORT DE M. DEVERGIE; ÉLOGE DE GEOFFROY SAINT-HILAIRE PAR M. FRÉDÉRIC DUBOIS. — DE L'HYPNOTISME.

Dans ces dernières années — et déjà même dans les avant-dernières — l'article 13, titre 2, chapitre 1 du règlement de l'Académie est à peu près resté une lettre morte dans une de ses plus importantes dispositions (1). Personne cependant, ni dans l'Académie, ni dans le public, ne s'est jamais plaint ni même aperçu de l'inexécution de cette clause du cahier des charges des places de secrétaires perpétuel et annuel. Loin de là, dans les jours de grande solennité académique, l'auditoire, distrait par l'attente de la pièce principale, l'*éloge*, ne voit dans les autres communications que des préliminaires de pure forme, des espèces de procès-verbaux, qu'il trouve toujours longs, quelque soin que mette parfois à les faire courts un orateur homme d'esprit, comme, jadis, M. Gibert. Il n'est donc pas étonnant que le zèle des secrétaires annuels chargés de remplir ce programme oratoire ait été de tout temps refroidi par ces dispositions du public; et qu'ils aient, avec plus ou moins de bonne grâce, abdiqué toute prétention à disputer le prix d'éloquence ou même à le partager. Il faut avouer, d'ailleurs, que ce programme, qui, bien compris, ne serait rien moins qu'une revue historique, philosophique et critique, non-seulement des travaux académiques, mais encore de la marche générale de la médecine dans toutes ses branches, a pu aussi, par son importance même, effrayer des travailleurs modestes qui, se défiant consciencieusement de leurs forces, ne veulent pas entreprendre plus qu'ils ne peuvent exécuter.

On conçoit pourtant que d'autres, moins convaincus de l'indifférence du public, dont le talent peut toujours, en définitive, triompher, moins effrayés ou plutôt excités par la grandeur et les difficultés de la tâche, ou enfin acceptant par devoir la responsabilité imposée par un texte précis et formel, prennent tout à fait au sérieux, non-seulement les obligations, mais encore les prétentions — d'ailleurs légitimes — de leur position académique. Ainsi paraît l'avoir entendu M. Devergie. Il a pensé que la plume du secrétaire annuel devait, à l'occasion, servir à autre chose qu'à rédiger correctement le procès-verbal des séances et des commissions, qu'elle pouvait prétendre, elle aussi, aux honneurs de l'éloquence académique. Loin d'amoindrir, comme la plupart de ses prédécesseurs en pareille circonstance, l'importance de son discours, fond et forme, et, par suite, le rôle officiel du fonctionnaire et la personnalité de l'orateur, il a vaillamment essayé de donner un brillant et fort relief à toutes ces choses. Jusqu'à quel point il a réussi, c'est ce qu'on ne saurait déterminer exactement. S'il a pu se sentir de temps en temps rassuré par des applaudissements de bon aloi, il a dû éprouver une impression différente de certaines explosions d'hilarité qu'il n'avait probablement ni cherchées, ni prévues. Le désir de plaire a pu lui faire, en quelques endroits, forcer son talent. Mais qui pourrait, en face d'un triple rangs de chapeaux féminins, résister à la tentation de faire, dussent-ils être perdus, quelques apprêts d'esprit et de toilette?

Quoi qu'il en soit, la tentative d'élever le niveau d'idées, d'agrandir le champ d'investigations, d'étendre la portée scientifique et critique des rapports annuels de l'Académie, est un effort généreux qui mérite d'être encouragé. Ce sera là un précédent pour les futurs secrétaires annuels et pour M. Devergie lui-même, si, comme nous l'espérons et souhaitons, il occupe encore quelques années sa place actuelle. En s'engageant dans cette voie, ils ne feront que rentrer dans l'esprit et la lettre du règlement. L'Académie y gagnera en influence et en autorité, et le côté gauche du bureau, jusqu'ici plongé dans l'ombre, acquerra peut-être un éclat presque égal à celui du côté droit.

— Est-il vrai que c'est le désir, tout littéraire, de faire un pendant à l'Éloge de Georges Cuvier, par Pariset, qui a décidé M. Frédéric Dubois à écrire celui d'Étienne-Geoffroy Saint-Hilaire? Doutons-en, bien que l'auteur nous l'assure. Préférons croire, ainsi qu'il le dit encore lui-même, qu'il a obéi surtout à l'obligation morale de combler enfin la regrettable lacune existant depuis seize ans dans la galerie des monuments honorifiques que l'Académie élève à ses illustres par les mains de ses secrétaires perpétuels. Hâtons-nous d'ajouter que l'hommage, quoique tardif, a été chaleureux, solennel, digne à tous égards de la compagnie qui le rendait, du savant qui en était l'objet et de l'orateur, organe de l'Académie et de l'histoire.

Le nom de Cuvier, introduit dès le début et mis aussitôt en opposition avec celui de Geoffroy, pouvait faire craindre que l'appréciation du rôle scientifique et philosophique de ce dernier ne fût plus ou moins influencée par la tentation très-forte d'ordonner systématiquement tous les éléments du contraste. Ces sortes de parallèles — dont l'occasion se présente assez souvent, car dans tous les genres, devant une individualité intellectuelle puissante se dresse toujours une individualité de type différent — sont très-séduisants. Ils offrent un cadre commode où l'orateur, l'historien peut mettre en saillie ses figures et les faire valoir l'une par l'autre par la vigueur des oppositions. Mais ce procédé artificiel compromet singulièrement la fidélité des portraits. En fait, les esprits, comme les visages, sont plutôt différents qu'opposés. Ces différences engendrent sans doute des contrastes, plus ou moins saisissables et frappants, mais elles ne constituent pas des séparations radicales, des incompatibilités absolues. Ainsi, lorsqu'avec le très-disert panégyriste de l'Académie on nous présente, sous le couvert des deux illustres personnages, le génie de l'*intuition* aux prises avec le génie de l'*induction*, la lutte des *idées* avec les *faits*, du principe de l'*unité* avec le principe de la *variété*, de l'esprit d'observation qui se complaît dans les détails et les diversités des choses, et l'esprit de généralisation qui ne saisit que les ensembles et les analogies, le conflit fameux de l'analyse et de la synthèse, etc., etc., on peut s'intéresser à cette mise en scène, comme œuvre d'art; mais il ne faudrait pas la prendre à la lettre comme expression rigoureuse de la vérité. Du reste, M. Dubois n'a usé qu'avec sobriété des ressources oratoires que lui offrait le parallèle. Bien qu'entraîné, par-ci

(1) « Le secrétaire perpétuel a pour fonctions..... de faire tous les ans, conjointement avec le secrétaire annuel, l'analyse de l'ensemble des travaux de l'Académie, l'éloge de ses membres décédés, et de présenter une esquisse des progrès de l'art de guérir dans toutes ses branches. »

FEUILLETON.

ETIENNE GEOFFROY SAINT-HILAIRE (1).

Messieurs,

Il existe une lacune très-regrettable dans l'excellent recueil des ÉLOGES prononcés par mon illustre prédécesseur : M. Pariset, qui vous avait parlé si éloquemment de Georges Cuvier, ne vous a rien dit de M. Geoffroy Saint-Hilaire. Il ne s'est point donné le bonheur de faire retentir dans cette enceinte le nom de son cher Geoffroy et de tracer le tableau d'une vie qui, sous sa plume, aurait pris si aisément le mouvement et l'éclat d'un poëme héroïque (2). C'était une riche et abondante matière que sans doute il réservait pour ses vieux jours, disant comme Tacite : *Uberiorem, securioremque materiam senectuti seposui*; et puis le temps lui a manqué.

Mais que dire aujourd'hui, Messieurs, et après tant d'autres, sur les travaux et sur la personne de M. Geoffroy Saint-Hilaire? Comment oser prendre la parole sur un pareil sujet après l'éloquent interprète de l'Académie des sciences, et après ce pieux et digne historien que M. Geoffroy Saint-Hilaire a rencontré dans son propre fils? Ne serait-ce point le cas de s'écrier avec La Bruyère : « Tout est dit et l'on arrive trop tard! le plus beau et le meilleur est enlevé! »

Il est cependant, Messieurs, une circonstance qui m'enhardit et me rassure : c'est que ce qui serait vrai des ouvrages de l'esprit, et La Bruyère n'entendait pas autre chose, ne peut pas l'être des ouvrages de la science : ici tout est toujours à reprendre, ou du moins à continuer, et l'on n'arrive jamais trop tard. Si donc il ne nous est rien laissé à dire sur tant de belles actions qui ont rempli la vie de M. Geoffroy Saint-Hilaire, nous trouverons du moins dans ses travaux des sujets à jamais inépuisables, toujours divers, toujours nouveaux : nous voulons parler de ces hautes questions, de ces graves problèmes qui, de tout temps, ont eu le privilége d'intéresser les âmes bien nées et de saisir les imaginations, qui ont occupé les plus grands hommes, depuis Aristote jusqu'à Buffon; qui sont enfin tout à la fois le charme, le tourment, et le plus noble exercice de l'esprit humain.

Et comme il serait impossible de parler des théories de M. Geoffroy Saint-Hilaire sans parler en même temps de l'opposition qu'elles finirent par rencontrer dans le sein de l'Académie des sciences, nous aurons à remettre sous vos yeux cette mémorable lutte où le génie de l'*intuition* semblait aux prises avec le génie de l'*induction*; orageux et solennels débats, sublime controverse qui, après avoir tenu l'Europe attentive, agite et partage encore aujourd'hui les esprits les plus éminents.

(1) Éloge prononcé par M. FRÉDÉRIC DUBOIS, dans la séance publique annuelle de l'Académie de médecine, le 13 décembre.

(2) Expression de Pariset.

par-là, par le besoin de la symétrie à trop fortement accentuer les points d'opposition entre les doctrines et les tendances intellectuelles de ces deux éminents esprits, et, par suite, à se représenter parfois l'œuvre doctrinale de chacun d'eux comme une simple négation de l'œuvre de l'autre — ce qui serait un moyen infaillible de les rendre toutes deux inintelligibles — il n'a pas négligé pourtant d'étudier directement et dans leurs sources, dans leurs principes et leurs preuves, les vues spéculatives de Geoffroy. Il les a même exposées, autant qu'une audition rapide a permis de s'en assurer, d'une manière exacte et complète, au moins dans les points principaux, et en se tenant, bien entendu, à la superficie des généralités, comme l'exige la forme populaire d'exposition et de discussion d'un discours académique.

Ce dernier motif nous interdit toute discussion sur le fond même des questions que soulève le rappel des doctrines de Geoffroy Saint-Hilaire et auxquelles a dû toucher, au moins en passant, son éloquent interprète et critique. En des matières de cette importance et de cette difficulté, *melius est silere quam parum dicere*. Ces doctrines, d'ailleurs, n'appartiennent déjà plus, du moins exclusivement, à l'homme qui les a formulées. En tant qu'elles contiennent la vérité et dans la mesure et proportion de cette vérité, elles font partie du domaine public de la science. Il n'y a donc plus lieu de les défendre ou de les attaquer dans l'intérêt d'une réputation ou d'un droit de propriété; elles ont, à ce point de vue, perdu leur actualité. Il en est une cependant à propos de laquelle l'honorable M. Dubois semble avoir donné à sa réfutation d'une opinion spéculative de Geoffroy Saint-Hilaire le sens d'un blâme; auquel cas nous ne pourrions ni approuver l'intention, si elle a existé, ni reconnaître la validité scientifique de la réfutation même.

Il s'agit des *causes finales*, de ce vieux logogriphe métaphysique, théologique et cosmologique, sur lequel, depuis l'origine de la spéculation philosophique, en tous lieux, en tout temps,

— *Omnis certat dialectica turba sophorum.*

Cuvier, nous dit-on, avait embrassé cette *belle et consolante philosophie des causes finales, aussi utile à la science qu'à la morale et à la piété.* Geoffroy Saint-Hilaire, malheureusement, n'admettait pas cette philosophie; d'où l'on pourrait induire que la morale et la piété manquaient pour lui de bases scientifiques. Cette induction était certainement bien loin de la pensée de M. Dubois. Il sait trop bien lui-même que la morale et même la piété reposent sur des fondements plus solides que les discussions des philosophes et des théologiens sur les causes finales. Il ne peut pas ignorer que des philosophes qu'aucun soupçon d'athéisme, de panthéisme, de matérialisme n'atteignit jamais, tels que Descartes et Bacon, rejetaient la considération des causes finales dans l'étude de la nature, au même titre et par les mêmes motifs que Geoffroy Saint-Hilaire. Il ne peut ignorer enfin, qu'avant de songer à tirer des arguments pour ou contre une croyance quelconque de la doctrine des causes finales, il faudrait préalablement poser intelligiblement la question, ce qui n'a pu être fait encore par personne.

Nous absolvons donc de grand cœur M. Dubois de l'intention, tout en regrettant qu'il ait pu, par inadvertance, fournir aux ennemis de la philosophie, de la raison et de la liberté de penser un prétexte d'insulte contre un des plus nobles et des plus respectables caractères de notre temps, contre un homme aussi grand par le cœur que par l'esprit, et dont la vie a offert autant de belles actions que ses ouvrages de belles pensées.

Ceci entendu, nous n'avons plus qu'à joindre, sans autre réserve, nos applaudissements à ceux du nombreux et brillant public qui se pressait mardi dernier dans l'enceinte de l'Académie pour entendre la parole de l'éloquent secrétaire, et à souhaiter à l'Académie des séances toujours aussi bien remplies.

L. PEISSE.

— En 1842, comme nous l'avons dit dans notre dernier numéro, en répercutant l'écho, qui nous parvenait, de la découverte d'un nouveau procédé anesthésique, en 1842, le docteur Braid (de Manchester) publiait un ouvrage complet destiné à faire connaître au monde savant un nouvel ordre de faits extrêmement curieux et placés sous la dépendance d'une nouvelle espèce de sommeil ou de suspension de partie des facultés nerveuses. « Lorsqu'on place un objet brillant au devant de la ligne médiane du visage, à une distance de 8 à 15 pouces anglais, et qu'on invite le sujet de l'expérience à fixer continuellement les yeux sur cet objet, de manière à produire dans les muscles oculaires et palpébraux une contraction permanente, on voit survenir, au bout de quelques minutes, un état singulier analogue à la catalepsie. Les membres soulevés par l'expérimentateur conservent, pendant un temps assez long, toutes les positions qu'on leur donne; les organes des sens, excepté celui de la vue, acquièrent en même temps une sensibilité exagérée, et enfin une période de torpeur ou de sommeil nerveux dont la durée est variable, succède à cette période d'excitation. »

Nos lecteurs savent comment ce nouveau genre de sommeil, après avoir eu en Angleterre plus ou moins de retentissement sous le nom d'hypnotisme, et mis en mouvement toutes les têtes amies du merveilleux, avait fini par se perdre dans l'assoupissement magnétique. Malgré les extraits donnés de l'ouvrage de Braid, par MM. Littré et Ch. Robin, malgré, paraît-il, des expériences de vérification de ce dernier savant, les circonstances singulières qui caractérisent l'hypnotisme et sa production seraient demeurées encore plus ou moins longtemps dans l'oubli ou les ténèbres, si MM. Azam et Broca n'avaient cru y reconnaître les éléments d'un nouveau procédé propre à procurer l'anesthésie dans les opérations. Cet état cataleptique, suivi d'une période de torpeur, leur parut contenir en germe la découverte d'une nouvelle et importante application chirurgicale. « Une méthode, dit M. Broca, qui n'introduisait aucune substance dans l'économie, me paraissait absolument inoffensive et propre à remplacer efficacement le chloroforme. »

Trois observations contenues dans le mémoire présenté à l'Académie des sciences sous l'autorité de M. Velpeau lui servirent de passeport.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter le bien fondé de cette espérance d'innocuité reposant sur l'absence de l'introduction, dans la méthode, de tout élément matériel étranger dans l'économie. Surpris, comme chacun, par la singularité du phénomène, et plus disposé, en égard au nom de ses patrons, à y croire qu'à le repousser, nous n'eû-

---

Puissé-je, Messieurs, ne faire entendre que des paroles dignes de vous, dignes du savant dont je veux honorer la mémoire. Je sais les périls et les écueils qui m'environnent; mais ayant, chaque année, à célébrer devant vous nos gloires contemporaines, je n'ai point voulu passer sous silence un des plus glorieux maîtres de notre époque, et puis, pourquoi m'en défendrais-je? vous possédiez un riche et brillant portrait de Cuvier, j'ai cédé au désir de placer en regard une simple mais fidèle esquisse de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Étienne Geoffroy Saint-Hilaire naquit à Étampes le 13 avril 1772. Sa famille n'était pas originaire du pays, elle était venue s'y établir dans la première moitié du dix-huitième siècle, et déjà plusieurs savants sortis de son sein l'avaient illustrée; mais, ce qu'il y eut de plus heureux pour le jeune Etienne, ce fut de trouver, au seuil même de la vie, dans son aïeule paternelle, une femme douée des plus aimables qualités, qui, comme une fée bienfaisante, vint l'initier à tout ce qu'il y a de beau et de grand dans le monde. Cette femme, dont l'esprit était au niveau du cœur, voulait faire de son petit-fils la joie et l'honneur de sa vieillesse; il savait à peine lire que déjà elle lui avait mis entre les mains un volume de Plutarque, et cet enfant précoce en faisait ses délices.

Le choix d'une profession dut bientôt préoccuper sa famille; trois carrières s'ouvraient devant lui: la jurisprudence, l'Eglise et la médecine. La jurisprudence avait pour elle un puissant patronage: le père d'Etienne était juriste habile et renommé, son plus vif désir était de céder un jour sa charge à son fils, et déjà, dans cette intention, il lui avait fait suivre les cours de l'Ecole de droit et prendre le diplôme de bachelier. Mais l'Eglise avait de son côté bien des faveurs à dispenser; grâce à son influence, le jeune Etienne avait obtenu une bourse au collége de Navarre, puis il avait été gratifié d'un canonicat et d'un bénéfice.

Restait une troisième robe noire, la médecine; celle-ci, comme profession et en elle-même, n'aurait eu que bien peu d'attraits pour notre étudiant; mais elle se présentait avec tout un cortége de sciences. Pour arriver à la connaissance de l'homme et de ses maladies, il faut passer par la physique, par la chimie et par toutes les branches des sciences naturelles; d'autres auraient pu en être effrayés: ce fut ce qui séduisit le jeune Geoffroy Saint-Hilaire. Déjà, d'ailleurs, il avait suivi au collége de Navarre le cours de physique expérimentale professé par Buisson, et au collége du Cardinal-Lemoine les leçons du célèbre Haüy.

M. Geoffroy Saint-Hilaire fut donc bientôt au comble de ses vœux, c'est-à-dire jeté en pleine science et mis en contact avec les hommes les plus illustres de l'époque. Presque toutes ses journées se passaient au Jardin des plantes, où l'attirait la parole éloquente de Fourcroy et l'enseignement fructueux de Daubenton.

Mais cette vie d'études qui lui allait si bien fut tout à coup interrompue par les orages de la Révolution, et notre jeune savant avait trop de cœur pour les contempler du rivage. On sait comment, dans les affreuses journées de septembre, il arracha aux égorgeurs de pauvres prêtres qui avaient été les maîtres de sa jeunesse.

mes au contraire qu'une crainte, dès l'abord : le danger que devait présenter pour un système nerveux faible ou maladif une méthode qui commençait par le frapper invariablement de catalepsie ! Quoique exempt d'atomes hétérogènes, un procédé susceptible de foudroyer en quelques minutes un système nerveux ne nous rassurait qu'à moitié; telle était la direction de nos préoccupations lorsque nous écrivions la dernière phrase de notre précédent article. Nous craignions le nouveau procédé avant même de penser à douter de son efficacité.

Le plus sage, évidemment, était d'abord d'étudier cette seconde face de la question et de demander comme tout le monde : Qu'y a-t-il bien réellement au fond de cette communication, si peu riche encore en observations, soit positives, soit contraires ?

Nous attendions donc les résultats d'une vérification qui devait sans doute se faire sur une grande échelle, quand un des chirurgiens les plus considérés des hôpitaux, M. le docteur Demarquay, voulut bien nous offrir de prendre part à ses propres essais sur la nouvelle méthode. Les dix-sept observations dont nous donnons ci-dessous les résumés essentiels, ont été recueillies cette semaine même sous les yeux du personnel scientifique de la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod. Les essais ont été faits le premier jour en se servant, pour objet brillant, d'un ophthalmoscope; mais les jours suivants, afin d'écarter l'influence du regard de l'expérimentateur, obligé, pour maintenir l'instrument, d'avoir les yeux fixés sur ceux du sujet en observation, pour se dégager de l'élément volonté, *fascination*, *suggestion* de l'observateur, qui jouent un si grand rôle dans la rédaction du docteur Braid, M. Demarquay a apporté à l'instrumentation la modification suivante :

Sur ses indications, M. Charrière nous a fait préparer une boule brillante en acier de 1 centimètre et demi de diamètre, montée sur une tige qui glisse elle-même à frottement doux dans une monture à charnière fixée sur un frontal ou diadème qu'une petite courroie assujettit autour de la tête. Par là, les yeux du malade, amenés dans la convergence indiquée, n'étaient plus dérangés par aucune intervention extérieure pendant toute la durée des expériences : inutile d'ajouter que les résultats sont demeurés les mêmes, sur les mêmes sujets, par l'une et l'autre méthode expérimentale.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

Obs. I. — Femme de 40 ans, pâle, anémique; cancer utérin depuis longtemps ulcéré. Ne se donne ni pour nerveuse, ni pour fort impressionnable; caractère raisonnable ; premier sujet soumis aux essais d'hypnotisme. Tombe assez rapidement, après six ou sept minutes, dans un état cataleptique, mais sans perte de connaissance, ni de la sensibilité. Les membres supérieurs et inférieurs, les premiers particulièrement, conservent, tant que dure l'expérience, la situation fixe où on les place, malgré l'action déprimante de leur propre poids.

Une nouvelle tentative faite le lendemain, et pendant dix minutes, n'amène que de légers troubles nerveux de la famille des mouvements hystériques ; la sensibilité ne paraît pas amoindrie, l'énergie musculaire n'est atteinte ni par excès, ni par défaut. Elle n'accuse qu'au réveil des douleurs utérines qu'elle n'éprouvait pas avant la séance.

Reprise le quatrième jour, l'expérience reproduit, après trois ou quatre minutes, le même aspect que la première fois. État cataleptique évident, mais se manifestant seulement dans le système musculaire par la situation fixe des membres supérieurs. Nulle altération de la sensibilité, ni de l'intelligence. De la fatigue seulement et de l'étourdissement après l'expérimentation.

Obs. II. — Femme de 45 ans, opérée quatre jours auparavant pour une hernie étranglée. Après huit minutes d'essai, quelques phénomènes hystériques très-légers ; absence complète de résultats d'autre part. N'a pas été soumise de nouveau aux expériences.

Obs. III. — Femme de 50 et quelques années ; cancer utérin. Raisonnable et pas excessivement nerveuse ; quelques symptômes de congestion cérébrale ; le sang à la face, de la fatigue et réveil des douleurs utérines. Rien autre.

Reprise deux fois depuis, pendant dix minutes chaque fois. Résultats nuls.

Obs. IV. — Jeune femme un peu nerveuse, timide : opérée depuis huit jours pour une fistule à l'anus. Se prête très-bien à l'expérience : manifestes au bout de six à huit minutes, les symptômes de début d'une attaque d'hystérie, avec un peu de perte de connaissance, mais exagération plutôt que diminution de la sensibilité.

L'expérience, répétée le lendemain, n'amène aucun résultat.

Reprise deux jours plus tard, reproduit le même tableau que le premier jour : attaque très-nette d'hystérie, suspendue aussitôt en enlevant l'appareil ; hyperesthésie manifeste. Intégrité de l'intelligence et de la motilité.

Obs. V. — Femme de 30 ans environ, entrée pour être traitée d'une métrite suite d'une fausse couche, très-anémique ; était étendue dans son lit, notre ophthalmoscope est placé en avant de la racine du nez, à 12 centimètres environ, et de telle sorte que le double regard soit dans un léger strabisme convergent supérieur. Au bout de trois à quatre minutes, commencement d'hypnotisme : quelques inspirations profondes au début, expression d'un peu d'anxiété dans les traits, agitation du pouls, les yeux et la face se congestionnent un peu ; la malade accuse de la chaleur à la tête, s'agite un peu, a des mouvements de carphologie, et ces légères contorsions des membres antérieurs qu'on observe communément au début d'une attaque d'hystérie. Les pupilles se sont un peu dilatées; contractions spasmodiques des tendons ; la connaissance moins nette, non perdue pourtant tout à fait. La sensibilité un peu moindre, mais n'empêchant pas le sujet de crier et de se plaindre avec une conscience parfaite de ce qu'on lui fait, quand on la pince.

La malade au début, et toutes les autres, ont fait de même, lorsque les quelques profondes inspirations ont été observées, ont témoigné aussi, par quelques gestes, un sentiment de gêne et de sécheresse de la gorge, un poids sur la poitrine ; enfin de la sueur dans les parties supérieures du corps et du froid aux extrémités inférieures.

Ce tableau complet, on en retrouve tous les traits dans les autres observations : en plus ou en moins comme degrés ou quelques-uns seulement manquant. Mais ce qui caractérise cette observation-ci, c'est l'absence complète, absolue, de quoi que ce soit qui tienne de la catalepsie. Tout au contraire, au moment où l'hypnotisme a paru plus complet, c'est-à-dire au bout de six à huit minutes, la malade est tombée dans une résolution musculaire absolue, il lui était impossible de mouvoir aucun membre; ceux-ci, soulevés, retombaient comme un paquet de linge ou de coton. Se plaignant de sentir son front mouillé de sueurs (visqueuses), on lui met à la main un mouchoir en lui disant de s'essuyer ; impossible à elle, malgré toute sa connaissance et la manifestation de son désir de le faire, de mouvoir plus que le bout des doigts. Impossible de serrer la main qu'on lui présente, même légèrement.

Invitée à se lever, elle se plaint d'être comme enchaînée dans son lit.

La sensibilité essayée alors, et même un peu plus tard, paraît plus émoussée que pendant l'expérience. Elle n'est nulle que dans quelques parties du corps, peu sensibles d'ailleurs comme la région dorsale.

Peu de jours après, et pour se remettre de ses cruelles émotions, il s'était retiré à la campagne, dans les environs d'Étampes, et il y était tombé sérieusement malade; le bon Haüy, qui ne l'avait pas perdu de vue, lui écrivait des lettres charmantes, pleines de grâce et de naïveté, mais trop connues pour que je puisse les citer ici.

Ce fut à peu de temps de là que M. Geoffroy Saint-Hilaire, par suite des pressantes sollicitations de Haüy et des démarches de Daubenton, qui, lui aussi, était devenu son protecteur et son ami, entra dans le personnel du Jardin des plantes; on était alors sous la Terreur, dans ces temps formidables où les hommes qui ne se sentent pas le courage de rester trop en vue cèdent volontiers leur place à des âmes plus fortes; heureux lorsqu'ils trouvent dans leurs successeurs des cœurs ardents et généreux qui, à leur tour, viennent les protéger! C'est ce qui arriva à Daubenton, puis à Lacépède, qui s'était démis de sa place de garde et de démonstrateur du cabinet d'histoire naturelle en faveur de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Ces deux têtes si chères étaient menacées; grâce à l'intervention ingénieuse et hardie de M. Geoffroy Saint-Hilaire, grâce à de courageux mensonges qui pouvaient lui coûter la vie, l'une et l'autre furent sauvées ; et ce n'étaient pas seulement ses anciens maîtres et ses bienfaiteurs que M. Geoffroy Saint-Hilaire arrachait ainsi à une mort presque certaine; c'étaient des proscrits de tous les partis. Il avait fait de son logement du Jardin des plantes une sorte d'asile. Le poëte Roucher, entre autres, s'y était réfugié, et il pouvait s'y croire d'autant plus en sûreté que ce logement communiquait avec une des galeries les plus ignorées des Catacombes; mais soit ennui, soit crainte de compromettre son hôte, Roucher fit comme Condorcet, il quitta l'asile qui l'abritait, et, comme Condorcet, il fut presque aussitôt arrêté. On sait que l'avant-veille du 9 thermidor, il monta sur la fatale charrette, et qu'il y rencontra avec le fils de Buffon, un poëte et un ami, André Chénier.

C'est au milieu de ce bouleversement, à cette époque de sang et de violence, que, par un étrange contraste, un homme d'une simplicité et d'une bonté toute patriarcale, Bernardin de Saint-Pierre fut mis à la tête du Jardin des plantes. Ce grand établissement venait de prendre le nom antique de *Muséum d'histoire naturelle*; il avait, comme l'École de santé, ses douze professeurs titulaires, et l'on y avait créé une chaire de zoologie; c'était une place que personne n'était disposé à occuper; M. Geoffroy Saint-Hilaire, comme le plus jeune, dut s'en accommoder, et comme jusque-là il n'avait enseigné que l'histoire des minéraux, il lui fallut improviser l'histoire des animaux, il n'en monta pas moins résolûment dans sa chaire; c'était en l'an II qu'il allait ainsi commencer l'histoire des mammifères et des oiseaux; il avait à peine 22 ans, il lui semblait que c'était sa première campagne. Son exorde avait la couleur de l'époque :

« Citoyens, disait-il, pendant que nos frères d'armes vont cimenter de leur » sang les bases de notre République, nous, dans le silence de l'étude, nous » allons conquérir de nouvelles connaissances afin d'ajouter un rayon de plus » à la gloire nationale. »

Mais c'est à peine si le jeune professeur avait par devers lui quelques débris de collections comme objets d'enseignement. Quant à une ménagerie, ...

Le lendemain, résultats à peu près nuls, mais dans lesquels on pouvait cependant reconnaître l'ombre de ceux de la veille.

Reprise trois jours après, l'expérience est plus concluante et se rapproche, par ses effets, de la première; résolution moins complète et diminution de la sensibilité, diminution sensible surtout *après* le réveil, beaucoup plus que pendant l'hypnotisme lui-même.

Obs. VI. — Jeune fille de 20 ans, retenue dans une gouttière à la suite d'une violente contusion du bassin et qu'on a été dans l'obligation de chloroformer plusieurs fois: paraissant assez nerveuse, très-intelligente. Soumise trois fois à l'expérience, n'accuse rien autre que les phénomènes généraux de chaleur à la tête, de sécheresse de la bouche, etc. Ni catalepsie, ni résolution musculaire, une fois du soulagement des douleurs du bassin; une autre fois le réveil de ces mêmes douleurs. Résultats nuls en somme.

Obs. VII. — Femme de 50 ans, cancer utérin. Résultats absolument nuls.

Obs. VIII. — Femme de 40 ans, nerveuse; traitée par le raclage du col pour des fongosités de la muqueuse utérine, sur la fin d'une époque cataméniale; au bout de trois à quatre minutes tombe dans un hypnotisme absolu, non avec catalepsie, mais bien avec résolution musculaire et insensibilité complète. C'est le seul cas où nous ayons observé cette insensibilité réelle et absolue qui ne tressaillait sous aucune sollicitation de la peau par pincement. Au point de vue de la résolution, rappelle l'obs. V, mais avec moins de persistance après le réveil. Nous disons réveil, quoique l'intelligence ait été conservée dans une certaine mesure pendant l'expérimentation.

Obs. IX et X. — Une des dames surveillantes, âgée de 40 ans; la fille d'une de ses collègues, âgée de 9 ans. Résultats absolument nuls.

Obs. XI. — Femme de 45 ans ayant un cancer utérin. Rien de produit: intelligence, sensibilité, motilité intactes. Accuse seulement un peu de fatigue, de l'étourdissement, et dit avoir éprouvé pendant l'expérience des sensations voluptueuses.

Obs. XII et XIII. — Une des dames surveillantes et sa fille. Résultats nuls.

Obs XIV. — Jeune dame polonaise, opérée d'une périnéo-raphie. Quelques symptômes nerveux; tombe au bout de cinq minutes dans un sommeil assez profond; mais c'est un sommeil ordinaire, sans rêve, sans catalepsie, ni résolution proprement dite; légèrement piquée avec une épingle, elle se réveille aussitôt et se plaint de la douleur qu'on lui occasionne.

Obs XV. — Jeune demoiselle que l'on dit nerveuse: s'endort au bout de dix minutes, sans présenter d'autres indices qu'un état nerveux peu prononcé, suivi d'un sommeil profond, pendant lequel règne une parfaite insensibilité. Nous la piquons et la pinçons vainement. Une épingle enfoncée dans un repli interdigital cutané est laissée à demeure. Au réveil, elle manifeste un grand étonnement et s'occupe alors des trous de piqûres. L'état était celui de résolution musculaire, mais plutôt celui du sommeil naturel, que comparable à l'état des obs. V et VIII.

Quant aux hommes, trois essais seulement ont été faits sur eux; tous trois négatifs après dix minutes de concentration du regard.

D'après le résumé des observations que nous venons de donner, on voit donc d'abord que sur 18 sujets dont 15 femmes et 3 hommes, constituant un total de plus de 40 expériences, l'hypnotisme n'a pu être sérieusement reconnu, avec quelqu'un des principaux caractères qui lui ont été attribués par les auteurs dont nous venons de rappeler les travaux ou les publications, que dans 4 cas (obs. I, V, VIII et XV), tous quatre chez des femmes, les hommes s'y étant montrés absolument réfractaires.

En dehors de ces quatre cas sur lesquels nous allons revenir, les seuls effets produits ont été ceux appartenant à un commencement de congestion cérébrale, ou plutôt d'afflux du sang vers les vaisseaux céphaliques. La face, les yeux s'injectaient plus ou moins, les malades accusaient de la chaleur à la tête, suivie de sueurs froides après l'expérience, de froid aux extrémités, de la sécheresse de la muqueuse buccale, un peu d'oppression, etc.

Élevés à un plus haut degré, ces mêmes effets dans l'obs. 4 ont donné par deux fois naissance à une attaque d'hystérie franche qu'a interrompue immédiatement la cessation de l'expérience. Nuls effets regrettables ne l'ont d'ailleurs suivie. L'intelligence, dans ce quatrième cas, avait été quelque peu troublée et une hyperesthésie manifeste a pu être constatée.

Quant aux trois cas qui ont donné témoignage certain de la réalité de l'état hypnotique, ils ont seuls offerts des troubles incontestables de la sensibilité, de la contractilité musculaire, de la connaissance: La contractilité a produit dans un seul cas le spectacle de la catalepsie avec conservation de l'intelligence et de la sensibilité, et dans les deux autres cas, au contraire, a pris la forme de la résolution musculaire complète. Quant à la sensibilité diminuée, émoussée dans un de ces derniers cas, elle n'a été suspendue que dans le dernier, mais elle l'a été absolument. Dans quelques cas où les phénomènes ont semblé marcher vers l'hystérie, quelque peu d'hyperhestésie a été observée.

Sur ce point cependant il est une remarque à faire. Nous n'avons cherché que dans la réaction du système nerveux contre une agression faite à la sensibilité cutanée, la présomption de l'anéantissement de la sensibilité générale. Nous n'avons point cherché sa manifestation dans l'épreuve d'une grande opération chirurgicale. Pour une excellente raison d'abord, c'est qu'un seul sujet nous ayant rassuré par l'absence de toute réaction contre le pincement de la peau des parties sensibles du corps sur l'état de cette faculté, c'est sur ce sujet seul qu'aurait pu porter l'expérience, puisque seul il a donné la preuve d'un sommeil suffisant de son système sensible. Mais sur celui-là précisément il n'y avait point d'opération indiquée. D'autre part, eussions-nous eu une opération à pratiquer, nous ne l'aurions sans doute pas commencée avec sécurité avant d'avoir amené l'insensibilité aux piqûres et au pincement de la peau, désirant avoir, avant tout, un critérium, une unité comparables. Or la réaction contre la douleur chirurgicale est si variée, elle repose sur des éléments si multipliés, les éléments moraux, par exemple, les malades se présentent à l'opération ou en acceptent l'idée, sous des aspects et dans des états d'esprit si différents, que nous ne nous aventurerions à éprouver la sensibilité par le couteau, qu'après avoir, au préalable, tenté l'épreuve même de la sensibilité cutanée par les piqûres, les pincements d'une même région, seul terme comparable.

Sur nos 18 cas, un seul (peut-être deux) aurait donc pu être offert à l'action chirurgicale. Nous n'avons, du reste, jamais observé de complète et incontestable insensibilité pendant la chloroformisation chirurgicale, que dans les cas où un parfait sommeil de la peau avait précédé la première action du couteau.

Si nous ne portons pas nos regards au delà de l'application de l'hypnotisme à la chirurgie, comme méthode anesthésique, et c'est sous cet aspect que cet état singulier vient de faire sa rentrée dans le

---

France, jusque-là, n'en avait pas connu d'autre que celle qui se trouvait dans les jardins de Versailles. Il eût été tout simple de la transférer au Jardin des plantes; mais dans les journées qui suivirent le 10 août, les animaux appartenant à cette ménagerie avaient éprouvé le sort de tout ce qui se rattachait à la royauté, on en avait fait un véritable massacre; la plupart des volatiles et des quadrupèdes avaient été mangés; un rhinocéros et quelques lions, dont on ne pouvait faire le même usage, avaient été épargnés, mais on allait finalement les sacrifier, lorsqu'ils trouvèrent, dans le nouvel intendant du Jardin des plantes, un éloquent et pathétique défenseur. Le chantre harmonieux de la nature, Bernardin de Saint-Pierre, se fit, en effet, leur avocat, et il alla plaider leur cause à la barre de la Convention nationale. Son discours avait pour épigraphe: *Miseris succurrere disco.* Plus heureux que tant d'autres, il gagna son procès; ses clients eurent la vie sauve et furent adjugés au Jardin des plantes. M. Geoffroy Saint-Hilaire leur adjoignit quelques ménageries ambulantes que la Commune de Paris avait fait saisir, au nom de la morale, et il dota ainsi la France d'une précieuse collection.

Maintenant, Messieurs, que voilà M. Geoffroy Saint-Hilaire pourvu d'un enseignement public et tout à de hautes études, je devrais peut-être vous dire comment, dès cette époque, il était arrivé à quelques-unes de ces vues générales qui devaient un jour changer la face de la science; mais je ne veux pas encore quitter l'homme d'action.

Les temps avaient fini par se calmer; à des jours de terreur avaient succédé des jours de gloire. On savait qu'une grande expédition se préparait; elle devait être scientifique et guerrière, mais on ignorait quel devait en être le but. Berthollet seul était dans la confidence; chargé de choisir les savants les plus éclairés et les plus résolus, il était venu trouver M. Geoffroy Saint-Hilaire, et, pour le décider, il n'avait eu qu'un mot à dire: « Venez, je serai avec vous. »

La grandeur et le mystère même du dessein, la perspective d'une vie nouvelle, semée de hasards et de périls, tout devait séduire M. Geoffroy Saint-Hilaire; il était jeune, plein d'espoir et de confiance dans l'avenir; comment aurait-il pu hésiter? A peu de jours de là, il naviguait vers l'Orient, puis il débarquait en Égypte.

A sa vie paisible et méditative du Jardin des plantes, avait succédé la vie tumultueuse des camps, avec ses expéditions et ses dangers de chaque jour; mais aussi que d'émotions, que de souvenirs il allait amasser! quels compagnons il avait trouvés dans cette cohorte de savants! les Desgenettes, les Larrey, les Dubois, les Monge, les Jomard! Et quel théâtre, enfin, pour ses recherches! On sait qu'il fit trois grandes excursions scientifiques sur cette terre des Pharaons: l'une dans le Delta, l'autre dans la haute Égypte, jusque par delà les Cataractes; la dernière sur les bords du Nil. Il mettait tout à contribution pour enrichir la science; tantôt faisant des captures dans le Nil ou dans les lacs, tantôt poursuivant les oiseaux qui fréquentent ces parages, tantôt enfin cherchant de nouvelles espèces jusque dans le désert.

Le jour vint cependant où il fallut quitter cette terre promise. Personne n'ignore à quelles conditions; elles étaient tellement dures que, sans l'inébranlable fermeté de nos savants, et surtout de M. Geoffroy Saint-Hilaire, la France eût été dépossédée de tous les documents recueillis par la commission.

monde scientifique, nous ne pouvons donc, avec la meilleure des bonnes volontés, lui entrevoir rien qui ressemble à de l'avenir.

En fait d'insensibilité, un seul succès constant et un discutable sur dix-huit cas; ce n'est pas en effet par trop engageant, et il est à croire que ces sujets exceptionnels doivent répondre à certaines conditions physiologiques ou pathologiques qui restent à déterminer et qui semblent tenir de bien près à l'hystérie. Conclusion commune à nous et à tous les observateurs ayant fait jusqu'ici connaître les résultats obtenus par eux. Mais, nous l'avouerons, heureux si l'art chirurgical avait dû bénéficier ici par l'acquisition d'un moyen de procurer l'anesthésie, plus certain dans ses effets que ceux qui sont entre nos mains, nous n'avons pourtant nous trouver désappointé par ces insuccès; car si, d'une part, les périls sont si grands qui accompagnent l'emploi du chloroforme, qu'on doive souvent, comme l'a dit très-bien M. Broca, poser à son endroit la question de vie et de mort; de l'autre, pouvait-on regarder comme sans inconvénients notables et sans dangers quasi-équivalents (le nombre et la durée remplaçant ici la soudaineté des accidents), la faculté de jeter à volonté le premier venu ou la première venue en catalepsie en frappant pendant quelques minutes nu fixant l'attention de son regard? Nous ne le pensons pas. N'eût-on affaire ici qu'à l'hystérie, peut-on jouer avec l'hystérie? Manierait-on innocemment l'épilepsie et la catalepsie?

Serait-il donc indifférent de provoquer un premier accès de l'une ou de l'autre de ces maladies, ou de renouveler des accès dont la chaîne est heureusement rompue? Il n'est pas de médecin qui ne réponde à cela; sans compter l'hygiéniste qui vous demanderait compte des troubles nombreux que la mode, l'esprit d'imitation, la malice et le crime même sauraient bientôt produire à l'aide d'un moyen laissant après lui si peu de traces.

Nous pensons donc que l'espérance déçue de la découverte d'une méthode nouvelle d'anesthésie chirurgicale dans l'hypnotisme ne doit être l'objet que de peu de larmes, et suivie que de faibles regrets. Si nos conjectures sont sensées, l'acquisition n'en eût pas été gratuite.

Mais s'il nous faut renoncer à cette brillante illusion, est-ce à dire qu'il n'y ait rien à recueillir dans l'hypnotisme, et que des faits aussi intéressants, quoique plus circonscrits qu'on n'eût pu croire d'abord, doivent rester pour la science une lettre morte.

Assurément non. Les différents effets produits, pour peu nombreux qu'ils soient, paraissent devoir se rattacher à un ordre assez étroit de dispositions idiosyncrasiques, en particulier aux prédispositions ou aux constitutions hystériques.

Comme manifestation, comme procédés, comme prédispositions individuelles, telles sont aussi les conditions recherchées par le magnétisme animal. Du sommeil magnétique au sommeil somnambulique, à l'hypnotisme, on construit aisément une chaîne forgée avec les même éléments organopathiques, et sur une même constitution qui y sert d'enclume, l'état hystérique ou des états approchants.

La liaison cachée encore, qui doit ou peut unir ces manifestations légèrement variées d'un même substratum morbide, ne saurait être indifférente. Il y a là un long et utile sujet d'études; et c'est un grand pas déjà fait dans cette voie que de l'avoir entrevue et même formulée.

N'est-ce pas faute de l'avoir posée nettement, cette question, que la découverte de M. Braid est demeurée accrochée en route? N'est-ce pas au mélange un peu indigeste de l'élément psychique et de l'élément purement physiologique, dont l'extrait donné par M. Ch. Robin présente le double caractère, que l'auteur doit attribuer la négligence et l'oubli dont a été frappée son œuvre. Placer des actes physiologiques de cet ordre sous la dépendance apparente de certaines impressions psychiques, c'était demeurer dans le domaine du merveilleux, et vouloir éloigner les esprits sérieux. La science, en semblable matière, procède par voie d'analyse, sépare les affluences de provenances diverses et dichotomise les phénomènes d'ordres différents.

Telle est la raison pour laquelle nous avons tenu, M. Demarquay et moi, à nous mettre à l'abri de tout soupçon d'influence morale ou d'ordre psychique. Laissant les sujets en rapport exclusif avec la boule ou le miroir objets de leur regard, évitant d'attirer leur attention; les laissant dans l'ignorance, pour la plupart, du but de nos essais, nous nous sommes affranchis de toute action qui ne fût exclusivement physiologique et auto-biologique.

Par leurs résultats, ces expériences soulèvent déjà un coin du voile qui couvrait les merveilles du magnétisme, et montrent que des phénomènes du même ordre que les seuls véritablement constatés dans les faits du magnétisme, peuvent être produits sans l'intervention d'aucune communication d'une personne à une autre. Elles s'accordent encore avec ces dernières en ce que les circonstances prédisposantes sont les mêmes de part et d'autre, et toutes de nature plus ou moins pathologique, un fonds commun d'hystérie.

Simples ébauches, elles nous permettent cependant d'entrevoir dès aujourd'hui l'entrée du chemin qui conduira à l'explication physiologique de plus d'un fait d'apparence surnaturelle; et nous nous consolerons de la perte des illusions chirurgicales qui ont miroité un instant devant nos yeux, si l'hypnotisme nous apporte, comme nous le croyons, un fil nouveau pour nous diriger dans le labyrinthe des perversions du système cérébro-spinal.

GIRAUD-TEULON.

PATHOGÉNIE.

CAS DE HERNIOTOMIE CHEZ UNE FEMME EN COUCHES, ET OBSERVATIONS SUR L'ORIGINE DES KYSTES HERNIAIRES; par M. le docteur KUHN, médecin à Niederbronn.

L'étranglement herniaire est un des accidents rares de la grossesse et de la période puerpérale. Par suite du développement que prend l'utérus durant la gestation, la masse intestinale, refoulée en haut, se trouve éloignée des canaux inguinaux et cruraux, c'est-à-dire des ouvertures qui le plus habituellement donnent passage aux hernies, et l'utérus, appliqué contre ces ouvertures, les barre en quelque sorte et met obstacle à tout déplacement viscéral qui pourrait se faire par ces points de l'abdomen. Si, par conséquent, une femme, qui devient enceinte, a une hernie réductible non adhérente, cette hernie disparaitra momentanément par le fait même de la grossesse; et l'accou-

---

C'était une véritable croisade que M. Geoffroy Saint-Hilaire venait de faire pour la science. A quelques années de là, en 1808, il dut en faire une seconde à travers mille dangers encore, et au prix de bien des fatigues et de bien des privations, il s'agissait, cette fois, d'aller dans un pays à peine soumis, en Portugal, afin de prélever dans tous les musées et dans tous les établissements religieux ce qui pouvait manquer à nos collections scientifiques. C'était un des droits de la conquête, et les pouvoirs de M. Geoffroy Saint-Hilaire étaient illimités; mais M. Geoffroy n'en usa que pour se faire donner, par voie d'échange, des doubles inutiles; de sorte que, loin de dépouiller un pays au profit de l'autre, il les enrichit tous les deux.

Dirai-je maintenant, Messieurs, qu'en 1815 M. Geoffroy Saint-Hilaire, ne croyant pas devoir refuser le mandat politique que lui avaient imposé ses concitoyens, fit partie de la chambre des Cent-Jours? Il y aurait encore à raconter bien des actes de désintéressement et de patriotisme; mais ce fut un épisode si secondaire dans une vie toute consacrée à la science, qu'il suffit de le mentionner ici; reprenons donc, et pour ne plus la quitter, cette vie du savant, que nous allons trouver si riche de faits et si pleine d'idées.

Nous avons dit que c'était au Muséum d'histoire naturelle que M. Geoffroy Saint-Hilaire avait été tout d'abord chargé d'enseigner la zoologie. Ce grand établissement était encore tout plein de la mémoire de Buffon, malgré les commotions politiques, ce nom y était resté grand et populaire. Une culture plus générale et plus sévère de l'histoire naturelle avait fait, il est vrai, découvrir quelques erreurs dans ses écrits, et des méthodes plus exactes avaient rectifié bien des assertions; mais sa gloire n'en avait reçu aucune atteinte: il y a plus, a dit un illustre écrivain (1), elle allait jeter un nouvel éclat, car quelques-uns des grands faits qu'il avait soupçonnés plutôt que découverts, et que, suivant sa belle expression, il avait aperçus par la vue de l'esprit, et avant le témoignage des recherches, allaient être positivement démontrés par l'observation. C'est que là se trouvaient deux jeunes savants qui, apparaissant ensemble à l'horizon d'un nouveau siècle, allaient se disputer cet héritage de gloire: l'un devait, en effet, consacrer toute sa vie à cette culture générale et sévère de l'histoire naturelle un peu négligée par Buffon; l'autre allait reprendre ses sublimes conjectures et les élever au rang de vérités; celui-ci, nous n'avons pas besoin de le dire, était M. Geoffroy Saint-Hilaire; l'autre était Georges Cuvier.

Une étroite amitié unissait alors les deux jeunes professeurs; M. Geoffroy Saint-Hilaire était de trois ans plus âgé que Cuvier; il l'avait précédé et en quelque sorte introduit dans l'enseignement. Le souvenir de cette liaison ne s'est jamais effacé de son cœur; il se plaisait à rappeler que c'était par des travaux faits en commun qu'ils avaient débuté dans la science. Leurs premières recherches avaient eu pour objet les mammifères, leur but était d'établir des genres nouveaux; ils avaient ensuite entrepris une histoire des animaux que renfermait la ménagerie du jardin des plantes. Mais ces travaux, qui étaient tout à fait dans la direction des études de Cuvier, et qui devaient lui permettre d'élever un jour un si beau monument dans la

(1) M. Villemain.

chement une fois passé, la hernie pourra récidiver, mais ne pourra plus facilement rentrer dans le même sac, parce que celui-ci aura eu le temps de s'oblitérer à son collet pendant la durée de la grossesse. Donc pour redescendre après les couches, la hernie est obligée de se former un nouveau sac, en entraînant une nouvelle portion de péritoine. De cette manière, il arrivera qu'il y aura deux sacs situés l'un à côté de l'autre, l'un ouvert contenant les parties herniées, et l'autre fermé se présentant sous forme de kyste.

Tel est le mode de formation des kystes séreux qui compliquent quelquefois les tumeurs herniaires. Si l'état de grossesse n'est pas la seule cause occasionnelle de ce genre de productions, elle doit du moins en être la cause la plus fréquente. Dans les recherches littéraires que j'ai faites à ce sujet, j'ai été surtout frappé d'une chose, c'est que les différents cas de kystes herniaires que j'ai trouvés relatés ont tous été observés chez des femmes.

L'observation que je vais rapporter tend à éclairer la pathogénie de ces sortes de kystes, et confirme l'idée que je viens d'émettre sur leur mode de formation : c'est l'observation d'un cas de hernie étranglée, opérée le cinquième jour de l'accouchement. Elle offre, outre la particularité du kyste, un certain intérêt à cause de la complication puerpérale qui, dans cette circonstance, n'a pas exercé d'influence fâcheuse sur la marche du traitement, et elle prouverait de nouveau, si cela était nécessaire, que le temps des couches ne saurait être considéré comme absolument mauvais au point de vue du succès opératoire (1). L'opération, à la vérité, a été faite dans les bonnes conditions, assez à temps, et sans que la tumeur eût été trop manipulée ou froissée par de longues tentatives de réduction.

Voici le cas :

Obs. — La femme du sieur Tessier, agent forestier, demeurant dans l'une des maisons de garde de la forêt de Haguenau, âgée de 43 ans, lymphatico-nerveuse et mère de cinq enfants, devint enceinte pour la sixième fois vers la fin de janvier 1859. Dans les derniers jours de février, étant à l'église, elle éprouva subitement des accidents hystériformes, surtout caractérisés par des spasmes abdominaux. Ces accidents entraînèrent une défaillance, et l'on fut obligé de ramener la malade chez elle en voiture. Durant le moment de crise, il s'était formé dans l'aine gauche, et par l'effet des mouvements spasmodiques, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La persistance de la tumeur ne laissa bientôt plus de doute à la femme Tessier sur la nature de son mal ; elle porta même pendant quelque temps un bandage herniaire, sans que la tumeur fût réduite. Cependant les spasmes du bas-ventre se reproduisirent fréquemment pendant le cours de la grossesse, et parurent toujours avoir leur point d'origine dans la hernie même ; mais il n'y eut jamais de symptômes d'étranglement ; seulement la malade eut constamment à lutter contre des constipations. Elle parvint ainsi au terme de sa grossesse, et éprouva les premiers maux dans la nuit du 22 au 23 octobre. Comme les contractions utérines étaient rares, le travail se prolongea et la délivrance n'eut lieu que dans la journée du 25. Les efforts de parturition n'eurent aucune influence sur la tumeur de l'aine, et tout alla régulièrement jusqu'au 29, quatrième jour des couches. Ce jour-là, s'étant levée un moment et ayant pris froid, la malade ressentit tout aussitôt ses anciennes douleurs abdominales, sans qu'on pût parvenir à les calmer comme par le passé. Au contraire, la tumeur de l'aine gauche était devenue plus grosse dans ce moment, et avait pris un volume au moins double de celui qu'elle avait eu auparavant ; des vomissements survinrent, le ventre se gonfla et devint douloureux, les évacuations alvines furent complétement arrêtées ; bref, tous les signes d'un étranglement se présentèrent. Ces accidents persistèrent pendant toute la journée du 30. Enfin on se décida à chercher du secours, et on vint m'appeler le même jour à dix heures du soir. Je partis accompagné de mon fils, étudiant en médecine, et à minuit nous étions rendus auprès de la malade.

Celle-ci, bien que fatiguée par les souffrances, n'avait cependant pas le moral trop abattu. Le pouls était assez petit et légèrement accéléré, la soif vive, le ventre fortement tendu, tympanisé et douloureux au toucher ; dans l'aine gauche nous trouvâmes une tumeur légèrement oblongue, de la grosseur d'une orange moyenne un peu aplatie. Cette tumeur, très-sensible au toucher, donnait un son mat à la percussion ; par son collet, elle était en rapport avec l'anneau inguinal : c'était par conséquent une hernie de ce nom. Malgré les lavements déjà employés, aucune évacuation alvine ne put être obtenue ; les lochies continuaient à couler ; la malade donnait le sein à l'enfant, bien qu'elle n'eût que peu de lait.

J'essayai le taxis à plusieurs reprises, sans pouvoir réussir à faire rentrer la hernie. Je ne jugeai pas à propos de tenter la dilatation de l'anneau inguinal au moyen du doigt, comme le recommande M. Seutin, parce que la sensibilité des parties était trop grande. Craignant d'augmenter l'irritation de l'anse intestinale par des tentatives de réduction plus prolongées, je proposai l'opération, afin d'éviter les dangers que de plus longs retards, compliqués de l'état puerpéral, pouvaient faire courir à la malade. Ma proposition étant acceptée, nous procédâmes à l'opération séance tenante.

La peau, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, furent divisés par une seule incision dirigée dans le sens du pli de l'aine, et longue de 10 à 11 centimètres. Une petite artériole, qui donna, fut immédiatement liée et l'opération continuée. Je saisis ensuite, à l'aide d'une pince fine, la pellicule du sac, que j'incisai en dédolant : il s'écoula une quantité assez notable de sérosité limpide (la moitié environ d'un verre à boire), et je crus avoir ouvert le véritable sac herniaire. Mais je n'avais pénétré que dans un kyste contigu au sac ; car, en portant l'indicateur de la main gauche vers l'anneau pour faire le débridement, je ne pus pas parvenir à engager l'extrémité du doigt entre l'intestin et le bord libre de l'anneau, parce qu'un tissu membraneux recouvrait le tout et faisait dévier le doigt. J'ai dû conclure de là que j'étais encore en dehors du sac. Il s'agissait donc de continuer cette espèce de dissection fine, qui consiste à ouvrir le sac herniaire sans léser l'intestin : je saisis alors de nouveau la pellicule péritonéale, qui recouvrait l'anse de l'intestin, pellicule qu'il fallait supposer plutôt qu'on ne pouvait la distinguer, et je l'incisai de la même manière que la première fois. J'arrivai ainsi dans un second sac, qui était le véritable, et duquel il s'écoula seulement une petite quantité de sérosité. L'intestin étant entièrement mis à découvert cette fois-ci, je n'éprouvai plus la moindre difficulté pour glisser l'extrémité du doigt sous le bord de l'anneau et pour débrider : le débridement fut fait directement en haut. L'anse intestinale, longue de 10 à 12 centimètres, et presque vide de gaz et de matières alimentaires, était assez fortement injectée, sans cependant rien présenter de suspect ou de gangréneux. La réduction fut l'affaire d'un instant. Je réunis la plaie par deux points de suture placés de manière à ne pouvoir empêcher la sérosité ou le pus de s'écouler ; je pansai avec de la charpie recouverte de compresses graduées, et je fixai le tout avec la cravate cruro-inguinale.

Le 31, la malade eut une selle spontanée (c'était cinq heures après l'opération) ; néanmoins le ventre restait gonflé, mais sans être douloureux ; la plaie fournissait un suintement abondant de sérosité sanguinolente ; le pouls était presque normal, l'écoulement lochial régulier, et la malade pouvait

(1) Bérend cite également un cas de hernie crurale étranglée chez une accouchée ; l'opération a été faite avec succès le sixième jour des couches. (Berliner med. Zeitung, 1852, n° 25.)

---

science, n'avaient aucun attrait pour M. Geoffroy Saint-Hilaire ; c'étaient des vues d'ensemble qu'il lui fallait, et lui-même s'est chargé de nous dire comment les grandes idées lui sont venues.

Il n'en était encore qu'au début de sa carrière ; chaque jour il allait passer de longues heures dans la solitude du cabinet du Muséum d'histoire naturelle : il s'était chargé de classer et d'arranger les collections zoologiques. Mais quelle n'est pas la force d'une première inspiration quand elle est puissamment reçue ; au moment même où il ne devait se préoccuper que des caractères différentiels entre les animaux, son esprit fut tout à coup et exclusivement frappé de leurs ressemblances : « Tous ces êtres, dit-il, qui me passaient par les mains, et que je devais tenir pour essentiellement différents les uns des autres, ne me semblaient plus différer que par de légers attributs ; quand j'allais au fond de choses, je retrouvais une structure qui était toujours et partout la même. »

Ainsi déjà M. Geoffroy Saint-Hilaire, par la seule force de son intelligence et la clarté de cette lumière qui nous vient de l'esprit, entrevoyait, dans la série tout entière des êtres vivants, ce tracé fondamental, ce plan toujours fixe, toujours le même, que la main de Dieu a partout reproduit ; mais ce n'est pas tout, c'est à ce moment aussi, et en partant de ce premier fait, que M. Geoffroy Saint-Hilaire conçoit cette autre idée non moins féconde, à savoir : que, dans tous les êtres, cette unité de composition créatrice s'allie sans cesse à la variété des détails d'exécution, et qu'elle s'y maintient de telle sorte que ce sont les choses essentielles qui demeurent immuables, tandis que les choses accessoires restent indéfiniment variables.

Ces vues cependant, Messieurs, bien que grandes, hardies et saisissantes, n'étaient pas nouvelles dans la science, quelques hommes de génie en avaient été frappés et les avaient aussi formellement exprimées ; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que personne, avant M. Geoffroy Saint-Hilaire, n'était allé au delà d'une simple assertion. Ainsi, pour ne parler que des principaux, Buffon, dès 1753, avait bien pu dire, dans son grand style, que l'Être suprême, en créant les animaux, n'a voulu employer qu'un plan, qu'une idée et la varier en même temps de mille manières ; que ce plan, toujours le même, toujours suivi, des quadrupèdes aux cétacés, aux oiseaux, aux poissons et aux reptiles, est un exemplaire fidèle de la nature vivante, et la vue la plus simple et la plus générale sous laquelle on puisse la considérer ; mais Buffon en était resté là. Et de même pour Kant, qui écrivait en 1790 que cette analogie se retrouve partout dans les êtres organisés.... que tous les animaux, malgré leur diversité de formes, paraissent avoir été produits conformément à un type commun.

Gœthe, il est vrai, était allé un peu plus loin : reprenant, en 1795, l'idée de Kant, il avait dit que la nature s'est circonscrite dans son pouvoir créateur, que les diversités de formes qui paraissent infinies proviennent uniquement de ce que certaines parties deviennent prédominantes sur d'autres... Qu'un organe ne peut augmenter de volume qu'aux dépens d'un autre... ; que si la nature est ainsi forcée de dépenser d'un côté, elle économise d'un autre ; de sorte, ajoutait-il, qu'elle ne peut jamais s'endetter ni faire faillite.

C'étaient là certainement des idées ingénieuses, mais émises encore sans preuves suffisantes à l'appui ; M. Geoffroy Saint-Hilaire, au contraire, va

donner le sein à son enfant. Elle n'avait pour toute nourriture que de l'eau crémée et un peu de café au lait, à défaut d'autre chose.

Le 1er novembre, la malade n'ayant pas eu de selle depuis vingt-quatre heures; j'administrai 30 grammes d'huile de ricin, qui produisirent deux évacuations. Rien de changé pour le reste.

Le 2, point de selle. A part cette circonstance, tout allait bien; la plaie continuait à suinter; le ventre était toujours un peu gonflé, mais peu sensible.

Le 3, le défaut de selles exigea une nouvelle dose d'huile de ricin, qui produisit encore son effet. Le ventre commençait à diminuer de volume.

Du 4 au 10, la malade prit deux fois encore de l'huile de ricin pour faciliter les évacuations qui, de tout temps, avaient été un peu rares chez elle. Son état, du reste, était très-satisfaisant; elle commençait à manger des soupes, un peu de viande, quelques pruneaux, et supportait bien tout cela.

Le 10, la plaie était en voie de guérison, et la malade pouvait se lever. Aujourd'hui 6 décembre, elle a repris ses occupations habituelles.

On voit, d'après ce qui précède, que la tumeur herniaire contenait deux choses : le kyste et le sac avec les parties herniées; on voit aussi qu'elle s'était formée en deux temps différents, en partie au commencement de la grossesse, et en partie pendant la période puerpérale. Primitivement, cette tumeur n'avait que la grosseur d'un œuf de poule : elle a conservé cette dimension jusqu'au quatrième jour des couches, où elle a subitement pris un volume double. Cette augmentation de volume, coïncidant avec les phénomènes d'étranglement, était évidemment due à la sortie du bout d'intestin, qui était venu faire hernie à côté du kyste; et le kyste n'était rien autre chose que la tumeur primitive, telle qu'elle avait existé pendant toute la durée de la grossesse.

La manière subite dont s'était formée cette tumeur, et les rapports qu'avait son pédicule avec l'anneau inguinal, prouvent qu'elle n'était également, dans le principe, qu'une tumeur herniaire, qui doit avoir subsisté comme telle pendant quelque temps. Mais comme l'utérus prenait un développement progressif par suite de l'état de grossesse, et qu'il déterminait ainsi le déplacement du paquet intestinal, il a dû aussi entraîner les parties herniées et les dégager de leur sac. A mesure que ces parties fuyaient, le vide, qu'elles laissaient dans le sac, a été rempli avec une portion du liquide péritonéal; car on sait que le péritoine contient toujours une quantité variable de liquide séreux, et, comme les parois abdominales exercent une pression constante sur leur contenu, ce liquide tend nécessairement à s'échapper par tous les points qui n'opposent pas une résistance suffisante. Par conséquent, à une certaine époque de la grossesse, le sac, débarrassé des viscères herniés, ne contenait plus que de la sérosité, et l'utérus, étendu devant l'orifice du sac, l'obstruait en quelque sorte. Dès lors les plis du collet, appliqués ou serrés les uns contre les autres, ont peu à peu contracté des adhérences et se sont soudés, de manière que le sac herniaire, entièrement fermé, n'a plus été finalement qu'un kyste séreux.

C'est dans cet état que les choses sont restées jusqu'après l'accouchement; alors, comme l'on a vu, des spasmes ont provoqué une nouvelle descente d'une anse d'intestin par le canal inguinal déjà dilaté; mais comme l'intestin ne pouvait plus se loger dans le sac primitif, qui était clos, il a formé un second sac en entraînant une nouvelle portion de péritoine.

L'on est donc autorisé à établir, d'après l'observation et les considérations qui précèdent, que si une femme, affectée de hernie inguinale ou crurale, devient enceinte, la grossesse peut non-seulement déterminer la rentrée de la hernie, mais encore l'occlusion du sac; et que, si après les couches, la hernie redescend, cette nouvelle descente nécessite la formation d'un nouveau sac, ce qui explique pourquoi, dans les opérations de hernie, l'on rencontre si souvent un kyste à côté du sac véritable.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les livraisons de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet et août 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la cure de la cataracte sans opération*; par M. Testelin. 2° *Observation d'héméralopie*; par M. Guépin. 3° *De l'ectropion et de la blépharoplastie*; par M. Sichel. 4° *Considérations sur la lunette panoptique de M. Serre*; par M. Barre. 5° *Guérison du pannus par l'inoculation blennorrhagique*; par M. Enrico Torri. 6° *Considérations pratiques sur le chalazion*; par M. Chrétien Beodz. 7° *Staphylôme de la cornée et de la sclérotique*; par M. Guépin. 8° *De l'ophthalmie dite militaire*; par M. Warlomont. 9° *De l'emploi de l'acide chromique dans l'ophthalmie granuleuse*. 10° *Note sur un œil de baleine*; par M. Gros. 11° *De la fixation de l'œil dans les opérations*; par M. Rotmund. 12° *Nouveau mode de traitement de l'ophthalmie purulente*; par M. Goodé. 13° *De l'inflammation de l'iris*; par M. Pilz. 14° *De la conjonctivite diphthéritique*; par M. Mackensie. 15° *Traitement de la conjonctivite chez les nouveau-nés*; par M. Arlt. 16° *Des plaies de l'œil par armes à feu*; par M. White Cooper.

DE LA GUÉRISON DU PANNUS PAR L'INOCULATION BLENNORRHAGIQUE; par le docteur ENRICO TORRI.

L'auteur rapporte les deux observations suivantes :

OBS. I. — Antoine V... (de Ferrare), âgé de 31 ans, de bonne constitution, soldat au 1er régiment d'infanterie pontificale, entra à l'hôpital de Sainte-Ursule le 11 novembre 1854. Il était atteint d'ophthalmie purulente des deux yeux, datant de cinq jours, et accompagnée de violents symptômes inflammatoires. L'écoulement purulent était considérable : le malade se plaignait d'une douleur profonde et lancinante aux globes oculaires, avec sensation de sable entre les paupières. La conjonctive oculaire et palpébrale était gonflée et rouge. A cet état se joignaient un fort mal de tête et un peu de fièvre.

Le malade fut soumis à l'usage des poudres de mercure double et de jalap. Dans la matinée, il fut saigné, et après le dîner, on lui appliqua 10 sangsues

---

suivre et développer ces premières idées, et ce qui n'était pour ses devanciers qu'une vue de l'esprit, va devenir pour lui une vérité de fait. C'est qu'à cette puissance de conception qui les lui avait fait pressentir, il a su joindre cette ténacité d'observation qui l'a conduit à en trouver les preuves dans les faits particuliers. C'est donc moins encore peut-être à cause de la justesse et de la grandeur de ses premiers aperçus qu'il faut admirer M. Geoffroy Saint-Hilaire, que pour cet esprit de suite qui lui en a fait partout chercher les témoignages.

Voyez, en effet, Messieurs, combien ce travail de vérification va devenir fructueux; il est à peine commencé, que déjà M. Geoffroy Saint-Hilaire se trouve en avance sur Buffon et sur Vicq-d'Azyr, sur Herder, sur Kant et sur Gœthe lui-même; celui-ci avait bien pu annoncer que les variations du type ne sont que de simples différences de proportions, mais M. Geoffroy Saint-Hilaire va plus loin; il prouve, pièces en main, que ces variations n'altèrent point le type, qu'elles ne portent que sur des parties accessoires, et que, pour produire de nouvelles fonctions, la nature n'a pas besoin de créer de nouveaux organes; elle arrête ou développe, et voilà tout.

Mais si la nature ne crée pas, elle n'anéantit pas non plus, et c'est encore là une découverte de M. Geoffroy Saint-Hilaire. Quels que soient, en effet, les amoindrissements d'organes dans certaines espèces, ces organes ne sont jamais entièrement effacés; partout et toujours on en retrouve les traces comme souvenirs, a dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, de ce qu'ils sont dans d'autres espèces.

Ainsi, cette admirable nature, si prodigue en modifications, si féconde en variétés, se montre tellement avare de productions nouvelles, que jamais nulle part elle ne se laisse aller à former de nouveaux organes en vue de nouvelles fonctions à remplir : il lui suffit pour cela de développer ce qui était à l'état rudimentaire; mais son plan, son type primordial, reste pur et intact; c'est comme un thème éternel sur lequel elle exécute, dans la série des êtres et dans la série des siècles, ses innombrables et harmonieuses variations!

Mais reprenons avec M. Geoffroy Saint-Hilaire cette marche si rapide et si intéressante des idées aux faits, car c'est ici surtout que nous allons voir avec quelle hardiesse, et en même temps avec quelle sûreté, il va procéder dans cette étude des faits particuliers.

La simple observation peut sans doute conduire d'elle-même à des idées que l'esprit n'aurait pas même soupçonnées; mais combien n'est-elle pas plus féconde quand l'esprit, au lieu de se traîner à sa suite, vient lui-même prendre l'initiative, quand c'est lui qui interroge la nature? Or, c'est en suivant cette voie directe et tout à fait magistrale, que M. Geoffroy Saint-Hilaire va trouver la confirmation de ses premières idées, et cela jusque dans les dernières classes du règne animal.

Tout semble, en effet, se réaliser conformément à ses prévisions; plus il avance et plus les analogies qu'il avait entrevues deviennent frappantes. Une fois, en effet, ce principe posé que la nature ne s'écarte jamais du plan qu'elle s'est tracé, il lui a été facile de montrer que partout et toujours elle donne aux organes la même position relative et la même dépendance mutuelle.

aux tempes. On lui lava les yeux avec une décoction de lait et d'orge, et il fut mis à une diète très-sévère.

L'état inflammatoire persista pendant quarante jours, durant lesquels on pratiqua trois autres saignées, et l'on appliqua 60 sangsues. Une seule fois on eut recours au nitrate d'argent, mais ce caustique détermina une violente irritation.

Vers le 15 décembre 1854, la douleur avait entièrement disparu, mais l'écoulement purulent persistait. Un vésicatoire fut appliqué à la nuque et l'on commença l'usage des collyres indiqués. A cette époque, la conjonctive oculaire se trouvait changée en une toile ou réseau de vaisseaux gonflés et rougis, s'étendant aussi sur toute la cornée. L'excision de la conjonctive, tant palpébrale qu'oculaire, fut pratiquée et amena une certaine amélioration. Après la cicatrisation, on employa le collyre de nitrate d'argent, et ensuite celui de sulfate de cuivre. L'écoulement purulent diminua de beaucoup, mais la conjonctive oculaire se maintint chémosiée, et la palpébrale paraissait remplie de fongosités et de granulations.

M. Daveri crut devoir ordonner la méthode de Bruys, traitement qui fut continué pendant quelque temps. L'emploi de l'acétate de plomb en poudre amena l'abaissement de la fongosité et la dissipation de la rougeur, mais il restait encore le pannus de la cornée et les granulations palpébrales. En cet état de choses, on voulut tenter l'emploi de tous les moyens usités en pareille circonstance, c'est-à-dire le nitrate d'argent solide, la poudre de calomel et sucre, le laudanum introduit dans l'œil, le tannin, le sulfate de cuivre, etc., etc.

Le traitement fut continué pendant six mois, et eut pour résultat la suppression de tout écoulement, la résolution de la fongosité palpébrale et du chémosis oculaire. Mais les granulations n'avaient pas cédé, et un pannus charnu couvrait complétement la cornée ; le patient pouvait distinguer la lumière des ténèbres. M. le docteur Daveri ordonna alors l'inoculation du pus blennorrhagique.

Le 15 juin 1855, je trempai un pinceau dans la matière blennorrhagique d'un soldat malade depuis vingt jours, et je le plaçai sous la paupière supérieure, le faisant glisser sous la paupière et en le retirant. J'exécutai la même manœuvre pour les deux yeux, et j'ordonnai au malade de les tenir fermés pendant quelques instants.

Douze heures après, le malade commença à souffrir, et les yeux se gonflèrent.

Vingt-quatre heures après, l'écoulement était parfaitement établi.

Entre trente-six et quarante huit heures, il y eut une réaction fébrile assez légère pour ne motiver qu'une diète sévère et des boissons rafraîchissantes.

Le troisième jour, les yeux étaient uniformément ecchymosés et assez rouges ; les cornées étaient cachées sous un voile rouge et ferme.

L'état aigu dura dix jours, au bout desquels la douleur diminua de plus en plus. Le pus qui coulait des yeux était en si grande abondance qu'on était obligé de les laver fréquemment.

En quinze jours, toute rougeur disparut, et alors commença l'absorption des produits plastiques pathologiques constituant le pannus. Celui-ci diminua peu à peu, de manière que le trentième jour, la cornée était presque complétement découverte. Il restait encore quelques flocons albumineux entre les lamelles de la cornée, qui se résolurent par l'instillation de quelques gouttes de laudanum de Sydenham dans les yeux du malade. La vue fut parfaitement rétablie, quoiqu'elle fût un peu faible. Ce qui fut le plus surprenant, ce fut la disparition complète des granulations.

Le 2 septembre 1855, le malade sortit de l'hôpital, et en ce moment (octobre 1857), sa vue est si bien rétablie qu'il a pu reprendre son service dans l'armée active.

Obs. II. — Bergonsoni (Massimiliano), de Bologne, âgé de 28 ans, soldat au 1er régiment d'infanterie pontificale, entra à l'hôpital Sainte-Ursule le 28 juillet 1855, avec une ophthalmie purulente datant de huit jours. Les symptômes étaient : photophobie, douleur aux deux yeux et sensation de sable entre les paupières, plus sensible dans l'œil gauche que dans l'œil droit ; les conjonctives étaient ecchymosées.

Le malade, dès son entrée à l'hôpital, fut saigné et purgé avec le sel anglais.

Les symptômes aigus ayant cessé, on cautérisa les paupières renversées avec le nitrate d'argent, ce qu'on renouvela plusieurs fois à divers intervalles.

La purulence cessa vingt jours après environ, et au bout d'un mois de traitement, l'œil droit guérit entièrement. Dans l'œil gauche, où les symptômes avaient eu plus de gravité, malgré la cessation de la purulence, il restait encore des granulations à la paupière supérieure, et un pannus s'était formé sur la cornée. Un vésicatoire à la nuque n'amena aucune amélioration.

M. le docteur Daveri prescrivit alors tous les moyens propres à amener la résolution du pannus, moyens passés en revue dans l'observation précédente. On passa à l'usage du perchlorure de fer, ce qui resta sans effet.

Après un mois de tentatives, le malade réclama l'inoculation du pus blennorrhagique, dont il avait vu les bons effets chez son compagnon. M. Daveri consentit à sa demande et me recommanda la plus grande précaution, pour éviter tout contact du pus blennorrhagique avec l'œil déjà guéri.

Le 25 septembre, je fermai hermétiquement l'œil droit au moyen de bandelettes de toile enduites de collodion et disposées en natte fort étroite. Je passai alors le pinceau trempé dans le pus blennorrhagique d'un autre malade, sous les paupières de l'œil gauche, que je fis tenir fermé quelque temps.

Les mêmes symptômes décrits précédemment se manifestèrent douze heures après, c'est-à-dire gonflement, rougeur et douleur.

En vingt-quatre heures, la purulence s'établit, parcourant pendant dix jours une période ascendante, accompagnée de grande douleur.

Après ces dix jours, la douleur commença à se dissiper, et l'œil put être ouvert. La purulence était abondante.

Tous les douze jours, on découvrait l'œil sain avec les précautions d'usage ; on le lavait à l'eau froide et on le recouvrait aussitôt.

Au bout de dix autres jours, le pannus était dissipé ; mais il n'en était pas de même des granulations, lesquelles, au contraire, avaient augmenté. Je tentai inutilement la cautérisation au nitrate d'argent, en ayant soin de faire en sorte que la conjonctive n'en ressentît aucune influence. J'excisai alors les granulations.

Le soldat, parfaitement guéri, sortit de l'hôpital le 2 novembre 1855.

LA CONJONCTIVITE DIPHTHÉRITIQUE N'EST QU'UN SYMPTÔME D'OPHTHALMITIS ; par M. Mackenzie.

M. Mackenzie ne considère pas la conjonctivite diphthéritique comme une maladie essentielle : pour lui, elle est toujours un symptôme d'ophthalmitis.

Cette inflammation de toutes les parties contenues dans l'orbite peut être produite par un grand nombre de causes.

1° Elle succède, quoique rarement, à des lésions traumatiques de l'œil ; l'auteur l'a vue survenir à la suite de l'opération de la cataracte.

2° Elle est parfois idiopathique : elle paraît produite par le froid ou quelque autre influence semblable.

3° Une de ses causes les plus fréquentes est l'infection purulente du

---

Mais ce n'est pas tout. Comme il lui avait été donné de constater qu'à défaut des organes eux-mêmes on en retrouve toujours les rudiments, une idée toute nouvelle vient saisir son esprit ; il se demande si ces rudiments d'organes ne seraient pas quelquefois l'effet avorté d'une disposition intentionnellement normale, ou, en d'autres termes, s'ils ne seraient pas l'indice de retardements ou d'arrêts accidentels de développement.

On comprend avec quelle ardeur, je dirai volontiers avec quelle passion, M. Geoffroy Saint-Hilaire se mit à chercher les preuves de ce qui n'était pour lui qu'une simple conjecture, et quelle fut sa joie lorsqu'il arriva à constater que cette hypothèse était l'expression rigoureuse des faits.

Mais c'est qu'aussi, Messieurs, ce fut là un des jours les plus heureux de la vie de M. Geoffroy Saint-Hilaire, car les faits qu'il venait de vérifier allaient lui permettre d'établir cette belle théorie des arrêts de développement, si injustement attribuée tantôt à Kielmeyer, tantôt à Autenrieth, et tantôt à Meckel.

Cette découverte aurait pu certainement suffire à sa gloire, et bien d'autres s'en seraient tenus là ; mais nous allons voir que par cette seule considération de ces retardements et de ces arrêts dans la formation des organes, M. Geoffroy Saint-Hilaire va créer une science toute nouvelle, à savoir, celle des *monstruosités*.

Nous disons créer, et personne ne viendra contester cet honneur à M. Geoffroy Saint-Hilaire ; sans doute Meckel avait eu avant lui l'idée de reprendre ce qui n'avait été qu'entrevu par Harvey et par Haller, à savoir que la théorie des inégalités de développement pourrait être appliquée à la tératologie ; mais c'est M. Geoffroy Saint-Hilaire qui, en 1822, a su s'élever à une conception générale et constituer un véritable corps de science. Qu'était-ce, en effet, avant lui, que cette histoire des monstruosités qui avait découverté les plus habiles et effrayé les plus hardis ? Une phrase de Chateaubriand, souvent citée et restée célèbre, pourrait en donner une idée :

« Si Dieu, avait-il dit, permet l'enfantement des monstres, c'est pour nous » apprendre ce que c'est que la création sans lui ! » Comme si quelque chose dans la nature pouvait se faire ou s'enfanter en dehors de Dieu, et comme si ses lois pouvaient se laisser violer !

Mais si, de nos jours, le brillant auteur des MARTYRS, mal inspiré cette fois par sa muse religieuse, n'avait vu qu'une sorte de défaillance du pouvoir divin dans la production des monstruosités, longtemps avant lui le plus sceptique des philosophes s'était élevé sur ce point à des idées bien plus exactes, bien plus justes et bien plus révérencieuses envers la Providence.

« Ce que nous appelons monstres, avait dit Montaigne, ne le sont pas à Dieu, » qui voit dans l'immensité de son ouvrage l'infinité des formes qu'il y a » comprises. »

Admirables paroles, qui semblaient faire pressentir ce que les découvertes de M. Geoffroy Saint-Hilaire devaient un jour nous révéler ! C'est, en effet, parce que M. Geoffroy Saint-Hilaire a su embrasser d'un seul regard ces formes diverses et infinies, qu'il a pu en donner la raison et en démêler les lois. De sorte qu'aujourd'hui les monstres qui ne le sont pas à Dieu ne le sont pas non plus au naturaliste.

Et remarquez, Messieurs, que pour dissiper toutes les obscurités, M. Geof-

sang, à la suite d'érysipèle ou d'inflammation diffuse du tissu cellulaire, ou bien à la suite de phlébite traumatique ou utérine.

4° Elle constitue une des suites de certaines fièvres, comme le typhus, la rougeole, la variole, la scarlatine.

5° Enfin l'angine croupale ou diphthérite provoque quelquefois l'ophtbalmitis.

Quand l'ophtbalmitis se développe sous l'influence de l'une ou l'autre de ces causes, le globe de l'œil fait saillie hors de l'orbite et paraît augmenté de volume; les paupières sont tuméfiées, allongées et renversées en dehors; la conjonctive et le tissu cellulaire sont le siége d'un chémosis blanc, séreux; il se dépose sur la surface de la conjonctive, mais pas dans tous les cas, une lymphe coagulable qui, si on l'enlève, se reforme à plusieurs reprises. A la fin, la conjonctive rougit et cessant d'exsuder de la lymphe plastique, elle sécrète un mucus puriforme.

Un phénomène, comme l'exsudation plastique, qui n'est pas constant et qui ne survient que dans certains cas d'inflammation générale du globe de l'œil et des tissus intra-orbitaires, ne peut pas être pris pour base d'une distinction spécifique. Cette lésion n'est pas une maladie distincte: elle constitue seulement un symptôme et même un symptôme qui est loin d'être important dans les circonstances en question.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BRUGES.

Les livraisons de janvier à août 1858 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Du bec-de-lièvre double;* par M. Verhaeghe. 2° *Note sur un cas de tumeur enkystée du cou;* par M. Caytan. 3° *Emploi de la teinture d'iode dans les vomissements nerveux;* par M. Van de Zande. 4° *Corps étranger dans les organes génitaux d'une femme;* par M. Lüders d'Eckernforde. 5° *Des resections osseuses;* par M. Verhaeghe. 6° *Fait nouveau dans l'histoire de la vaccine;* par M. Retzin. 7° *Observation de tumeur tuberculeuse du cerveau;* par M. Retzin. 8° *Fistule gastro-cutanée produite par ulcération;* par le même.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGER DANS LES ORGANES GÉNITAUX D'UNE FEMME; par le docteur LÜDERS.

OBS. — Une dame d'environ 50 ans, de petite taille, avait eu plusieurs accouchements, laborieux ordinairement, terminés par l'application du forceps. Elle se plaignit, à la suite, de pesanteur dans le petit bassin, à propos de quoi on diagnostiqua un prolapsus utérin, et un volumineux pessaire lui fut appliqué.

Ce dernier détermina au bout de quelques jours des douleurs telles qu'on fut obligé de l'extraire. On appliqua plus tard un pessaire plus petit, dont l'introduction ne se fit pas néanmoins sans le déploiement d'une certaine force. Il y eut de vives douleurs et même un peu d'hémorrhagie. Cette douleur ne permit pas de ramener le pessaire en position transversale; cette opération fut remise au jour suivant. La malade ressentit dans la nuit de vives souffrances, et lorsque le lendemain la sage-femme voulut changer de place le pessaire, elle ne put le retrouver; les médecins appelés ne purent pas davantage retrouver le corps étranger; cependant la malade n'avait pas quitté le lit depuis son introduction, et après diverses explorations on s'accorda à dire que le pessaire avait disparu.

Cependant les douleurs continuèrent à se faire sentir dans le bassin, avec vomissements, fièvre, insomnie. Il y eut un abondant écoulement de pus des parties génitales avec sentiment de pression sur le rectum, de la constipation et du ténesme. Toutefois le mal s'améliora, et à part un sentiment de compression sur le rectum, une constipation opiniâtre et des selles accompagnées d'un peu de suintement purulent, la santé se rétablit assez bien.

Pendant deux années, la malade alla en déclinant. Cette dame finit par être très-pâle, émaciée, sans force et sans courage. Insomnie, trouble des digestions, pas de fièvre, mais affaiblissement général.

L'utérus était sain, non douloureux au toucher, mais le museau de tanche se trouvait derrière la symphyse du pubis. Le muqueuse vaginale n'était le siége d'aucun écoulement pathologique. Pas de saillie de la paroi postérieure, mais cicatrice derrière laquelle on sentait un corps dur. La tumeur proéminait fortement dans le rectum; elle était insensible, immobile, lisse, inaccessible au doigt.

Enfin, en explorant le rectum, on finit par reconnaître à 2 pouces et demi de l'anus, à la paroi antérieure de l'intestin, une ouverture qui permettait l'introduction du doigt, et à travers laquelle on sentit un corps dur qu'on reconnut pour être le pessaire perdu depuis deux ans.

On jugea à propos de temporiser encore, et bientôt le pessaire tomba dans le rectum et se présenta au devant de l'ouverture anale. L'extraction se fit sans douleur et sans déchirure des parties voisines. Aussitôt après cette opération, la fistule du rectum se contracta et fut oblitérée. La malade se rétablit promptement. L'ouverture du rectum se ferma au bout de six semaines. Quant au pessaire, il était de forme ordinaire, de couleur noire; sa surface était devenue rugueuse par la macération. Il était en caoutchouc, rempli de crins, de 3 pouces et demi de long sur 2 et demi de large et de l'épaisseur d'un pouce.

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros de janvier à septembre 1858 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Remarques sur la fièvre typhoïde;* par M. Pinnoy. 2° *Empoisonnement par l'acide oxalique;* par M. Rui Ogez. 3° *Souvenirs de pratique chirurgicale;* par M. Henri Centeneer Van Bouwel. 4° *Histoire du Collegium medicum d'Anvers;* par M. Broeckx.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR LE PÉRIOSTE DIPLOÏQUE ET SUR LE RÔLE QU'IL JOUE DANS L'OCCLUSION DES TROUS DU CRANE; par M. FLOURENS.

Dans une note que j'ai lue à l'Académie (séance du 8 août dernier), j'ai fait connaître le mécanisme selon lequel s'opère l'occlusion des trous du crâne.

Dans cette occlusion, dans cette formation nouvelle d'une portion d'os, c'est le périoste externe qui donne la table externe de l'os, et c'est le périoste interne ou dure-mère qui en donne la table interne.

Mais il est temps de mettre un terme à une confusion de mots.

Je n'ai jusqu'ici appelé la dure-mère périoste interne, que pour me conformer au langage reçu des anatomistes.

Au fond, la dure mère n'est pas moins périoste externe que le périoste ex-

---

froy Saint-Hilaire n'a fait ici que suivre les conséquences de son unité de composition; seulement il ne s'est laissé arrêter ni par ses prétendus écarts, ni par ses apparentes irrégularités; il en a suivi, au contraire, tous les développements, qu'ils fussent normaux ou anormaux, complets ou incomplets, et c'est alors qu'ayant établi son double principe de l'arrêt de développement et de l'attraction des parties similaires, il a pu fonder cette belle doctrine des anomalies qui pour devenir un véritable monument, n'attendait que la main d'un fils (1), et cette main ne lui a pas manqué.

Ainsi, Messieurs, c'est bien à M. Geoffroy Saint-Hilaire qu'était réservé l'insigne honneur de donner l'explication de toutes les prétendues anomalies de la création, et de montrer comment tout se lie et s'enchaîne dans la production des êtres organisés: il n'y a donc plus ici à recourir à une force aveugle et fatale pour expliquer les faits. Ce que l'on regardait comme de véritables perturbations se trouve assujetti aux mêmes lois et aux mêmes règles que les organisations les plus régulières et les plus belles, et la nature, en les formant, ne s'est point livrée à un jeu cruel, et n'a pas commis d'erreur.

Cette belle et rassurante théorie des monstruosités, telle que l'a comprise M. Geoffroy Saint-Hilaire, fera certainement époque dans l'histoire de l'esprit humain; et l'on pourra dire que, sur ce point, lui aussi a ôté aux nations le bandeau de l'erreur; qu'il a fait pour ces productions si étranges, et en apparence si effrayantes, ce que Newton avait fait en d'autres temps pour ces astres errants, ces sinistres comètes, que la crédule antiquité signalait dans ses annales, et qu'elle redoutait à l'égal des monstruosités:

Cessez, disait Voltaire:

> Cessez d'épouvanter les peuples de la terre,
> Dans une ellipse immense achevez votre cours,
> Remontez, descendez, près de l'astre des jours.

Cessez, pourrait-on dire aussi à ces monstres hideux, cessez d'épouvanter les peuples de la terre. Que l'on vous nomme acéphales, hicéphales ou cyclocéphales; que l'on vous range parmi les nains ou parmi les géants, que de larges éventrations permettent à l'œil de pénétrer jusque dans le fond de vos organes, que de profondes diplogénèses vous enchaînent et vous soudent les uns aux autres.... le prestige est tombé, le savoir de Geoffroy a pénétré vos mystères, son compas a mesuré vos inégalités et vos perturbations, vous rentrez sous les lois de l'inflexible et universelle nature.

Mais ne quittons plus, Messieurs, ce constant et habile travail de vérification entrepris par M. Geoffroy Saint-Hilaire pour prouver la réalité de son unité de composition dans la série des êtres vivants; nous avons vu que sa marche était simple, directe et progressive; parfois cependant son esprit impatient lui faisait supprimer quelques intermédiaires. Ainsi, on le voit passer d'un seul coup de l'homme aux poissons, et que prend-il pour terme de comparaison chez ces derniers? Précisément un organe que Cuvier avait déclaré être sans analogue dans l'espèce humaine, les nageoires pectorales

(1) Expression de M. Michel Lévy.

terne proprement dit ; seulement c'est un périoste externe intracrânien, au lieu d'être un périoste externe extracrânien.

Le vrai périoste interne des os du crâne, ou, pour parler d'une manière plus générale, le vrai périoste interne des os plats, des os larges, est celui qui se trouve dans les cellules de leur diploë, comme le vrai périoste interne des os longs est celui qui se trouve dans leur canal médullaire.

Il y a donc, par rapport aux os du crâne, trois périostes ; deux externes, l'extracrânien et l'intracrânien, et un interne le diploïque.

Or les pièces que je mets sous les yeux de l'Académie montrent que ces trois périostes concourent également à l'occlusion des trous du crâne, c'est-à-dire à la formation, à la reproduction des portions d'os enlevées. Elles font plus : elles montrent qu'on peut, à volonté, faire produire l'occlusion, la formation, la reproduction tout entière de l'os par chacun des trois périostes, pris isolément : l'extracrânien, l'intracrânien et le diploïque.

EXPÉRIENCES SUR LA RÉSISTANCE VITALE DES ANIMALCULES PSEUDO-RESSUSCITANTS ; par M. POUCHET.

Ces expériences viennent démontrer que ces animalcules se dessèchent, et par conséquent meurent assez promptement, quand on les soustrait à l'humidité qu'entretiennent autour d'eux soit les mousses dans les racines desquelles ils vivent, soit le terreau dans lequel on les conserve. Elles démontrent aussi que l'on peut poser comme une loi générale que la dessiccation et la mort des animalcules pseudo-ressuscitants se manifestent en raison directe de l'élévation de la température et en raison inverse de son abaissement et de l'humidité atmosphérique.

Tout le terreau employé dans ces expériences provenait des combles de la cathédrale de Rouen, où il avait été récolté le 1er août dernier. On le fit d'abord sécher à l'ombre, et quand il fut devenu sec et pulvérulent, on s'assura qu'il était très-abondant en animalcules appartenant aux genres rotifère, tardigrade et anguillule.

Première série. Dessiccation à l'air atmosphérique. — Toutes ces expériences ont été commencées le 10 août, et la température moyenne a été pendant leur durée de 25°,2 dans le courant de ce même mois ; de 16°,1 en septembre et de 13°,5 en octobre. On prit cinq plaques en verre de 2 décimètres carrés de surface, et sur chacune d'elles, à l'aide d'un tamis de soie, on étala 2 décigrammes du terreau très-abondant en animalcules contractés et réviviscibles.

Celui-ci ne formait à la surface du verre qu'un nuage de poussière uniforme excessivement mince, dont le microscope indiquait que les granules étaient entre eux généralement à distance, et que les animalcules contractés se trouvaient eux-mêmes, pour la plupart, parfaitement isolés de tout contact avec ces granules. Cette disposition permettait d'apprécier quelle était l'influence du contact immédiat de l'atmosphère sur les animalcules pseudo-ressuscitants, indépendamment du milieu dans lequel ils résident. Chaque plaque de verre fut ensuite mise sur un support et on la recouvrit d'une cloche en verre, terminée au haut par un robinet ouvert, afin de donner issue à la faible quantité de vapeur d'eau qui pourrait se former.

La première plaque de verre, seule, fut placée à l'ombre dans un bassin en cristal, et soutenue à 1 décimètre au-dessus d'une nappe d'eau ordinaire, et on la recouvrit ensuite de sa cloche de verre ouverte à la voûte. Aujourd'hui, après plus de trois mois qu'a duré cette expérience, sous cette cloche où l'air est amplement saturé d'humidité, tous les tardigrades, les rotifères, les anguillules sont susceptibles d'être ranimés ; on ne rencontre pas un seul cadavre.

La deuxième plaque de verre, après avoir été placée sous une cloche, reposant sur un support en bois sec, fut ensuite exposée dans un lieu élevé et très-sec où elle recevait le soleil du matin au soir. La poussière étendue sur cette plaque fut examinée par portions à des espaces de temps égaux.

Après un mois d'exposition, les animalcules qu'elle renfermait ont commencé à perdre leur réviviscence.

Après deux mois, presque tous étaient morts. On ne rencontra que deux rotifères expirants au milieu d'un nombre considérable de cadavres de leurs congénères, de tardigrades et d'anguillules.

Enfin, après trois mois, le 10 novembre, tous les animalcules de la plaque étaient absolument secs et morts, et une hydratation prolongée durant trois jours, dans une atmosphère de + 28 degrés centigrades, ne put en ranimer aucun (1).

La troisième plaque de verre fut exposée dans des circonstances qui tenaient le milieu entre celles où furent placées la première et la seconde. On la mit dans un lieu sec qui ne recevait le soleil que jusqu'à midi. La vie des animalcules se soutint plus longtemps que dans la plaque exposée durant tout le jour à l'action de cet astre ; mais, cependant, après trois mois et demi, toute la population d'animalcules qu'elle recélait était absolument morte.

Deuxième série. Influence de la lumière colorée. — Ceci établi, j'ai voulu savoir si la coloration de la lumière n'agirait pas sur la vitalité des animalcules.

La quatrième plaque fut déposée sous une bâtisse où elle ne recevait que de la lumière rouge. Après six semaines, presque tous les tardigrades et les rotifères y avaient conservé leur réviviscence (2).

Enfin, la cinquième plaque fut soumise, pendant le même laps de temps, à l'action d'une lumière bleue. Celle-ci parut uniquement influencer les tardigrades : tous ces animalcules étaient morts sur cette plaque, tandis qu'au contraire presque tous les rotifères étaient vivants.

J'ai dix observations sur cette influence des rayons colorés. Cependant, ce fait me semble si extraordinaire, que je ne le cite encore que pour prendre date.

Troisième série. Influence de l'air sec et chaud sur la vitalité des animalcules. — On prit quinze petits ballons remplis d'air sec, dans chacun desquels on introduisit 5 décigrammes de terreau abondant en animalcules réviviscibles. Ces ballons furent ensuite exactement bouchés et placés dans des étuves diversement chauffées.

Dans une étuve à chaleur ascendante, et qui, en dix jours, de la température ambiante avait été portée à celle de 55 degrés, déjà plus de la moitié des animalcules avaient subi la dessiccation et étaient morts (3).

Mais après cinq jours de séjour dans une étuve à température permanente de 56 degrés centigrades en moyenne (4), les trois quarts des animalcules étaient morts dans cinq des ballons que l'on explora (5). Enfin, après dix jours de séjour dans cette même étuve à 56 degrés, tous les animalcules avaient été desséchés et étaient complétement morts dans les cinq derniers ballons. Une hydratation de quatre jours, à la température de + 18°, n'en ranima aucun.

(1) Cette expérience vient encore à l'appui de celles que nous avons déjà fait connaître et qui avaient été exécutées pendant l'été. Seulement, ici la température atmosphérique ayant été plus basse, la réviviscence ne s'est éteinte qu'après un temps plus long.

(2) Ces expériences furent commencées le 10 septembre. Les appareils étaient exposés au soleil, à compter de midi.

(3) Dans un des ballons, après quarante-huit heures d'hydratation, on rencontra 32 rotifères et 8 tardigrades morts ; et seulement 12 rotifères et 5 tardigrades vivants.

(4) Le maximum s'est élevé à 62°,5 ; le minimum a été de 54 degrés.

(5) Un des ballons, après une hydratation de trente heures, présenta ce qui suit : 66 rotifères, 18 tardigrades et 3 anguillules morts et presque tous endosmosés ; et seulement 18 rotifères et 2 tardigrades vivants.

Il y cherche les preuves de sa loi d'unité, et il trouve, ce qu'on était loin de soupçonner, que ces organes sont composés exactement des mêmes éléments que les membres supérieurs et antérieurs de tous les autres vertébrés. Puis, dans une nouvelle série de recherches, il arrive aux mêmes résultats pour l'épaule, le sternum et les organes thoraciques.

Mais tout cela, Messieurs, n'était qu'un jeu auprès des difficultés qu'il allait rencontrer dans cette étude comparative des poissons. Si la nature n'a fait que modifier en eux les membres pectoraux pour les rendre aptes à se mouvoir au sein des eaux, a-t-elle été également fidèle à son plan dans la structure de leur tête ? M. Geoffroy Saint-Hilaire, pour s'en assurer, examine les différentes pièces qui, chez eux, composent le crâne, et se met à les compter ; mais ces pièces, il les trouve si diverses et si nombreuses, qu'au premier abord il en est tout déconcerté ; il a beau les compter et les recompter, y faire les réductions les plus ingénieuses, il les trouve toujours incomparablement plus nombreuses que chez l'homme, à ce point qu'il en était à se demander si, par exception et contrairement à sa loi, le crâne des poissons ne se trouverait pas essentiellement composé de pièces plus nombreuses que celui des autres vertébrés ; mais tout à coup, une de ces idées qui ne viennent qu'aux hommes de génie lui traverse l'esprit : il se rappelle que, dans le fœtus humain, les os du crâne, ou plutôt les centres d'ossification, sont bien plus nombreux que chez l'adulte. Il se met bien vite et tout tremblant d'émotion à les compter, et que trouve-t-il ? que ces centres osseux sont précisément en nombre égal à celui des pièces qui forment le crâne des poissons ! Ainsi, la nature n'a pas ici abandonné son plan, le fil est renoué, il n'y a pas d'hiatus du crâne de l'homme au crâne des poissons, et ici M. Geoffroy Saint-Hilaire devait d'autant plus être fier de sa découverte, qu'il pouvait en inférer deux nouvelles lois. Il en conclut, en effet, d'une part, que, chez les poissons, la multiplicité des pièces du crâne tient à la persistance en eux des caractères embryonnaires, et, d'autre part, qu'il y a analogie des caractères *transitoires* des animaux supérieurs avec les caractères *permanents* des animaux inférieurs.

Tout cela, Messieurs, était évident et incontestable ; cette unité de composition, cette permanence du type n'était plus une vue de l'esprit, une hypothèse reprise d'âge en âge par quelques rêveurs sublimes ; c'était une belle théorie, fondée sur les faits et anatomiquement démontrée ; mais jusqu'ici ce plan, donné comme universel par M. Geoffroy Saint-Hilaire, n'avait encore été vérifié que dans une seule classe d'animaux, c'est-à-dire dans les *vertébrés*, là seulement où Buffon l'avait annoncé, quand il avait dit que ce plan reste le même des quadrupèdes aux cétacés, aux oiseaux, aux reptiles et aux poissons ; là enfin où Cuvier lui-même l'avait accepté. Mais restait à savoir comment ce plan pourrait être démontré dans les autres groupes ou embranchements, et il y en avait encore trois : les *mollusques*, les *articulés* et les *rayonnés*.

C'était là, Messieurs, une entreprise qui semblait impossible, et qui aurait effrayé les plus intrépides ; mais quelque chose disait encore à M. Geoffroy Saint-Hilaire que là encore il lui serait donné de montrer que la nature ne s'est pas départie de son plan, et qu'il n'y a pas d'hiatus entre ces groupes.

Nous avons vu que, dans son impatience, M. Geoffroy-Saint-Hilaire ne

Ces expériences, d'une si grande simplicité, ne suffiraient-elles pas pour démontrer que la seule dessiccation des animalcules en entraîne la mort absolue, et qu'ils ne sont réellement reviviscibles qu'autant que celle-ci n'est pas complète?

NOTE SUR UN CAS TRÈS-GRAVE DE POLYPE NASO-PHARYNGIEN, EXTIRPÉ AVEC SUCCÈS PAR LA BOUTONNIÈRE PALATINE AU MOYEN DE LA LIGATURE EXTEMPORANÉE ET DE LA CAUTÉRISATION EN FLÈCHES; par M. MAISONNEUVE.

(Commissaires: MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Dans la séance du 22 août dernier, j'ai soumis à l'Académie un nouveau procédé opératoire dit de la boutonnière palatine, destiné à remplacer, pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, les graves mutilations considérées ordinairement comme indispensables. Dans le fait qui servait de base à cette communication, la tumeur n'ayant acquis encore qu'un faible développement, l'opération avait pu être exécutée en quelques minutes et la guérison obtenue en peu de jours. Mais la simplicité même de cette opération pouvait laisser des doutes sur son efficacité dans les cas graves. Aujourd'hui les appréhensions que j'avais moi-même à cet égard sont dissipées, et j'ai acquis la certitude que la boutonnière palatine convient aussi bien à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens les plus graves qu'à ceux de petite dimension.

En effet, dans le cas qui fait l'objet de ma nouvelle communication, le polype était certainement un des plus considérables et des plus compliqués, puisque par ses embranchements multiples il remplissait le pharynx, envahissait les fosses nasales, déprimait la voûte palatine, contournait en arrière et en dehors l'os maxillaire supérieur, pénétrait dans la fosse zygomatique, et de là se prolongeait d'une part dans l'épaisseur de la joue, d'autre part dans la fosse temporale.

Néanmoins, pour opérer la cure complète de cette tumeur, j'ai dû: 1° ajouter à la boutonnière palatine une deuxième ouverture faite à la face interne de la joue, sans laquelle il m'eût été impossible d'extraire les prolongements externes qui occupaient la région génienne et la fosse temporale; 2° substituer aux procédés ordinaires de section par l'instrument tranchant, et de cautérisation au fer rouge, les procédés plus simples et plus sûrs de la ligature extemporanée, au moyen du fil de fer et de la cautérisation en flèches.

Le malade était un jeune homme de 22 ans, nommé Poujand (Jules), sur lequel j'avais dans une première séance, le 10 octobre 1859, extirpé au moyen de la ligature extemporanée la portion pharyngienne, ainsi que des prolongements géniens et temporaux de la tumeur. Cette extirpation s'est effectuée facilement d'un côté par la boutonnière palatine, de l'autre par une boutonnière pratiquée à la face interne de la joue. Dans une deuxième séance, le 5 novembre, j'ai extirpé encore au moyen de la ligature extemporanée, mais cette fois par les voies naturelles, le prolongement placé dans la fosse nasale. Dans une troisième séance, le 12 novembre, j'ai détruit par la cautérisation en flèches la portion qui déprimait la voûte palatine. Enfin, dans une quatrième séance, le 20 novembre, j'ai complété la cure en détruisant le pédicule de la tumeur, au moyen d'une deuxième application de flèches caustiques. De sorte qu'aujourd'hui, 28 novembre, après six semaines environ de traitement, le malade se trouve entièrement débarrassé de sa tumeur, sans que son visage ait la moindre mutilation, et sans que sa vie ait un seul instant inspiré d'inquiétudes.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur, M. Béchamp, un opuscule sur les métaux qui peuvent exister dans le sang ou dans les viscères.

« Par ce travail, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, j'ai essayé de démontrer que le manganèse, le cuivre, le plomb, n'existent dans le sang que par accident, mettant ainsi d'accord les chimistes qui y ont constamment trouvé ces métaux et ceux qui ne les y ont jamais rencontrés. Cette conclusion est tirée de quarante-quatre analyses de foie ou de sang humain, dans lesquelles le cuivre a été constaté, sans doute possible, dix-neuf fois au moins et au plus vingt-deux fois, en mettant sur le compte du cuivre les cas douteux. »

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance, un traité des entozoaires et des maladies vermineuses, par M. Davaine, savant dont l'Académie a plusieurs fois récompensé les travaux de pathologie et de physiologie expérimentale.

NOTE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE ANESTHÉSIQUE; par M. P. BROCA.

M. James Braid, dans un ouvrage qu'il a publié il y a plus de quinze ans, sur ce qu'il a appelé l'*hypnotisme* ou *sommeil nerveux*, annonçait le fait suivant:

« Lorsqu'on place un objet brillant au devant de la ligne médiane du » visage, à une distance de 8 à 15 pouces anglais, et qu'on invite le sujet de » l'expérience à fixer continuellement les yeux sur cet objet, de manière à » produire dans les muscles oculaires et palpébraux une contraction per» manente, on voit survenir au bout de quelques minutes un état singulier, » analogue à la catalepsie. Les membres soulevés par l'expérimentateur » conservent pendant un temps assez long toutes les positions qu'on leur » donne; les organes des sens, excepté celui de la vue, acquièrent en » même temps une sensibilité exagérée, et enfin une période de torpeur ou » de *sommeil naturel*, dont la durée est variable, succède à cette période » d'excitation. »

L'ouvrage de M. Braid a eu quelque retentissement en Angleterre, mais il est presque inconnu en France; cependant le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE de MM. Littré et Robin, à l'article *Hypnotisme*, renferme une indication de cette découverte et une description abrégée des phénomènes observés.

Je n'avais aucune connaissance de ces faits singuliers lorsque, il y a trois jours, mon ami M. Azam, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, les signala à mon attention. Les résultats nombreux qu'il a obtenus et qu'il a bien voulu me communiquer sont extrêmement remarquables; je lui laisse le soin de les publier.

En analysant avec lui les phénomènes cérébraux qui constituent l'hypnotisme, l'idée me vint de chercher si les personnes hypnotisées ne pourraient pas devenir insensibles à la douleur des opérations.

Je résolus donc de tenter l'expérience. Auparavant, je voulus m'assurer par moi-même de la réalité des phénomènes de l'hypnotisme: dès le lendemain, je fis un essai sur une dame de 40 ans environ, quelque peu hystérique, qui gardait le lit pour une légère indisposition; je lui laissai croire que mon intention était simplement d'examiner ses yeux, et je l'invitai à regarder fixement un petit flacon doré placé à 15 centimètres environ au devant de la racine du nez. Au bout d'environ trois minutes, ses yeux étaient un peu rouges, son visage immobile, ses réponses lentes et difficiles. Je lui pris la main, et je la plaçai au-dessus de sa tête; le membre resta suspendu dans l'attitude où je l'avais mis. Je donnai aux doigts les situations les plus extrêmes, qu'ils conservèrent sans changement jusqu'à la fin de l'expérience: enfin je pinçai la peau sur plusieurs points avec une certaine force, sans que ma malade parût s'en apercevoir. Je jugeai inutile d'aller plus loin, et pour faire cesser cette catalepsie provoquée, je fis, suivant les indications que je tenais de M. Azam, une légère friction sur les yeux, suivie d'une insufflation d'air froid sur le front. Aussitôt la dame revint à elle; et,

---

craignait pas de sauter par-dessus quelques intermédiaires; cette fois, il laisse là les mollusques, et s'attaque, tout d'abord, aux articulés, c'est-à-dire à des animaux dont le caractère principal paraît consister dans les articulations successives des pièces résistantes qui enveloppent et protègent leur corps.

Mais comment chercher à établir quelque analogie, même éloignée, entre les vertébrés et les animaux qui n'ont plus de vertèbres, qui n'ont plus même d'os?

Attendez, Messieurs, ceci ne pouvait être une difficulté pour M. Geoffroy Saint-Hilaire: d'abord il prouvait que les articulés ont des os, ou du moins des parties dures, ce qui, pour lui, était exactement la même chose; seulement il disait que ces parties dures, au lieu de se trouver, comme chez les animaux supérieurs, au centre des parties molles, se trouvent à leur pourtour, et forment des espèces de gaînes ou d'étuis où s'insèrent les muscles destinés à les mouvoir.

Mais il y a plus. Non-seulement, disait-il, les articulés ont des os, mais ils ont des vertèbres; seulement, et ici la différence est légère, au lieu de vivre comme les autres vertébrés en dehors de leur colonne vertébrale, ils vivent en dedans; de sorte que les vertèbres, qui sont des *noyaux* pour les animaux supérieurs, deviennent *anneaux* pour les articulés.

Ceci une fois admis, le reste allait de soi. M. Geoffroy Saint-Hilaire prouvait, en effet, qu'on retrouve chez les articulés tous nos organes intérieurs, et que ces organes sont disposés de la même manière les uns à l'égard des autres; seulement encore, et pour bien faire comprendre cette disposition, M. Geoffroy Saint-Hilaire demandait qu'on voulût bien, par la pensée, retourner ces animaux sens dessus dessous; car, disait-il, chez eux, c'est le dos qui est en bas, et c'est le ventre qui est en haut.

Loin de moi, Messieurs, l'idée de contester la valeur d'analogies ainsi expliquées: mais on conviendra que ces analogies, pour être comprises, exigeaient un certain effort d'imagination. Aussi la doctrine sur ce point, loin d'être tout d'abord généralement adoptée, ne compta que deux adhérents, qui étaient, il est vrai, deux hommes d'un grand mérite: l'un était M. Hallé, membre de cette Académie; l'autre, M. Dugès, l'un de ses correspondants à Montpellier. M. Dugès allait même ici un peu plus loin que le maître; il disait qu'après tout, et à bien considérer les choses, il n'y a entre l'homme et les articulés qu'une simple différence d'attitude!

Il restait pourtant pour les esprits sévères une différence capitale entre les articulés et les animaux des classes supérieures: c'était celle qui consiste dans la répétion des parties, le nombre des organes et la symétrie des appareils. Mais un des élèves bien-aimés de M. Geoffroy Saint-Hilaire, M. Moquin-Tandon, lui vint ici en aide. S'appuyant sur la structure des annélides, il démontra, par son ingénieuse théorie des organismes individuels, que c'est par des nuances insensibles que la nature passe des animaux *unitaires* aux animaux *agrégés*, et que les éléments de l'animalité sont toujours les mêmes, comme la loi qui les associe, qui les répète et qui les symétrise.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, la science des analogies n'avait jusque-là rencontré aucune difficulté sérieuse, mais le moment allait venir où M. Geoffroy Saint-Hilaire trouverait une vive opposition dans le sein même de l'Académie

quoique pendant l'expérience, ses réponses eussent été parfaitement raisonnables, elle ne parut se souvenir ni de ce qu'elle avait dit, ni de ce que je lui avais fait.

J'ai pensé, d'après ce résultat, qu'en poussant plus loin l'hypnotisme, je pourrais obtenir une insensibilité suffisante pour permettre d'exécuter sans douleur de courtes opérations; et mon collègue M. Follin, à qui j'ai fait part de mes espérances, a bien voulu me donner rendez-vous à l'hôpital Necker, pour opérer avec moi une malade de son service.

Le 4 décembre, à trois heures de l'après-midi, nous sommes allés ensemble à cet hôpital. Avant de procéder à l'opération, nous avons cherché à provoquer les phénomènes de l'hypnotisme chez deux jeunes filles convalescentes: ces deux essais préalables, dont le premier seul a bien réussi, ont eu lieu dans une chambre particulière, en présence de la religieuse de la salle. Encouragés par les résultats de notre premier essai, et par le souvenir de mon succès de la veille, nous avons agi sur la malade que nous allions opérer, et nous avons obtenu du premier coup l'hypnotisme.

Il s'agissait d'une femme de 24 ans, entrée à l'hôpital pour une vaste brûlure du dos et des deux membres droits, et atteinte en outre d'un abcès volumineux et extrêmement douloureux de la marge de l'anus. Épuisée par la douleur, et d'ailleurs fort pusillanime, elle redoutait beaucoup une incision dont elle comprenait la nécessité. Après avoir placé son lit en face d'une fenêtre, je lui ai annoncé que j'allais l'endormir. J'ai placé ma lorgnette à 15 centimètres en avant de la racine du nez, en deçà par conséquent des limites de la vision distincte, et la malade, pour fixer cet objet, a été obligée de loucher fortement en dedans. Les pupilles se sont aussitôt contractées. Le pouls, déjà rapide avant l'expérience, s'est d'abord un peu accéléré, puis, tout à coup, est devenu beaucoup plus faible et beaucoup plus lent, ce qui avait été également observé sur nos deux premiers sujets. Au bout de deux minutes, les pupilles commencent à se dilater, nous élevons le bras gauche presque verticalement au-dessus du lit: ce membre reste immobile. Vers la quatrième minute, les réponses sont lentes et presque pénibles, mais du reste parfaitement sensées. La respiration est très-légèrement saccadée. Au bout de cinq minutes, M. Follin, à l'insu de la malade, pique la peau du bras gauche, qui est toujours dans la situation verticale. Rien ne bouge. Une nouvelle piqûre, plus profonde, qui fait sortir une gouttelette de sang, passe également inaperçue. On élève le bras droit qui reste suspendu, en immobilité, comme le gauche. On soulève alors les couvertures, on écarte les membres inférieurs, pour mettre à découvert le siége de l'abcès; la malade se laisse faire en disant toutefois avec tranquillité qu'on va sans doute lui faire du mal. Enfin, sept minutes après le début de l'expérience, pendant que je continue à tenir l'objet brillant devant les yeux, M. Follin pratique sur l'abcès une large ouverture qui donne issue à une énorme quantité de pus fétide. Un léger cri qui dure moins d'une seconde est le seul signe de réaction que donne notre malade: il n'y a pas eu le moindre tressaillement, soit dans les muscles de la face, soit dans les muscles des membres. Les deux bras sont restés sans le moindre ébranlement dans l'attitude qu'ils conservent depuis plusieurs minutes.

Deux minutes plus tard, la pose est toujours la même; les yeux sont largement ouverts, un peu injectés, le visage immobile comme un masque, le pouls exactement comme au moment de notre arrivée, la respiration parfaitement libre; mais l'opérée est toujours insensible. Le talon gauche, qu'on élève au-dessus du lit, reste suspendu en l'air: les deux membres supérieurs sont toujours dans la même attitude.

J'enlève le corps brillant placé au devant des yeux, l'insensibilité et l'immobilité cataleptique persistent toujours: je fais sur les yeux une friction légère, et une insufflation d'air froid: l'opérée fait quelques petits mouvements; on lui demande si on lui a fait quelque chose; elle répond qu'elle n'en sait rien: du reste, ses trois membres sont toujours dans les mêmes attitudes qu'on leur a données; il y a déjà plus de treize minutes que le bras gauche est dans la situation verticale. M. Follin pratique sur ce bras une piqûre qui amène une gouttelette de sang: la malade ne s'aperçoit de rien, et ses doigts mêmes restent entièrement immobiles. Enfin, dix-huit à vingt minutes après le début de l'expérience, et plus de douze minutes après l'opération, je fais sur les yeux une friction plus forte que la première, et j'insuffle sur le visage une plus grande quantité d'air froid. Cette fois la malade se réveille presque subitement: ses deux bras et sa jambe gauche se relâchent presque à la fois, et retombent tout à coup sur le lit; puis elle se frotte les yeux et reprend toute sa connaissance: elle ne se souvient de rien et s'étonne d'apprendre qu'elle a été opérée. Au bout de quelques instants, elle se plaint de souffrir un peu de la plaie qu'on vient de lui faire; mais cette douleur est très-modérée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Ordre des lectures.

1° Lecture sur les travaux de l'Académie, par M. A. DEVERGIE, secrétaire annuel.

2° Prix décernés par l'Académie en 1859. — Prix proposés pour 1860 et 1861.

3° Éloge de M. É. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, par M. FR. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

Prix de 1859.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

La question proposée par l'Académie était celle-ci:

« De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. »

En formulant cette question, l'Académie s'était proposé d'appeler l'attention des concurrents: 1° *sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrymes, les varices, les tumeurs érectiles, etc., etc.; 2° *sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, de diathèses hémorrhagiques, etc., etc.

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Six mémoires ont été envoyés à l'Académie.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde à titre d'encouragements:

---

des sciences. Il lui restait à démontrer ses analogies dans les mollusques, c'est-à-dire dans des animaux mous et pour ainsi dire pulpeux, entièrement dépourvus de système osseux, ou qui du moins n'offrent plus que des dépôts calcaires désignés sous le nom de test ou de coquille. Mais rien ne pouvait arrêter M. Geoffroy Saint-Hilaire, et déjà il avait résolûment abordé cette nouvelle étude. Pour ouvrir la voie aux nosologies, il avait d'abord posé en fait qu'à bien considérer encore les choses, la coquille n'est qu'un squelette contracté. Il était cependant encore bien loin du but qu'il s'était proposé, lorsque deux jeunes anatomistes vinrent soumettre au jugement de l'Académie des sciences un mémoire dans lequel ils prétendaient prouver que l'unité de composition se retrouve dans les mollusques, et que là encore, malgré ce qu'avait dit Cuvier, il n'y a pas d'hiatus.

On pense bien qu'ils s'étaient inspirés des idées de M. Geoffroy Saint-Hilaire. Ils avaient, en effet, procédé, à l'égard des céphalopodes, absolument comme l'avait fait leur maître à l'égard des articulés. M. Geoffroy Saint-Hilaire avait dit: Les articulés ne diffèrent des animaux supérieurs que parce qu'ils sont placés sens dessus dessous; retournez-les par la pensée, et l'analogie sera frappante. Or, nos deux anatomistes venaient dire: Les céphalopodes ne diffèrent des autres animaux que parce qu'ils sont ployés en deux; redressez-les par la pensée, et l'analogie sera incontestable. Ce n'est pas tout: pour mieux se faire comprendre, ils n'avaient pas craint de dire, en pleine Académie des sciences, que les céphalopodes sont dans la position de ces bateleurs qui, sur nos places publiques, se tiennent la tête et les épaules renversées en arrière.

Je ne voudrais encore ici, Messieurs, jeter aucune défaveur sur des analogies ainsi démontrées; mais je ne puis m'empêcher de dire que, pour le coup, c'était un véritable tour de force, et que personne peut-être ne l'aurait pris au sérieux, si M. Geoffroy Saint-Hilaire ne lui avait donné une forme plus scientifique.

Il admit, en effet, que, chez les céphalopodes, le tronc, qui garde ailleurs une situation longitudinale, se trouve ployé vers sa moitié, et que les deux parties en retour, soudées l'une à l'autre, sont renversées tantôt sur la face ventrale et tantôt sur la face dorsale.

Le mémoire ayant été lu en séance, ce fut M. Geoffroy Saint-Hilaire qui se chargea de faire le rapport, et huit jours après, c'est-à-dire le 15 février 1830, il en donnait lecture à l'Académie.

Les auteurs étaient loués d'avoir essayé de combler l'hiatus remarqué entre les céphalopodes et les animaux supérieurs; et, pour faire sentir combien cette tentative était heureuse, le rapporteur, tout en parlant avec éloge du TABLEAU DU RÈGNE ANIMAL de Cuvier, et tout en déclarant le chapitre sur les céphalopodes riche de faits, puissant de savoir et éclatant de sagacité, faisait clairement entendre que c'était là une philosophie qui avait fait son temps, et qui devait céder la place à une autre.

On comprend que Cuvier dut se sentir ému de cette insinuation. Aussi, séance tenante, il répondit par une improvisation où respirait un assez vif mécontentement, et, huit jour après, par un savant mémoire, dans lequel il s'attachait à réfuter toutes les assertions de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Il y a plus, la glace étant rompue, il attaqua l'ensemble même de la théorie des analogues:

« Qu'entendez-vous définitivement, dit-il à son adversaire, par votre unité de composition organique et par vos perpétuelles analogies? Ne voulez-vous parler que de simples ressemblances entre les animaux? Alors vous dites une chose vraie dans certaines limites, mais aussi vieille que la zoologie elle-même; car, pour trouver l'origine de ce principe, il faudrait remonter jusqu'à Aristote. Direz-vous que votre principe est unique, primordial et universel, qu'il domine tous les autres faits? C'est là ce qu'on ne saurait admettre, car, loin d'être unique et dominant, votre principe est subordonné à un autre principe bien plus élevé et bien plus fécond. »

1° Une somme de 400 francs à M. Bubin Dubuisson, pharmacien de première classe à Lyon, auteur du mémoire n° 3, portant pour épigraphe : *Les premiers soins doivent être pour l'âme*, etc.

2° Une somme de 300 francs à MM. Léon Sebullas et Charles Chaballier, internes des hôpitaux de Lyon, auteurs du mémoire n° 4, portant pour épigraphe : *Les hommes meurent, mais leurs œuvres restent*, etc.

3° Une somme de 300 francs à M. le docteur Soufflot, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 6, ayant pour épigraphe : *Quisque pro opibus*, etc.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

La question proposée par l'Académie était conçue en ces termes :

« Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire : étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines ; symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Quatre mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie regrette vivement de n'avoir pu disposer de fonds plus considérables. Elle décerne :

1° Un prix de la valeur de 600 francs à M. le docteur Duchaussoy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auteur du mémoire n° 4, portant pour épigraphe : *Nous essayerons de remplir l'intention de l'Académie en présentant l'analyse*, etc.

2° Une médaille d'or, de la valeur de 400 francs, à M. le docteur Besnier (Henri-Ernest), ancien interne des hôpitaux, auteur du mémoire n° 3, ayant pour épigraphe : *Ne serait-ce pas beaucoup pour l'art*, etc.

3° Une mention très-honorable à M. le docteur Houel, conservateur du musée Dupuytren, auteur du mémoire n° 1, ayant pour épigraphe : *L'anatomie pathologique nous apprend le siége des maladies*, etc.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

L'Académie avait proposé pour question :

« Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique. »

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Quatre mémoires ont été envoyés pour le concours. L'Académie 1° partage le prix entre M. le docteur Zambaco, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 2, et MM. Léon Gros, docteur en médecine, et Lancereaux, interne des hôpitaux, auteurs du mémoire n° 3.

2° Elle décerne une médaille d'encouragement à M. le docteur Lagneau fils, auteur du moire n° 1.

3° Une mention honorable à M. le docteur Billoir (Ch.), auteur du mémoire n° 4.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

La question proposée par l'Académie était :

« De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Quatre mémoires avaient été envoyés pour le concours. L'Académie a décidé :

1° Qu'il n'y a pas lieu à décerner pour cette année le prix Capuron.

2° Qu'une somme de 400 francs sera accordée à titre d'encouragement à M. le docteur Elleaume (Alfred-Henry), médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe : *Qu'est l'observation si l'on ignore là où est le siége du mal?*

3° Qu'une somme de 300 francs sera également accordée à titre d'encouragement à M. le docteur Dermcs (Achille), médecin à Valenciennes, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, portant pour épigraphe : *Il ne s'agit pas de décrier et de recommencer l'ouvrage des anciens*, etc.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (*Extrait du testament*.)

Des encouragements auraient pu être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Cinq ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie ; aucun d'eux n'ayant paru mériter de récompense, l'Académie a décidé qu'il ne serait accordé, cette année, ni prix, ni encouragements.

PRIX DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT.

Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auraient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ollier, médecin au Vans (Ardèche), pour ses Recherches expérimentales sur la reproduction artificielle des os au moyen de la transplantation du périoste et sur la régénération des os, etc., etc.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE 1857.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1,500 francs partagé entre :

M. Boissat, docteur en médecine à Périgueux (Dordogne), dont les services constants, de nouveau signalés par M. le préfet, ont déjà été récompensés par plusieurs médailles d'argent et par une médaille d'or.

M. Labesque aîné, docteur en médecine à Agen (Lot-et-Garonne), pour les nombreuses vaccinations qu'il a pratiquées en 1857, et pour le zèle dont il a fait preuve depuis plusieurs années en se dévouant à la propagation de la vaccine.

M. Benoit, officier de santé à Grenoble (Isère), dont les vaccinations, en 1857, ont atteint le chiffre de 1,749, et que l'administration signale d'une manière toute spéciale.

Quant à l'hiatus signalé par lui en d'autres temps, à l'endroit des céphalopodes, Cuvier le maintenait plus que jamais.

Ainsi, suivant Cuvier, il n'y avait, pour la série entière des animaux, ni unité de composition, ni unité de type ; il y avait pour chacun des embranchements un plan particulier et différentiel, et par conséquent autant d'hiatus que d'embranchements.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, dans son impatience, ne put se résoudre à attendre une autre séance de l'Académie ; il improvisa sur-le-champ une vive et chaleureuse réplique.

Et d'abord il se félicite de voir enfin son savant collègue entrer pleinement dans cette belle et grande question ; il félicite l'Académie elle-même de n'avoir pas cette fois à enregistrer l'*apport* de ces petits faits acquis de la veille, qu'on vient lui donner comme le germe de grandes découvertes ; puis, après avoir dit que les deux jeunes anatomistes n'ont pas devancé de beaucoup l'heure propice pour ramener les mollusques dans l'ordre des faits généraux de la science, il arrive à sa propre doctrine.

« Cette doctrine, dit-il, a été le rêve heureux ou malheureux de ma vie ; mais elle n'est pas, comme on vient de le prétendre, une répétition de la doctrine aristotélique, elle a ses principes propres et nouveaux, et par cela qu'elle s'en tient à une disposition, à un tracé anatomique, elle domine nécessairement toutes les autres par son unité, par sa simplicité et par son antériorité. Il y a plus, par cela aussi qu'elle introduit dans les études un seul élément scientifique propre à rallier et à faire saisir toutes les conformités physiques, elle devient un instrument de nouvelles découvertes. »

C'était répondre victorieusement, Messieurs, sur le point capital de la question. Quel était, en effet, le grand principe que Cuvier aurait voulu qu'on préférât à celui de l'unité de composition, et qu'il donnait comme bien plus fécond? Le voici textuellement :

« Ce principe, disait Cuvier, c'est celui des conditions même d'existence, de la convenance des parties et de leur coordination pour le rôle que l'animal est appelé à jouer dans la nature. »

On conçoit qu'il n'avait pas été difficile à M. Geoffroy Saint-Hilaire de prouver que ce n'était pas là un principe, que c'était un ensemble de conditions très-diverses, et que loin de dominer le principe de l'unité de composition, ces conditions en dérivaient elles-mêmes et n'en étaient que de simples modifications.

Ainsi, le principe de l'unité de composition sortait triomphant de ce débat ; il demeurait unique, primordial et dominant ! Il demeurait partout et toujours *comparable*, même lorsque les conditions d'existence viennent à manquer ; car alors il reste pour l'observateur des traces indicatives de sa disparition.

La controverse avait ainsi occupé plusieurs séances, sagement et dignement soutenue. Toutefois, Cuvier ne s'en était pas toujours tenu au fond de la question ; il avait parfois cherché, bien que d'une manière indirecte, à jeter quelque défaveur sur le langage un peu figuré de son adversaire.

« Pour lui, disait-il, il n'était point de ceux qui, au lieu de s'en tenir aux faits positifs et de se servir du langage simple et de mots propres, emploient des métaphores et des figures de rhétorique, qui croient se tirer d'embarras par un trope ou par une paranomase. »

La remarque pouvait paraître blessante. M. Geoffroy Saint-Hilaire y répondit plus tard, non-seulement sans amertume, mais avec une sorte d'effusion :

« Prenez garde, dit-il, n'allez pas imiter l'exemple de ces purs classificateurs qui vinrent solennellement placer sous le plus ancien de nos cèdres du Liban une statue de Linné, bien moins pour glorifier leur maître que pour protester contre l'immense renommée de notre Buffon ; eux aussi s'élevaient contre ce qu'ils appelaient les séductions de l'imagination et du langage figuré. Cris impuissants ! vaines protestations ! Les éditions de l'*Hi-*

2° Des médailles d'or à :

M. Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault), pour le dévouement avec lequel il accomplit ses fonctions de vaccinateur en chef du département, et pour le remarquable rapport général qu'il a transmis comme les années précédentes.

M. Panis, docteur en médecine à Reims (Marne), pour ses nombreuses vaccinations, pour la régularité avec laquelle il en transmet les états à M. le préfet, et pour son intéressant travail sur les revaccinations.

M. Jobert, docteur en médecine à Guyonville (Haute-Marne), qui est en tête des principaux vaccinateurs de son département, et qui a consigné dans un très-intéressant travail les résultats obtenus sur 1,176 revaccinations pratiquées par lui en 1857.

M. Michel, docteur en médecine à Gap (Hautes-Alpes), qui depuis vingt-cinq ans rend des services que M. le préfet se plaît à signaler, et qui, de plus, a adressé un rapport très-consciencieux sur sa pratique vaccinale.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par un grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1858 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Danvin, docteur en médecine à Saint-Pol (Pas-de-Calais), pour son mémoire sur l'angine couenneuse.

M. Yvaren, docteur en médecine à Avignon (Vaucluse) pour son travail sur l'angine couenneuse.

M. Autellet, docteur en médecine à Vienne (Isère), pour son mémoire sur la fièvre typhoïde.

M. Bocamy, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales), pour ses travaux sur l'angine couenneuse.

M. Ragaine, docteur en médecine à Mortagne (Orne), pour son mémoire sur la variole.

2° Des médailles de bronze à :

M. Deville, docteur en médecine à Saint-Saturnin (Vaucluse).
M. Dusouil, docteur en médecine à Melle (Deux-Sèvres).
M. Mignot, docteur en médecine à Gannat (Allier).
M. Piffard, docteur en médecine à Brignoles (Var).
M. Palanchon, docteur en médecine à Cuisery (Saône-et-Loire).
M. Donnarieix, médecin vétérinaire à Saint-Fargeau (Yonne).

Pour les rapports, mémoires ou observations que ces médecins ont transmis à l'Académie.

3° Des mentions honorables à :

MM. Plissard, de Nevers (Nièvre).
De Meschinet, de Niort (Deux-Sèvres).
Madère, de Verdun (Meuse).
Vernier, de Barre (Lozère).
Lemaire, de Cosne (Nièvre).
Zandyck, de Dunkerque (Nord).

Pour les communications intéressantes qu'ils ont faites à l'Académie pendant l'année 1858.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1857 :

1° Des médailles d'argent à :

M. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des eaux d'Enzet et de Saint-Jean-de-Ceyrargnes, pour son mémoire sur les inhalations bitumeuses, joint au rapport annuel; ce dernier renferme cent quarante-quatre observations avec plusieurs tableaux récapitulatifs.

M. Cazaintre, médecin-inspecteur des eaux de Rennes-les-Bains (Aude) qui a transmis à l'Académie un mémoire fort curieux relatif à l'emploi de l'eau salée de la rivière de Saltz, à Rennes-les-Bains.

M. Constant Alibert, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat et d'Audinac (Ariége), pour les deux traités joints à son rapport annuel, l'un sur les eaux d'Ussat, l'autre sur les eaux d'Audinac.

M. Léger, auteur d'un mémoire sur les eaux mères de Salins, dans lequel ce médecin a déterminé avec soin les cas spéciaux qui réclament l'emploi des eaux de Salins.

M. Privat, médecin-inspecteur des eaux de Malou (Hérault), pour son rapport annuel, qui contient quatre cent soixante-sept observations détaillées sur neuf cent soixante-dix malades.

2° Des médailles de bronze à :

M. Peyronnel, médecin-inspecteur des eaux minérales de la Bourboule (Puy-de-Dôme), qui a envoyé un rapport très-soigné, renfermant deux cent cinquante-quatre observations avec un tableau récapitulatif.

M. de Miramont, médecin-inspecteur des bains de mer d'Etretat. Le rapport de M. de Miramont est relatif aux années 1856-1857 et 1858; il contient des considérations générales sur les effets immédiats et médiats des bains de mer.

M. Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Gréoulx (Basses-Alpes). M. Jaubert a recueilli, sur 285 malades, 202 observations; à ces notes cliniques est joint un tableau récapitulatif.

M. Massie, médecin-inspecteur des eaux de Saubusse, Tercis, Saint-Pierre, etc. (Landes), qui a rédigé quatre rapports, un pour chaque établissement: ces rapports renferment 151 observations recueillies et analysées avec soin.

M. Campmas, médecin-inspecteur et médecin en chef de l'hôpital de Baréges (Hautes-Pyrenées). Le rapport officiel de M. Campmas contient cinq cent seize observations détaillées; il est accompagné d'un tableau récapitulatif.

M. Fegueux, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Bône, pour son analyse de la source ferrugineuse d'Hammam-Meskoutin.

M. Renard (Émile), docteur en médecine, pour la thèse qu'il a soutenue le 27 mai dernier sur les eaux thermales de Bourbonne.

---

toire naturelle ne s'en succédèrent pas moins coup sur coup, comme autant de monuments élevés à la gloire de ce grand homme : tant il est vrai que pour exprimer de grandes choses et pour vivre dans la mémoire des hommes, il faut que l'âme s'élance, qu'elle imprègne la pensée d'imagination, d'idéal et de poésie ! » (Applaudissements.)

Mais revenons, Messieurs, au fond de la question. Parmi les objections que Cuvier avait faites à M. Geoffroy Saint-Hilaire, il en était une à laquelle celui-ci avait été très-sensible, aussi y est-il revenu plus d'une fois dans le cours de la discussion, et même depuis.

« Si vous ne voulez tenir aucun compte, lui avait dit Cuvier, de *l'emploi* que la nature se *propose* de faire des divers organes chez les animaux, vos prétendues identités et vos prétendues analogies réduisent la nature à une sorte d'esclavage, et le monde n'est plus pour vous qu'une énigme indéchiffrable. »

M. Geoffroy Saint-Hilaire avait d'abord très-judicieusement répondu que des recherches constamment suivies et longtemps mûries sur les analogies des êtres ne tendent certainement pas à réduire la nature à une sorte d'esclavage; mais M. Geoffroy Saint-Hilaire ne s'en était point tenu là. Arrivé à cette époque de la vie, M. Geoffroy Saint-Hilaire avait fini par fermer en quelque sorte les yeux sur ces infinies variétés que lui-même avait si bien signalées et expliquées en d'autres temps, pour ne plus voir que des analogies et des similitudes parmi les êtres, justifiant ainsi le reproche que lui adressa plus tard Lamennais, de rester comme absorbé dans cette grande et magnifique vue des choses, et de paraître oublier la réalité et la destination de tant de variétés.

C'était surtout cette destination que M. Geoffroy Saint-Hilaire se refusait à reconnaître; il ne voulait plus que les différences organiques fussent déterminées chez les animaux, comme le soutenait Cuvier, par l'emploi qu'ils doivent en faire; de sorte qu'il rejetait toute application, en histoire naturelle, de cette belle et consolante philosophie qu'on a appelée la philosophie des *causes finales*. Cuvier, au contraire, se plaçant ici à un point de vue plus élevé, s'attachait à l'y faire rentrer, non pas avec ses abus et ses exagérations, comme l'avait fait Bernardin de Saint-Pierre dans ses attrayantes Études de la nature, mais dans de sages et justes limites.

Cuvier avait été, en effet, très-explicite sur ce point; il avait dit que chaque animal porte en lui les conditions essentielles du rôle qu'il est appelé à jouer dans la nature. Or, c'était là une proposition qui avait révolté M. Geoffroy Saint-Hilaire. « Je ne connais point d'animal, s'était-il écrié, qui doive jouer un rôle dans la nature. »

Vous trouverez sans doute comme nous, Messieurs, que c'était là une négation à laquelle on ne devait nullement s'attendre de la part de M. Geoffroy Saint-Hilaire, de la part d'un esprit longtemps habitué à la contemplation des grandes choses, et qui tout d'abord avait trouvé dans le spectacle de la nature la raison des variétés de son type. N'était-ce pas lui, en effet, qui, trente-quatre ans avant cette discussion, et alors qu'il exposait les principes de sa belle théorie de l'unité de composition, avait dit que si la nature change quelques-unes des proportions des organes, c'est pour les rendre aptes à de nouvelles fonctions; que si, par exemple, elle modifie chez les poissons les membres antérieurs et supérieurs, c'est pour que ces animaux puissent se mouvoir au sein des eaux.

Par cela seul, d'ailleurs, qu'il reconnaissait dans toutes les manifestations de la nature l'idée de l'unité et de la simplicité, de la sagesse et de l'économie, n'était-il pas forcément conduit à admettre que cette infinie variété de formes ou d'espèces qu'elle renferme n'a d'autre raison qu'une infinie variété de fonctions à remplir? Qui aurait osé alors lui dire que le monde tel qu'il le comprenait n'était qu'une énigme indéchiffrable, à lui qui se plaisait à montrer dans toutes les œuvres de la création des idées de plan, d'ordre

3° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à :

M. OSSIAN HENRY fils, docteur en médecine, pour sa part de collaboration du TRAITÉ PRATIQUE D'ANALYSE CHIMIQUE DES EAUX MINÉRALES POTABLES ET ÉCONOMIQUES.

M. JULES LEFORT, chimiste, comme auteur d'un TRAITÉ DE CHIMIE HYDROLOGIQUE, comprenant des notions générales d'hydrologie, l'analyse chimique qualitative et quantitative des eaux douces et des eaux minérales.

M. BUISSARD, médecin-inspecteur des eaux de La Motte (Isère). Le rapport envoyé par ce médecin est fait, comme d'habitude, avec le plus grand soin, et comprend deux cent sept observations détaillées.

4° Des mentions honorables à :

M. FINAZ, médecin-inspecteur des eaux de Charbonnières (Rhône).

M. CISSEVILLE, médecin-inspecteur des eaux de Forges (Seine-Inférieure).

M. BARON, médecin-inspecteur des eaux de La Motte (Isère).

M. FABAS père, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

M. ADAM PIGTOWSKI, médecin-inspecteur des eaux de Vernet (Pyrenées-Orientales).

Pour leurs rapports de 1857, qui sont rédigés avec soin.

Prix proposés pour 1860.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peut entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme ; quels sont les moyens de remédier à ces accidents ? »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

« Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et applications pratiques qui en découlent ; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures ; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. »

Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

« Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. »

A l'article du diagnostic, les concurrents devront insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége.

Ce prix sera de la valeur de 2,000.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

1° *Question relative à l'art des accouchements.*

« Des paralysies puerpérales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

2° *Question relative aux eaux minérales.*

« Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles : préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. »

Ce prix sera de la valeur 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

(Voir plus haut les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

« Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. »

L'Académie, en limitant ainsi la question, désire que les concurrents l'envisagent uniquement au point de vue médical et s'appuient sur des observations cliniques.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. ORFILA.

Ce prix, qui ne pourra jamais être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale.

L'Académie propose la question suivante :

« Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique. »

L'Académie désire que les concurrents étudient autant que possible :

1° Les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire ; l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur les qualités des champignons comestibles.

2° La possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de le neutraliser, et, dans ce dernier cas, ce qui s'est passé dans la décomposition on la transformation qu'il a subie.

3° L'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir et les remèdes qu'on peut lui opposer.

4° Les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie dans les cas d'empoisonnement.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

---

et d'harmonie, et quand cette admirable loi d'unité conduisait elle-même à cette finalité ?

Mais M. Geoffroy Saint-Hilaire ne l'entendait plus ainsi : « Chaque être disait-il, est sorti des mains du Créateur avec ses propres conditions ; il peut selon qu'il lui est attribué de pouvoir ; mais c'est une erreur de croire que les organes aient été formés en vue de fonctions à remplir » ; de sorte que si, à un moment toujours le même, le jeune oiseau s'échappe de son nid et se soutient dans les plaines de l'air, c'est que par un hasard heureux il se trouve qu'il a des ailes, car rien de providentiel ne l'y avait préparé.

Tel était, Messieurs, sur ce point, la philosophie toute négative à laquelle s'était arrêté M. Geoffroy Saint-Hilaire, philosophie si contraire à ses propres principes, et que Cuvier regardait comme un pur atomisme.

Et en effet, Messieurs, cette philosophie vous l'avez déjà reconnue, c'était celle que Lucrèce tenait d'Épicure et qu'il chantait dans ses beaux vers. Lui aussi disait, et dans les mêmes termes, que « rien n'a été formé dans notre corps pour que nous puissions nous en servir ; par cela seul, ajoutait-il, qu'un organe est produit, il engendre sa fonction. »

Nil ideo quoniam natum est in corpore, ut uti
Possemus, sed quod natum est, id procreat usum.

Ainsi les rôles étaient complétement changés. Retranché à son tour dans le domaine des faits positifs, M. Geoffroy Saint-Hilaire ne voulait plus en sortir : Nous sommes, disait-il, les historiens de ce qui est, non les historiens de ce qui se fait ; la vie, pour nous, n'est pas un acte à raconter, c'est un état à décrire. Ainsi le physiologiste était supprimé, il ne restait plus que l'anatomiste ; et comme ses adversaires ne voulaient plus, à leur tour, se borner à décrire et à classer, comme eux aussi voulaient entrer dans le domaine des idées, M. Geoffroy Saint-Hilaire les accusait d'imprudence et de témérité.

Aussi, Messieurs, pour ma part, plus je médite et moins je puis m'expliquer les raisons qui ont amené M. Geoffroy Saint-Hilaire à méconnaître ainsi les preuves si claires, si patentes de finalité répandues dans tout l'univers, et à rejeter aussi formellement cette belle philosophie des causes finales, aussi utile à la science qu'à la morale et à la piété.

Je dis d'abord et surtout à la science, car c'est ce principe qui nous a conduits, en physiologie, aux plus belles découvertes. Rappelez-vous, Messieurs, la réponse que fit Harvey lorsque Boyle lui demandait ce qui l'avait conduit à la découverte de la circulation du sang : « J'avais pensé, lui dit Harvey, que la nature, toujours si prévoyante, ne pouvait pas avoir placé sans dessein de nombreuses valvules dans les veines, et que ce dessein devait être de faire revenir par les veines le sang qui, du cœur, est poussé vers les membres. »

Il ne nous appartient pas sans doute de montrer ici de quelle utilité la philosophie des causes finales peut être à la morale et à la religion ; nous dirons seulement que, de l'aveu de Kant lui-même, cet argument est celui qui mérite le plus de respect et qui doit avoir le plus d'autorité, parce que c'est celui qui est le mieux à la portée de tous les hommes ; et ce n'est pas seulement dans ses écrits que Kant s'est montré sensible à cet argument, c'était aussi dans sa vie privée et dans ses habitudes de chaque jour. Il ne se rappelait jamais sans émotion et sans attendrissement, a dit son judicieux interprète (1), les naïfs entretiens de sa mère, lorsque, le conduisant en face des beautés de la nature, comme le fit le vicaire savoyard pour Emile, elle cherchait à lui faire sentir la grandeur, la puissance et la bonté divines, en lui expliquant les merveilles de la création. Et plus tard, après tant d'ouvrages sortis de sa plume où il avait fait une si large part au scepticisme,

(1) M. Jules Barni.

Prix proposés pour 1861.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

L'Académie met au concours la question suivante :
« Des désinfectants et de leur application à la thérapeutique. »
Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR LE BARON PORTAL.

L'Académie propose la question suivante :
« De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. »
Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

L'Académie met au concours cette question :
« De l'angine de poitrine. »
Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

1° *Question relative à l'art des accouchements.*
« De l'influence que les maladies de la mère, pendant la grossesse, peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. »
Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.
2° *Question relative aux eaux minérales.*
Ce prix, qui est également de la valeur de 1,000 francs, sera accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

(Voir plus haut les conditions du concours.)
Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE FONDÉ PAR M. AMUSSAT.

(Voir ci-dessus les conditions du concours.)
Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.
Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.
Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1860 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devont être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix de M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HYSTÉRIE ; **par M. le docteur** BRIQUET, **médecin à l'hôpital de la Charité, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — In-8°, 1859. — Paris, chez J.-B. Baillière et fils.**

Aborder un sujet embarrassé de tant de préjugés, d'incohérences, d'hypothèses et d'erreurs, est déjà un très-grand mérite. Mais quiconque se met résolûment à défricher le champ où les systèmes n'ont laissé que des broussailles, depuis la vénérable antiquité jusqu'à nos jours, celui-là a tous les droits possibles à l'attention du public médical. M. Briquet nous l'apprend avec beaucoup de modestie, il doit au hasard de s'être engagé dans une voie d'études qu'il n'eût point choisie, mais où il a trouvé à appliquer les sérieuses qualités de l'observateur patient et du clinicien expérimenté. On sait qu'en vertu de certains usages ou d'habitudes dont le point de départ finit par se perdre de vue, il est tel ou tel service des hôpitaux de Paris qui réunit plus particulièrement un nombre remarquable d'affections semblables ou analogues, si bien qu'à la longue, à tort ou à raison, pour la salle clinique, nous ne voulons pas dire pour le médecin qui la dirige, il en résulte une sorte de *spécialité*. M. Briquet s'est trouvé de cette façon en présence d'une longue série de cas relatifs à l'hystérie ; il en a recueilli le chiffre passablement élevé de *quatre cent trente observations*, et c'est le résultat de cette enquête sur l'une des plus bizarres maladies de l'espèce humaine qu'il publie pour notre enseignement, j'ajouterai volontiers pour notre exemple. Car il serait à désirer que beaucoup de questions de nosologie, flottant encore au vent des théories, fussent ramenées de même à leurs véritables proportions à l'aide d'un examen circonstancié, scrupuleux et toujours éclairé.

Certes, au premier abord, rien de moins saisissable que le lien des symptômes hystériques. Tout semble instable là, subjectif et objectif, manifestations et essence, modalités et siége. Aussi, de même que l'hystérie est connue depuis qu'il existe une civilisation, peut-on dire que toutes les opinions, savantes ou ignorantes, l'ont interprétée à

Kant retrouvait encore le Dieu de sa jeunesse à l'aspect de ces ineffables et ravissantes merveilles.

Mais nous voici arrivés, Messieurs, à une dernière et non moins formelle dissidence entre Cuvier et M. Geoffroy Saint-Hilaire. Il s'agit, cette fois, d'une question qu'on regarde comme le couronnement de toutes les études en histoire naturelle, et qu'on a formulée de la manière suivante : Les espèces animales qui peuplent le globe sont-elles aujourd'hui telles qu'elles étaient à l'origine des choses ; ou bien, s'étant altérées d'âge en âge, ne sont-elles plus que des dégénérescences des types primitifs ?

Cuvier, on le sait, s'était déclaré pour la permanence des espèces. Après avoir reconnu que les individus nés les uns des autres ressemblent à leurs ascendants autant qu'ils se ressemblent entre eux, et qu'ils se reproduisent et se perpétuent indéfiniment, il avait adopté les deux éléments dont Buffon s'était servi pour caractériser les espèces, à savoir : la ressemblance et la filiation. Vérifiant ensuite les faits d'âge en âge, et s'aidant de tous les témoignages historiques, Cuvier avait établi que les formes propres aux différentes espèces d'animaux se sont perpétuées depuis l'origine des choses, et que les variétés sont aujourd'hui renfermées dans les mêmes limites que dans l'antiquité la plus reculée.

M. Geoffroy Saint-Hilaire avait procédé tout autrement, et, dès 1795, il avait à peu près résolu la question dans un sens contraire. Déjà, en effet, il croyait à la variabilité des espèces ; pour lui les différentes espèces que nous avons sous les yeux ne sont que des dégénérescences diverses d'un même type ; il avait donc précédé Lamarck dans cette voie.

Quatre ans après il était allé en Égypte, et il en avait rapporté de précieuses collections d'animaux antiques, mais dans la pensée de s'en servir pour y trouver la confirmation de ses idées. Il se passe cependant près de trente ans avant qu'il administre ce qu'il appelle ses preuves ; enfin il croit les avoir trouvées, et il déclare qu'il y a des différences incontestables dans l'organisation des êtres actuels comparée à celle de leurs ancêtres des temps antiques. Un peu moins facile, toutefois, que Lamarck, il n'attribue pas les changements d'organisation à de simples changements d'actions et d'habitudes ; il les attribue à une cause plus profonde et plus générale, c'est-à-dire à un changement de composition chimique de l'atmosphère, qui serait survenu à une époque plus ou moins reculée, et tel que les conditions de la respiration en auraient été profondément modifiées.

Je répéterai ici, Messieurs, ce que je disais tout à l'heure en parlant des causes finales, qu'il est à regretter que M. Geoffroy Saint-Hilaire ne se soit pas rattaché à l'opinion de Cuvier, car ici encore c'était l'opinion de Cuvier qui concordait avec ses propres doctrines. Cette permanence, en effet, cette fixité des espèces, n'était-elle pas une conséquence, ou plutôt une manifestation nouvelle de la permanence et de la fixité des caractères essentiels dans la série des animaux ? Et ces variétés elles-mêmes, qui ne portent après tout dans les différentes espèces que sur des attributs accessoires, tels que la hauteur de la taille, la coloration des téguments et l'abondance de la fourrure, ne venaient-elles pas aussi prouver ce qu'avait dit M. Geoffroy Saint-Hilaire : que les variations, chez les animaux, ne peuvent porter que sur des parties secondaires ?

Ceci, Messieurs, est tellement vrai, que pour rendre raison de ces dégénérescences, M. Geoffroy Saint-Hilaire avait été obligé de changer pour un moment ses principes et de dire *qu'il n'y a rien de fixe dans la nature, et surtout dans la nature vivante*.

Buffon, Messieurs, avait bien vu les choses quand il disait que : « Les caractères essentiels sont ineffaçables dans les espèces et permanents à jamais. » Tout tend, en effet, à prouver que les espèces, et même les races multiples à l'origine, ont traversé les siècles sans altérations notables.

Ces squelettes de momies humaines, que M. Geoffroy Saint-Hilaire avait rapportés d'Égypte, ces peintures qu'il avait pu voir dans les tombeaux des

tour de rôle et comme à l'envi. Nous ne suivrons pas M. Briquet dans le dépouillement très-digne d'intérêt qu'il en a fait et où la philosophie, la religion, et la médecine interviennent successivement ou parfois ensemble, et souvent à la honte de l'humaine nature. Sans reculer fort loin, il est encore des idées régnantes de nos jours, en vertu desquelles l'hystérie passe pour une altération du sens génital, sinon une lésion plus ou moins appréciable de l'organe considéré comme un centre d'activité, de l'utérus. La thérapeutique s'est inspirée de cette doctrine, et Dieu sait à quels frais d'imagination, à quelles excentricités, pour ne pas dire plus, on en est venu sur un pareil terrain. Tracer l'histoire de toutes les variations théoriques, médicales, ou autres, auxquelles l'hystérie a donné lieu, c'est réellement suivre les phases du mouvement intellectuel à travers les siècles. Cette étude a donc plus d'un genre d'attraits; on pourrait la regarder comme privilégiée, et l'entrainement que M. Briquet a éprouvé en la poursuivant se communique sans peine à ses lecteurs.

Quant à nous, un juste retour vers le jugement de Sydenham, qui regardait l'hystérie comme une lésion dynamique du système nerveux, nous paraît bien satisfaisant à constater. M. Briquet adopte, avec d'autres médecins ou physiologistes éminents, cette vue large. Il considère dans l'hystérie « une névrose de l'encéphale, dont les phé- » nomènes apparents consistent principalement dans la perturbation » des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affec- » tives et des passions. » En un sujet aussi complexe, il n'était pas possible d'exiger une formule mathématiquement déterminée; mais telle que se présente cette définition, elle a l'avantage de faire table rase de grossières et vaines traditions, et de relier les souffrances variées qui composent l'ensemble de l'hystérie au centre encéphalique, foyer de toute sensibilité. D'ailleurs, comme l'auteur l'énonce lui-même, les accidents hystériques, loin d'être irréguliers et impossibles à prévoir comme à prévenir, ont des types propres, moins nombreux qu'on ne le pense, qui ne sont que la répétition d'actions vitales bien accusées, et se reproduisent d'une manière constante. Reste à distinguer ce qui forme le fond de la maladie d'avec les phénomènes accessoires, dépendant des conditions d'âge, d'idiosyncrasie, d'hérédité, des circonstances occasionnelles, etc. L'observation au lit des malades permet de faire cette part équitable, et par conséquent d'asseoir le diagnostic sur une base ferme et étendue. L'ouvrage de M. Briquet est tout entier le développement des données sur lesquelles sa conviction s'appuie.

Dès le premier pas tenté vers la solution du problème qu'il s'est posé, on sent que l'auteur a tenu à cœur d'en fixer les termes. L'hystérie se caractérise par une surexcitation nerveuse; mais comme l'avait parfaitement vu Georget, et comme cela s'est confirmé maintes fois depuis, la prédisposition joue un rôle important dans les maladies auxquelles on reconnait cette signification. Les faits recueillis et analysés par M. Briquet le témoignent encore. Si dans une vingtaine de cas il n'a pas été possible de bien établir l'influence des causes prédisposantes, du moins chez la grande majorité des malades devons-nous reconnaître l'existence d'une condition spéciale de l'économie, apportée en naissant, et que l'action des causes déterminantes réveille et déploie ouvertement. Il est intéressant de suivre l'enchainement de cette double étiologie. Les notions qu'on en retire éclairent d'un jour tout nouveau plus d'un passage obscurci ou ignoré dans l'étude de l'hystérie. On s'explique alors comment, selon les divers points de vue admis par les médecins, telle erreur a pu s'accréditer si longtemps, telle vérité bien simple passer inaperçue. N'en est-il pas de même d'une foule de questions? C'est ainsi que l'appareil génital de la femme est resté à toutes les époques, de la part de toutes les écoles, l'objet des imputations les plus singulières, et que, lorsqu'on eut démontré l'existence d'hommes vaporeux, impressionnables, en proie à des accès spasmodiques complétement conformes aux attaques hystériques, les accusateurs de l'utérus s'empressèrent de nier l'évidence, sinon de réclamer près des anatomistes la découverte d'un semblant de matrice dans le sexe masculin. Plus on approfondit ces causes, plus l'on s'étonne qu'il ait fallu tant d'années et de systèmes pour en trouver les véritables traits d'union, à savoir : 1° une aptitude spéciale du système nerveux à sentir vivement les impressions; 2° la mise en jeu de cette vive impressionnabilité par toutes les occasions de sensations affectives. Nous ne pouvons suivre M. Briquet à travers les détours qu'il a été forcé de parcourir avant de toucher son but, et nous le regrettons, car il y a dans le cours de ces recherches des résultats inattendus et curieux. Entre autres propositions, le lecteur verra, pièces à l'appui, comment l'hystérie est plus commune dans les classes inférieures de la société où elle atteint le quart des femmes, que dans les rangs plus élevés qui fournissent au plus un huitième d'observations. Les villages fourmillent tant d'hystériques que les villes. L'éducation trop rude aussi bien que l'alimentation insuffisante ont plus d'inconvénients que les régimes opposés. Même argument tiré des professions, des habitudes, etc. Comment cela? C'est que toutes les fois qu'on détermine l'affaiblissement de la constitution, il y a à redouter une certaine prédominance nerveuse en vertu de laquelle les impressions occasionnelles retentissent sur l'organisme et le surexcitent. Enfin on ne songerait plus sérieusement à faire intervenir les organes ou les fonctions de la reproduction dans l'origine de l'hystérie. La démonstration de M. Briquet ruine de fond en comble cette prétention surannée. Il y a plus, c'est que si les afflictions morales l'emportent sur les souffrances physiques pour produire la névrose hystérique, c'est à cette condition qu'elles sont prolongées. Les sensations agréables ont trop de soudaineté pour ébranler l'encéphale et l'amener à cette sorte d'état pathologique qui naît des passions tristes, des réactions douloureuses, et s'exprime par des troubles si variés. Nous ne sachions pas qu'on ait mieux établi ces corrélations ailleurs que dans le nouveau traité de l'hystérie.

L'affection hystérique, avait dit Sydenham, imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain. M. Briquet s'est efforcé de se

---

Pharaons, montrent que les différentes races étaient, il y a plus de trois mille ans, en tout semblables à celles que nous voyons aujourd'hui.

Et de même pour les animaux que la domesticité semblait devoir profondément modifier, ils sont restés ce qu'ils étaient aux époques les plus reculées : l'élégant lévrier, le formidable molosse, le dogue intrépide, étaient dans les temps homériques aussi distincts du vigilant gardien de nos troupeaux qu'ils le sont aujourd'hui, et le berger de Virgile reconnaîtrait encore le descendant de son fidèle Hylas sur le seuil de sa cabane. (Très-bien!)

Je n'irai pas plus loin, Messieurs, dans le récit des discussions qui ont séparé M. Geoffroy Saint-Hilaire et Cuvier; celle qui avait porté sur l'unité de composition organique avait eu un immense retentissement; l'Allemagne tout entière s'y était intéressée, et son plus illustre représentant, Gœthe, avait dit que, dans le cours de cette mémorable année 1830, elle avait été tout aussi attentive aux conséquences de cette révolution scientifique qu'à celles du bouleversement politique survenu à la même époque.

« On comprend du reste parfaitement, disait Gœthe, qu'un homme comme » Cuvier, fort de cette savante analyse qui exige une attention si soutenue » et une si grande aptitude à poursuivre les variations de forme dans les » plus petits détails, en conçoive quelque fierté et regarde cette méthode » comme la seule raisonnable : on comprend aussi qu'il ne pouvait se déci- » der à partager une gloire si péniblement acquise avec un rival qui avait » eu l'art d'atteindre d'un seul coup et sans effort le prix destiné au travail » et à la persévérance; mais, d'un autre côté, ajoutait Gœthe, on reconnait » aussi que celui qui part d'une grande idée a le droit de s'enorgueillir » d'avoir ainsi posé des principes, d'autant qu'il se repose avec confiance sur » la certitude de retrouver dans les faits isolés ce qu'il a signalé dans le fait » général. »

Et, en effet, Messieurs, c'était bien ce qui caractérisait et Cuvier et M. Geoffroy Saint-Hilaire; j'ai vu ces deux géants de la science armés l'un contre l'autre, celui-ci du glaive étincelant des idées, celui-là de la masse accablante des faits. Témoin obscur mais attentif de cette lutte, perdu dans la foule des auditeurs, il m'a été donné d'assister à ces savants débats.

Je vois encore Cuvier, fort de ses longues études, soutenir sans s'ébranler l'attaque de son adversaire; toujours mesuré, toujours sage, il unissait l'art des bienséances à la vigueur du raisonnement; il restait maître de sa pensée comme de ses expressions; sans jamais s'élever aux mêmes hauteurs que son rival, il avait dans les idées cette justesse, et dans les termes cette exactitude qui sont inséparables de la vraie science. Riche et abondant, élégant et naturel, il embrassait et éclairait tous les faits; c'était comme un fleuve immense et profond, paisible et régulier dans son cours, accessible à tous et de tous recherché.

En face de lui, je vois encore M. Geoffroy Saint-Hilaire; c'était bien l'homme des idées neuves et hardies, soudaines et entrainantes. Il avait la véhémence et les inégalités de la passion; son esprit en était parfois tout ému et comme troublé; on sentait en lui le don du pathétique; en dépit d'une élocution tantôt lente, embarrassée et confuse, tantôt vive, ardente et précipitée, il colorait ses pensées des plus vives images, et semblait voir tout ce qu'il disait; c'était comme autant d'accents partis du fond du cœur et inspirés par la plus profonde conviction.

C'est avec ces qualités si diverses et si puissantes que ces deux grands naturalistes étaient venus soutenir leurs doctrines. M. Geoffroy Saint-Hilaire, généreux, expansif et passionné, plein de chaleur, d'imagination et de sensibilité, s'était parfois laissé aller à de vives et pénibles récriminations, mais c'étaient les souvenirs et les regrets d'une vieille amitié qui l'avaient ainsi entraîné malgré lui.

Cuvier, dont l'âme était plus ferme et plus concentrée, ne s'était point départi de son calme et de sa froide raison; habile et circonspect dans chacune de ses allocutions, quoique parfois agressif et interrogateur, il était de-

tenir en garde contre les méprises causées si souvent par le caractère désordonné de cette maladie et de ses manifestations. La symptomatologie est inventoriée minutieusement, trait par trait. Aux phénomènes déjà connus, d'autres sont ajoutés, et sur la valeur desquels la discussion reste ouverte. On ne saurait douter que la constatation d'un certain ordre de douleurs fixées, à siéges bien déterminés et constants, ne fournisse un caractère précieux de diagnostic. Les preuves ne manquent pas; elles sont apportées avec beaucoup de soin, sans rien exclure de ce que les commémoratifs et d'autres signes plus généraux peuvent fournir également. Nous recommandons encore aux lecteurs attentifs cette remarque qu'a faite M. Briquet, de l'existence des hypéresthésies, des anesthésies, des convulsions chroniques, et des paralysies plus particulièrement, le plus fréquemment même dans le côté gauche du corps. L'explication de cette particularité peut laisser beaucoup à désirer, mais ce n'est pas une des parties les moins importantes d'une exposition variée en fait d'anomalies morbides ou fonctionnelles.

Tout se tient d'ailleurs dans le tableau dont nous parlons, et si les hypothèses se font jour parfois, ce n'est jamais aux dépens de l'observation rigoureuse. Il est certain que M. Briquet a retourné la question de l'hystérie sous tous les aspects, pesant la valeur de ses propres observations, commentant celles de ses devanciers, et tendant toujours, par des jugements comparatifs, à redresser l'opinion et à guider la pratique. La troisième partie de son traité comprend la marche des symptômes hystériques, préalablement analysées, leurs complications, les renseignements anatomo-pathologiques que l'ouverture des corps a pu donner aux cliniciens. Comme un résumé fait en connaissance de cause, l'appréciation de la nature et du siége de l'hystérie ferme cette série de chapitres, tous empreints du même amour de la vérité qui nous avait frappé dès le début.

Est-il possible de traiter l'hystérie, d'en prévenir le développement, de pallier et de surmonter ses divers accidents? Sans aucun doute, et ce traitement prophylactique, essentiel, symptomatologique, est indiqué avec tous les détails qu'il nécessitait et qu'une grande expérience a permis à M. Briquet de diversifier et de perfectionner en bien des circonstances. Malheureusement, l'honorable médecin de l'hôpital de la Charité le déclare sans hésiter, la guérison d'une maladie dynamique est toujours fort précaire, et, s'il est possible de soulager les hystériques, des exemples trop nombreux viennent contredire l'optimisme de certaines croyances.

Voici donc un livre laborieusement et consciencieusement composé. Qu'il soit, par son objet, par ses matériaux et par sa portée à bien des égards, digne de son auteur et du public auquel il s'adresse, personne ne le contestera. Cependant, en vue des destinées mêmes auxquelles il a droit, il eût gagné à plus de concision dans la forme. C'est un défaut de notre temps, sans doute, que celui de ne prêter qu'une attention distraite aux œuvres de longue haleine; mais tout en devançant les connaissances de son époque, ou en les faisant progresser, il devient urgent de compter avec les habitudes actuelles. Le succès est en partie à ce prix. Il ne manquera pas au traité clinique et thérapeutique de M. Briquet. Précisément parce que nous avons foi dans les mérites évidents de l'ouvrage, nous l'eussions désiré inattaquable. Moins de didactique, des vues synoptiques plus rapprochées, une retouche sur des répétitions surabondantes d'idées ou de faits, obvieraient, en définitive, aux exigences de la critique, et ne feraient valoir que davantage l'importance d'une entreprise à laquelle nous souhaitons beaucoup d'imitateurs.

E. Le Bret.

VARIÉTÉS.

— Le concours pour les prix des internes des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi dernier.

Les prix ont été obtenus par les internes dont les noms suivent:

Internes de troisième et quatrième années:

Médaille d'or: M. Jaccond;
Médaille d'argent: M. Henrtand;
Première mention: MM. Blondet et Tillot;
Deuxième mention: MM. Fournier (Engène) et Menjaud.

Internes de première et deuxième années:

Médaille d'argent: M. Durante;
Accessit (livres): M. Pradand;
Première mention: MM. Fournier (Louis) et Ferrand;
Deuxième mention: MM. Cruveilhier et Lancereau.

— Par décret du 27 novembre dernier, M. Simonin père, directeur honoraire de l'École de médecine de Nancy, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Meurthe.

— Le 11 septembre 1859 a été célébré à Stuttgard (Wurtemberg) le jubilé de 50 ans de doctorat de M. Jean-Adam Elsæsser, conseiller aulique, directeur de la Maternité et de l'École de sages-femmes à l'hôpital Catherine: ses collègues lui ont offert un tableau représentant ledit hôpital et demandé de faire faire son portrait pour le déposer dans cet établissement; l'Université de Tubingue lui a fait remettre un diplôme renouvelé de son doctorat, et le roi, la décoration de l'ordre de Frédéric.

meuré noble et digne; mais j'aurai encore à mettre en regard ces deux grandes renommées. Reprenons M. Geoffroy Saint-Hilaire, et suivons-le dans les dernières années de sa vie....

(L'orateur raconte ici les dernières années de la vie de Geoffroy, puis il termine en ces termes:)

... Ainsi finit, Messieurs, cet homme extraordinaire, qui, après avoir pénétré dans toutes les profondeurs de la science, y a laissé la forte et durable empreinte de son esprit. Ce serait sans doute aller trop loin de dire qu'il a créé la zoologie, et qu'au faisceau des sciences déjà connues il en a ajouté une nouvelle et toute française. Les sciences, vous le savez, Messieurs, ne sont d'aucun pays, et la zoologie existait avant M. Geoffroy Saint-Hilaire; mais on est en droit de dire que, par ses nombreux travaux et par ses belles découvertes, M. Geoffroy Saint-Hilaire a donné à la zoologie des bases toutes nouvelles, et que, le premier, il a posé les principes d'un enseignement philosophique.

D'autres avant lui avaient parlé d'un type primordial et commun dans la composition des êtres, mais personne n'avait saisi d'aussi haut et embrassé d'un regard aussi ferme le tracé d'un plan universel dans l'organisation des animaux; personne surtout n'avait été en chercher les témoignages dans chacune des espèces; personne enfin n'avait entrevu les belles lois qui sont aujourd'hui le fondement et la clef de l'enseignement en histoire naturelle.

Mais s'il a pu, grâce à l'élévation et à la force de son esprit, découvrir dans la science ces vastes horizons, il lui a fallu toute une vie de peines et de labeurs pour faire accepter ses découvertes par les hommes de science, et ici se trouve encore un contraste avec son glorieux rival.

Cuvier avait vu ses premiers travaux accueillis avec faveur et partout applaudis, et quand il voulut élever ce vaste monument qui résume la science contemporaine, il trouva de toutes parts de zélés et habiles collaborateurs. Ses études et ses recherches étaient de celles qui peuvent se partager et se distribuer; il dominait tous les travaux qui s'accomplissaient de son temps; on se formait sous ses yeux, on se disputait ses encouragements: c'était une suprématie universellement acceptée et que personne n'aurait osé contester.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, au contraire, a dû travailler seul et dans un complet isolement; mais la solitude, le silence et le recueillement inspirent le génie. Il y avait puisé cette originalité et cette puissance d'imagination qui l'a conduit à de si grandes choses: seul d'ailleurs il pouvait suivre les routes qu'il s'était tracées, car il travaillait d'inspiration, et l'inspiration ne se partage pas.

Cuvier, de son vivant, a été comblé d'honneurs, de titres et de distinctions d'ailleurs bien méritées; il a été courtisé par des souverains et appelé jusque dans le conseil des rois. La vie de M. Geoffroy Saint-Hilaire a été, comme celle de tous les hommes à esprit libre, indépendant et créateur, une vie de peines, de passions et de combats; mais s'il a été comme écrasé par cette éclatante primauté de Cuvier, la postérité lui a enfin rendu avec usure l'honneur qui lui était dû. Avant de descendre dans la tombe, il a pu assister au triomphe de ses idées, et, aujourd'hui qu'il dort dans la poussière, ses idées lui survivent; elles protégent et assurent à jamais sa mémoire; la science reconnaît en lui un de ses législateurs et la France une de ses gloires les plus éclatantes; joignons-nous donc, Messieurs, à ce concert d'éloges, et disons que si le nom de Cuvier est immortel, celui de Geoffroy Saint-Hilaire ne périra pas; il rappellera dans l'avenir une de ces nobles figures qui portent au front le rayon de feu du génie. (Applaudissements répétés.)

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE L'HYPNOTISME.

(Deuxième article.)

Dans notre précédent numéro, nous avons fait connaître le résultat des expérimentations suivies sans idées préconçues, sans parti pris, sur les curieux phénomènes de l'hypnotisme, par M. Demarquay et nous-même, dans le service chirurgical de M. Monod, à la Maison municipale de santé. Ces recherches, entreprises d'abord simplement au point de vue du mérite anesthésique de cette espèce de sommeil, et des services qu'il pouvait rendre à la médecine opératoire, nous eurent bientôt fixés sur la valeur du procédé à ce point de vue. Nous dûmes reconnaître que l'art chirurgical n'avait pas beaucoup d'espérances à fonder sur ce nouveau moyen de procurer l'anesthésie, et conclure avec regret à la nécessité de concentrer toute l'attention des savants sur le problème, toujours posé devant eux : la découverte d'un nouvel agent propre à endormir sans danger la douleur, ou au moins l'amélioration, le perfectionnement des procédés déjà entre nos mains.

Ce n'est pas assurément que tout fût du domaine de l'imagination et de l'illusion dans les premiers résultats annoncés par les parrains scientifiques de l'hypnotisme. Non : leurs assertions, trop étendues, trop généralisées, fondées sur un nombre bien trop restreint et trop particulier d'observations, avaient cependant une réalité pour base — réalité sans proportion peut-être avec l'empressement qu'elle fit naître et les déceptions qui en ont été la consécration fatale — mais enfin un fait était au fond de ces espérances précipitées.

Ce fait, il est vrai, n'était pas général, mais spécial seulement; non pas physiologique, mais plutôt morbide. Il consistait, comme nous l'avons vu, dans quatre cas sur dix-huit observations, en une atteinte portée à la sensibilité générale, en un amoindrissement, un engourdissement de cette sensibilité, allant quelquefois jusqu'à la suspension complète (sensibilité cutanée s'entend), d'autres fois, quoique plus rarement, s'élevant au contraire jusqu'à l'hyperesthésie. Ces phénomènes, en ce qui concerne la sensibilité et la motilité, rappellent, n'est-il pas vrai, l'état hystérique.

Après en avoir été témoin, nul ne pouvait se refuser à croire à la possibilité de la manifestation d'une anesthésie complète dans tel ou tel cas imprévu; mais personne ne pouvait non plus la prédire, ni même l'espérer à l'avance dans un cas nouveau pour lui. Ces conditions, leur rareté, leur spécialité d'origine devenaient autant d'obstacles à l'établissement d'une formule générale constituant une méthode, même imparfaite, d'anesthésie.

Disons pourtant que, par un effet contraire, elle démontrait la réalité de quelques cas anciens bien observés, mais mal accueillis — nous voulons parler du fait d'amputation du sein pratiqué jadis par M. J. Cloquet pendant le sommeil magnétique et qui avait rencontré tant d'incrédules.

Ajoutons enfin, pour en finir avec ce côté de la question, le moins curieux assurément de tous ceux qu'elle présente à l'étude, que, quoique en admettant la possibilité de pratiquer quelque opération sérieuse pendant ce sommeil nerveux, il n'est encore venu à notre connaissance aucune observation complète et irréfutable à cet égard, et que l'insensibilité cutanée que nous avons bien nettement constatée en deux ou trois circonstances, peut permettre encore un espoir dans ce sens, mais n'y saurait donner garantie. Il est impossible, en effet, de conclure avec certitude du sommeil, même parfait, de la peau à celle du reste du système nerveux. Seulement il est bien évident que le second n'est à présumer ou espérer qu'après la production du premier.

Mais, comme nous l'avons fait pressentir dans notre précédent article, cette question, rapidement jugée, en laissait debout un certain nombre d'autres pleines du plus vif intérêt. Tous ces faits qualifiés « curieux, » et qui émanent si directement du centre même de la vie, sont si riches d'enseignements tant pour le physiologiste que pour le philosophe, que toute nouveauté tombant de cette source doit être scrutée et interrogée dans toutes ses circonstances.

Le mode de production de ce singulier sommeil, le témoignage apporté par la sensibilité générale, avaient amené sur les lèvres des moins clairvoyants le mot de : magnétisme. La ressemblance était frappante, en effet, et les traits généraux les mêmes.

Rien donc de plus naturel que d'interroger à leur tour les sensibilités spéciales dont les récits du magnétisme ont raconté plus d'une merveille. Nous avons donc, en chacun des cas rapportés dans nos observations antérieures et dans celles que nous avons faites depuis, mis les organes des sens spéciaux en demeure de nous répondre. Or, comme dans le magnétisme, nous avons, presque dans tous les cas, six fois (car nos observations se sont enrichies de deux cas très-précis dans leurs manifestations) trouvé l'ouïe *exaltée*. Les malades, pendant ce sommeil nerveux, entendaient parfaitement les questions faites de la voix la plus basse et du pied de leur lit, quand les assistants pouvaient à peine entendre.

Quant à la vue, elle ne fonctionnait point ; et pour l'odorat, le goût, ils ont paru plutôt un peu émoussés que dans leur plénitude; ils semblaient quelque peu entraînés par la sensibilité générale et dans le même sens qu'elle. Les narines, la muqueuse nasale, les lèvres, la langue touchées, barbouillées avec des solutions ammoniacales étendues, n'ont que peu réagi contre leur application.

Si dans ces réponses données pour les sens spéciaux aux interrogations qui leur ont été adressées, il semble qu'une seule soit en rapport avec les faits consignés dans les fastes du magnétisme, la persistance, l'exaltation du sens de l'ouïe, nous ne pensons pas qu'un esprit prudent y voie un trait même de simple dissemblance avec le sommeil magnétique. Il suffit de l'exaltation d'un seul de ces sens, de celui de l'ouïe en particulier, pour comprendre que, mis au service de certain savoir-faire, il ait, avec le plus grand succès, servi de souffleur ou de moniteur pour les autres. En présence de la torpeur de la sensibilité, de l'enchaînement apparent de l'intelligence et des sens spéciaux, le témoin non prévenu ne pouvait deviner les ressources secrètes qu'offrait la finesse exagérée de l'ouïe pour établir des relations inaperçues entre les sujets et les prétendus expérimentateurs.

A cela ne se bornent pas les données fournies par le système sen-

FEUILLETON.

EMPLOI DU COAL-TAR SAPONINÉ.

Nous avons indiqué, dans l'avant-dernier numéro, la formule précise due aux recherches persévérantes de M. Le Beuf. Nous croyons devoir la reproduire ici, afin de ne laisser aucune incertitude sur ses proportions exactes :

Teinture alcoolique de coal-tar saponiné, ou *teinture mère.*

Prenez : Coal-tar au goudron de houille. 1,000 grammes.
Teinture alcoolique de saponine. 2,400 —
Mêlez. Après huit jours de digestion, on décante et on filtre au papier.

Cette teinture ne s'emploie jamais pure, elle sert à faire l'émulsion de coal-tar dont nous allons parler. Redisons encore que la teinture alcoolique de saponine s'obtient par les procédés indiqués dans le travail présenté par M. Le Beuf à l'Académie des sciences de l'Institut, dans la séance du 4 novembre 1850.

Pour obtenir l'émulsion de coal-tar saponiné qui doit servir aux pansements, on la prépare de la manière suivante :

Prenez : Teinture alcoolique de coal-tar saponiné. 100 grammes.
Eau de fontaine. . . . . 400 —
Mêlez par agitation.

Voici le médicament usuel, voyons ce que l'on en peut faire et quels sont les résultats de son emploi.

Pour mon compte particulier, je me suis servi de ce liquide ainsi émulsionné, en injections dans des oreilles affectées d'otorrhées chroniques et surtout chez des enfants scrofuleux. On sait quelle odeur repoussante exhalent ces oreilles baignées d'un pus ichoreux, et combien cette odeur est tenace. J'ai pu, à diverses reprises, constater avec quelle rapidité l'odeur disparaissait, et combien il était facile de rendre tout à fait supportable le séjour de ces malades dans les chambres et les dortoirs où ils étaient un objet de dégoût pour tous leurs camarades. Chacun sait combien certaines otorrhées deviennent fétides. Les chirurgiens militaires ont souvent l'occasion de voir des soldats qui ne peuvent rester dans les chambrées, qu'on envoie à l'hôpital parce que leurs camarades ne peuvent les *sentir*, et qui finissent par être réformés, uniquement pour ce fait. On sait bien que cette puanteur horrible de certaines oreilles dépend en grand partie du défaut de soins, on sait que les injections bien faites, les douches énergiques vidant complétement le méat auditif, enlèvent en grande partie cet inconvénient majeur ; mais on sait aussi que dans un régiment ces soins sont à peu près impossibles et que le même inconvénient se reproduit infailliblement dès qu'on cesse les injections. En pareil cas, l'odeur envahit les parties voisines ; la peau,

sible plus ou moins enchaîné par l'hypnotisme. Les physiologistes qui ont consacré leurs méditations à l'étude de quelqu'une des fonctions spéciales que nous venons de nommer, les médecins qui se sont occupés plus ou moins attentivement des perversions desdites fonctions ou des troubles survenus dans leurs appareils, pourront être conduits à de précieux renseignements par les investigations qu'ils auront l'occasion de faire dans cette voie. L'hypnotisme, dans les circonstances où le médecin aura eu l'avantage de le rencontrer sur sa route, ou dans celles où il aura cru devoir l'amener, peut donner lieu à une analyse aussi utile que curieuse des sens spéciaux, de celui de l'audition, par exemple, qui paraît être le seul profondément influencé. On pourra étudier, au moyen de cette nouvelle dichotomie survenue entre les manifestations générale et spéciale de la sensibilité, ce qui, dans les fonctions, relève de l'une ou de l'autre. Rechercher si l'exaltation de la sensibilité spéciale, par exemple, est un fait propre à ce département du système sensible, surexcité pendant que le système général s'endort, ou bien si, au contraire, cette hypersthénie n'est qu'une circonstance secondaire et relative à l'apparition plus nette d'un certain ordre de sensations par suite du sommeil des autres. Des investigations sérieuses dans cette ligne peuvent apporter de nouvelles lumières sur les affections de l'organe de l'ouïe et notamment sur les paralysies. C'est un sujet que nous signalons à l'attention des médecins et des physiologistes. Il y a là peut-être une source précieuse de données diagnostiques nouvelles.

Nous n'en avons pas encore fini avec le chapitre de la sensibilité qui nous a donné, non plus *durant*, mais *après* l'hypnotisme, certains résultats que nous ne devons point passer sous silence, et qui sont peut-être les plus utiles, au point de vue thérapeutique, de ceux qu'il nous a été permis d'enregistrer.

Comme on a pu le remarquer, presque toutes les malades chez lesquelles nous avons pu amener le sommeil nerveux présentaient des affections graves de l'appareil génital : nous ne disons pas toutes (l'observation XV fait exception); or chez toutes ces malades, le fait a été à peu près constant et s'est reproduit pour ainsi dire chaque fois que nous avons déterminé l'hypnotisme, des douleurs utérines très-vives qui tourmentaient ces malheureuses jour et nuit, et dont elles se plaignaient amèrement avant le sommeil nerveux, se sont vues enrayées, suspendues pendant cet état particulier de leur système nerveux, et pendant de longues heures après; vingt heures de bien-être parfait étaient le terme moyen de ce soulagement; et il était si réel, si incontestable, si patent, que les malades demandaient instamment, à la visite, à être hypnotisées. Une jeune demoiselle (observation VI du numéro dernier) qui souffrait cruellement de douleurs névralgiques du bassin (suite d'une violente contusion avec fracture?), et que n'avaient pu soulager ni l'opium ni le chloroforme employés toute une nuit, se vit calmée comme par enchantement et pour une vingtaine d'heures, par l'hypnotisme; et cela deux jours de suite.

Ces faits se sont reproduits avec assez de constance pour mériter d'être consignés ici et de fixer l'attention. Ils peuvent donner lieu à de nouvelles indications de l'emploi de ce procédé singulier, et ouvrir une nouvelle voie pour le traitement des névralgies. Il est bien entendu d'ailleurs que, pour ce qui nous concerne, cette aptitude demeure limitée aux circonstances spéciales où nous l'avons observée, les névralgies liées à certains états spéciaux de l'organisme de la famille de l'hystérie.

Tel est l'ensemble de faits, à cela se bornent les réflexions que nous avons à présenter comme conséquence de nos recherches sur les rapports du sommeil nerveux avec les manifestations des appareils de la sensibilité générale et spéciale de la partie animale des sujets de nos observations.

Nous allons aborder maintenant un tout autre domaine non moins intéressant, non moins utile à pénétrer : le domaine moral et intellectuel.

Si l'hypnotisme se révélait par tant de points de contact avec certains côtés du magnétisme qu'il puisse à bon droit être considéré, au point de vue des manifestations animales, comme le magnétisme lui-même dégagé de ses éléments non scientifiques, il importait visiblement de l'étudier également sous le rapport de ses manifestations d'ordre moral. Cette étude s'indiquait d'ailleurs d'elle-même. Le sommeil nerveux, muet quelquefois, se montre habituellement très-disposé à converser avec les assistants, pourvu, du moins généralement, qu'il soit mis en demeure de se mettre en rapport avec eux par des interrogations. La jeune fille de l'obs. 6 parlait toutefois sans y être sollicitée.

Il était donc très-intéressant de rechercher de quelle nature étaient ces sortes de rêves ou de conversations somnambuliques. Nous y avons apporté, M. Demarquay et nous, toute notre attention.

Anesthésiées ou non, toutes les malades sans exception répondaient unanimement à la question : « Comment vous trouvez-vous? » — « Oh! très-bien, bien heureuse; il me semble que je tombe du ciel, ou que je sois au ciel. »

Alors interrogées plus en détail, elles rapportaient leurs sensations morales ou physiques de bonheur aux personnes qu'elles aimaient, toutes, celles qui étaient mariées bien entendu, il faut le dire à leur honneur et à celui de l'espèce, à leurs maris, à leurs enfants. — Voyez-vous votre mari en ce moment? Oui. — Où est-il? que fait-il? — *Il déjeune* (notion subsistante de l'heure) chez lui, chez ma sœur, etc., comme elles les auraient vu dans leurs rêves ou en s'endormant le soir. Une dame, femme d'un colonel, voyait son mari déjeuner; il avait des officiers avec lui; un moment après, elle était au ciel avec son enfant mort depuis peu, et s'y trouvait bien heureuse.

Nous avons dû naturellement chercher jusqu'à quel point il nous pouvait être permis de modifier le cours de ces pensées si naturelles, et d'y substituer un ordre d'idées étranger à leur personne et à leurs affections. Or cela nous a été parfaitement et constamment impossible. Aux questions sans intérêt pour leur cœur, les malades répondaient comme elles l'eussent fait éveillées; d'après la notion présente au moment de l'entrée en hypnotisme, mais brièvement, comme ennuyées et désireuses de retourner au plus vite au sujet chéri qui captivait leur attention. On retrouvait là les apparences communes chez les magnétisées, en exceptant, bien entendu, tout ce qui peut tenir au don de seconde vue, de connaissances supérieures infusées avec l'influx magnétique, de transposition des sens, etc., etc..., et tout le cortége des jongleries connues.

C'était, en un mot, le sommeil du somnambule dans toute sa simplicité, déjà fort surprenante. Braid, dans l'ouvrage que le bruit ac-

---

les cheveux, tout en est imprégné, et telle est la ténacité de cette exhalation fétide que souvent je suis obligé d'ouvrir la fenêtre de mon cabinet aussitôt que le malade est parti.

C'est dans ces circonstances déplorables que j'ai expérimenté l'émulsion de M. Le Beuf, et je déclare que le succès a été des plus complets. Il y a des cas dans lesquels des végétations charnues naissant du fond du méat externe, fournissent une suppuration roussâtre d'une horrible fétidité. Une douche puissante dirigée dans le fond du conduit, enlève des flocons de matière caséiforme mélangée de sang, de pellicules épidermiques, de fragments polipiformes, et le tout offense grièvement le nez le plus habitué à ces sensations fâcheuses. J'ai vu, en pareilles circonstances, quelques gouttes d'émulsion de coal-tar saponiné versées dans la profondeur de l'oreille, détruire comme par enchantement ces émanations si violentes et améliorer singulièrement la position d'un pauvre diable qui trouverait à peine, même au milieu de sa famille, un degré de tolérance suffisant pour rendre la vie supportable.

Je me crois autorisé à dire que l'émulsion de coal-tar saponiné de M. Le Beuf est un médicament destiné à rendre des services signalés, au moins dans le cas spécial que je viens d'indiquer. Mon expérience personnelle se borne à ce point; mais je crois que si ce moyen désinfectant s'est montré si puissant dans le genre d'infirmité dont je parle, il est infiniment probable que les résultats ne seront pas moins satisfaisants dans beaucoup de maladies où la mauvase odeur fatigue les malades eux-mêmes non moins que ceux qui les entourent. Les faits acquis à la science dans les hôpitaux avec la poudre de MM. Corne et Desmaux, sont assez nombreux, assez évidents, et puisque cette poudre grossière et si peu maniable a rendu des services signalés, que ne doit-on pas espérer d'un liquide qui peut se prêter à tous les usages de la chirurgie? Au reste, nous allons voir à l'œuvre des hommes dont la compétence n'est pas contestable, et il ne pourra rester de doutes dans l'esprit de personne sur les bons effets de cette préparation appliquée au traitement de maladies chirurgicales d'un caractère exactement déterminé.

Un de nos confrères de Paris, M. le docteur J. Lemaire, s'est livré à des recherches sur les propriétés de la préparation de M. Le Beuf. Il l'a employée sur plusieurs malades, et entre autres dans un cas de plaie gangréneuse, située à la partie antérieure et supérieure de la cuisse. La suppuration était abondante et fétide; des lotions faites avec l'émulsion goudronnée ont rapidement enlevé l'odeur et modifié la sécrétion purulente. Le pansement consistait en lotions, en injections dans les clapiers purulents, puis en plumasseaux de charpie imbibée du liquide saponiné, placés sur le linge enduit de cérat recouvrant la vaste plaie.

Chez un enfant de 2 mois et demi, deux anthrax occupant la paroi abdominale, avaient déterminé des ulcérations de la peau qui ont été traitées très-heureusement par le pansement que nous venons d'indiquer.

Enfin, une jeune fille de 14 ans, affectée d'ozène. L'odeur repoussante de cette maladie fut détruite promptement par des injections d'émulsion de coaltar dans les narines. Cette jeune fille avait été renvoyée de sa pension, per-

tuel ressuscite, soit de bonne foi, soit autrement, aprétendu exercer sur la direction des pensées des sujets hypnotisés une influence du genre de la fascination, un empire soumettant une volonté à l'autre; nous n'avons pas constaté le plus petit phénomène de cet ordre. Les malades demeuraient, comme si elles avaient été bien éveillées, dans la pleine jouissance de leur spontanéité et de leur indépendance. Elles répondaient avec bon sens et sans trace de merveilleux, et retournaient, comme nous l'avons dit, et au plus vite à leur cher objet, très-mécontentes quand on les arrachait à ce sommeil plein d'attraits de tous genres. L'une d'elles, fille très-spirituelle, nous dit en se réveillant qu'elle avait goûté, dans ce sommeil, tous les charmes de l'esprit, du cœur et des sens (ce dernier mot sans malicieuse entente, la personne étant sage et bien élevée). Si le cours de leurs pensées secrètes pouvait être quelquefois deviné, leur volonté conservait toujours un plein contrôle et elles ne s'expliquaient qu'avec la plus parfaite réserve et dans les termes les plus décents. Nous n'assurons pourtant pas que toutes se conduisent, à l'avenir, avec pareille convenance; mais il en a été ainsi avec nos malades.

Parmi les faits les plus curieux qu'ait annoncés Braid au sujet de cette influence prétendue du médecin ou de l'expérimentateur sur l'hypnotisé, il a été fait mention de celle exercée par la situation donnée aux muscles, pendant l'hypnotisme, sur la direction des sentiments et des pensées. Braid a noté, par exemple, la propriété qu'avait l'attitude de la prière donnée aux membres et aux traits du visage de provoquer le sentiment et l'acte de la prière chez les sujets endormis. Le physiologiste anglais a vu là un phénomène qu'il a caractérisé comme une sorte d'action réflexe du système musculaire sur le centre cérébral, de l'action sur l'idée. Braid a-t-il noté là une simple coïncidence de la situation avec le cours dominant des idées chez les sujets de ses expériences, a-t-il cru voir ce qui n'était pas! Nous sommes forcés de dire que nous n'avons rien pu produire de semblable. Vainement avons-nous mis, tant chez nos deux cataleptiques (car nous en avons eu un second cas au milieu de tous autres cas de résolution musculaire), que chez les autres sujets, les bras et les mains dans l'attitude de la prière; nous n'avons changé en rien le cours établi des pensées, qui ont continué à couler dans leur même lit.

Ainsi s'évanouit devant l'analyse indifférente tout le prestige déplorablement accumulé autour du sommeil nerveux du somnambulisme sans promenade, du somno-vigil de M. Louyer-Villermay. Grâce à quelques enjolivements, à une mise en scène habile, à des artifices frauduleux, un phénomène morbide, fréquent malheureusement, a été élevé au rang d'acte physiologique. Mais l'identité complète des seuls phénomènes avérés du magnétisme avec ceux que nous venons de relater réduit à ses vraies proportions le prétendu fluide. Est-il possible, en effet, de conserver à cet égard un doute en présence de cette uniformité de résultats de nos expériences et leur ressemblance avec ceux fournis par le magnétisme, *et bien constatés*. Or les nôtres se sont exposés sans soupçon possible d'aucune influence; pour les produire là où ils pouvaient naître, nous nous sommes bornés à mettre les malades en rapport avec un certain objet plus ou moins brillant, sur lequel ils devaient concentrer la volonté d'un regard attentif et à l'état de tension musculaire; puis nous nous effacions, nous reculions derrière les malades, nous occupant d'autres choses jusqu'à ce que le temps habituel de l'apparition des phénomènes fût arrivé. Alors nous nous rapprochions pour les constater eux ou leur négation.

Et quant aux malades eux-mêmes, nous prenions le même soin. Braid encore a prétendu que pour arriver à la production des phénomènes attendus, il importait d'appeler l'attention des sujets sur ces résultats; voulait-on les préparer à une opération, il fallait fixer, disait-il, leur pensée sur l'objet qu'on se proposait. Nous avons essayé trois fois de préparer ainsi des malades à une opération, et nous avons, dans les trois cas, invariablement échoué; les malades n'étaient pas moins éveillées après un quart d'heure qu'au premier moment, et il a fallu recourir au chloroforme. Pour le reste de nos recherches, nous nous sommes donc particulièrement attachés à ne point occuper ni préoccuper les malades; nous les avons uniquement mises en rapport avec l'objet brillant, et les résultats n'en ont pas été du tout moins frappants.

De telle sorte que nous sommes plus que jamais autorisés à conclure qu'il ne se passe rien là que de personnel aux malades, une pure et simple action auto-biologique, comme nous avons cru pouvoir la qualifier dans notre dernier numéro. Et si l'on nous demande quelle est cette espèce d'action, nous dirons que sa terminaison, comme ses débuts, indique également une concentration congestive cérébro-oculaire (oculaire d'abord). A part les phénomènes de chaleur et de rougeur que nous avons décrits précédemment, voyons comment se termine, à la volonté de l'expérimentateur, cette série de phénomènes anormaux. On y met fin en soufflant de l'air frais sur les paupières, en y passant les doigts avec douceur, les yeux s'ouvrent, et on les voit congestionnés ainsi que les paupières, quelquefois pleins de larmes, et en une demi-minute tout cesse comme par enchantement.

Songeant alors au caractère hystérique de la plupart de ces manifestations singulières, à la disposition hystérique même des sujets, pouvons-nous ne pas voir là un point de départ nouveau de la perversion nerveuse qui a reçu le nom d'hystérie, et dont l'*aura* est d'ordinaire dans l'utérus; mais qui peut être ailleurs. N'est-elle pas ailleurs chez les sujets masculins, en petit nombre il est vrai, chez lesquels on la rencontre? Eh bien! elle est, cette aura, dans le système musculaire des yeux chez les hypnotisés. Et cette notion assurément ne doit pas être lettre morte pour l'étude de l'affection elle-même de l'hystérie dont elle transporte le siége réel dans le centre cérébro-spinal, et le point de départ occasionnel, soit dans l'utérus, dans la plupart des cas, soit dans les muscles des yeux, dans ceux que nous venons de passer en revue, soit enfin dans quelque autre organe chez les hommes hystériques qui n'ont point été soumis à l'hypnotisme.

On voit quelle énorme accumulation d'études diverses peuvent et doivent se rattacher aux nombreux faits que nous venons de relater, et comme tout se tient dans les sciences. N'avions-nous pas raison de dire, au début de nos réflexions sur ces objets nouveaux, que si la médecine opératoire avait malheureusement manqué son but et perdu des espérances imprudemment transformées en données acquises, la science était loin, très-loin, d'avoir perdu à cette introduction inattendue sur sa table de dissection. Le magnétisme, en tant que sortilége, divination et fluide passant d'une personne à une autre, est d'abord dépouillé de sa robe de magicien et rattaché, après ses longues fugues, au pied du lit des somnambules. Il retombe des hauteurs du surnatu-

---

sonne ne pouvait supporter les exhalaisons fétides de son nez, et en peu de temps ce grave inconvénient a disparu.

M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a employé avec succès le même mode de pansement sur des chancres phagédéniques répandant une odeur infecte. Le même résultat a été obtenu chez des malades portant des sétons à la nuque, dont la suppuration était extrêmement fétide. On sait combien les pauvres patients sont incommodés de cette odeur.

Ces faits déjà nombreux ont assez d'importance pour que l'on y prenne garde, et nous ne tarderons pas à savoir l'opinion de plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris et des départements sur l'emploi du coal-tar saponiné. Cette préparation est soumise en ce moment à l'expérimentation des chefs de service qui ont le plus d'occasions de soigner des malades affectés de vastes abcès et de suppurations de mauvaise nature.

Nous ne pensons pas que ces sortes de recherches faites avec le soin nécessaire puissent établir que le coal-tar, émulsionné par la saponine, ait une influence bien déterminée sur la nature des plaies, sur la production des bourgeons charnus; en un mot que la substance essentiellement désinfectante doive être considérée comme un modificateur spécial des surfaces malades. Un pareil avantage, s'il pouvait résulter des expériences entreprises, serait un bienfait d'un tout autre ordre, et nous le signalerions avec empressement; mais jusque-là nous pouvons dire, parce que cela est vrai, que la propriété désinfectante du coal-tar émulsionné par la saponine ne peut être mise en doute. Voici de nouveaux faits à l'appui.

M. le docteur Darricau, chef du service de chirurgie à l'hôpital civil de Bayonne, a pu expérimenter en grand; il a fait usage de la préparation de M. Le Beuf en mêlant trois cuillerées de teinture alcoolique avec un demi-litre d'eau, et ce liquide employé au lavage des plaies a donné d'excellents et prompts résultats. Constamment alors, ce lavage des surfaces malades a enlevé instantanément l'odeur infecte qu'elles exhalaient, et leur a substitué l'odeur du goudron. Après ce lavage, le pansement a été fait avec la charpie imbibée de la même solution, souvent à nu, d'autres fois par-dessus un linge troué enduit de cérat.

Lorsque la suppuration était très-abondante, l'odeur du pus reparaissait au bout de quelques heures, et alors on renouvelait le pansement matin et soir, ce qui suffisait pour remédier à cet inconvénient.

Les blessures pour lesquelles ce traitement a été mis en usage étaient très-nombreuses, M. Darricau cite seulement les suivantes :

1° Deux larges plaies aux jambes, produites par une chute, accompagnées de fracture des deux os du membre. L'une de ces fractures comminutives était compliquée d'issue des bouts de l'os; il y a eu détachement d'esquilles; les bourgeons charnus se sont formés, et la guérison a été complète.

2° Un ulcère variqueux occupant tout le devant de la jambe.

3° Une large plaie par écrasement de la jambe, mais sans fracture des os.

4° Un anthrax considérable situé sur l'épaule.

5° Une nécrose de la troisième phalange de l'index produite par un panaris, et compliquée d'abcès à la base de ce doigt et sur le dos de la main, avec suppuration copieuse.

6° Enfin, un érysipèle grave occupant le pied et la jambe, avec gangrène

rel au rang modeste d'état morbide circonscrit et livré comme pièce anatomique au scalpel de l'observation médico-psychologique; et y est, dès les premières dissections, tellement analysé qu'il y perd même son nom. Car, à moins d'illogisme, on ne peut même plus, comme on le faisait hier encore, nous dire : « Mais c'est le magnétisme! » mais bien dire du magnétisme, au contraire, qu'il n'est lui-même que l'hypnotisme ; en le dépouillant de son fluide et de ses jongleries, son squelette est le somno-vigil, c'est là tout ce qui en reste.

En terminant cette rapide esquisse des faits que cette quinzaine a accumulés sous nos yeux, qu'il nous soit permis de faire un appel à la prudence de nos confrères. Dans cette série d'expérimentions nouvelles où tout était imprévu, nous n'avons pas eu l'ombre d'un accident à déplorer. Est-ce à dire pour cela que nous ayons assisté en indifférents à ces graves et frappants phénomènes; que la nature ait, sans nous émouvoir et nous causer au premier moment quelque inquiétude, suspendu la volonté chez des sujets pleins de vie et de raison, anéanti ou surexcité en quelque minutes leur sensibilité, foudroyé ou pétrifié leur contractilité musculaire, faisant de ces sujets confiants en nous, des automates livrés à notre souveraine discrétion?

Non ; ce spectacle, trop attachant au point de vue physiologique pour être abandonné, nous ne pouvions y renoncer qu'après y avoir puisé, pour le compte de notre maîtresse, la science, tous les enseignements qu'il pouvait offrir à notre humble appréciation. Nous l'avons donc poursuivi avec prudence et réserve, et, Dieu merci, sans sujet de remords ; car il n'en est résulté que du bien, et particulièrement pour les sujets qui nous ont prêté leur individualité.

Mais les accidents ne sont-ils pas possibles, ne sont-ils pas à prévoir, à redouter? Doit-on parler d'hystérie, de catalepsie, comme de sujets à la portée d'un chacun, et qu'un chacun peut manœuvrer à sa guise? Nous médecins, qui savons un peu mieux que le commun des hommes, pour éclairés qu'ils soient, combien de secrètes tendances au mal renferment parfois les natures les meilleures en apparence, gardons-nous de laisser traiter devant nous de tels sujets avec légèreté ou insouciance. Rappelons-nous qu'il n'est point ici question de physiologie, mais bien d'états morbides et d'états toujours graves. Pour nous-mêmes, soyons donc prudents; pour le vulgaire, intolérants sur ces matières. Interrogés dans le monde, pressés de questions, partant d'imaginations avides de nouveautés plus ou moins merveilleuses, ne laissons point traiter comme sujets d'expériences banales et à la portée de tous les organisations maladives qui paraîtraient devoir répondre aux essais tentés sur elles.

Nous savons combien souvent le chloroforme a servi à favoriser de mauvais desseins ou à couvrir de coupables faiblesses. Évitons de prêter les mains, par trop de facilités ou de complaisances, à la vulgarisation de procédés plus simples encore à mettre en œuvre, et qui ne laissent après eux aucune trace.

GIRAUD-TEULON.

PATHOLOGIE INTERNE.

REMARQUES SUR LA DIATHÈSE HÉMORRHAGIQUE QUI SE MANIFESTE QUELQUEFOIS DANS LE COURS DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET DANS D'AUTRES AFFECTIONS AIGUES OU CHRONIQUES; lues à la Société de biologie, par le docteur E. LEUDET, professeur titulaire de clinique médicale à l'École de médecine de Rouen, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu, etc.

M. Charcot publiait, il y a quelques années, dans les COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (sér. II, t. IV, p. 126, année 1857), une note sur le purpura hæmorrhagica et la tuberculisation générale aiguë. Rappelant les recherches de Rokitansky et de Waller, notre collègue écrivait : « Quelque rares que puissent être les cas dans lesquels le purpura hæmorrhagica se lie à la phthisie aiguë, nous ne pensons pas cependant qu'on puisse voir dans la coïncidence de ces deux affections l'effet d'une coïncidence fortuite. » Cette note de M. Charcot m'avait paru énoncer des vérités intéressantes et utiles pour la pratique; aussi, ayant consulté mes observations recueillies antérieurement, étais-je convaincu, comme lui, que la tuberculisation peut déterminer une altération profonde du sang qui se traduit par un purpura hæmorrhagica et des hémorrhagies dans divers organes; depuis deux années, de nouveaux faits sont venus confirmer cette opinion, et je crois aujourd'hui, avec M. Charcot et d'autres médecins, que la tuberculisation peut être une cause de purpura.

Mais cette diathèse hémorrhagique appartient-elle à la forme aiguë de la phthisie ou également à la tuberculisation chronique? M. Louis (TRAITÉ DE LA PHTHISIE, p. 517, 2ᵉ édit., 1843) rapporte l'observation d'un malade atteint de phthisie pulmonaire, chez lequel une exacerbation aiguë de la maladie fut accompagnée, peu de temps avant la mort, du développement de taches lenticulaires bleuâtres aux mains et aux pieds. A l'ouverture du cadavre, mon savant maître constata l'existence d'une caverne dans un poumon et de tubercules miliaires dans une grande étendue des deux organes et même dans des viscères étrangers à la cavité thoracique. Ces lésions étaient identiques à celles qu'on observe dans la plupart des phthisies aiguës; en effet, comme Laennec l'avait déjà indiqué et comme je l'ai vérifié également ailleurs (RECHERCHES SUR LA PHTHISIE AIGUE CHEZ L'ADULTE, thèse inaug. Paris, 1851), la tuberculisation miliaire aiguë survient le plus souvent chez des sujets portant, depuis un temps plus ou moins long, des tubercules arrêtés momentanément dans leur développement. Wood (A TREATISE ON PRACTICE OF MEDICINE, v. II, p. 285. Philadelphie, 2ᵉ éd., 1849) admet une influence plus générale encore des tubercules sur la production de la diathèse hémorrhagique, puisqu'il écrit que l'hémoptysie dans la phthisie dépend souvent de l'altération générale du système qui précède la tuberculisation, plutôt que de l'état local. MM. Rilliet et Barthez ne sont pas moins affirmatifs relativement à l'influence de causalité de cet accident chez les enfants phthisiques; ils écrivent, en effet (TRAITÉ DES MAL. DES ENFANTS, v. II, p. 317, 2ᵉ édit., 1853) : « Le purpura simplex secondaire complique quelquefois des affections aiguës; dans la majorité des cas, il se développe, dans le cours des

de la peau du dos du pied, depuis les orteils jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, et s'étendant en travers jusqu'aux malléoles. Dans le pansement de cette maladie, l'émulsion de coal-tar saponiné était appliquée directement sur la plaie. La désinfection a été complète et prompte, et M. le docteur Darricau pense que l'escarre est tombée plus vite, et que les bourgeons charnus se sont produits plus promptement qu'on ne le voit d'ordinaire en pareil cas. Le travail de cicatrisation a été rapide, et tout porte à croire que la substance employée y a beaucoup contribué.

Ces épreuves si satisfaisantes ont été renouvelées à l'hôpital Saint-Léon de Bayonne, par M. le docteur Petit, chirurgien adjoint de cet établissement, et l'on doit à cet honorable confrère un assez grand nombre d'observations parmi lesquelles nous citerons les suivantes :

1° Un jeune homme de 19 ans, vitrier, avait un abcès profond dans la fesse gauche, circonscrivant l'articulation coxo-fémorale et s'étendant jusqu'à la région hypocondriaque. Un trocart plongé dans ce vaste abcès donna issue à une grande quantité de pus. Des ponctions successives furent faites, et l'on peut évaluer à deux litres le liquide obtenu par elles. On fit des injections iodées dans cet énorme foyer, et la suppuration étant devenue extrêmement fétide, on en prit une certaine quantité, à laquelle on méla deux cuillerées d'émulsion de coal-tar saponiné. L'odeur alliacée disparut aussitôt et complètement.

2° Un laboureur, affecté d'abcès scrofuleux à l'articulation fémoro-tibiale, fut pris d'érysipèle, lequel s'étendant rapidement à la moitié inférieure du corps, détermina de larges escarres gangréneuses sur le dos du pied et au niveau de la malléole externe gauche. La perte de substance dépassait 8 centimètres. Ces plaies et celles du genou qui répandaient une odeur des plus fâcheuses furent pansées avec la préparation de M. Le Beuf, et l'on vit bientôt disparaître ces graves inconvénients. On a remarqué la rapidité avec laquelle se sont produits les bourgeons charnus et le travail de cicatrisation.

3° Un ancien ouvrier de la marine, âgé de 63 ans, portait depuis une vingtaine d'années un ulcère calleux sur presque toute la face antérieure de la jambe gauche. La suppuration fournie par cette large surface est abondante et répand une odeur analogue à celle du poisson pourri. Des lotions de coal-tar saponiné l'ont fait disparaître instantanément. On a traité de la même manière les plumasseaux de charpie imprégnés de pus, les compresses servant au pansement, et ces objets ont été désinfectés aussi rapidement, à la grande satisfaction du malade et de ses voisins.

4° Un manœuvre est entré à l'hôpital pour une fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur, avec issue des fragments au travers de la peau. Un phlegmon érysipélateux est venu compliquer cette blessure grave, une suppuration énorme en a été le résultat, et l'odeur qui s'en exhalait était des plus repoussantes. Des lotions avec l'émulsion de coal-tar saponiné, des injections de ce même liquide dans la profondeur des clapiers purulents ont fait disparaître cette fétidité, et l'on a vu le travail de réparation s'effectuer graduellement.

Des résultats analogues produits par les mêmes moyens ont été obtenus

maladies chroniques, des entérites, des *affections tuberculeuses*, ou chez des sujets profondément débilités. » Et ailleurs (*Ibid.*, p. 294)..... « Les maladies dans lesquelles nous avons rencontré le plus souvent l'apoplexie pulmonaire sont les *tubercules pulmonaires ou bronchiques*, les varioles hémorrhagiques, la scarlatine, la néphrite, la pneumonie, etc. » A côté de ces opinions catégoriques, émises dogmatiquement par deux auteurs dont nous connaissons tous l'exactitude en matière d'observation et d'analyse médicales, je citerai des faits où cette diathèse hémorrhagique se manifesta dans le cours d'une tuberculisation pulmonaire. M. Rayer (TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, v. III, p. 539, 2e édit., 1835) a fait connaître un fait qu'il résume ainsi : Tubercules pulmonaires, pneumonie et péritonite chroniques; purpura caractérisé par des épistaxis, par des hémorrhagies sous-cutanées, sous-muqueuses, sous-pleurales, etc. ; mort. Chez un malade dont l'histoire est rapportée par M. Andral (CLINIQUE MÉDICALE, v. IV, p. 150, 4e édit., 1840), une tuberculisation pulmonaire arrivée à sa dernière période se compliqua d'un épanchement sanguin dans le poumon, sans hémoptysie, et d'une hémorrhagie intestinale dont l'existence fut constatée à l'autopsie.

Cette courte revue bibliographique, que je n'ai pu rendre complète, suffit pour prouver que cette disposition hémorrhagique, dans la phthisie pulmonaire, n'avait pas échappé à nos prédécesseurs ; cependant elle mérite d'être élucidée. On sait, et je m'en suis convaincu par de nombreuses recherches, que le souffle anémique est rare dans la phthisie, même à sa période cachectique, quand il n'y a pas eu préalablement de pertes de sang abondantes. Cela contredit-il la prédisposition que nous cherchons à attribuer à la phthisie ? Nullement. Depuis quelques années, les recherches d'hématologie se sont singulièrement multipliées, et l'on a prouvé que, dans la cachexie, il y avait place, à côté de l'aglobulie, à d'autres altérations proportionnelles des éléments du sang : la leucémie, la mélanémie, etc. N'y aurait il pas, chez les phthisiques, quelque modification du liquide sanguin analogue ou comparable à la leucémie ou la mélanémie? Nous pouvons affirmer que le sang ne présente pas cet aspect ; mais l'étude clinique fait prévoir qu'il existe quelque altération encore inconnue.

Sans pouvoir déterminer en quoi consiste cette altération, nous remontons facilement à sa cause et nous trouvons, comme dans la plupart des recherches modernes qu'une altération d'un solide a précédé l'altération du sang. C'est, du reste, ce qui a déjà fait diminuer considérablement le nombre des cas de purpura dits idiopathiques.

Ainsi donc, admettre une diathèse hémorrhagique comme consécutive à la tuberculisation, c'est chercher à étendre les notions générales que l'observation clinique nous a enseignées dans les temps modernes sur l'étiologie des altérations du sang.

Cette relation une fois admise, et je crois pouvoir venir à l'appui des opinions déjà citées par de nouveaux faits cliniques, j'aurai à étudier dans quelles conditions de la tuberculisation cette diathèse se manifeste, si c'est la forme aiguë qui y prédispose exclusivement ou plus spécialement; en outre, je chercherai à établir quelle influence cette diathèse, une fois produite, exerce sur la marche de la lésion primitive, de la tuberculisation.

Je vais essayer d'abord de décrire, par des observations, cette diathèse hémorrhagique, me réservant ensuite de la comparer avec les hémorrhagies diathésiques qui se produisent dans d'autres maladies chroniques.

PLEURÉSIE TUBERCULEUSE; TUBERCULISATION PULMONAIRE, AVEC AMAIGRISSEMENT ; AMÉLIORATION ET RÉAPPARITION DE L'EMBONPOINT PENDANT SIX MOIS ; RECRUDESCENCE DE LA PHTHISIE A FORME AIGUE ; HÉMORRHAGIES SOUS-CUTANÉES, SOUS-MUQUEUSES LINGUALE, INTESTINALE, NASALE ; MORT.

OBS. 1. — Hamelin (Caroline-Anne), âgée de 20 ans, ouvrière en parapluies, entre quatre fois, en 1855 et 1859, dans ma division, à l'Hôtel-Dieu. D'une faible santé habituelle, elle a été atteinte, à l'âge de 10 ans, d'une affection thoracique aiguë, et à 13 d'une scarlatine ; la menstruation s'établit à 16 ans, mais fut toujours irrégulière ; leucorrhée habituelle, angines fréquentes. A l'âge de 18 ans, pendant une suppression des règles, qui dura vingt mois, hémoptysie de sang rutilant peu abondant. A 20 ans, amaigrissement, plusieurs amygdalites terminées par abcès, pour lesquelles elle entra en janvier, juillet et août, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans ma division.

A la fin de juillet, Hamelin commença à tousser et présenta quelques râles sibilants dans la poitrine, en même temps une pleurésie dans la moitié inférieure postérieure gauche; pleurésie sèche et accompagnée de frottement pendant plusieurs jours, puis avec épanchement très-peu abondant. Sortie.

Le 13 août, Hamelin fut reprise, après une course assez longue, d'une recrudescence de la douleur dans le côté gauche du thorax ; la dyspnée avait alors augmenté, ainsi que l'amaigrissement ; matité plus marquée dans la moitié inférieure postérieure gauche du thorax, souffle profond et égophonie dans ce point; en outre, je constatai une diminution légère de son aux deux sommets en avant et en arrière, une expiration rude, bronchique, avec une respiration rude sous la clavicule gauche, avec râles sifflants et sonores secs. L'épanchement pleurétique, traité par les vésicatoires, la teinture d'iode à l'extérieur, les diurétiques : digitale, etc., diminua graduellement; au commencement de septembre 1858, on entendait du frottement pleurétique manifeste et perceptible à la main à toute la base du côté gauche du thorax. Affaiblissement, pâleur et amaigrissement, souffle anémique très-fort dans les vaisseaux du col. (Huile de foie de morue, etc.)

Hamelin quitte l'Hôtel-Dieu le 14 septembre 1858. Je la revis un mois plus tard ; elle avait repris de l'embonpoint, ne toussait plus et travaillait ; cependant elle souffrait toujours du côté gauche du thorax.

Hamelin rentre à l'hôpital le 17 mars 1859. Depuis sa sortie, elle avait été atteinte d'un nouvel abcès d'une des amygdales ; la toux avait considérablement augmenté depuis le commencement du mois ; expectoration purulente abondante ; même matité dans la moitié inférieure postérieure gauche ; matité aux deux sommets en avant et en arrière, avec affaiblissement de la respiration, surtout à gauche ; l'expiration est presque bronchique à gauche ; râles sibilants et sous-crépitants nombreux des deux côtés de la poitrine en avant comme en arrière ; quelques-uns sont sous-crépitants fins, le plus grand nombre ronflants.

Le 13 avril 1859, hémoptysie d'environ un demi-verre de sang clair, spumeux, se renouvelant plusieurs fois pendant trois jours. (Infusion de grande consoude ; s. g. avec extrait de ratanhia, 4 grammes ; deux paquets de seigle ergoté de chacun 1 gramme ; 0,10 d'extrait d'opium.)

Le 14, plusieurs petites taches ecchymotiques apparaissent sous la peau, au col et sur la face externe des membres ; ces taches ne dépassent pas le diamètre d'une pièce de 20 centimes.

Dans la matinée du 16, l'hémoptysie cesse, mais il survient dix selles sanguinolentes, rougeâtres, sans caillots, affaiblissement extrême de la malade. (S. g. avec acétate de morphine, 0gr,03 ; 2 granules de digitaline; glace à l'intérieur ; vin de Malaga ; un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum et 4 grammes d'extrait de ratanhia.)

---

dans les mêmes salles, sur divers malades affectés de blessures importantes.

5° Vaste plaie résultant de l'arrachement du mollet.

6° Large ulcération de la peau par suite d'une trop forte compression d'un bandage appliqué pour une fracture du péroné. La suppuration abondante répandait l'odeur des vidanges.

M. le docteur Petit, auquel nous devons ces notes, a remarqué, ainsi que tous les employés de l'hôpital Saint-Léon, que les salles de chirurgie de cet établissement n'offrent plus cette odeur particulière si désagréable dont se plaignent tous ceux qui visitent les hôpitaux. Le changement d'atmosphère est manifeste depuis que les grands pansements sont faits à l'aide de l'émulsion de coal-tar saponiné, et cette épreuve n'est pas une des moins probantes en faveur des services que peut rendre la préparation de M. Le Beuf.

Nous terminerons ce petit travail par une observation empruntée à la pratique civile de M. le docteur Petit. Un jeune homme de 20 ans, teinturier, est tourmenté depuis son enfance par une infirmité des plus désagréables. Les deux pieds offrent à la face plantaire, dans une étendue de 7 cent. en largeur, une surface où la peau, mince et presque transparente, est incessamment recouverte de gouttelettes de sueur qui inondent les bas, les imbibent et répandent l'odeur caractéristique de la sueur des pieds. La même altération de la peau existe entre les orteils ; toutes les surfaces correspondantes sont blanches, l'épiderme aminci et comme macéré, suinte continuellement, et rien jusqu'ici n'a pu diminuer la sécrétion de ces parties malades ni détruire l'odeur infecte qui s'en échappe.

On a lavé tous les jours les parties malades avec l'émulsion saponinée; on a mis les pieds dans un bain du même liquide préparé comme on l'a indiqué précédemment, c'est-à-dire trois cuillerées d'alcoolat de coal-tar dans 500 grammes d'eau ; on a humecté les bas de cette solution, et dès lors il n'y a plus eu d'odeur fâcheuse. Reste à savoir si la peau, altérée dans sa texture et dans sa sécrétion, sera modifiée par l'emploi de cette substance. Toujours est-il que l'on a pu, grâce à elle, faire disparaître un grand inconvénient, l'un de ceux qui contribuent le plus à rendre malheureux ceux qui en sont affectés.

On a dit tout récemment, et c'est à un célèbre dermatologiste allemand que l'on doit cette assertion, on a dit que la sueur infecte des pieds n'était autre chose qu'un défaut de propreté, et que jamais la sueur de cette partie de la peau ne prenait un caractère fétide que quand l'absence de lotions suffisantes, le non-renouvellement des bas et des chaussures occasionnaient l'imprégnation de ces objets, et alors les liquides exhalés s'altéraient et développaient cette puanteur dont on se plaint. Nous pensons qu'il n'est pas exact de dire que la sueur soit inodore, la propreté la plus excessive n'empêchera pas que chaque partie du corps ne donne une odeur *sui generis*, et il suffit d'une légère altération de la peau, eczéma ou autre chose, pour donner lieu à une transpiration plus abondante et viciée dans sa nature intime. Il n'y a pas de lotions quotidiennes capables d'effacer l'odeur hircine de certaines personnes : l'odeur rance de la tête des jeunes filles qui deviennent pubères, le linge le plus propre, le plus fréquemment renouvelé de bien des gens conserve des *fumées* spécifiques, et tous les hommes ayant le nez

L'hémorrhagie intestinale cesse le même jour; mais le purpura cutané augmente.

Le 17, l'hémoptysie se reproduit, mais non abondante; mêmes ecchymoses sous la muqueuse buccale.

Le 18, à quatre heures et demie, épistaxis qui se répète pendant presque toute la journée et nécessite le tamponnement de la fosse nasale gauche en avant. L'urine présente une couleur assez foncée, et donne, par la chaleur et l'acide nitrique, un léger précipité d'albumine, ce qui n'existait pas au commencement de la maladie. (Pilules de cachon, d'extrait de ratanhia et d'alun.)

Le 19, les hémorrhagies ne reparaissent pas.

Au commencement de mai, affaiblissement marqué, douleurs dans le thorax, souffle aux deux sommets avec bronchophonie; râles sonores dans le thorax, ayant pris aux deux sommets un timbre presque caverneux; mêmes symptômes à la base gauche; l'adynamie et l'amaigrissement augmentent, mais il ne se manifeste aucune nouvelle hémorrhagie.

Le 23 mai, Hamelin, presque mourante, quitte l'Hôtel-Dieu sur sa demande.

Elle succombe en ville le 26 mai 1859.

Je n'ai malheureusement pas pu pratiquer l'autopsie; cependant les symptômes généraux et locaux sont assez marqués pour permettre d'affirmer que la tuberculisation pulmonaire a été la cause initiale de tous ces accidents. La diathèse hémorrhagique s'est manifestée au moment de la recrudescence aiguë de la phthisie et s'est traduite par des hémorrhagies pulmonaires, nasales, cutanées, intestinales. Ces hémorrhagies ont laissé la malade dans un état de faiblesse telle que le rétablissement n'a pu s'effectuer et qu'elle a succombé au bout de quelques jours.

Cette observation est la plus intéressante que je possède; les autres ne présentent pas une diathèse aussi grave; cependant je crois devoir en donner ici une brève analyse.

PHTHISIE PULMONAIRE A MARCHE RAPIDE; HÉMORRHAGIE INTESTINALE ULTIME; MORT; TUBERCULES JAUNATRES RAMOLLIS AUX SOMMETS; TUBERCULES MILIAIRES NOMBREUX; PÉRITONITE TUBERCULEUSE; ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

Obs. II. — Michel Grivoux, âgé de 56 ans, fileur, entre le 31 janvier 1855 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle I, n° 13, dans ma division. Habituellement d'une bonne santé, il n'a jamais fait de maladies graves et n'était pas sujet aux rhumes. Le début appréciable de la maladie ne remonterait qu'à cinq semaines. Depuis cette époque, toux continue, expectoration purulente diffluente assez abondante, pas de sueurs nocturnes, ni d'hémoptysie; travail suspendu depuis le début de la maladie. A l'entrée, je trouve Grivoux dans l'état suivant: face pâle, affaiblissement, maigreur marquée; matité aux deux sommets en avant et en arrière, dans le tiers supérieur; respiration broncho-amphorique au sommet droit en arrière, bronchique et moins marquée au sommet gauche; quelques râles sous-crépitants épars, absence de diarrhée; appétit. (Lichen, huile de foie de morue, deux portions, deux vins.)

Pendant le commencement de février 1855, Grivoux demeure dans le même état.

Le 18 février, après avoir éprouvé quelques coliques, il rend une selle sanguinolente de sang rutilant qu'on peut évaluer à un tiers de litre.

A la visite du matin, coma, face pâle, yeux à demi clos, quelques soubresauts de tendons.

Mort le 18 février à dix heures et demie du matin.

Le poumon gauche présentait des tubercules en masse jaunâtre, commençant à se ramollir au centre, entourés d'un tissu pulmonaire grisâtre ferme; les deux lobes inférieurs sont criblés de tubercules miliaires demi-transparents, situés au milieu d'un tissu pulmonaire engoué; les mêmes lésions, mais à un degré moindre, existent dans le poumon gauche. Péritonite tuberculeuse sèche; tubercules miliaires en grand nombre sur le péritoine viscéral et pariétal. L'estomac qui renfermait un peu de liquide vineux, offrait près du grand cul-de-sac et le long de la grande courbure un ulcère superficiel parfaitement circonscrit de la muqueuse, sans rougeur ou induration des bords; ramollissement du reste de cette membrane. Du sang, d'un rouge noirâtre, était contenu dans l'intestin grêle, dans une longueur d'un mètre au-dessus de la valvule iléo-cæcale; quelques suffusions hémorrhagiques au-dessous de la muqueuse, sans trace d'ulcération ni de tubercules. Les autres organes étaient sains.

Cette observation présente avec la précédente quelques points d'analogie; dans ce dernier cas encore, la phthisie a suivi dans sa dernière période une marche aiguë, qui n'offrait pas d'abord un danger immédiat, quand est survenue l'hémorrhagie intestinale, cause immédiate de la mort. Le fait que l'hémorrhagie a eu lieu exclusivement par la voie du tube digestif est encore assez rare, cette variété d'hémorrhagie ne se manifestant le plus souvent que chez les malades qui ont présenté déjà des hémorrhagies par d'autres surfaces muqueuses, celle des bronches ou la pituitaire. Le fait que je viens de relater vient aussi à l'appui de l'opinion que j'ai citée plus haut, émise par quelques auteurs, que la diathèse hémorrhagique est presque propre à la forme aiguë de la tuberculisation. On verra par quelques-unes des observations suivantes que cette opinion est trop exclusive.

PHTHISIE PULMONAIRE A MARCHE CHRONIQUE; RECRUDESCENCE DEPUIS UN MOIS; HÉMOPTYSIE ULTIME; MORT; CAVERNES; TUBERCULES MILIAIRES EN PETIT NOMBRE; HÉMORRHAGIE DANS L'ÉPAISSEUR D'UN DES MUSCLES GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN.

Obs. III. — Antoine Pagis, âgé de 26 ans, cordonnier, entre le 16 octobre 1856 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle I, n° 1, dans ma division. D'une bonne santé habituelle, Pagis ne se rappelle pas avoir fait de maladies graves jusqu'il y a deux ans; à cette époque, il fut atteint de toux avec amaigrissement, et resta plusieurs semaines dans une des salles de l'Hôtel-Dieu; il se remit parfaitement de cette maladie, recouvra son embonpoint et put reprendre ses travaux habituels sans éprouver aucun malaise. Il y a un mois environ, hémoptysie de deux cuillerées à bouche de sang rutilant; depuis cette époque, malaise, sueurs, douleurs entre les épaules, amaigrissement. Au moment de l'entrée, je constate une matité dans tout le tiers supérieur droit du thorax en avant et en arrière, un peu moins étendue au sommet gauche; respiration broncho-amphorique dans ces deux points, avec bronchophonie; râles sous-crépitants épars dans tout le reste de la hauteur du poumon droit; pouls à 92; chaleur de la peau; quelques selles diarrhéiques; amaigrissement, faiblesse, pas d'hémorrhagie. La fièvre continue pendant tout le mois d'octobre. Au commencement de novembre, le gargouillement était plus marqué dans la partie supérieure du poumon droit; des râles sous-crépitants s'étaient produits au sommet du gauche, mais ne se rencontraient pas à la base.

Du 10 au 12 novembre, quatre hémoptysies d'un verre environ de sang rutilant; météorisme abdominal, même diarrhée. Affaiblissement progressif.

Mort le 20 novembre.

A l'autopsie, je trouve sous le muscle grand droit de l'abdomen, du côté

---

fin reconnaissent aussitôt certaines personnes au parfum naturel de leur peau.

Tout cela veut dire que nous conseillons très-fort l'emploi de l'alcoolat de coal-tar saponiné de M. Le Beuf à tous ceux qui ont le malheur de sentir mauvais n'importe comment. C'est une grande politesse pour son prochain; mais en dehors de ce superflu, pourtant si nécessaire, les pauvres malades, si à plaindre en pareil cas, en retireront un notable bénéfice; les malheureuses femmes en proie à un cancer infectant verront se dissiper cette atmosphère nauséabonde qui est pour elle un supplice pire que les douleurs dont elles sont torturées. Il y a de quoi faire bénir le nom de M. Le Beuf, et je me féliciterai d'y avoir contribué pour quelque chose.

P. Menière.

— Par décret du 8 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Officier, M. Prudhomme, médecin-major de première classe.

Chevaliers, MM. Ferraton, Pauly, Dieuzaide et Morazzani, médecins-majors de première classe; Miramont, Braïuque et Bollot, médecins-majors de deuxième classe.

— Dans sa séance d'élection du 6 décembre, l'Académie des sciences et belles-lettres de Lyon a procédé au renouvellement bisannuel de son bureau. Notre collaborateur, M. le docteur Pétrequin, a été nommé président de la classe des sciences pour les années 1860 et 1861.

M. le docteur Devay a été élu membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie;

M. le docteur Faivre dans la section des sciences naturelles.

M. le docteur Jaumes (de Montpellier), membre correspondant de la classe des sciences.

— Dans sa séance du 16 de ce mois, le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine a procédé au renouvellement des membres de son bureau.

Ont été élus pour 1860: président, M. le docteur Vernois; secrétaire, M. Trébuchet.

— M. le docteur André Bodean, doyen des médecins du département des Deux-Sèvres, vient de mourir à Niort, à l'âge de 76 ans.

— Une autre mort, que ressentira plus spécialement la presse médicale, est celle qui vient de frapper un des collaborateurs du Moniteur des sciences, M. L. Boux, dont on connaît surtout les productions médico-littéraires, plus particulièrement dans le genre de la Fable, qu'il appliquait ingénieusement aux choses de notre profession.

— Le docteur Labric, médecin de l'hospice des Ménages, vient d'être enlevé à la science et à ses amis. Le service funèbre a eu lieu le 12 décembre, dans la chapelle de l'hospice, et le corps a été inhumé au cimetière Montparnasse, où M. Vigla lui a adressé les adieux de la Société des hôpitaux.

droit et dans son épaisseur, du sang rougeâtre non coagulé qui soulève le péritoine; aucune apparence de déchirure vasculaire. Poumon droit intimement adhérent à la plèvre, présentant au sommet plusieurs cavernes tuberculeuses, à parois lisses et épaisses. Induration grisâtre de tout le lobe supérieur; dilatations bronchiques dans les lobes supérieurs et moyen; tubercules miliaires dont quelques-uns jaunâtres au centre, d'autres gris demi-transparents dans le lobe inférieur qui est engoué sans friabilité. Poumon gauche très-adhérent; cavernes tuberculeuses à son sommet; plus bas plusieurs points d'infiltration tuberculeuse jaunâtre. Le lobe inférieur du poumon est sain. Plaque récente et molle de péricardite à la surface antérieure du ventricule droit du cœur, sans épanchement. Cœur sain. Les autres organes sont dans l'état normal; la fin de l'intestin grêle présentait plusieurs follicules saillants et de petits tubercules en masses jaunâtres au-dessous de la muqueuse, au niveau des plaques de Peyer.

Ce dernier fait présente quelques analogies avec les précédents; la phthisie a encore offert deux périodes: une première manifestation, puis au bout de deux années une recrudescence fébrile; la diathèse hémorrhagique ne se traduit ici que par deux localisations: l'une, la plus fréquente, est l'hémoptysie; l'autre, relativement beaucoup plus rare, est celle que l'autopsie a fait constater dans l'épaisseur des muscles grands droits de l'abdomen. En revenant plus loin sur ces diverses manifestations de la diathèse hémorrhagique dans la phthisie, je montrerai que je n'ai guère rencontré ces hémorrhagies musculaires que dans deux maladies, la tuberculisation et la fièvre typhoïde à forme hémorrhagique.

PHTHISIE PULMONAIRE CHRONIQUE; DIARRHÉE; ECCHYMOSES SOUS-CUTANÉES; DÉLIRE ULTIME; MORT.

Obs. IV. — Guichaux (Paul-Edouard), âgé de 20 ans, entre le 28 mai 1858 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle 9, n° 14, dans ma division. D'une faible santé jusqu'à l'âge de 9 ans, Guichaux ne se rappelle pas avoir fait de maladies graves; il s'était bien porté toute l'année 1857 et n'avait pas discontinué son travail; en août de cette année, hémoptysie de sang rutilant peu abondante, sans aucun état de maladie et ne se reproduisant pas depuis. Guichaux fait dater sa maladie du mois de janvier 1858; depuis lors toux fréquente, amaigrissement, fièvre surtout le soir, diarrhée fréquente. Depuis le mois de mai, souffrance continue, impossibilité de travailler, fièvre, peu d'appétit. A l'entrée, je trouve Guichaux maigre, affaibli; affaissement du thorax sous les deux clavicules, bruit de pot fêlé à droite, matité absolue à gauche; gargouillement et souffle broncho-amphorique aux deux sommets; pectoriloquie; râles sous-crépitants assez forts, épars dans les deux poumons jusqu'aux deux bases; diarrhée avec quelques coliques. (Gomme sucrée, julep gom. avec 15 gouttes de teinture d'aconit; une portion.)

Les jours suivants, le malaise persiste, mais Guichaux se lève un peu et descend dans la cour; la diarrhée cesse momentanément et reparait ensuite.

Le 31 juillet, Guichaux présente un peu d'œdème aux membres inférieurs; pas d'albumine dans l'urine.

Au commencement d'août, on constate quelques ecchymoses peu larges sur les jambes œdématiées, aucune autre hémorrhagie.

Le 6 et le 7 août, coma, délire par moments.

Mort le 7 août, à six heures du soir.

Autopsie. — Adhérences du poumon droit dans toute son étendue; vastes cavernes au sommet situées au milieu d'un tissu induré; tubercules miliaires grisâtres et jaunâtres dans toute l'étendue de l'organe, au milieu d'un tissu engoué.

Poumon gauche adhérent seulement au sommet; tubercules ramollis au sommet, au milieu d'un tissu induré; tubercules miliaires grisâtres et jaunes dans tout le reste du poumon, un peu moins nombreux en avant qu'en arrière.

Ulcérations tuberculeuses de la fin de l'intestin grêle; quelques-unes de ces ulcérations atteignent jusqu'à la tunique musculaire; elles s'étendent jusque dans l'appendice iléo-cæcal.

Les autres organes sont sains.

La marche de la tuberculisation pulmonaire a été relativement moins rapide dans ce fait que dans les précédents; cependant la durée totale de la maladie fut encore moindre que dans la plupart des cas chroniques. Ce fait est encore curieux par l'appareil fébrile qui accompagna la période ultime de la maladie et l'abondance du produit tuberculeux dans les poumons; il en est de même du délire ultime qui, lui aussi, comme je pourrais le démontrer par mon expérience clinique, d'accord avec les résultats de mon savant maître M. Louis, se montre surtout quand il existe un appareil fébrile marqué et prolongé. Ces circonstances démontrent donc que, dans ce cas, la marche de la maladie a été plus aiguë que d'ordinaire; aussi, dans cette dernière observation, les pétéchies sous-cutanées se sont-elles rencontrées dans des circonstances à peu près identiques. Chez ce malade, la diathèse hémorrhagique ne s'est manifestée que vers un seul organe, l'enveloppe cutanée externe.

PHTHISIE PULMONAIRE A MARCHE CHRONIQUE; HÉMOPTYSIES RÉPÉTÉES ET DE LONGUE DURÉE; HÉMORRHAGIE INTESTINALE ULTIME; MORT; HÉMORRHAGIE DERRIÈRE UN DES MUSCLES GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN.

Obs. V. — Perchel (Charles), âgé de 57 ans, serrurier, entre le 11 juillet 1855 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle 1, n° 3, dans ma division. Perchel a été atteint, il y a quinze ans, d'une affection thoracique avec douleurs du côté droit de la poitrine qui dura sept mois; pendant son cours, il eut plusieurs hémoptysies de sang rutilant. Il fut traité alors par trois ou quatre émissions sanguines générales; il se rétablit de cette maladie et recouvra l'embonpoint qu'il avait perdu. Depuis un an, affaiblissement graduel devenant assez prononcé pour rendre la marche difficile, toux, oppression habituelle; huit jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, nouvelles hémoptysies de sang rutilant, abondantes et continuant encore au moment de l'admission dans mes salles. A cette époque, le malade était amaigri; dépression de la paroi antérieure de la poitrine sous les deux clavicules, principalement à droite; matité aux deux sommets, avec respiration bronchique et râles sous-crépitants; mêmes râles épars dans le reste du poumon. L'hémoptysie qui durait encore à l'entrée ne consistait qu'en un petit nombre de crachats rutilants spumeux, qui ne cessent qu'au bout de six jours, malgré l'administration du tannin, de la limonade sulfurique et de l'extrait de ratanbia; puis il survient de la diarrhée, quatre à six selles sans coliques; simultanément le malade accuse de la douleur de tête, quelques bourdonnements d'oreilles, des sueurs abondantes nocturnes, accidents qui coïncident avec un état fébrile permanent.

Au bout d'un mois de séjour, les crachats sanguinolents reparaissent, mais le sang y est peu abondant.

Perchel quitte l'Hôtel-Dieu, mais y rentre de nouveau au bout de vingt-six jours atteint d'une hémoptysie qui disparait au bout de quatre jours, sous l'influence de la limonade sulfurique et du seigle ergoté administré à l'intérieur. La faiblesse du malade étant alors très-grande, j'administre 0,30 de limaille de fer pendant un mois.

Pendant ce traitement, l'adynamie semble diminuer, mais les râles sous-crépitants et la matité augmentent aux deux sommets des poumons; de la diarrhée reparait à la fin de novembre 1855, et ne cède que vers le 20 décembre; simultanément les forces diminuent chaque jour.

Le 16 janvier 1856, Perchel rend involontairement plusieurs selles mêlées de sang rutilant; ces selles sanguinolentes se répètent le lendemain; coma.

Mort le 18 janvier 1856.

Autopsie. — On trouve derrière les muscles grands droits de l'abdomen et soulevant le péritoine pariétal sans le rompre, un épanchement de sang noir liquide; le muscle lui-même n'est pas altéré.

Aux sommets des deux poumons tubercules très-nombreux, jaunes, ramollis, sans trace de cavernes; poumon non engoué, mais un peu induré; tubercules miliaires épars dans le poumon droit jusqu'à la base.

Les autres organes sont sains.

Ces observations que je viens de transcrire sont les plus remarquables que j'aie recueillies à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Pour donner une idée complète de ces localisations hémorrhagiques dans la phthisie pulmonaire, j'aurais à transcrire plusieurs autres cas d'apoplexies capillaires sans tubercules concomitants dans le cerveau, accident rare également, mais que j'oserai presque considérer comme une autre manifestation de la même diathèse hémorrhagique, plutôt qu'un accident fortuit sans relation aucune avec la maladie principale.

En réunissant ces observations, je compte, sur 244 cas de phthisie pulmonaire sur lesquels je possède des notes suffisamment détaillées: 9 cas d'hémorrhagies se manifestant par une autre organe que par le poumon; tous se sont terminés par la mort. Ce résultat, qui est du reste également celui de la plupart des auteurs, prouve que les hémorrhagies que je nomme diathésiques par opposition aux hémorrhagies localisées dans le poumon, siége du dépôt tuberculeux, sont d'une extrême gravité. Je pourrais peut-être ranger dans la catégorie des hémorrhagies diathésiques quelques hémoptysies survenant au début de la tuberculisation pulmonaire, car ces hémorrhagies ne peuvent être, dans ce cas, attribuées à une cause locale, à l'action des tubercules sur les vaisseaux du poumon. En effet, comme le dit M. Louis (Recherches sur la phthisie, p. 451, 2e édit., 1841), l'hémoptysie qui débute avec les tubercules ou les accompagne dans leur cours, ne peut être attribuée à une congestion; à proprement parler, elle tient à une disposition inappréciable dans sa nature, dont les tubercules sont la circonstance la plus importante, la plus nécessaire, la condition pour ainsi dire indispensable. C'est donc pour éviter toute discussion que j'élimine l'hémoptysie, me réservant de revenir plus loin sur la fréquence de ces hémorrhagies au début ou dans le cours de la tuberculisation pulmonaire.

Le siége de l'hémorrhagie diathésique varie: je l'ai notée cinq fois par l'intestin, deux fois dans les muscles de la paroi abdominale, deux fois dans la peau, trois fois dans le cerveau, une fois par le nez, une fois par les urines. Le plus souvent l'hémorrhagie siégeait simul-

tanément dans plusieurs organes; ainsi je l'ai observée en même temps par le nez, l'intestin et dans la peau; une autre fois par le tube digestif et dans les muscles. On ne saurait s'étonner, dans cet exposé de la fréquence des hémorrhagies suivant les organes, de voir figurer en tête de la liste les hémorrhagies intestinales, eu égard aux ulcérations nombreuses et profondes que la phthisie détermine dans l'intestin grêle. Cependant si la fréquence de l'hémorrhagie intestinale est incontestable, il n'en est pas de même de la vérité de l'explication qui se présente d'abord à l'esprit. En effet, ces hémorrhagies existent le plus souvent sans ulcérations simples ou tuberculeuses visibles à l'œil nu. D'où il faut manifestement conclure que la cause de l'hémorrhagie n'est pas l'érosion d'un certain nombre de vaisseaux au fond d'un ulcère de la muqueuse; mais cette disposition, attribuée peut-être gratuitement par les humoristes aux altérations qualitatives du sang, qu'ils font avec une certitude si grande suinter à travers les membranes. Je n'ai pas besoin de dire qu'avec tous les auteurs modernes, je regarde cette théorie de l'exhalation, de la transsudation du sang comme un non-sens.

L'hémoptysie abondante répétée pourrait être regardée comme une cause de ces hémorrhagies généralisées; cette supposition est encore gratuite. Il est vrai que chez certains malades, les selles sanguinolentes, les épistaxis surviennent à la suite d'hémoptysies répétées; mais il n'en est pas toujours ainsi, car, sur mes neuf malades, deux n'avaient eu aucune hémoptysie ni au début ni dans le cours de la phthisie; par contre, trois malades présentèrent de nombreux crachements de sang à la fin, deux un grand nombre au commencement et à la fin de la maladie.

La forme et la marche de la tuberculisation pulmonaire semble exercer une influence plus grande sur la prédisposition aux hémorrhagies. Déjà M. Waller dans un excellent mémoire auquel j'ai fait de nombreux emprunts dans ma *Dissertation inaugurale* (RECHERCHES SUR LA PHTHISIE AIGUE CHEZ L'ADULTE, Paris, 1851), avait indiqué cette relation de causalité. M. Charcot (*loc. cit.*) émet dubitativement la même opinion; je peux venir déposer en faveur de cette manière de voir: sur les 9 cas que j'ai observés, sept fois la tuberculisation était aiguë, sinon dans tout son cours, au moins dans sa dernière période. Après une première manifestation d'accidents lents et latents, mais assez caractérisés pour révéler le début de la maladie, l'état de santé était revenu complet, et ce n'était qu'après un laps de deux, quatre et même quinze ans que se manifestaient de nouveaux accidents aigus. Je n'ai pas hésité à ranger ces cas au nombre des exemples de manifestations aiguës, suivant en cela, comme je l'ai indiqué dans un autre travail (*Thèse inaug.*), l'opinion de Laënnec qui n'admettait guère de phthisies aiguës d'emblée, mais des recrudescences aiguës. Dans les nouvelles observations recueillies depuis neuf ans, rien ne m'a fait abandonner cette opinion, si juste comme presque toutes celles que professait le célèbre inventeur de l'auscultation. Je n'ai trouvé dans aucun cas de lésions exclusivement miliaires; ces petites masses grenues existaient en même temps que d'autres tubercules plus avancés, et même des cavernes. Sans nier, bien entendu, la phthisie miliaire d'emblée, je crois pouvoir dire que, en général, la diathèse hémorrhagique se manifeste surtout dans les recrudescences aiguës d'anciennes phthisies primitivement chroniques. Deux cas font exception, c'est l'observation de deux malades chez lesquels la tuberculisation pulmonaire parcourut les phases ordinaires de la forme chronique sans aucune exacerbation aiguë.

Ce que j'ai dit plus haut de la gravité de la complication, permet de prévoir que l'hémorrhagie diathésique est, en général, ultime, puisqu'elle précipite la terminaison fatale de la maladie. J'ai vu dans six cas la mort survenir un ou peu de jours après l'hémorrhagie.

M. Monneret (DES HÉMORRHAGIES SURVENANT DANS LES MALADIES DU FOIE, ARCHIV. GÉNÉR. DE MÉD., sér. 5, t. III, 1854) attribue à un état congestionnel subinflammatoire du foie, les épistaxis qui surviennent quelquefois chez les tuberculeux, et il cite à cette occasion plusieurs faits empruntés à sa propre pratique. Je n'ai pu constater dans mes observations la relation indiquée par le savant médecin de l'hôpital Necker.

Comme la plupart des auteurs, à l'exception de MM. Waller, Rayer, Charcot, Habershon (OBSERVATIONS ON DISEASES OF THE ALIMENTARY CANAL), ne mentionnent pas ces hémorrhagies multiples dans le cours de la tuberculisation pulmonaire. J'ai voulu savoir si la fréquence relative de ces accidents dans mon expérience personnelle tenait à une fréquence plus grande de la prédisposition hémorrhagique dans la population de la ville de Rouen relativement à Paris. Pour cela, j'ai cherché à déterminer statistiquement si l'hémoptysie chez les tuberculeux était plus fréquente à Rouen qu'à Paris. M. Louis (*loc. cit.*) écrit qu'il a rencontré l'hémoptysie 57 fois sur 87 cas ou dans les deux tiers. Je ne l'ai rencontrée que 144 fois sur 245 cas, ou 81 fois sur 116 cas de mort, et 63 fois sur 128 cas de malades non décédés, proportion inférieure à celle de mon savant maître, et bien plus inférieure à celle de M. Walshe (DISEASES OF THE LUNGS AND HEART, London, 1851), qui dit l'avoir rencontrée à Londres dans 81 cas p. 100. Il ressort donc de cette comparaison que le crachement de sang n'est pas plus fréquent à Rouen qu'à Paris dans le cours de la tuberculisation pulmonaire, au contraire, d'après mon observation personnelle, l'hémoptysie serait plus rare à Rouen.

J'ai constaté, comme M. Louis, qu'il est exceptionnel de constater dans la phthisie des récidives des hémoptysies; ainsi je n'ai observé que 32 fois ces récidives sur 245 cas, ou 20 fois sur 116 cas de mort et 12 fois chez 128 malades non décédés. Je ne pourrais conclure de ces résultats que la répétition de l'hémoptysie imprime à la tuberculisation une marche plus rapide. M. Louis n'a pas observé que les malades qui avaient craché plusieurs fois du sang eussent présenté une terminaison plus prompte que ceux qui n'en avaient expectoré qu'une fois. M. Walshe (*loc. cit.*, p. 382) professe la même opinion. M. Th. Thompson (CLINICAL LECTURES ON PULMONARY CONSUMPTION, p. 38, 1854) est encore plus optimiste relativement aux hémoptysies, car il dit: « L'hémoptysie de quantité médiocrement abondante est plutôt utile que dangereuse, car la maladie marche dans ces cas plus lentement que dans les autres.

(*La fin au prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UN CAS D'HYPERTROPHIE MAMMAIRE GÉNÉRALE AYANT ACQUIS UN VOLUME ET UN POIDS CONSIDÉRABLES; ABLATION DE CETTE TUMEUR; par M. DEMARQUAY. Observation recueillie par M. LONG, interne à la Maison municipale de santé.

L'hypertrophie mammaire générale est une affection beaucoup moins commune que l'hypertrophie partielle de la mamelle. M. Velpeau, dans son traité devenu classique des maladies du sein, dit n'en avoir observé que huit cas et n'avoir pratiqué qu'une seule fois l'extirpation d'une mamelle hypertrophiée. L'année dernière, il y avait à l'hôpital de la Charité une jeune fille portant deux mamelles d'un volume énorme, qui furent enlevées avec succès par M. Manec, dans le service duquel se trouvait la malade.

Cette affection qui, à son début, ne peut pas même être considérée comme une maladie, peut, au bout d'un certain temps, devenir menaçante pour la santé de la personne qui en est atteinte, soit par les troubles de la nutrition qu'elle entraîne à sa suite, soit par la gêne de la respiration que cause cette masse placée au devant du thorax.

C'est à ce moment, lorsque les traitements dits fondants locaux et généraux, la compression qui a réussi quelquefois, n'ont pas pu arrêter le développement croissant de la tumeur, que l'extirpation devient nécessaire. Mais rapportons dans l'observation suivante un nouveau cas d'une hypertrophie mammaire enlevée, il y a peu de temps, à la Maison municipale de santé, par M. Demarquay, dans le service de M. Monod.

OBS. — Madame X..., âgée de 40 ans, entre le 25 novembre dans la Maison municipale de santé. Cette dame, d'une bonne santé habituelle, de taille moyenne, a toujours été bien portante et n'a jamais présenté aucune manifestation d'une diathèse quelconque. Réglée à l'âge de 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement. Elle a eu deux grossesses; la dernière a eu lieu il y a six ans. Elle a nourri chacun de ses enfants pendant un an. Lors de sa dernière grossesse, elle s'aperçut que son sein gauche augmentait de volume. Elle ne sentait aucun point de la mamelle plus dur, plus volumineux; il y avait seulement accroissement général du volume de la glande. Son médecin l'engagea à ne nourrir son enfant que du sein droit. Malgré cette précaution, l'augmentation du sein continua. Elle n'y ressentait aucune douleur. Il y a cinq ans elle consulta M. Velpeau, qui prescrivit un traitement fondant. Tous les mois, elle devait appliquer huit sangsues dans le creux de l'aisselle; elle devait se purger tous les huit jours et faire des frictions sur le sein avec une pommade à l'iodure de potassium. Ce traitement fut suivi pendant trois mois; mais comme la tumeur ne diminuait pas et que la malade éprouvait des troubles digestifs et s'amaigrissait, elle cessa ce traitement. Depuis lors elle a essayé sans succès toute sorte de pommades. Elle n'a pas eu ses règles depuis quatre mois; et c'est depuis cinq mois seulement que la tumeur a augmenté de volume avec une grande rapidité. Elle éprouve de l'inappétence depuis quelque temps, et elle remarque qu'elle maigrit de jour en jour. Le poids de la mamelle s'opposant à la complète dilatation du thorax,

elle respire avec difficulté. Pendant la nuit, elle a une transpiration abondante. Elle entre à la maison de santé pour être débarrassée de cette tumeur incommode dont le développement inquiétant menace sa santé.

La mamelle gauche a le volume d'une grosse tête d'adulte; sa base est largement pédiculée, glissant librement sur la paroi thoracique. La surface de la mamelle est bosselée d'une manière inégale; la peau est violacée, lisse, silonnée par d'énormes veines du calibre du petit doigt à gauche et en haut; la peau sous laquelle rampe une de ses veines et très-amincie et distendue; sa déchirure est imminente. Le mamelon est presque complétement effacé et porté en bas et à gauche; il n'y a plus trace d'aréole. Par la palpation, on sent des veines de consistance très-molle, au milieu desquelles sont des points plus durs, et la partie externe paraissant se prolonger jusque dans l'aisselle présente une grosse masse de consistance plus ferme, rappelant celle des tumeurs fibrenses. C'est cette partie de la tumeur dont le développement est le plus récent au dire de la malade. En embrassant la base de la mamelle avec les deux mains, on les pédiculise facilement, et on voit toutes les veines qui sillonnent sa surface se tuméfier. La circonférence de la base est de 66 centim. Une ligne tirée un peu obliquement de haut en bas et de dedans en dehors du sternum au mamelon mesure 33 centim. La demi-circonférence de la tumeur de haut en bas et dans le sens antéro-postérieur est de 48 centim.



Le 30 décembre, la malade étant chloroformée, M. Demarquay (1) procède à l'ablation de la tumeur. La base est circonscrite par deux incisions courbes; l'incision courbe supérieure est pratiquée en premier lieu. L'écoulement de sang veineux est moins considérable qu'on ne s'y attendait. La tumeur est énucléée sans difficulté aucune. Il s'écoule, après la première incision, de l'intérieur de cette masse par une ouverture placée entre deux lobules de la partie supérieure, une quantité considérable de liquide purulent. Un très-grand nombre d'artères sont liées; mais aucune n'a un calibre développé. Tous les fils des ligatures sont coupés et la plaie réunie par première intention. La suture est pratiquée avec des fils d'argent. Les lèvres de la plaie ne sont pas réunies à l'extrémité externe et inférieur pour permettre l'écoulement du pus.

Examen de la tumeur. — Son poids est de 4 kilogrammes; elle présente la forme d'une demi-sphère aplatie. La peau qui la recouvre est amincie; le pannicule graisseux, si abondant d'ordinaire dans cette région, a complétement disparu. Toute la masse est enveloppée par un mince feuillet fibreux qui s'enlève facilement. Au-dessous, on voit des masses lobulaires de grandeur et de forme différentes; chacune est enveloppée par une membrane fibreuse assez épaisse, de sorte qu'elles sont isolées parfaitement les unes des autres. Le volume de ces lobes est variable; les plus gros ont la dimension d'un rein; il en est d'autres qui ne sont pas plus gros qu'une noix. En les séparant les uns des autres par la dissection, on voit au centre de la tumeur une grande cavité anfractueuse renfermant encore du liquide d'aspect purulent dont la plus grande quantité s'est écoulée pendant l'opération. L'examen micrographique de ce liquide sera rapporté plus loin. On n'a pu retrouver aucune trace des canaux galactophores, la peau a été enlevée très-facilement au point où était la trace du mamelon. La consistance de ces divers lobes n'est pas la même; il en est de très-durs, d'autres de consistance molle.

Ces différentes masses sont ouvertes successivement. L'aspect de la surface de leur coupe varie presque avec chacune d'elles. Dans le plus grand nombre, on voit à la coupe une surface blanchâtre, granuleuse, graissant peu à l'instrument tranchant. En disséquant ces granulations, on voit qu'elles sont parcourues par de petits canaux dont la surface interne est lisse, polie, humectée par un liquide onctueux. Ces granulations forment des culs-de-sac plongeant dans une gangue fibreuse. Dans quelques lobes sont de petits kystes vésiculaires à enveloppe mince, remplis du même liquide filant. Dans deux ou trois lobes l'élément granuleux existe encore, mais en moins grande abondance; il n'y a plus que quelques granulations blanchâtres perdues dans une graisse jaunâtre parcourue par des bandes fibreuses. Les lobes qui ont la consistance fibreuse présentait à la coupe une surface blanche, unie, presque lisse, et il n'y a plus de granulations; leur aspect rappelle tout à fait celui des tumeurs dites fibreuses. Enfin un ou deux lobes assez volumineux sont entourés par une coque fibreuse, épaisse, résistante; le scalpel les divise avec peine, leur surface a une apparence fibroïde; leur consistance est lardacée; mais en raclant la surface, on ne rapporte pas sur la lame du scalpel le suc cancéreux caractéristique.

M. le docteur Dufour a examiné avec soin divers morceaux de la tumeur, et nous a remis la note suivante :

Sur deux morceaux, deux étaient composés en grande partie de graisse, d'un blanc mat constitué par de superbes vésicules adipeuses, et non par des granulations graisseuses comme on en rencontre parfois dans certaines tumeurs mammaires. C'était donc du tissu adipeux véritable. Tous les autres morceaux présentaient une structure identique; dans deux ou trois seulement, on pouvait retrouver dans certains points les restes de tissu mammaire normal caractérisé par des acini bien évidents avec leur épithélium normal. Le reste des morceaux à structure identique était formé de tissu fibreux à différents états, soit de fibres proprement dites, soit de masse légèrement granuleuse et d'aspect fibroïde, le tout entrelacé de nombreux noyaux et de cellules très-allongées du tissu conjonctif (autrement dits noyaux et cellules fusiformes fibro-plastiques). L'une de ces masses de tissu fibreux affecte une disposition remarquable; elle paraît s'être développée immédiatement dans la sphère celluleuse qui englobe et relie entre eux les plus petits lobules de la glande, de manière que l'ensemble de cette masse simule à s'y méprendre l'aspect d'une hypertrophie glandulaire de la mamelle. Nulle part, au microscope, on ne découvre d'acini mammaires avec leur épithélium; seulement les trousseaux fibreux affectent la forme d'ampoule des acini autour desquels ils paraissent s'être développés, et les avoir étouffés, en quelque sorte, par leur développement morbide.

M. Robin a aussi constaté une hypertrophie portant à la fois sur les éléments glandulaires et sur la trame fibreuse; les différents aspects du tissu tenaient surtout à la plus ou moins grande quantité relative de cette trame et des culs-de-sac glandulaire.

Il a examiné au microscope le liquide trouvé dans la cavité dont nous avons parlé et l'a trouvé formé par une sérosité tenant en suspension des globules dits du mucus, la plupart devenus granuleux, un grand nombre de granules et de gouttelettes huileuses et une assez grande quantité de globules sanguins.

Résultat de l'opération. — La réunion par première intention s'est parfaitement effectuée. Huit jours après le jour de l'opération, les sutures ont été enlevées.

Le 13 décembre, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation. Il s'écoule encore un peu de pus par l'extrémité externe. La malade sous peu de jours pourra quitter le service parfaitement guérie.

Cette tumeur n'est pas seulement intéressante par son volume et par sa nature, mais aussi par les difficultés opératoires qu'elle a présentées. En effet, si les suites de l'opération ont été simples, il faut reconnaître que celle-ci n'était point sans danger. En effet, dans ce genre de tumeur l'élément vasculaire est extrêmement développé. Les plus petits vaisseaux acquièrent un volume considérable; les veines surtout sont énormes. La perte de sang peut être telle qu'une hémorrhagie grave au début de l'opération peut amener une syncope mortelle. Pour prévenir les accidents tenant à cette cause, M. Demarquay ne donna que très-peu de chloroforme, et dès que la sensibilité fut émoussée, il cerna toute la partie supérieure de la tumeur par une vaste incision profonde, divisant toutes les veines et les artères superficielles; des aides intelligents avec leurs doigts et de petites éponges modéraient l'hémorrhagie, tandis que le chirurgien cernait par une incision courbe inférieure toute la masse à enlever. Cette énorme tumeur s'enleva avec facilité, et de nombreuses ligatures mirent fin à toute hémorrhagie.

Pour soustraire la plaie vraiment considérable qui résultait de cette opération au contact de l'air, M. Demarquay résolut d'en affronter les bords à l'aide d'une suture métallique, laissant une ouverture à chaque extrémité de l'incision et au centre pour l'écoulement de la sérosité et du pus. Un grand nombre de sutures métalliques rapprochées furent successivement pratiquées, ils restèrent en place huit à dix jours sans amener aucune inflammation. Quand elles furent enlevées, la réunion était parfaite. Nous pourrions ici rapporter plusieurs faits qui démontrent tout le parti que l'on peut tirer de ce genre de suture. Plusieurs faits de la pratique de M. Demarquay, soit à la Maison de santé, soit en ville, ne laissent aucun doute à ce sujet. D'ailleurs nous renvoyons à l'article qui sera publié prochainement par M. Parmentier dans l'Union médicale, où les faits de sutures métalliques sont rapportés avec détail.

A ce fait intéressant, nous ajouterons un résumé succinct de l'ablation d'une tumeur du même genre faite par Blandin. Celle-ci pesait neuf livres, remontait à plusieurs années; l'opération fut faite dans des conditions toutes particulières. La malade qui portait la tumeur

(1) MM. Monod et Giraud-Teulon assistaient à l'opération.

avait un catarrhe chronique, or le poids de la tumeur augmentant sans cesse et les forces de la malade diminuant, il en résultait que cette dame ne pouvait ni tousser ni expectorer; c'est pour empêcher la malade de mourir asphyxiée que Blandin et Martin Solon se décidèrent à opérer. Les suites de l'opération furent simples. La malade, qui était jeune, guérit parfaitement et recouvra toute sa santé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les fascicules des six derniers mois de 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Observations théorico-pratiques recueillies du 1er juillet à septembre 1857 inclus*, par M. Castellani. 2° *Monographie des vertiges et recherches de physiologie névrologique*, par M. Lussana. 3° *Sur l'usage du gaïac dans les maladies vénériennes*, par M. Turchetti. 4° *Recherches sur l'origine du crétinisme endémique*, par M. Bonomi. 5° *Sur les maladies internes de l'œil; essai de clinique et d'iconographie ophthalmoscopiques*, par M. Quaglino. 6° *Observation et autopsie d'ovarite double suppurée, entérite et fièvre miliaire*, par M. Gemelli. 7° *Notice sur le siture électrique*, par M. Panceri. 8° *Kyste athéromateux de la grande lèvre droite, opéré avec succès par l'écrasement linéaire*, par M. Paravicini. 9° *Quelques remarques sur le rhumatisme articulaire blennorrhagique*, par M. Olioli. 10° *La resection putienne sous-périostée substituée aux plus graves opérations obstétricales*, par M de Christoforis. 11° *Sur la tuberculose de l'utérus et de ses annexes*, par M. Naotias. 12° *Réponse et observations à la lettre précédente*, par M. de Christoforis. 13° *Éclampsie au treizième jour des couches, suivie de pleuro-pneumonie; traitement antiphlogistique énergique, sulfate de quinine, atropine; guérison*, par M. Bignami. 14° *De l'iode et de la teinture d'iode dans le traitement des abcès*, par M. Rezzonico. 15° *Relation d'une épidémie de fièvre puerpérale typhoïde qui a régné à l'Institut aux Lastes, près Trente, pendant le printemps de* 1858, par M. Esterle. 16° *L'électrochimie dans l'hydrargyrose*, par M. Ferrini. 17° *De l'usage de l'eau froide dans les inflammations de l'œil*, par M. Scarenzio. 18° *Traitement de l'anévrisme poplité sans succès par la compression digitale indirecte de l'artère et par la ligature*, par M. Gherini. 19° *Valeur de la simple acupuncture dans le traitement de l'anévrisme externe et parallèle entre elle et l'électro-puncture*, par M. Malagò. (Jusqu'à présent la valeur de cette méthode nous paraît bien faible; elle repose sur trois observations d'anévrismes poplités, tous terminés par la mort. L'électro-puncture, au contraire, compte déjà un grand nombre de succès.) 20° *Rapport de la commission chargée d'expérimenter la méthode de M. Pignacca pour le traitement des teigneux dans l'hôpital Majeur de Milan*, par M. Dubini. 21° *De la broncho-pneumonie fibrineuse*, par M. Galassi.

RESECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU PUBIS; par M. DE CHRISTOFORIS.

Frappé de la difficulté et des dangers des opérations jusqu'ici connues que nécessitent les viciations du bassin pendant l'accouchement, l'auteur de ce mémoire a eu l'idée de leur substituer une opération sous-périostée analogue à celles qui ont été déjà pratiquées avec tant de succès sur divers os des membres et de la face.

A la place des opérations anciennes de la symphyséotomie, de la pubiotomie et de l'opération césarienne, il propose *la resection sous-périostée partielle ou totale des os du pubis, de ses branches horizontales et des branches ischio-pubiennes.*

La supériorité de l'opération proposée, dit M. de Christoforis, en comparaison des deux premières que nous avons citées, est sous tous les rapports incontestable. Resterait à établir la comparaison des resections sous-périostées avec l'opération césarienne. Mais en jetant un coup d'œil sur le triste tableau des conséquences de la gastro-hystérotomie, il paraîtra raisonnable à tout le monde d'accorder la préférence à toute autre opération qui, bien que grave et difficile, respectera les tissus et les organes importants que celle-là vient léser.

Après une étude attentive des causes de dystocie dans les viciations du bassin, l'auteur est arrivé à établir diverses opérations d'ablation partielle ou totale et sous-périostée du pubis, qu'il désigne de la manière suivante :

1° Resection de la branche horizontale droite ou gauche avec la moitié supérieure de l'os pubis correspondant;

2° Resection des deux branches horizontales et de la moitié supérieure de tout le pubis;

3° Resection d'une ou des deux branches ischio-pubiennes;

4° Resection de la branche horizontale, de la branche ischio-pubienne et de l'os pubis d'un seul côté;

5° Resection de tout le pubis et des quatre branches qui s'y insèrent.

C'est à l'expérience maintenant à établir la valeur de la nouvelle opération proposée.

LES MALADIES MERCURIELLES TRAITÉES PAR L'ÉLECTRO-CHIMIE; par M. FERRINI.

M. Ferrini rapporte six observations d'affections mercurielles traitées par la méthode de l'Américain Poey.

Voici la première :

OBS. — Madame Wood, femme du consul anglais à Tunis, ayant été affectée, dans l'été de 1856, de dyssenterie, pendant l'épidémie cholérique qui se répandait alors, un médecin maltais lui administra une dose de 10 grains de calomelas.

Pendant cette administration, quelques douleurs intestinales s'étant fait sentir, une personne étrangère à l'art lui donna une petite dose de laudanum qui empêcha l'action purgative du calomel, ce qui donna lieu à un fort ptyalisme, pour la guérison duquel on eut recours au docteur Head.

Celui-ci mit la malade dans un bain de pieds dont l'eau était légèrement acidulée. Le bassin métallique du bain, isolé, communiquait avec le pôle négatif d'un courant électrique extrêmement énergique; le pôle positif était placé dans la main de la patiente. La chaise sur laquelle elle était assise était aussi isolée au moyen de quatre verres placés sous les quatre pieds. Le mercure dont le corps de la malade était imprégné ne tarda pas à se précipiter par action électro-chimique sur les parois du bain qui, étant de cuivre, laissèrent facilement voir la couleur du mercure.

La séance dura une heure, et en deux jours tous les symptômes d'affection mercurielle avaient entièrement disparu.

Cette observation est assurément remarquable. Nous observerons toutefois, avec M. Polli, qu'il eût été désirable que l'on eût constaté, par l'analyse chimique, qu'on avait du mercure et non un oxyde de cuivre déposé sur les parois du bassin. Au reste, on a constaté la présence du mercure dans d'autres expériences où le malade était entièrement plongé dans le bain. Si le pédiluve électrique peut se substituer au bain général, avec le même effet, ce sera une belle acquisition pour la thérapeutique que nous devrons à M. Ferrini.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les fascicules des six derniers mois de 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Observations théorico-pratiques faites à Bolgheri (Toscane) du 1er janvier au 10 juin* 1857, par M. Castellani. 2° *Note sur la pétiose rhumatique*, par M. Canuti (espèce d'érythème nerveux compliqué de la diathèse rhumatismale). 3° *Bronchite lente guérie rapidement au moyen du calomel*, par M. Nicolini. 4° *Illustration de deux pièces pathologiques et études sur la superfétation*, par M. Verardini. 5° *Sur les diverses maladies et constitutions atmosphériques qui ont régné à Posi pendant l'été de* 1857 *et tout l'hiver de* 1858, par M. Falci. 6° *Cas de transposition totale des viscères de la poitrine et du ventre*, par M. Valentini. 7° *Méthode chimico-analytique pour déterminer la bonté des quinquinas*, par M. Cassoni. 8° *Quelques mots sur l'expérience en médecine*, par M. Castellani. 9° *Deux puissances morbides opérant en même temps dans l'organisme*, par M. Santini. 10° *Remarques cliniques sur les érythèmes de la gorge*, par M. Gamberioi. (L'auteur distingue et décrit avec soin l'érythème des chanteurs, l'érythème rhumatique de la gorge, l'érythème guttural des buveurs, celui des scorbutiques, l'érythème syphilitique et l'érythème guttural et buccal hydrargyrique, l'érythème iodique de la bouche, l'érythème guttural par l'huile de foie de morue, l'érythème guttural des phthisiques, l'érythème des scrofuleux. Il se contente de rappeler les érythèmes bien connus de la variole, de la scarlatine et de la rougeole.) 11° *Relation d'une luxation traumatique des os du tarse*, par M. Rizzoli. 12° *Cas de manie périodique mensuelle entretenue par un engorgement du foie et guérie par l'hydroferrocyanate de quinine*, par M. Pedrelli. 13° *Paracentèse urétrale interne*, par M. Romei. 14° *Délire par rétrocession d'un érysipèle traité avec succès par le tartre stibié*, par M. Frascari. 15° *Sur la provenance et sur la signification des globules incolores du sang*, par M. Tigri. 16° *Histoire d'un cas rare*

d'anévrisme aortique, par M. Bomba. 17° *Kyste hydatique* (*acephalocistis socialis*) *du foie, ouvert dans les conduits biliaires*, par M. Galamini. 18° *Sur la constitution médicale qui a régné pendant plusieurs années à Osimo et plus particulièrement de la miliaire qui y a dominé*, par Brunetti.

ÉTUDES SUR LA SUPERFÉTATION; par M. VERARDINI.

La fécondation opérée pendant le cours d'une grossesse, hypothèse à laquelle on a donné le nom de superfétation n'est plus guère admissible aujourd'hui. L'opinion générale explique les cas rares, d'ailleurs, dans lesquels une femme accouche à quatre ou cinq mois de distance de deux fœtus à terme ou à peu près, par l'existence d'une grossesse gémellaire dont un produit a subi un arrêt de développement et n'a repris son accroissement qu'après l'expulsion de l'autre.

Une observation recueillie par M. Rizzoli et communiquée à M. Verardini, tend à démontrer que les choses se passent ainsi.

OBS. — Une femme de 30 ans, ayant eu trois grossesses très-heureuses, devint enceinte une quatrième fois. A trois mois de gestation, bien portante, elle était au théâtre, lorsqu'elle apprit tout à coup que le feu était à sa maison.

Frappée de terreur elle accourt sur-le-champ chez elle. Ses enfants et sa famille n'avaient pas souffert du sinistre; néanmoins elle fut obligée de se coucher et une perte se déclara. Les saignées et les soins arrêtèrent l'avortement.

Trois mois se passent sans accident; la femme sentait les mouvements du fœtus. A cette époque, une nouvelle émotion ramène l'écoulement sanguin qui se change bientôt en hémorrhagie abondante et très-grave. 4 grammes de seigle sont donnés en une heure. Le col utérin s'étant largement dilaté, on rompit les membranes pour arrêter entièrement l'hémorrhagie qui menaçait d'être mortelle. Un fœtus se présenta par les pieds; on en fit l'extraction. Le placenta fut ensuite expulsé avec beaucoup de caillots et un corps solide qui n'était autre chose qu'un œuf contenant un autre fœtus.

Le premier fœtus qui vint au monde vivant, mais mourut peu après, était d'environ six mois, de 33 centim. de longueur, bien conformé. L'autre était un fœtus ramolli et déjà dans un état de putréfaction commençante, de trois mois environ, long de 18 centimètres. Tous les deux étaient du sexe masculin.

La présence de ces deux fœtus, sans les explications qui précèdent, aurait pu faire croire à une superfétation. Il est évident, au contraire, qu'il s'agit simplement d'une grossesse gémellaire.

NOUVELLE VARIÉTÉ DE LUXATION TRAUMATIQUE DES OS DU TARSE; par M. RIZZOLI.

On connaît déjà une foule de variétés de luxations des os du tarse. M. Rizzoli a eu l'occasion d'en rencontrer une qui n'a pas été décrite, même dans les ouvrages les plus récents et les plus complets sur la matière. Un seul fait, rapporté par Burnett et cité par M. Malgaigne, a quelque analogie avec celui que nous allons décrire. Dans le cas de l'auteur anglais, il semble que les os de la jambe, l'astragale et le scaphoïde se soient luxés comme un seul os en avant et en dehors du reste du tarse, lequel tarse s'est porté en dedans. Dans la variété observée par M. Rizzoli, les signes distinctifs sont précisément opposés, de sorte que la dénomination qu'il faudrait lui donner, d'après le système de classification de M. Malgaigne, serait celle de luxation *astragalo-naviculaire en dedans, en haut et en avant*. Dans un autre système de classification, on pourrait la nommer *cunéo-cubo-calcanéenne latérale en dehors et postérieure*.

OBS. — Un jeune homme de 29 ans, robuste, était monté sur un petit char, lorsque le cheval prenant peur s'emporta et ne put être maîtrisé. Le jeune homme, craignant quelque grave danger, santa du char, tomba probablement sur ses pieds et perdit connaissance. Plusieurs personnes accoururent à son secours, et lorsqu'il voulut se relever, il sentit une vive douleur au pied droit.

M. Rizzoli trouva le pied blessé dans la position demi-étendue; la tubérosité postérieure du calcanéum se montrait plus proéminente en arrière qu'à l'ordinaire; le bord latéral externe du pied se portait en dehors et était tourné légèrement en haut. Au-dessous de la région malléolaire externe, on rencontrait une tumeur que par sa forme on aurait prise pour la malléole elle-même, si l'examen attentif de la partie n'eût fait voir que cette malléole était demeurée intacte dans sa position normale, et que la tumeur indiquée était au contraire constituée par une bosse sanguine. Au-dessous de la malléole interne, il y avait une petite plaie contuse. A la partie dorsale et interne du pied, dans la région scaphoïdienne, on rencontrait sous les téguments une proéminence marquée presque entièrement libre en avant, en dedans et en bas, et se continuant en arrière avec la tête articulaire de l'astragale.

Cette tumeur osseuse, s'élevant un peu sur le dos du pied, pouvait être embrassée et parcourue avec les doigts; ses saillies et ses dépressions donnaient la certitude qu'elle appartenait à l'os naviculaire, qui ayant abandonné ses rapports anatomiques avec le cuboïde et avec les os cunéiformes, et en partie encore avec l'astragale, s'était porté un peu sur le dos et vers le bord interne du pied.

La plante du pied vers le milieu se montrait un peu plus concave qu'à l'état normal; postérieurement au contraire, elle était inclinée de dedans en dehors.

La réduction put se faire assez facilement.

Le repos et un bandage amidonné permirent au malade de quitter le lit au bout de trois semaines. Au bout de deux mois, il marchait librement et sans aide.

SUR LA PROVENANCE ET SUR LA SIGNIFICATION DES GLOBULES INCOLORES DU SANG; par M. TIGRI.

Dans cette note, M. Tigri réclame la priorité pour ses travaux sur la structure et la fonction de la rate qui ont été publiés en 1847 et années suivantes, et qui sont par conséquent antérieurs à ceux de Kœlliker.

A cette époque, il a indiqué deux faits qu'il a signalés comme liés l'un à l'autre : la présence des grands globules blancs ou incolores du sang et la présence de cellules fusiformes et nucléées pour former la pulpe splénique. En outre, il a fait voir que les granulations (noyaux libres de Mandl et Kœlliker) qu'on a rappelés, sans toutefois leur donner leur véritable signification, et qu'on a considérées comme des parties distinctes dans la pulpe splénique, n'étaient autre chose que les noyaux des susdites cellules.

Enfin il a déclaré la rate *l'organe dépurateur du sang pour ses parties solides*, qui sont physiologiquement les globules blancs, les rouges usés et déformés; par conséquent, la partie la plus liquide de la pulpe splénique se compose de détritus de l'organisme.

Il faut constater toutefois que les expériences de M. Beclard, faites à la même époque, avaient mieux démontré encore l'action de la rate sur les globules du sang.

M. Tigri réclame surtout comme siennes les trois observations suivantes qui sont étroitement liées à la leucocytémie :

1° L'indication d'un nouvel élément anatomique dans la composition de la boue splénique, — les cellules fusiformes à noyaux;

2° La détermination morphologique des corps constituant l'épithelium vasculaire, — cellules fusiformes à noyaux;

3° La séparation perpétuelle des cellules épithéliales de la surface interne de tout l'appareil vasculaire (lymphatiques, veines, artères); cellules représentées dans le sang circulant par de grands globules blancs à noyaux, — globules épithéliaux.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

M. LE PRÉSIDENT donne communication d'une lettre parvenue au secrétariat le 6 courant, par laquelle la famille de M. Poinsot annonçait son décès survenu la veille.

Les obsèques de cet illustre géomètre ont eu lieu aujourd'hui 12 décembre : M. Bertrand y a porté la parole au nom de l'Académie des sciences.

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant de la section de médecine et de chirurgie en remplacement de feu M. Bonnet.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 48,

M. Denis (de Commercy) obtient. . . 29 suffrages.
M. Bonisson. . . . . 18 —
M. Erhmann. . . . . 1 —

M. Denis (de Commercy) ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

DE L'AUTOPHAGIE ARTIFICIELLE, OU DE LA MANIÈRE DE PROLONGER LA VIE DANS TOUTES LES CIRCONSTANCES DE PRIVATION ABSOLUE DE VIVRES, NAUFRAGES ET AUTRES SEQUESTRATIONS : par M. ANSELMIER.

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer.)

Les recherches expérimentales faites sur les animaux soumis à la priva-

tion plus ou moins absolue d'aliments ont montré que, pendant l'inanition, la vie s'entretient un certain temps au détriment de la substance des organes, ainsi que le prouve la diminution progressive du poids de l'animal soumis à l'expérience. Ce mode de nutrition a reçu depuis longtemps le nom d'*autophagie*; nous proposons d'y ajouter la qualification de *spontanée*, par opposition à la désignation d'*autophagie artificielle*, que nous réservons au mode de nutrition institué par nous. Il consiste à faire à un animal soumis à l'inanition, de petites saignées quotidiennes, et à lui faire prendre ce sang comme aliment.

Nous avons fait de nombreuses expériences comparatives entre ces deux modes de nutrition.

Les animaux sur lesquels nous avons agi étant disposés par paires, de manière à ce que les deux sujets d'une même expérience fussent à peu près semblables sous tous les rapports qui pouvaient avoir quelque influence sur la résistance de la vie, tels que l'âge, l'embonpoint, le poids et le régime habituel, de ces sujets, l'un fut abandonné à l'inanition, l'autre fut exclusivement nourri du sang que nous lui retirions des veines.

Voici les propositions qui résultent de l'ensemble de nos recherches et de la comparaison des deux espèces d'autophagie :

1° La privation absolue d'aliments diminue, chez tous les animaux à sang chaud, la production du calorique; cette diminution, à peu près uniforme pendant les trois quarts de la résistance de la vie, est environ de 0°,2 par vingt-quatre heures. Pendant le dernier quart, la température décroît très-promptement, et la mort arrive entre 23 et 24°.

2° La privation relative d'aliments diminue moins promptement la production de calorique, proportionnément à la ration.

3° Chez tous les animaux à sang chaud, la température du sang ne peut descendre à 26° sans que la mort en soit la conséquence.

4° La mort par la faim est le résultat de l'arrêt de la nutrition produit par l'abaissement progressif de la température de l'animal, la production et l'accumulation d'une certaine quantité de calorique étant une des conditions de nutrition chez tous les animaux de cette classe.

5° La mort par la faim n'est pas le résultat de la consommation de tous les matériaux que pourrait fournir l'organisme si l'on pouvait changer la condition de refroidissement qui est la conséquence de l'inanition; en effet, chez tous les animaux qui succombent à l'abstinence absolue, l'émaciation est en moyenne des 4/10 du poids initial; par l'abstinence relative, elle peut atteindre les 6/10.

6° La diminution de calorification provient de l'inactivité du système d'absorption gastro-intestinal; la température de l'animal augmente ou diminue selon le degré d'activité de cette fonction, de même que celle-ci est modifiée par la température à laquelle elle effectue ses opérations.

7° Si l'on puise dans l'organisme même des animaux soumis à l'inanition une certaine quantité de sang pour la leur donner comme aliment, on voit se continuer, avec le travail gastro-intestinal, la production de calorique, l'abaissement quotidien de la température est moins considérable, l'émaciation devient plus complète et peut atteindre les 6/10 du poids initial.

8° Les saignées et les rations qu'elles fournissent doivent être d'autant plus faibles que l'on s'éloigne davantage du début de l'expérience, et la digestion s'en fait d'autant plus complètement et vite, que l'on est plus avancé dans l'expérience.

A mesure qu'elles deviennent plus nombreuses, l'épuisement de tout l'organisme, l'irritation nerveuse, la diminution des sécrétions gastro-intestinales nécessaires à la digestion, la monotonie alimentaire, l'abaissement de la température, enfin la putréfaction de cet aliment, finissent par mettre obstacle à ce mode de nutrition.

9° L'activité gastro-intestinale est annoncée par le retour des excréments, l'élévation et la généralisation de la chaleur et du pouls, une augmentation dans les forces musculaires, la diminution des phénomènes nerveux, de la sensation de faim et de soif.

10° La calorification ne décroît plus que de 0°,1, en moyenne, en vingt-quatre heures.

11° L'autophagie artificielle permet l'émaciation excessive, c'est-à-dire permet à celle-ci d'être des 6/10 pour les sujets replets, des 5/10 pour les moyens, des 4/10 pour les jeunes, tandis que l'autophagie spontanée, d'après les expériences de Chossat et les nôtres, ne permet pas plus des 5/10 pour les sujets replets, des 4/10 pour les moyens et les 2/10 pour les jeunes.

12° L'autophagie artificielle prolonge considérablement la vie; la moyenne de cette prolongation est des 4/10 de l'autophagie spontanée, c'est-à-dire presque la moitié en plus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la séance du 6 décembre est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Calvados et de la Manche ;

2° Les rapports d'épidémies de MM. les docteurs Bonneau (de Mantes), Sergeant (de Pontchartrain), Barré (de Villepreux), Jeannoël (de Provins), Lemaistre (de Limoges), Foucault (d'Epernay), Richard (d'Autrey), et M. le professeur Dumas (de Montpellier) (Comm. des épidémies) ;

3° Un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne-les-Bains pendant l'année 1858, par M. le docteur Cabrol, médecin en chef ;

4° Un rapport de M. le docteur Patézon, sur le service médical de l'établissement thermal de Vittel (Vosges), pendant l'année 1858 (Comm. des eaux minérales).

M. le ministre d'État informe l'Académie qu'il vient de commander à M. Robinet, sculpteur, le modèle en plâtre d'une statue du baron Desgenettes, destiné à l'Académie de médecine.

— La correspondance non-officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Laforêt (de Lavit), relative aux combustions occasionnées par des armes à feu (Comm. : M. Tardieu);

2° Une note sur les plantes du vieux château de Gisons, par M. Lepage, pharmacien (Comm. : M. Chatin);

3° Une lettre de M. le docteur Carron du Villards, qui sollicite le titre de membre correspondant ;

4° Une note de M. Peysal, sur les inconvénients, au point de vue hygiénique, des wagons de deuxième et de troisième classe dans les chemins de fer (Comm. : MM. Devergie et Gaultier de Claubry);

5° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Bouchut (Accepté).

— A l'occasion d'une lettre de rappel, adressée par M. le ministre du commerce, relativement à un mémoire sur le choléra transmis le 26 octobre 1850, par M. le docteur du Cazal (d'Oran), M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL interpelle MM. les rapporteurs des commissions de 1849 et de 1854, et les invite à présenter leurs rapports le plus prochainement possible.

M. BARTH, rapporteur de la dernière commission, s'excuse de n'avoir pas encore soumis son rapport à l'Académie, se fondant sur ce qu'il y aurait, suivant lui, plus d'inconvénients que d'avantages à soulever dans le public la question de contagion.

Après quelques explications échangées entre MM. CLOQUET, VELPEAU, MOREAU, RENAUD, l'Académie décide, sur la proposition de M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, que les deux commissions seront convoquées prochainement pour examiner ce qu'il y a lieu de faire.

— M. BAUMES, correspondant de l'Académie à Lyon, lit une note intitulée : « Considérations pratiques relatives aux faits qui démontrent l'importance des flux dans l'enfance et aux autres époques de la vie de l'homme. »

La doctrine de l'auteur peut se résumer en ces termes :

On peut considérer les flux, dans bien des cas, comme des voies naturelles de decharge, comme un inconvénient nécessaire servant de remède naturel à un mal intestinal. Il faut donc, dans ces cas, savoir les respecter ou du moins les adoucir, ou bien, quand l'inconvénient est trop considérable, les combattre en s'efforçant d'imiter la nature, qui quelquefois remplace ces flux par d'autres flux sur des tissus semblables ou analogues à ceux sur lesquels les premiers flux étaient établis.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède au renouvellement, par la voie du scrutin, du bureau pour 1860.

Sont nommés :

Président : M. J. Cloquet.
Vice-Président : M. Robinet.
Secrétaire annuel : M. Devergie.
Premier membre du conseil : M. Robinet, vice-président.
Deuxième : M. Ferrus,
Troisième : M. Bouvier.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

THE INSTITUTES OF MEDICINE; par MARTYN PAINE, A. M., M. D., L. L. D., professeur de philosophie médicale et de thérapeutique à l'Université nationale de New-York, membre correspondant des académies et compagnies savantes de Berlin, de Dresde, de Leipsick, de Stockholm, de Montréal, etc., etc. — In-8 de 1100 pages. — New-York, 1858, chez Hasper.

C'est en janvier 1847 que parut la première édition de ce livre, précédée déjà par la publication d'un ouvrage, MEDICAL AND PHYSIOLOGICAL COMMENTARIES, livré au public en 1840, et qui donnait dès cette époque un exposé des doctrines de l'auteur. Or la science va vite, celle surtout qui est l'objet des études de M. le professeur Paine, et nombreux sont les travailleurs qui exploitent le même filon de la mine pré-

cieuse. Aussi est-ce à première vue une excellente recommandation qu'une quatrième édition qui, fût-elle revue, corrigée, considérablement augmentée, n'est pas moins la reproduction d'opinions et de principes excellents, puisque les progrès rivaux et les données nouvelles n'ont rien changé, mais tout confirmé.

Un autre élément du succès de cet ouvrage, et nous voulons spécialement en louer l'auteur, c'est son côté pratique. Si, porté comme il était à l'étude élevée des questions philosophiques qui dominent les sciences médicales, il n'avait pris soin de se maintenir incessamment au niveau de la commune intelligence et de formuler lui-même, après l'aperçu théorique, l'application usuelle à déduire, ses enseignements fussent restés infailliblement du domaine de l'érudition, au lieu d'être quotidiennement utilisés, ce qui, pour nous, est en toutes choses, et surtout en médecine, le but final auquel doivent tendre recherches et travaux.

D'ailleurs, quel plus vaste et brillant théâtre que celui où M. Paine a entrepris de classer et grouper les faits observés? et encore, quels problèmes plus attachants que ceux dont il poursuit à travers science l'attrayante solution? De tout temps, la philosophie médicale, celle-ci éclairée par l'étude des phénomènes nerveux, a été un sujet de prédilection pour les grands esprits. Heureux ceux qui, comme le savant professeur de l'Université américaine, n'ont point plié sous le fardeau et sont demeurés jusqu'au bout dignes de l'entreprise.

Après une profession de foi où il prend pour parrains des noms illustres, Andral, Liebig, Thomson, Fourcroy, Bichat, M. Paine divise sa tâche en trois parties distinctes : *physiologie, pathologie, thérapeutique*, ou plutôt en deux parties seulement : étude des phénomènes normaux de la vie, étude des phénomènes accidentels de la vie, que ces phénomènes accidentels soient provoqués par la maladie ou par l'application du remède, en un mot, toute la science médicale, mais la science médicale éclairée, comme on va le voir, par un jour nouveau.

Pour M. Paine, qui est à la fois solidiste et vitaliste, rien ne se passe dans l'organisme qui ne soit commandé par un régulateur unique et suprême : c'est une influence constante, variée dans ses effets, surprenante par la diversité de ses façons d'agir, mais toujours la même, quoi qu'on fasse, quoi qu'on cherche, quel que soit le phénomène vital qu'on étudie, la maladie qu'on soigne, le médicament qu'on applique.

Cette force, toujours présente, toujours active, toujours excitable, c'est le *pouvoir nerveux* (*nervous power*). Or qu'est-ce que cette force? qui est-elle? où est-elle? d'où vient-elle? Certes M. Paine n'est pas, en philosophie médicale, l'inventeur du pouvoir nerveux; d'autres, avant lui, ont vu l'organisme soumis à cette puissance intangible, impondérable, invisible, réelle cependant et aussi manifeste dans ses effets que les forces physiques qui régissent le monde. Mais M. Paine a peut-être, mieux que personne, montré ce pouvoir partout présent, réglant toutes choses et ne laissant, dans la vie, nul acte s'accomplir sans sa fatale participation.

Dans cette voie, cependant, M. Paine a été précédé, accompagné, suivi par des hommes d'une incontestable valeur, les uns observateurs rigoureux, ceux-là expérimentateurs hardis. C'est, en France, Lamarck, Magendie, Béclard, Descat, Calmeil, Leuret, Serres, Foville, Matteucci, Lebot, Legallois, Flourens, Chossat, Dupuy, Brachet, Longet, Bernard, Fodéra, Debrou, Ribes, Jobert, Breschet, Milne Edwards, Gavarret, etc.; en Angleterre, Walker, Ch. Bell, Schaw, Herbert-Mayo, Wilson Philip, Earle, Parry, Hastings, Willing, Marshall Hall, Grainger, Clarcke, Whytt, etc.; en Allemagne, Muller, Scubert, Reil, Meckel, Ackermann, Ritter, Prochaska, Nasse, Budge, Baumgaertner, Peipers, Oppenheim, Swann, etc.; en Italie, aux Pays-Bas, en Suisse, Van Veen, Backer, Kolk, Wedermeyer, Bellingeri, Rolando, Panizza, Marianini, Valentin, Prévost, et combien d'autres qui auraient droit à voir, dans cette occasion, leur nom glorieusement cité. Mais parmi cette longue liste, toute chargée de patients labeurs, M. Paine est seul à avoir tenté la généralisation des principes que les uns ont découverts, les autres discutés, d'autres confirmés et rendus inattaquables. Quelle érudition ne faut-il pas aujourd'hui pour oser entreprendre pareille tâche? Chaque phénomène, chaque phase d'un phénomène a été l'objet d'une longue controverse : des savants ont épuisé leurs forces à débattre un petit point de la question, et il faut tout embrasser, tout résumer, tout juger. Ne serait-ce pas un peu le cas de prendre pour devise le mot de Pic de la Mirandole : *De omni re scibili et quibusdam aliis?*

Quoi qu'il en soit, M. Paine définit la physiologie ; puis, comme c'est la science des corps organisés, il étudie leur composition, leur structure et surtout l'essence de leur être, je veux dire le *principe vital*, cause fondamentale de l'accroissement, de la nutrition, de tous les phénomènes, en un mot, qui composent l'évolution normale des êtres organisés. Ce principe, qui est une force, se manifeste par des propriétés diverses, l'*irritabilité*, à qui l'organisme doit d'être impressionné par les agents internes ou externes, physiques ou moraux, naturels, morbifiques ou thérapeutiques; la *sensibilité*, qui diffère de la *sensation* et de la *sympathie*, qui a certains nerfs pour organes, et les centres nerveux pour excipients; la *mobilité*, à qui est dû, chez les plantes comme chez les animaux, tout ce qui est mouvement; l'*affinité vitale*, qui relie les uns aux autres les éléments qui, sans elle, se désagrégeraient; la *vivification*, qui, aidée de l'affinité vitale, fait de la matière inerte l'animal vivant; enfin, l'*influx nerveux*, qui est la puissance dont nous parlions plus haut et de qui tout dépend, santé, maladie, guérison.

Et maintenant, qu'est-ce que la vie? Est-ce, comme le disait Bichat, l'ensemble des fonctions résistant à la mort? Ou bien, est-ce une manifestation de certaines propriétés de la matière soumises à une intermittence d'action? Est-elle pareille chez l'homme et chez la plante? Ce sont là autant de questions profondes que M. Paine résout sans conteste au profit de sa doctrine.

Après une courte définition de l'intelligence, de l'instinct, et l'exposé succinct de leurs propriétés, M. Paine aborde l'étude des *fonctions*, les unes communes à tous les êtres organisés : la *motilité*, l'*absorption*, l'*assimilation*, la *distribution*, l'*appropriation*, l'*excrétion*, la *calorification*, la *génération*; les autres propres à l'animal : le *sentiment*, la *sympathie*; et à l'occasion de chacune de ces fonctions, surtout au chapitre de la *sympathie*, M. Paine montre le rôle du pouvoir nerveux, intervenant sans cesse pour régler, activer ou modérer, tantôt suivant le vœu de la nature, tantôt comme instrument aveugle, mais fidèle, des agents thérapeutiques ou morbifiques.

Cependant, bien des circonstances peuvent modifier les manifestations des propriétés vitales et le jeu des fonctions. Toutes choses différent suivant l'*âge*, le *tempérament*, la *constitution*, le *sexe*, les *habitudes* du sujet. Le sujet est *nouveau-né*, *enfant*, *jeune homme*, *adulte* ou *vieillard*; il est *sanguin*, *mélancolique*, *bilieux*, *lymphatique*, *nerveux*. Et puis il y a encore l'influence des *races* : on connaît, vivant sur le globe, quatre variétés d'hommes : la blanche, ou *caucasique*; la jaune, ou *mongolique*; la nègre, ou *éthiopienne*; la rouge, ou *américaine*. Enfin, il faut compter avec les *climats* qui, glacés, tempérés ou tropicaux, impriment à l'économie, par les combinaisons diverses des phénomènes météorologiques, des modifications incontestables.

L'homme, pendant sa vie, est en relation avec mille objets extérieurs; de là mille occasions de montrer, par des faits observés, comment peut se plier à toute circonstance la théorie adoptée par l'auteur : rien ne se présente qu'il n'explique ou ne justifie; rien n'est expliqué dont il ne tire une déduction pratique.

Nous demandions tout à l'heure qu'est-ce que la vie? Nous demandons maintenant qu'est-ce que la mort? Quelle est l'influence que la mort du cœur exerce sur celle des autres parties de l'organisme? Qui meurt le premier, le poumon, le cœur, ou le cerveau? Ici encore, c'est le pouvoir nerveux qui est la clef de voûte de l'édifice, et c'est par là que s'écroule le chef-d'œuvre de la création.

Si la physiologie devait fournir à M. Paine de si nombreux arguments, la pathologie ne lui sera pas un champ de controverse moins heureusement choisi : *étiologie, symptomatologie, anatomie pathologique*, l'auteur frappe à toutes les portes, et de chaque porte sort, de pied en cap armée contre la critique, une victorieuse démonstration. Mais, de même qu'en physiologie, l'auteur avait montré quelque prédilection pour certains sujets, témoin l'article *Sympathie*, de même en pathologie, l'auteur s'attache de préférence aux questions brûlantes qui, résolues affirmativement ou négativement, renversent ou consolident un corps de doctrine : *fièvre, inflammation*, tels sont les points sur lesquels il insiste, tant il sent que, mal défendue serait son opinion, s'il la laissait attaquable par cet endroit.

Restait tout un champ inexploré, la *thérapeutique*. La thérapeutique est le but suprême de toute recherche médicale. A quoi bon l'étude savante et pénible des maladies, si vous ne les guérissez pas? Or c'est une propriété inhérente au principe vital que la tendance au retour de l'état morbide à l'état normal. Donc tout l'art de guérir consiste à ne pas combattre, à favoriser cette tendance. Quels sont pour cela les moyens dont le médecin dispose? La *matière médicale* est la collection de ces moyens : l'étude des rapports de la matière médicale avec l'organisme constitue par conséquent la thérapeutique.

Quel que soit le remède employé, quatre points principaux doivent être surtout considérés : 1° son effet local, 2° son effet lointain, 3° son

effet final, 4° son influence générale sur la marche et la terminaison de la maladie.

Ces règles convenues, M. Paine étudie successivement les *cathartiques*, dont l'effet constant est l'augmentation des évacuations intestinales; les *astringents* qui, déposés sur les surfaces, contractent les vaisseaux et tarissent les sécrétions; les *toniques*, qui s'adressent surtout à la convalescence des maladies aiguës et aux longueurs interminables des maladies chroniques; les *stimulants diffusibles*, dont les effets sont si merveilleusement rapides; les *narcotiques*, qu'on peut diviser en *antispasmodiques*, *tétaniques* ou excitateurs du centre cérébro-spinal, en *paralysateurs* du mouvement et du sentiment, en *dépresseurs* du système nerveux; les *emménagogues*, dont l'action spéciale sur les organes utérins est si remarquable; les *diurétiques*, qui tiennent sous leur dépendance l'activité sécrétoire du rein; les *expectorants*, si utiles dans les affections lentes de l'appareil respiratoire; les *révulsifs*, qu'on peut grouper sous ces divers titres: *vésicants*, *rubéfacteurs*, *suppuratifs*, *escarrotiques*, *cautères potentiels*, *cautères actuels*, *altérants locaux*, *sédatifs locaux*, *astringents locaux*, *injections*, *gargarismes*, *collyres*.

De même qu'en physiologie et en pathologie, il est en thérapeutique des sujets qu'affectionne M. Paine. Pour ceux-là il sort du cadre sévère qu'il s'est tracé, et écrit au long des chapitres détachés qui, pour leur importance, valent des monographies. C'est ainsi qu'on trouvera des renseignements spéciaux et étendus, la plupart propres à l'auteur, sur les alcaloïdes du quinquina, et en particulier sur la cinchonine, d'autres non moins développés sur l'iode, l'arsenic, l'ergot, etc.

Est-ce là tout? Pour avoir fait, lui aussi, son traité de thérapeutique, l'auteur n'aurait pas accompli la tâche qu'il s'est proposée: il lui reste à exposer sa doctrine sur l'action des remèdes, et à montrer que ce qu'il a prouvé à propos du phénomène normal ou physiologique, et encore à propos du phénomène pathologique, est tout autant manifeste quand il s'agit des phénomènes provoqués par les agents thérapeutiques.

Entre mille exemples que je pourrais choisir, je ne rapporterai que ce qui a trait à la saignée générale. Pendant cette sorte d'hémorrhagie, les capillaires entrent en contraction, et dès que ce phénomène s'est propagé aux capillaires du cerveau et de la moelle, l'action de la force nerveuse (*nervous power*) se manifeste. Son premier effet est d'augmenter par action réflexe la contraction de ces mêmes capillaires, et plus s'accroît ce phénomène de contraction, plus se prononce aussi l'influence en retour de la force nerveuse. Par la marche des choses, il arrive alors que la force nerveuse prostre le cœur, et l'on voit se produire la syncope. Donc la syncope n'est pas, comme on le pense généralement, le résultat d'une suppression de l'influence nerveuse (*nervous power*) sur le cœur, mais au contraire un accroissement de cette influence sur la circulation portée à son maximum d'activité. Il a été montré par Legallois, Philip et d'autres expérimentateurs, que l'estomac et les intestins sont promptement et profondément influencés par les impressions que reçoivent les parties centrales du système nerveux, cela comme par les émotions morales. De même, aussitôt que les vaisseaux des centres nerveux commencent à se contracter, l'influence nerveuse (*nervous power*) se produit aussi bien sur l'estomac que sur le cœur et les vaisseaux sanguins. A son tour, cette excitation de l'estomac agit sur le centre cérébro-spinal et accroît en retour l'action dépressive générale de la force nerveuse (*nervous power*). De là syncope et aussi des nausées, des éructations, des vomissements, des évacuations alvines.

Telle est la théorie et telle la démonstration. Comme nous l'avons dit, il n'est pas une page de l'ouvrage où l'opinion ne soit reproduite et défendue par les mêmes arguments. Or depuis dix années les idées de l'auteur n'ont point varié: la science marche-t-elle? Il applique à chacun de ses progrès sa méthode d'analyse et ses moyens de défense. A cet effet, la quatrième édition de l'ouvrage, celle que nous avons entre les mains, contient un appendice où sont passées en revue les questions anatomiques, physiologiques, pathologiques, chimiques, histologiques, thérapeutiques, psychologiques qui sont le plus à l'ordre du jour, ou encore celles qui, placées en dehors du premier cadre de l'auteur, lui sont devenues ces derniers temps plus familières. Ainsi se succèdent des chapitres intéressants sur la découverte de la chimie physiologique et pathologique; sur les expériences de MM. Lehmann et Bernard touchant la glycogénie; sur la structure des organes; sur la moelle épinière; sur l'influx nerveux et ses propriétés vitales; sur les rapports de la chaleur animale avec le système nerveux; sur la cellule élémentaire; sur la délimitation des deux règnes, règne animal et règne végétal; sur les êtres hybrides; sur l'absorption et la circulation chez les plantes. Puis ce sont des expériences pour montrer qu'on peut artificiellement réduire la quantité de sang qui circule dans le cerveau; c'est une exposition philosophique des emplois et des effets de la médication sédative, des considérations pratiques sur l'usage et le mode d'action des altérants; c'est encore une étude du jalap, des sels cathartiques, de la rhubarbe, de la scammonée, de l'aloès, de la coloquinte, du séné et du colchique. Vient ensuite un mémoire sur l'anesthésie provoquée, le chloroforme et ses succédanés; un autre mémoire sur l'influence de l'intelligence touchant l'action des moyens thérapeutiques; une solution donnée par l'auteur à la question suivante: les maladies ont-elles changé de forme depuis ces quatre dernières années? S'en est-il produit d'inconnues jusqu'alors? Enfin des réflexions sur la physiologie de l'âme et de l'instinct, et une démonstation de leur existence substantielle.

Quand on touche, pour l'établissement d'un principe, à tant de problèmes à la fois, il est rare qu'on n'ait point maille à partir avec beaucoup de gens: chacun tire à soi, et si on laissait faire, après un travail cyclopéen, il ne resterait plus, tant nombreux sont les frêlons scientifiques, de miel à la ruche. M. Paine a la plus grande confiance dans la justice de ses confrères: à l'occasion on lui ferait droit; mais par prévoyance et pour éviter tout conflit, il se fait, dans un chapitre spécial, sa part de priorité. Il cite les pages et les lignes, les dates et les éditions: voilà mon œuvre, n'y touchez pas.

Deux tables alphabétiques sont annexées à l'ouvrage, l'une pour le livre lui-même, l'autre pour l'appendice; c'est là un travail qui coûte toujours à un écrivain, mais dont le lecteur doit lui avoir grande obligation. Aujourd'hui on s'exempte volontiers de ce labeur; aussi dans quelques années, si grande est l'affluence des productions que les recherches bibliographiques deviendront d'une extrême difficulté. Avec les tables, mais au commencement du livre, on trouve un portrait de l'auteur: un front intelligent, une physionomie fine, le tout couronné de cheveux blancs; ceci est encore une coutume ancienne qui avait bien son prix. On aime, surtout quand il s'agit de se laisser convertir, à voir de ses yeux quel est l'homme qui parle, et lorsqu'on lit un livre sans connaître l'auteur, c'est un peu comme si l'on écoutait un sermon derrière un pilier; il manque une arme à la persuasion: l'impression que fait sur l'auditoire l'air recueilli et convaincu de l'orateur.

Mais maintenant qu'est achevée l'analyse fidèle des INSTITUTES OF MEDICINE, et que nous avons de notre mieux remercié l'auteur de son entreprise courageuse, et de la constance de ses opinions, et de son érudition, et de l'ordre qu'il a mis partout, sommes-nous sur tous les points de son avis? Nous le dirons humblement, mais nous le dirons, puique c'est le droit de la critique, nous ne sommes de son avis sur aucun point: M. Paine nous semble en toutes choses à mille lieues de la vérité, et malgré la meilleure volonté nous n'avons pu trouver, dans ces 1100 pages, une opinion qui fût la nôtre, un argument qui pût nous séduire. Est-ce une raison pour penser que la doctrine de M. Paine n'ait pas ses qualités? Assurément non. Les convictions en philosophie médicale sont diverses: *tot capita, tot sensus*; et nous dirions la nôtre après avoir dit celle du savant professeur, que nous trouverions sans doute des lecteurs plus rebelles encore à la persuasion.

Toutefois nous exprimerons une pensée qui nous est venue à cette profitable lecture, et que nous nous sommes bien promis d'appliquer à l'occasion: dans un temps où chacun refait à son usage la philosophie médicale, et où tant de ruines se sont amoncelées sur les fondements de l'édifice doctrinaire, sans cesse rebâti, toujours renversé, il est préférable, quand on met sa vie au service de la science, il vaut mieux entasser faits sur faits, expériences sur expériences, que de donner cours à une imagination trop vive. Le fait est brutal, l'expérience reste, tandis que le rêve le plus scientifique vous expose, qui que vous soyez, à l'amertume du désenchantement.

BERGOUNHIOUX.

VARIÉTÉS.

— MM. Fourreau (de Caen), Barth et Tardieu ont fait don à l'Association générale d'une somme de 100 francs chacun.

— Une souscription est ouverte en Lombardie pour élever des monuments à la mémoire des professeurs Fr. Casorati et Ant. Pignacca.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MÉDECINE LÉGALE; DE LA RESPONSABILITÉ MORALE DANS L'HYSTÉRIE; INSUFFISANCE DES DISPOSITIONS DE LA LOI DANS SES RAPPORTS AVEC LA FOLIE.

L'hystérie confirmée peut-elle être une cause ou une présomption de folie? entraîne-t-elle à sa suite, et fatalement, une telle soumission de l'intelligence aux passions, que l'irresponsabilité morale, et légale par conséquent, doive être non moins fatalement la consécration de ses méfaits. Telle est la question que se pose et que résout M. Legrand du Saulle, dans un très-remarquable article publié il y a deux semaines dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, à l'occasion, dit son auteur, d'un procès récent, et dont un autre procès, plus récent et plus terrible encore, n'amoindrit pas l'opportunité.

M. Legrand du Saulle, à la fin de ce travail, aussi intéressant dans sa forme qu'élevé dans ses principes, fait appel à la presse médicale et lui demande son concours. Nous lui apportons avec empressement le nôtre, moins pour ajouter à son œuvre des clartés nouvelles que pour servir de réflecteur à celles qu'a su répandre sur son sujet notre savant confrère.

L'article 64 du Code pénal affranchit de toute responsabilité « l'individu en démence au temps de l'action », et d'autre part la loi du 30 juin 1838 dispose « que tout aliéné dont la guérison aura été constatée devra être mis en liberté. » D'où la nécessité logique de la double intervention de la science dans l'appréciation de l'état mental de l'accusé « au temps de l'action » comme au temps de la guérison réelle ou apparente. Mais la loi n'a pas fait sur ces deux points la part sérieuse qui incombe tant au magistrat qu'à l'homme de science, et a livré la solution pratique aux conflits les plus regrettables, et pour l'acquittement dans un cas, et pour la mise en liberté dans l'autre. Aussi voyons-nous, à chaque instant, les divergences les plus notables séparer les dépositaires de l'autorité légale des seuls juges compétents de l'état mental des sujets; combien souvent le magistrat ne soupçonne-t-il pas de faiblesse ou d'indulgence systématique le médecin légiste appelé à opiner sur l'état d'un accusé; et que de fois, par contre, l'autorité administrative n'est-elle pas disposée à la défiance envers le médecin peu rassuré sur des guérisons plus apparentes que certaines!

C'est que des deux parts la loi, non plus que ses interprètes officiels, n'ont d'autre base dans leurs appréciations qu'une lettre fixe constatant une profonde ignorance des faits qui ressortissent à la psychologie morbide, et que sur ces sujets qui étaient hier encore dans les langes de la science, les progrès et les acquisitions s'accumulent chaque jour entre les mains des médecins aliénistes : une formule légale stéréotypée d'un côté, un cliché coulé dans l'airain; — de l'autre, la marche incessante de l'observation scientifique!

Ainsi qu'entend-on par *démence* (nous prenons ici, bien entendu, le mot dans son acception générale qui est celle de la loi, et non dans le sens spécial que lui donnent les aliénistes, démence veut évidemment dire ici folie)? Qu'entend donc la loi par folie? Elle ne le définit pas, et laisse au juge le soin de le faire et de poser les questions. Mais, sans prétendre rabaisser le mérite du juge, nous pouvons bardiment dire que le juge, même le plus éclairé, est bors d'état, non-seulement de définir, mais de reconnaître la folie en dehors des cas de manie généralisée ou de délire, que le commun des hommes reconnaîtra comme lui dès le premier abord du malade. Dans tous cas dépourvu des debors de la fièvre chaude ou de la divagation permanente, il faut, pour cette appréciation, le tact délicat non d'un savant seulement, mais d'une haute et profonde expérience, celui du seul médecin aliéniste même; car le médecin sans babitudes spéciales à cet endroit sera lui-même souvent au-dessous de son rôle. On nous dira, à cet égard, que le juge sait, en temps et lieu, faire appel à ces lumières pertinentes et uniques. Rien de mieux : nous ne faisons pas son procès ici. Il consulte en effet l'homme spécial, mais *peut* s'écarter et s'écarte souvent du sentiment de ce dernier; et c'est là que nous voyons un danger. Le médecin spécial sait plus ou moins sur le cas donné; il pourra plus ou moins errer. Le juge ne peut qu'errer, il ne sait pas. Il y a entre les deux situations la différence qui sépare un nombre quelconque de zéro, l'infini.

De même pour la relaxation du détenu aliéné. Le médecin aléniste seul peut juger de la guérison; seul, après dix, quinze, vingt ans de raison apparente, il peut frémir encore en signant l'exeat. On ne dira pas que nous inventons : M. Legrand du Saulle est un homme jeune encore. Eh bien, il relate dans son article deux faits terrifiants dans lesquels il a été témoin et acteur, et que nous reproduisons ici comme exemple saisissant des effroyables gravités cachées sous ces questions.

« Pinel rapporte l'observation d'un malade de Bicêtre qui, ayant égorgé ses enfants, assassina, au bout de seize ans, deux aliénés renfermés avec lui. M. Baillarger souvent cite l'exemple de ce Gleinadel qui, pendant vingt-six ans, a été poursuivi par le désir irrésistible de tuer sa mère, puis sa belle-sœur!

» Sans aller chercher nos exemples aussi loin, ajoute M. Legrand de Saulle, et en recueillant nos propres souvenirs, nous citerons deux faits qui nous ont bien frappé. Il y a sept ans et demi, à l'asile de Quatre-Mares-Saint-Yon, près Rouen, était séquestré un riche cultivateur, M. F., monomaniaque très-dangereux, et qui avait déjà tenté de tuer sa femme et ses enfants. Bien qu'il fût d'une douceur et d'une docilité remarquables dans l'intérieur de l'établissement, et que tout portât à croire qu'il était guéri de ses terribles impulsions, nous étions loin de le perdre de vue. Un jour, il s'évada. Pensant bien qu'il se dirigeait du côté de son domicile, et craignant qu'il ne roulât dans son esprit de sinistres projets, je partis sur-le-champ, et arrivai à destination deux heures avant lui. Je fis retirer toute sa famille, dont je n'essayerai pas de peindre l'effroi, et quand M. F. pénétra dans ses foyers, il n'y trouva que la gendarmerie. Réintégré le lendemain, il nous a avoué qu'il n'était parti que pour faire *maison nette*.

» Quelques mois après, à la maison impériale de Charenton, nous avons donné des soins à une jeune demoiselle anglaise qui, à l'âge de onze ans, avait essayé de se couper la gorge avec un rasoir et qui ne cherchait pas même à en dissimuler les horribles cicatrices. Bien résolue à en finir avec la vie, il demeurait évident pour nous que la malade recommencerait ses tentatives de suicide. Aussi lorsque la

FEUILLETON.

LA CHIRURGIE ET L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE. — ELOGES DE LOUIS (1).

Fondée en 1731, l'Académie royale de chirurgie fut, ainsi que toutes les autres sociétés scientifiques et littéraires patentées par l'Etat supprimée en 1793. Cette période de soixante années fut en quelque sorte l'âge d'or de la chirurgie française. C'est là, du moins, l'impression qui en est restée. Les noms de Mareschal, Lapeyronie, Lamartinière, J.-L. Petit, Morand, Louis, Ledran, Hévin, Foubert, Chopart, Brasdor, Lafaye, Sabatier, Majault, Desault, Peyrilhe, Lassus Baudelocque, Levret, Garengeot, etc., sont encore, après un siècle, familiers à nos oreilles. Chacun de ces noms est, en effet, comme l'étiquette de quelque invention ou découverte, instrument, procédé opératoire, méthode de traitement, fixation ou consécration d'un point important de théorie ou de pratique chirurgicales. Les Mémoires de ces savants hommes sont, dans le domaine de la chirurgie, comme les œuvres des écrivains du siècle de Louis XIV dans le domaine du goût et de l'art, les types de l'excellence. Ils sont réputés classiques. Leur autorité est telle qu'on a été jusqu'à dire — et M. F. Dubois n'hésite pas à répéter — que l'ensemble des préceptes, règles, méthodes formulés par eux forme « un *Code chirurgical* dont les articles ne sont pas encore abrogés. » Cette stabilité de principes et cette infaillibilité dogmatique seraient certes, dans l'histoire de la médecine, un fait non moins remarquable par son importance que par sa rareté. On pourrait cependant, ce semble, sans ingratitude et sans impiété à l'égard de ces Pères de la chirurgie, appliquer à leur œuvre commune cette remarque de l'illustre secrétaire, leur disant à eux-mêmes : « Il serait bien à désirer pour » le bien de l'humanité que la chirurgie se perfectionnât au point que tous » les dix ans, nous pussions corriger les livres que nous aurions estimés » comme excellents. Ce serait une preuve bien certaine du progrès de notre » art (1). » Or, si notre art a progressé, comme nous nous en félicitons tous les jours, combien de livres ont dû être corrigés, et combien d'articles du Code chirurgical ont dû être supprimés ou modifiés!

Il y aurait donc, en toute justice, un peu à rabattre, à cet endroit, tant sur les choses que sur les personnes. M. Dubois lui-même, tout soigneux gar-

(1) ÉLOGES lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie par A. Louis, recueillis et publiés d'après les manuscrits originaux avec une introduction, etc., par F. Dubois (d'Amiens). 1 vol. in-8. Chez J. B. Baillière.

(1) Éloge de Bertrandi.

famille demanda sa sortie, nous dûmes, MM. Calmeil, Loiseau et moi, nous y opposer d'une manière formelle. L'ambassadeur intervint auprès de M. le préfet de police, et toutes les difficultés furent levées. Deux mois après, miss W... avait pu prendre sur ses deux sœurs un tel ascendant, qu'elle les décida à mourir avec elle; les trois jeunes filles s'asphyxièrent. »

La conduite à tenir en de tels cas, seul le médecin aliéniste peut être en état de l'indiquer : le médecin non spécialiste n'a pas luimême à cet égard de lumières toujours suffisantes et *à fortiori*, en est-il de même du magistrat, de l'administrateur. La plus longue, la plus savante expérience au service de la raison et de la science, la fréquentation et la direction constantes des malheureux chez qui est obscurcie l'intelligence, sont seuls aptes à servir de guides dans ces appréciations du *quantum* de libre arbitre qui leur appartient encore. Seules elles peuvent conduire la conscience de celui appelé à décider de leur sort. Il faut, en de tels cas, que la loi soit « médecin, » et non pas qu'elle sooge à cotrôler le médecin, si ce n'est comme elle le fait de tout juge, au point de vue de l'indépendance et de la bonne foi de ses décisioos.

Quel autre que lui peut avoir une opinion tant soit peu probable sur la valeur du libre arbitre, juger de l'influence de la crainte, des punitions, de la conscience, des bons ou des mauvais traitements, des conseils ou des menaces sur une intelligence affaiblie? Qui peut, hors d'un asile d'aliénés, apprendre à connaître la relation qui place les débris plus ou moins épars de la raison sous l'action de telle maladie ou de telle condition héréditaire? Personne, assurément; un asile d'aliénés est au psychologiste ce qu'est l'autopsie au pathologiste, et rien n'y saurait suppléer.

Parmi les affections qui ont le système nerveux pour siége, plusieurs ont avec les troubles de l'intelligence une connexité logique et qui frappe instantanément le médecin. Mais le degré de cette connexité, la seule observation prolongée est en état de le lui mesurer. Les présomptions et les analogies y sont insuffisantes : seule l'expérience savante peut ne s'y pas tromper.

L'affaire récente qui a motivé le travail de M. Legrand en est un sérieux exemple. Le jury, on le sait, acquitta l'accusée presque tont d'une voix, l'ayant considérée comme privée de son libre arbitre lors de l'acte criminel qu'elle avait commis, car cet acte n'était point douteux; la magistrature, on le soupçonne, inclinait en tout autre sens. Et d'après les conversations auxquelles a donné lieu ce petit drame, il est patent que le plus grand désaccord régnait parmi les médecins eux-mêmes.

Mais régnait-il au même degré chez les médecins spécialistes? Cette constitution nettement hystérique reconnue chez l'accusée, la blanchissait-elle à leurs yeux complétement, ou du moins atténuait-elle sa culpabilité? Telle est la question que s'est posée notre confrère et sur laquelle nous nous plaisons à reconnaître qu'il a jeté une grande lumière.

Qu'est-ce que l'hystérie? s'est demandé d'abord M. Legrand du Saulle. Une susceptibilité spéciale du système nerveux; une affection dont le siége est dans le centre cérébral et les causes provocatrices assez multiples. Le monde la place, par suite de quelques exagérations d'origine médicale, invariablement dans l'appétit utérin; on sait aujourd'hui qu'il n'en est rien et que le désordre des affections passionnelles y a tout aussi grande part. Chez les hommes où elle est très-rare, mais se montre pourtant, ce point de départ ou de sollicitation est inconnu, et nous avons été témoin récemment des effets d'un nouveau moyen d'en provoquer le développement dans les révélatioos inattendues de l'hypnotisme.

L'hystérie n'est donc pas d'abord une affection dont le nom seul soit une honte et doive appeler le rouge au front des malades. Nous ne saurions trop haut protester, avec MM. Briquet et Legrand, contre le préjugé regrettable et souvent funeste qui place son étiologie dans la continence. Quand il est permis de rattacher son origine à quelques causes prises en dehors d'un trouble spontané des centres nerveux, on lui trouve pour points de départ les plus communs « les passions » et les affections morales tristes, telles que l'ennui de la servitude ou » d'un travail inaccoutumé, les préoccupations d'une existence pré» caire, les tracasseries provenant de liaisons illicites, les inquiétudes, » les contrariétés, les ruines de fortune, les attachements déçus, la » nostalgie, et surtout la jalousie qui, faisant d'ordinaire tous les » frais de la provocation hystérique, relèguent au dernier plan la » suprématie étiologique, trop souvent mise en cause, de l'appétit gé» nésique. »

Mais la question n'est pas là; et, eu égard à la communauté du siége, ce que nous avons à demander aux médecins aliénistes, c'est de nous dire si, en thèse générale, l'hystérie enchaîne la liberté morale, si une affection qui naît et se développe dans le système nerveux et à son centre, tient fatalement sous sa dépendance, et à quel degré, les facultés mentales? Nous donnerons ici la réponse textuelle de notre savant confrère; après avoir divisé en deux départements distincts les facultés psychiques sous les chefs de facultés affectives ou passionnelles et de facultés intellectuelles, M. Legrand du Saulle continue comme il suit :

« D'après les considérations qui précèdent, on a déjà compris que » l'hystérie pouvait énergiquement retentir sur les facultés affectives » et finir par en amener la lésion, mais que les facultés intellectuelles » restaient d'ordinaire intactes. La raison assiste à la ruine du cœur, » maiselle lui survit. Le trouble affectif est constitué au premier degré » par les *passions*, au second par l'*état de folie*. Les passions étant seules » mises en cause dans l'hystérie, et l'affectivité n'étant oblitérée qu'au » premier degré, nous ne nous préoccuperons point de l'état de folie, » *auquel l'hystérie ne conduit que par le fait d'une exception prodi-* » *gieusement rare.* »

Telle est donc la réponse de la science expérimentale : l'hystérie, sauf des cas très-rares, n'abolit pas la liberté morale. Par cette réponse, la science vient donc, *dans l'espèce*, à l'appui de l'opinion des magistrats, et montre ainsi combien ses tendances méritent peu la défiance dont elles sont trop fréquemment l'objet. En un cas où l'opinion générale s'écartait de celle des organes de la loi, la science vient à son secours et la raméoe : non, l'hystérie, au premier degré, n'enchaîne pas absolument le libre arbitre. Or qui pouvait nous l'apprendre, si ce n'est l'observation patiente et judicieuse d'un aliéniste éclairé?

« Mais, ajoute M. Legrand, si les passions laissent à la loi toute sa » liberté d'action en matière de répression, il n'en est pas moins vrai

---

dien qu'il soit et doive être de la bonne renommée des membres d'un corps dont l'illustration projette son éclat sur la moderne compagnie, son héritière, se montre bien plus sévère que l'histoire ne l'avait été jusqu'ici ponr quelques-uns d'entre eux. Il faut voir, par exemple, avec quelle rigueur il exécute ce fameux Morand, qui passa si longtemps pour une « des colonnes de la chirurgie, » dont le nom servit d'enseigne à Portal (HISTOIRE DE LA CHIRURGIE) pour désigner toute une époque chirurgicale, qui jouit de la plus vaste et de la plus populaire réputation, mais qui, en définitive, ne fut, selon toute apparence, qu'une de ces hautes médiocrités vaniteuses et impudentes que si souvent la Fortune patronne, patente, dote et décore, à la barbe et au scandale des vrais méritants! L'Académie elle-même n'est guère plus ménagée par M. Dubois, et le tableau véridique qu'il trace de ses affaires intérieures, des débats, des discordes, des querelles dont elle fut le théâtre, n'est, certes, pas toujours bien édifiant.

Mais quelque restriction qu'on doive mettre à l'espèce de culte, un peu superstitieux, dont l'ancienne Académie royale de chirurgie est l'objet, elle conserve néanmoins des droits incontestables à la large part d'influence et d'initiative que l'histoire lui attribue dans la constitution de l'Ecole chirurgicale française. C'est d'elle, en effet, que datent les premiers essais pour fonder la pathologie externe sur l'étude des lois de l'organisme, et la médecine opératoire sur une anatomie et une physiologie véritablement scientifiques. C'est par elle, ou du moins chez elle plus ostensiblement qu'ailleurs, que la chirurgie, sortant de l'état d'art purement mécanique et routinier, prit le rang d'une science pratique, rationnellement constituée. Par là elle se trouva assimilée à la médecine, ou plutôt elle était la médecine même, appliquée à un certain ordre de faits. Dès lors la séparation de fait et de droit, que les mœurs, la loi et l'ancienne constitution de la science établissaient entre la médecine et la chirurgie, et la subordination de celle-ci à celle-là, durent disparaître. En même temps que les deux domaines de l'art de guérir se confondaient, les professions s'égalisèrent. La fondation seule d'une Académie de chirurgie, comme institution royale, consacrait une révolution déjà accomplie dans l'opinion. A ce moment de triomphe la chirurgie, qui n'avait aspiré qu'à l'égalité, put être tentée de s'arroger à son tour la supériorité. Soutenue, portée par le vent de l'opininn, elle gagnait chaque jour en importance, en considération, en privilèges honorifiques et autres. Après avoir, en 1731, par son classement officiel parmi les professions nobles et libérales, conquis une position qui la faisait marcher de pair avec les savants, les écrivains, les artistes des autres académies, elle vit cinquante ans plus tard s'élever un majestueux palais, mis à son service par la munificence de l'Etat. Cet édifice était comme le temple de la chirurgie. Sa décoration ne rappelait, ne célébrait que des gloires chirurgicales. On y plaçait les effigies de J. Pitard, d'A. Paré, comme représentants de la Renaissance de la chirurgie en France; celles de Mareschal, de Lapeyronie, de Lamartinière, comme représentants de la chirurgie moderne, comme patrons des chirurgiens, comme fondateurs et bienfaiteurs de l'Académie royale. Ainsi dotée, honorée et logée, la chirurgie éclipsait manifestement la médecine. Arrivée à ce degré de faveur, elle dut s'estimer largement indemnisée de ses longs jours d'abaissement et de dépendance; et c'était peut-être alors

» cependant qu'elles sont une cause très-fréquente d'atténuation de responsabilité, et dans certains cas, connus de tous, d'exonération absolue » de toute pénalité; selon l'intensité de l'hystérie et selon le degré plus » ou moins concentré de perversion concomitante ou consécutive des » facultés affectives, il doit, d'après nous, y avoir ou responsabilité ou » atténuation de responsabilité; mais jamais, ou à peu près jamais, » irresponsabilité totale. Les seuls cas d'hystérie susceptibles, à notre » avis, de justifier l'application de l'art. 64, sont ceux qu'il n'est pas » impossible d'observer chez des jeunes filles et des femmes qui ont » reçu, avec la vie, le plus triste apanage héréditaire, qui marchent » irrévocablement, et dans un temps très-prochain, à la complète invasion de la folie, dont l'enfance a été essentiellement névropathique » et convulsive, qui ont subi des temps d'arrêt dans le développement » des facultés de l'intelligence et qui comptent surtout un grand » nombre d'aliénés dans leur famille. »

Avions-nous raison de dire qu'une expérience spéciale et éclairée pouvait seule trancher une question aussi complexe et combien, privée de son secours, la loi se trouvait dans l'impuissance de tenir raisonnablement sa balance?

Cette difficulté de détail ainsi résolue, si toutefois la généralité des psychologistes se rallie à la solution donnée par M. Legrand du Saulle, nous reviendrons à notre point de départ, et nous prendrons dans cette question même un point d'appui nouveau pour nos premières conclusions.

Toutes les fois que se présentera un cas de criminalité dans lequel il soit logiquement permis de soupçonner un trouble des facultés psychiques, le jury ordinaire et légal nous semble au-dessous de la mission que lui confie la loi. Il n'a pas les lumières scientifiques suffisantes. La loi ne pourra se dire et se croire toujours à la hauteur de la science que lorsqu'elle n'aura qu'à sanctionner les décisions d'un jury spécial formé d'éléments scientifiques, par exemple de médecins aliénistes et psychologistes assistés, en minorité, de magistrats ou de criminalistes.

Et d'autre part, comme le propose M. Legrand du Saulle, et à l'imitation de l'Angleterre, tout crime contre les personnes avéré et pour lequel la question de folie aura été tranchée par l'affirmative, devrait entrainer, à de très-rares exceptions près, et encore sous la garantie d'une nouvelle décision prise dans la même forme que la première, la privation perpétuelle de la liberté. Si la présence d'un ou deux cas d'aliénation dans la provenance héréditaire suffit trop souvent pour engendrer à nouveau la folie dans un descendant, com bien plus de présomptions et de craintes ne doit-on pas concevoir quand le sujet a, par lui-même, manifesté par un premier crime la faiblesse de sa volonté morale!

Le médecin aliéniste vous dit lui-même qu'après de longues années de raison apparente, il est encore dans les transes!

Législateurs! trêve à la défiance, c'est à tort que vous croyez chez le médecin à des préoccupations et à des faiblesses dangereuses pour la justice et la sécurité des personnes; s'il semble, d'un côté, plus indulgent que les dépositaires de la loi, voyez s'il n'est pas, d'autre part, autrement sévère qu'eux-mêmes, autrement plein, non de sollicitude, mais de préoccupations sérieuses à l'endroit de cette sécurité des innocents et des bons. Et s'il implore parfois l'indulgence de la pitié pour des malades mal à propos traités en coupables, là où il reconnaît ces malades dangereux, il devient plus sévère que vous, et n'hésite pas, quoi qu'il lui en coûte, à vous demander le sacrifice perpétuel de leur liberté à la sécurité publique.

GIRAUD-TEULON.

ANATOMIE.

NOTE SUR LES GLANDES LACRYMALES; par M. le docteur B. BÉRAUD, chirurgien des hôpitaux (lue à la Société de biologie, séance du 29 mai 1858).

Au moyen de divers acides, et plus spécialement de l'acide acétique, nous avons cherché à connaître la structure de la glande lacrymale. Nous sommes arrivés à des résultats qui modifient beaucoup les descriptions classiques, et que nous avons, depuis plus de deux ans, eu l'honneur de communiquer à la Société de biologie. En nous basant sur ces recherches très-nombreuses, longtemps poursuivies, et qui doivent faire le sujet d'un mémoire spécial, nous diviserons les glandes lacrymales en deux classes. Dans la première classe nous mettrons les glandes lacrymales qui font partie de la conjonctive, et nous les appellerons glandes lacrymales conjonctivales ou intrinsèques. Dans la deuxième classe, nous plaçons les glandes lacrymales qui, tout en se déversant sur la conjonctive, peuvent en être isolées facilement: ce sont les glandes lacrymales orbito-palpébrales ou extrinsèques. Nous ne voulons décrire ici que les glandes lacrymales de cette dernière classe.

Or ces glandes se divisent à leur tour en quatre groupes, qui sont: le groupe orbitaire, le groupe palpébral, le groupe oculo-palpébral supérieur et le groupe oculo-palpébral inférieur.

1° GROUPE ORBITAIRE.

Nous désignons sous ce nom la glande lacrymale proprement dite. Cette partie glandaire a reçu de notre part dans notre première communication le nom de groupe orbitaire, parce qu'elle est située plus ou moins profondément dans l'orbite. Pendant longtemps on n'a pas connu d'autre glande lacrymale que ce groupe, qui constitue donc la glande lacrymale des auteurs.

Situation. — La glande lacrymale proprement dite est située sur le côté externe de l'orbite dans une fossette dite lacrymale. Là, elle est logée dans une capsule fibreuse, qui l'isole complétement des autres parties molles de l'orbite. La fossette lacrymale est creusée sur la partie antéro-externe de l'orbite: aussi, quand la glande lacrymale est augmentée de volume, on peut en faire l'exploration, soit à travers la paupière, soit par le cul-de-sac conjonctival. Néanmoins, le plus souvent cette exploration ne sera fructueuse que lorsque la tuméfaction sera considérable. Chez quelques sujets même, ainsi que nous l'avons maintes fois constaté, cette glande se prolonge très-profondément en arrière, et peut arriver jusque vers les insertions du muscle droit ex-

---

la médecine qui aurait eu quelque raison de se plaindre.

Du reste, redisons-le, ces faveurs étaient méritées. La chirurgie avait dans l'espace assez court d'un demi-siècle, fait plus de progrès qu'à aucune des périodes les plus longues de son histoire. Elle avait entièrement changé de face. Par la nature de ses applications elle était mieux en mesure que la médecine d'admettre la méthode rigoureuse de recherche et de démonstration, d'atteindre à la précision des résultats, et, en général, de recevoir la forme positive que toutes les connaissances humaines tendaient alors à revêtir, et qui caractérise l'esprit scientifique moderne. Elle était ou pouvait être expérimentale, dans la rigueur du mot. A ce titre seul, elle se faisait favorablement accueillir d'un public éclairé, qui dûment endoctriné par les philosophes de l'Encyclopédie disait volontiers pour toutes choses avec eux: *res, non verba, quæso.* Lorsqu'une voie nouvelle est ouverte, les esprits les plus actifs y entrent, s'y pressent et s'y déploient avec l'énergie que donnent l'espérance des grands succès et le stimulant de l'émulation. C'est ce qui arriva pour les études chirurgicales; elles accaparèrent à leur profit la plus grande partie des forces vives de la génération médicale de l'époque. La médecine fut par suite un peu délaissée. Ses progrès, si elle en fit, furent bien moins retentissants, et dans tous les cas, plus contestables.

Les travaux de la Société royale de médecine, plus jeune à la vérité, de près d'un demi-siècle que l'Académie de chirurgie (1), et encore, en quelque sorte, à ses débuts, paraissent n'avoir eu ni la valeur scientifique, ni certainement la popularité de ceux de son aînée. Si son illustre secrétaire, Vicq-d'Azyr pouvait rivaliser de savoir et de talent avec Louis, il n'en était peut-être pas de même des membres des deux compagnies pris collectivement, bien que la Société médicale possédât quelques hommes de la plus grande distinction, tels que Thouret, Lorry, Macquer, de Jussieu, Hallé, Leroi, Mabon qui en furent les fondateurs. Mais les travaux de ces médecins n'avaient aucune direction bien déterminée. Ils ne révélaient aucune tendance vers un développement nouveau des idées médicales. Ils n'étaient que les représentants éclairés, mais inactifs, d'une science et surtout d'un esprit scientifique qui s'éteignait, tandis que la chirurgie accusait par son ardente initiative la présence et la vitalité d'un esprit nouveau. L'heure d'un essor réformateur dans la médecine n'était pas venue. Pinel et Bichat n'avaient pas paru.

Les titres de gloire les plus authentiques et les plus brillants de cette belle campagne de la chirurgie française dans le dernier siècle, appartenant à l'Académie royale de chirurgie, il y avait lieu de s'étonner et de regretter que les Éloges de ses membres, prononcés par le plus célèbre de ses secrétaires, ne se trouvent pas dans la collection de ses Mémoires. Ces Notices, œuvres d'une plume habile, d'un talent consommé, sont en effet, des documents précieux pour l'histoire de la chirurgie, en même temps que des titres d'honneur et de noblesse pour l'Académie de médecine. M. Dubois a fait du même coup cesser la surprise et les regrets en expliquant pourquoi et comment les ÉLOGES de Louis n'ont pas été publiés dans leur temps, et en les publiant lui-même aujourd'hui.

(1) La Société royale de médecine fut fondée en 1776.

terne; cela se voit surtout chez les jeunes sujets. Il résulte de cette disposition que l'extirpation de cette glande sera toujours plus ou moins difficile. Nous reconnaissons cependant volontiers que cette glande hypertrophiée tend à se porter en avant, et que dès lors cela favorise son extirpation.

Volume. — Son volume est égal à celui d'une petite noisette. Toutes choses égales d'ailleurs, cette glande est plus grosse chez l'enfant de 8 à 10 ans que chez l'adulte.

Forme. — Sa forme est celle d'un gros haricot, dont le hile serait tourné en avant, un peu en bas et en dedans. C'est par ce hile que sortent les canaux de la glande. Par la dissection dans l'acide acétique, on ne tarde pas à voir que cette masse, unique au premier abord, peut se séparer en deux lobes, et c'est dans la scissure qui existe entre les deux divisions que lui viennent ses vaisseaux et ses nerfs. Quand cette glande se prolonge beaucoup en arrière, elle n'a plus cette forme arrondie, elle s'allonge et ressemble alors à un rectangle irrégulier, qui rappelle un peu la disposition du pancréas.

Rapports. — En dehors et en haut, cette glande est en rapport avec le périoste de l'orbite, qui tapisse la fossette lacrymale. En dedans et en bas, la glande lacrymale est en rapport avec le muscle droit externe, qui la sépare du globe oculaire. Ce rapport explique pourquoi les tumeurs de cette glande dévient l'œil en dedans et en bas, puisqu'elle ne peut se développer sur le côté externe et supérieur, retenue qu'elle est par les os et le périoste.

Structure. — Par la dissection au moyen de l'acide acétique, il est facile de voir que cette glande est une glande en grappes, et qu'elle est composée de lobes parfaitement distincts, sans aucun lien vasculaire ou nerveux. Chacun de ces lobes est composé de plusieurs lobules, qui sont constitués à leur tour par des grains glanduleux. Tous ces grains, tous ces lobules ont des canaux qui se déversent dans un canal principal, qui parcourt le centre du lobe. De sorte que pour cette glande nous avons deux canaux seulement, ayant une direction parallèle vers le cul-de-sac oculo-palpébral; il ne faudrait pas croire qu'ils sont libres dans toute leur étendue jusqu'au moment où ils s'ouvrent à la surface de la conjonctive; ils reçoivent chacun et dans toute leur périphérie une série de canaux. D'où il résulte que la glande proprement dite est constituée par deux glandes parfaitement distinctes, très-allongées, partant de la conjonctive, et dont les lobules occupent, non-seulement l'orbite, mais l'épaisseur de la paupière. Ces lobules formeraient deux longues grappes; mais arrivées dans l'orbite, ils se pelotonnent pour constituer la glande ou la portion de glande que nous décrivons. Il nous semble dès lors très-rationnel d'admettre qu'il n'existe pas de glande orbitaire à proprement parler, et que ce que nous venons de décrire n'est en définitive qu'un prolongement de deux glandes palpébrales.

Artères. — Les artères de la glande lacrymale viennent de l'artère ophthalmique; quelques-unes traversent la glande pour se rendre aux paupières ou à la région temporale.

Veines. — Elles sont très-nombreuses; elles suivent les artères et vont se rendre dans les branches de la veine ophthalmique.

Nerfs. — Ces nerfs viennent de plusieurs sources, et c'est toujours la cinquième paire; ainsi, nous citerons le rameau du maxillaire supérieur et le filet qui est fourni par la branche ophthalmique. Du reste, la plupart de ces nerfs ne font que traverser la glande. Outre ces branches de la cinquième paire, la glande lacrymale reçoit un filet que nous avons signalé pour la première fois, et qui vient du ganglion ophthalmique en suivant l'artère lacrymale. Ce filet est très-volumineux; il nous a paru constant, et nous l'avons déjà montré à la Société de Biologie. Nous l'avons fait représenter dans notre atlas d'anatomie chirurgicale.

2° GROUPE PALPÉBRAL.

C'est ce groupe de glandes qui a été décrit par Rosenmüller. On le désigne tantôt sous le nom de *glande de Rosenmüller*, tantôt sous le nom de *glande innominée*.

Situation. — Lorsqu'on examine la portion externe de la paupière supérieure en avant de la fossette lacrymale, on trouve dans son épaisseur un corps glanduleux grisâtre, aplati de haut en bas, du volume d'un petit haricot; c'est là le corps glandulaire lacrymal que nous désignons sous le nom de *groupe palpébral.*

Cette situation nous rend compte de la tuméfaction de la paupière supérieure dans les tumeurs qui surviennent dans cette glande ou dans ses conduits. Elle nous explique la présence de ces tumeurs et de ces fistules lacrymales signalées par Schmith, Beer et M. le professeur Jarjavay. Comme ce groupe glandulaire est situé dans l'épaisseur de la paupière, on comprend que ses tuméfactions se montreront à la fois du côté du tégument externe et du côté de la conjonctive.

Rapports. — Ce groupe glandulaire est contenu dans une loge fibreuse formée par des expansions aponévrotiques fournies par le muscle élévateur de la paupière supérieure. Cette petite loge est fermée en dedans par un faisceau fibreux, ce qui sépare cette masse glandulaire du groupe que nous décrirons bientôt. En arrière, cette petite capsule fibreuse est en communication avec la capsule de la glande lacrymale par deux orifices étroits qui se trouvent sur le feuillet fibreux qui forme en avant la capsule lacrymale. En dehors et en bas, cette glande est séparée aussi d'un autre groupe par une bandelette fibreuse qui existe au niveau de la commissure palpébrale externe.

Structure. — Elle est la même que celle de la glande lacrymale proprement dite, c'est-à-dire que nous trouvons ici tous les caractères d'une glande en grappe. Nous allons examiner la disposition et le nombre de conduits offerts par cette glande. Cette glande de Rosenmüller n'est pas unique; par le moyen de l'acide acétique, on reconnait facilement qu'elle peut se séparer en plusieurs lobules, qui sont parfaitement distincts. Deux sont au centre de la masse, ils sont accolés; ce sont les lobules ou glandules qui, pénétrant plus loin que les autres, vont constituer en se peletonnant la glande lacrymale proprement dite. En outre, la glande de Rosenmüller est constituée par d'autres lobules qui ne dépassent pas la paupière, et dont le volume va en diminuant, à mesure qu'on s'éloigne à droite et à gauche des deux lobes dont nous venons de parler. Le nombre de ces lobes, qui sont autant de glandules distinctes, est très-variable. En dedans, il y en a généralement un plus grand nombre: nous en avons compté cinq, six, sept, huit et quelquefois neuf. En dehors, nous en avons trouvé deux,

---

L'*introduction* et les *Notes* qu'il y a jointes forment un complément historique et critique plein de curieuses et piquantes révélations. Il n'y aura donc pas, nous l'espérons, d'indiscrétion à revenir prochainement sur un ouvrage que recommandent si fortement le nom de l'éminent secrétaire de l'Académie royale de chirurgie, celui de son savant successeur et éditeur, et le patronage de l'Académie de médecine, sous les auspices et au nom de laquelle il est publié.

L. PEISSE.

— L'Association de prévoyance des médecins de Toulouse a voté son annexion à l'Association générale.

La commission générale de l'Association du Rhône a émis un semblable vote; sa proposition sera soumise au vote de la prochaine assemblée générale.

— Un assez grand nombre de médecins du département de l'Yonne se sont réunis à Auxerre le 14 de ce mois, et, après avoir adopté les statuts, se sont constitués en Société locale, agrégée à l'Association générale.

— Dans sa séance du 26 de ce mois, la Société médico-pratique a renouvelé son bureau, qui se trouve ainsi composé:

MM. Olterbourg, président; — Plouviez, vice-président; — Perrin, secrétaire général; — J. Gimelle, secrétaire annuel; — Janin, trésorier; — Bonnassies, secrétaire-trésorier; — Comperat, archiviste; — Trèves et Labarraque, référendaires; — Aubrun, Arcbambault et Moreau, membres du comité de publication.

— M. le docteur Charles Gachet, médecin aide-major à l'hôpital de Mostaganem, vient de mourir à Lille, sa ville natale, où il était en congé de convalescence, à l'âge de 35 ans.

— M. Auguste Retsin, docteur en médecine à Bruges, secrétaire de la commission médicale provinciale, conseiller communal, agrégé à l'Université de Gand, est décédé le 10 décembre, à la suite d'une courte maladie.

— La librairie médicale vient de faire une perte bien sensible, M. Germer Baillière a succombé à une pneumonie compliquée de symptômes ataxiques.

— La 4e chambre du tribunal civil de Lyon vient de condamner, pour *blessures volontaires*, le docteur A... à 100 francs, et le docteur B... à 50 francs d'amende, poursuivis pour avoir inoculé la syphilis à un enfant de 10 ans.

trois et quelquefois quatre. Si à ces conduits, qui représentent autant de glandules, nous ajoutons les deux canaux qui correspondent aux lobes de la glande lacrymale, nous aurons, pour l'ensemble de ce que l'on a décrit jusqu'ici comme glande lacrymale, un nombre de conduits qui peut varier de huit à quinze. Ce qu'il y a de constant, c'est le nombre de conduits de la glande orbitaire; ce qu'il y a de variable, c'est celui du groupe palpébral.

Quant aux vaisseaux et aux nerfs de la portion palpébrale de la glande lacrymale, nous les trouvons les mêmes que ceux de cette dernière glande. Eu égard aux nerfs, nous ferons remarquer que quelques-uns d'entre eux, après avoir traversé la glande, se montrent sur son bord antérieur. Là, ils sont disposés parallèlement, très-ténus et offrant des plis transversaux, de sorte qu'on pourrait au premier abord les prendre pour des canaux lacrymaux. Mais leur terminaison à la peau et aux glandes de Meibomius du côté externe de la paupière ne permet pas de rester longtemps dans le doute. Leurs flexuosités sont en rapport avec les mouvements incessants de la paupière, qui peut ainsi s'abaisser et s'élever sans les tirailler.

3° GROUPE OCULO-PALPÉBRAL SUPÉRIEUR.

Ce groupe de glandes lacrymales n'a pas été décrit avant nous, à notre connaissance du moins. Leur existence ne saurait faire l'objet d'aucun doute; nous les avons fréquemment observées, nous les avons fait dessiner, et nous les avons montrées à deux reprises différentes aux membres de la Société de Biologie. La première fois qu'il nous a été donné de les voir, nous nous étions servi de l'acide nitrique; mais plus tard nous avons poursuivi leur étude au moyen de l'acide acétique, qui a l'immense avantage de ramollir et de rendre transparents tous les tissus, tout en rendant opaques et blanchâtres les diverses glandes.

Ce groupe de glandes est situé dans l'épaisseur et à la base de la paupière supérieure, au-dessous du tendon de l'élévateur de cette paupière, immédiatement au-dessus du cul-de-sac oculo-palpébral supérieur. C'est à cause de cette situation que nous avons appelé ce groupe *groupe oculo-palpébral supérieur*. Cet amas glandulaire s'étend depuis le côté interne de la glande de Rosenmüller jusque vers le milieu et même jusque vers la partie la plus interne de l'orbite en suivant exactement la courbure du cul-de-sac oculo-palpébral.

Le *nombre* de glandes qui entrent dans ce groupe est assez variable; tantôt nous en avons trouvé trois ou quatre seulement, tantôt nous en avons trouvé jusqu'à quinze.

Leur *volume* est aussi très-variable; mais il va toujours en s'amoindrissant à mesure que l'on se rapproche de l'angle interne de l'œil. Ainsi les premières glandes, c'est-à-dire les plus externes ont, en général, le volume d'une tête d'épingle, tandis que les plus internes ont un volume de moitié plus petit. Quelquefois la glande qui termine le groupe en dedans est aussi volumineuse que celle qui commence la série en dehors.

Le plus souvent, nous avons trouvé ces glandes disposées régulièrement en une seule rangée avec un écartement entre elles parfaitement égal; mais il n'est point rare de les voir se grouper en petits groupes secondaires dans lesquels on peut compter trois ou quatre petites glandes qui toutefois ont leur conduit toujours distinct venant s'ouvrir à la surface de la conjonctive.

Leur structure, leur configuration en grappe est la même que celle des glandes lacrymales connues. Nous n'avons pas encore fait leur examen au microscope.

L'existence de ces glandes est propre à nous dévoiler la nature de certaines tumeurs de la paupière supérieure. Que désormais une tumeur apparaisse dans l'épaisseur de cette paupière et avant de prononcer le mot cancer, nous chercherons s'il ne s'agit pas tout simplement d'une hypertrophie de ces petites glandes. Déjà nous possédons une observation de semblable tumeur.

4° GROUPE OCULO-PALPÉBRAL INFÉRIEUR.

Ce groupe nous a été dévoilé par les mêmes moyens et pendant les mêmes recherches que le précédent. Il n'a pas non plus été décrit. Il commence en dehors de la glande de Rosenmüller et s'étend plus ou moins loin en suivant le cul-de-sac oculo-palpébral externe et inférieur.

Le nombre de glandules qui composent ce groupe varie de deux à six ou sept. Leur volume va en diminuant depuis leur point de départ dans la paupière supérieure, jusqu'à leur terminaison dans la paupière inférieure. Ces glandes n'avaient pas été vues avant nous, et si on avait constaté une ou deux glandes, on les avait rattachées à la glande de Rosenmüller.

Il résulte de cette description, que des tumeurs hypertrophiques glandulaires pourront encore se montrer dans le côté externe de la région palpébrale.

En résumé, si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les divers groupes glandulaires que nous venons de décrire, on voit que tous leurs canaux s'ouvrent par autant d'orifices sur le cul-de-sac oculo-palpébral. Ces canaux sont rangés d'une manière très-régulière, parallèlement, de sorte que vues du côté de la conjonctive, ils ressemblent aux dents d'un peigne. Le nombre des orifices de la glande lacrymale et des glandes lacrymales est bien plus considérable qu'on ne l'avait cru, puisqu'on peut en compter jusqu'à vingt-cinq ou trente.

Nous ajouterons une dernière réflexion qui nous est suggérée naturellement par ces recherches. En effet, que penser maintenant de cette opération qui consiste à extirper la glande lacrymale pour tarir la source des larmes? Vous pourrez bien enlever la glande orbitaire, vous pourrez bien à la rigueur disséquer minutieusement la paupière supérieure pour énucléer la glande innominée, mais jamais vous ne pourrez détruire les autres glandes, et voilà pourquoi les larmes couleront toujours, non-seulement par les deux groupes que nous venons de mentionner, mais encore par d'autres glandes très-nombreuses qui appartiennent à la conjonctive et sur lesquelles nous nous proposons de faire un travail spécial.

PATHOLOGIE INTERNE.

REMARQUES SUR LA DIATHÈSE HÉMORRHAGIQUE QUI SE MANIFESTE QUELQUEFOIS DANS LE COURS DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET DANS D'AUTRES AFFECTIONS AIGUËS OU CHRONIQUES; lues à la Société de biologie, par le docteur E. LEUDET, professeur titulaire de clinique médicale à l'École de médecine de Rouen, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Cette étude de la fréquence relative des hémorrhagies généralisées et pulmonaires dans la tuberculisation pulmonaire m'a engagé à étudier si les autres maladies chroniques ou aiguës présentaient une prédisposition plus ou moins marquée. J'ai suivi en cela l'exemple tracé par mon cher et savant maître M. Louis qui, à la suite de chaque symptôme, trace un exposé du même accident dans les autres affections.

Je n'insisterai pas sur les maladies aiguës: les pyrexies sont, au su de tous les médecins, des causes fréquentes d'hémorrhagies diathésiques, telles sont la rougeole, la scarlatine, la variole et la fièvre typhoïde. Je n'ai rien observé qui ne fût déjà indiqué dans les auteurs classiques relativement à la fréquence ou à la forme des hémorrhagies dans les fièvres; je dirai seulement que les hémorrhagies ne m'ont pas paru plus fréquentes à Rouen qu'à Paris.

Parmi les maladies aiguës, je citerai la pneumonie dans laquelle j'ai observé ces hémorrhagies: c'était une fois une hémorrhagie intestinale qui se répéta pendant six jours chez une femme de 62 ans qui succomba à une pneumonie, une autre fois un purpura hemorrhagica de la peau chez un enfant de 5 ans qui mourut des suites d'une pneumonie lobulaire. J'aurais à parler ici du nombre des maladies aiguës comme causes d'hémorrhagies généralisées des maladies du foie; mais eu égard à l'importance du sujet, je préfère les rejeter à la fin et traiter simultanément des affections aiguës et chroniques de cet organe.

Les maladies chroniques semblent prédisposer beaucoup plus à ces hémorrhagies diathésiques; en jetant un premier coup d'œil sur les variétés morbides dans lesquelles je les ai observées, je noterai, à côté de la phthisie pulmonaire, la pleurésie chronique, la néphrite albumineuse chronique, la pyélite calculeuse, la leucémie, la cirrhose du foie, comme les maladies aiguës de cet organe, les maladies du cœur. Je n'ai pas, bien entendu, classé ces affections diverses suivant leur degré de prédisposition aux hémorrhagies diathésiques. Ces maladies affectent toutes des organes dont l'intégrité est nécessaire à la formation ou à la rénovation du sang. Sans entrer ici dans la question si controversée et encore irrésolue par les physiologistes du rôle des organes dans la formation du sang, on ne peut hésiter d'admettre que le poumon, le cœur, le rein, le foie, les ganglions lymphatiques et la

rate ne soient des organes de formation de reconstitution ou d'épuration du sang; aussi est-il aisé de comprendre que leurs lésions doivent apporter de graves obstacles à la persistance de l'hématose parfaite. Ces considérations ont servi à M. Monneret, dans le travail indiqué plus haut, pour faire ressortir le rôle du foie dans la production des hémorrhagies. J'ai mentionné, au nombre des altérations viscérales, la leucémie, et quelques personnes pourraient croire, en France surtout, que j'ai commis une erreur en inscrivant, au nombre des lésions des solides, une altération humorale primitive. Dans un autre travail (Mém. de la Soc. de biol., 1858, *Des altérations viscérales dans la leucémie*), j'ai montré, comme l'a indiqué R. Virchow, les lésions des solides qui préexistent à celles du sang dans la leucémie; je n'ai donc pas à y revenir. Dans les observations de maladies chroniques que j'ai indiquées plus haut, j'aurais eu à m'occuper aussi de déterminer s'il n'existait pas une lésion du sang primitive ou consécutive commune à la plupart d'entre eux; mon incompétence eu semblable matière m'a empêché d'avoir recours à l'analyse chimique du sang; j'ai fréquemment constaté, d'autre part, que les éléments microscopiques du sang ne présentaient aucune lésion notable. Je n'ai donc aucune prétention de montrer la nature de l'altération du sang qui existe dans ces cas. D'autre part, en notant le plus souvent les résultats de l'auscultation dans les maladies chroniques, j'ai pu m'assurer que les malades qui ont offert des hémorrhagies diathésiques ne présentaient pas avant leur apparition de signes d'anémie.

Parmi les maladies cancéreuses, j'ai cherché à voir si le cancer de l'estomac prédisposait à l'hémorrhagie ailleurs que dans le tube digestif, où la perte de sang est pour ainsi dire mécanique; sur un nombre considérable de cas de cette maladie, je n'ai rencontré qu'une seule fois, chez un homme de 41 ans, un épistaxis peu abondant; par conséquent, eu égard à la rareté de l'hémorrhagie et à son mode de manifestation, il m'est permis de dire que, dans le cancer de l'estomac, la prédisposition aux hémorrhagies diathésiques est pour ainsi dire nulle. Chez deux malades, qui succombèrent aux suites d'un cancer du médiastin antérieur, j'ai rencontré, outre des épistaxis fréquents, des ecchymoses sous-cutanées, des hémorrhagies intramusculaires et sous-séreuses. Là se bornent les cas que j'ai rencontrés. Ce dernier cas pourrait peut-être, à juste raison, être considéré comme mixte, relativement à son mode d'action sur l'économie; en effet, au trouble nutritif apporté par le cancer, il faut joindre encore la gêne de la circulation dans les gros troncs vasculaires, occasionnée par la présence de la tumeur dans le médiastin antérieur.

Ces résultats me permettent de conclure que le cancer interne prédispose moins aux hémorrhagies diathésiques que le tubercule pulmonaire.

La pleurésie chronique serait, d'après les faits que j'ai recueillis, une cause plus fréquente de la diathèse hémorrhagique; en effet, je l'ai constatée trois fois. C'était chez un homme de 53 ans, atteint d'une pleurésie chronique successivement droite et gauche, une hémorrhagie intestinale abondante sans diarrhée ni lésion du tube digestif; chez les deux autres malades, on trouvait du sang dans la plèvre et dans l'épaisseur du foie, et même chez l'un d'eux sur la surface des reins et sous la muqueuse vésicale. Relativement au mécanisme de la production des hémorrhagies, ne pourrait-on pas comparer ces faits aux hémorrhagies généralisées qui se manifestent quelquefois dans le cours des infections putrides?

Personne n'ignore quelle est la fréquence des hémorrhagies, épistaxis, hémorrhagies intestinales et intraviscérales dans le cours de la néphrite albumineuse chronique; sans adopter la théorie encore très-controversée de l'urémie, on sait quelle altération profonde le sang présente dans cette maladie; cette apparition des hémorrhagies dans son cours n'offre donc rien d'étonnant. Je signalerai aussi dans 2 cas de pyélites calculeuses des hémorrhagies cérébrales mortelles, en faisant remarquer cependant que la diathèse hémorrhagique est beaucoup moins fréquente dans cette forme de lésion rénale que dans la précédente.

Je noterai enfin que je n'ai observé aucune hémorrhagie diathésique dans les maladies chroniques de l'intestin ou du cerveau.

Les lésions du foie et du cœur sont de toutes les maladies chroniques celles qui déterminent le plus souvent des hémorrhagies.

Pour étudier ce sujet, j'ai analysé 153 observations de maladies organiques du cœur et de l'aorte, recueillies par moi à l'Hôtel-Dieu de Rouen, et présentant des détails suffisants. J'ai rencontré beaucoup d'hémorrhagies variées. Ainsi, en négligeant les crachements de sang, dont la cause était peut être mécanique, je noterai six épistaxis, dont deux très-abondants; chez l'un des malades l'écoulement du sang fut assez abondant pour nécessiter le tamponnement; chez une femme de 70 ans, l'hémorrhagie nasale dura plusieurs jours. Tous ces malades présentaient un foie volumineux congestionné ou le foie muscade, ou enfin une fausse cirrhose. L'hématémèse a été relativement moins fréquent; ainsi je ne l'ai observé que deux fois chez une femme de 44 ans, présentant un rétrécissement de l'orifice aortique sans hypertrophie du foie, et une autre fois à la fin de la vie, chez un sujet atteint d'anévrisme par dilatation de l'aorte avec hypertrophie du cœur. Le foie était peu volumineux et granulé. L'hémorrhagie intestinale a été relativement plus rare, puisque je ne l'ai rencontrée que chez un malade homme de 68 ans, atteint d'un rétrécissement de l'orifice mitral, avec coarctation légère de l'orifice aortique; deux verres environ de sang pur furent expulsés de l'intestin peu de temps avant la mort; le foie était marbré, peu volumineux, un peu irrégulier à sa surface. Je n'ai observé qu'une fois une hématurie peu abondante chez un homme de 42 ans, atteint d'une dilatation de l'aorte. La présence du sang, qui était en petite quantité, ne fut constatée qu'à l'examen microscopique. Le péritoine peut être le siége de l'hémorrhagie chez une femme de 48 ans, qui succomba aux suites d'une hypertrophie du cœur avec lésion de l'orifice mitral; une des ponctions contenait une quantité notable de sang; le foie offrait les lésions de la fausse cirrhose. Chez un homme de 21 ans, une hypertrophie du cœur, avec rétrécissement mitral et hypertrophie considérable du foie, avait nécessité dix fois la paracentèse avant l'entrée à l'hôpital. La première ponction que je pratiquai donna écoulement à du sang liquide, qui se coagula dans le seau, et forma un caillot du poids de 700 grammes environ; deux autres ponctions, pratiquées dans l'espace de trois mois, ne présentèrent aucune trace de sang.

Nous avons donc eu, sur 153 cas de maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux, 12 cas d'hémorrhagies diathésiques sans compter les hémorrhagies pulmonaires. Je note ici que le foie était malade chez la plupart de ces sujets, me réservant de revenir plus loin sur cette question.

Sur 65 cas de maladies du foie dont 29 d'ictère simple, j'ai rencontré 14 fois des hémorrhagies diathésiques, proportion relativement plus élevée que dans toute autre variété de maladies. La cirrhose du foie semble, plus que toute autre maladie de la glande hépatique, prédisposer à ces hémorrhagies; ainsi dans toutes les observations de cette affection que j'ai recueillies, j'ai noté des écoulements de sang; c'était 4 fois des épitaxis plus ou moins abondants, se répétant surtout vers la fin de la maladie, et nécessitant quelquefois un traitement spécial et même le tamponnement; chez un homme de 33 ans un vomissement de sang rouge abondant occasionna la mort, et néanmoins l'autopsie ne fit reconnaître aucune lésion des tuniques de l'estomac; 2 fois, dans le cours de la cirrhose, des malades rendirent par l'anus une quantité assez considérable de sang clair rutilant et se coagulant dans le vase destiné à le recueillir. Ces deux malades, traités par les astringents, guérirent de ces hémorrhagies et quittèrent l'hôpital dans un état stationnaire. Je n'ai recueilli qu'un cas d'hémorrhagie interne et un autre d'écoulement sanguin par une oreille. Les hémorrhagies furent relativement moins fréquentes dans les autres maladies du foie; ainsi sur 3 cas de calculs biliaires avec hémorrhagies j'ai rencontré une fois un épistaxis, une fois une hémorrhagie intestinale, une fois une hématurie et deux fois une pleurésie hémorrhagique. Dans ces 3 cas l'oblitération complète des tumeurs hépatique ou cholédoque avait suspendu l'excrétion de la bile dans le tube digestif. L'ictère simple présente plus rarement encore ces hémorrhagies; ainsi je n'ai observé un épistaxis qu'une fois et chez un autre malade un purpura. La malade qui présentait ces ecchymoses de la peau avait été atteinte d'un ictère à la suite d'une émotion morale vive. Tout en signalant cette rareté relative de la diathèse hémorrhagique dans les ictères simples, je ne peux négliger de tenir compte de ces cas d'ictère malin, heureusement rares, dans lesquels les hémorrhagies survenant simultanément par plusieurs organes, entraînent une mort rapide. Cependant, il est manifeste que les affections du foie sont une des causes les plus fréquentes d'hémorrhagies diathésiques, et la plus commune de toutes est probablement la cirrhose. On pourrait attribuer peut-être à l'action du foie hypertrophié et altéré dans cette maladie, la fréquence des hémorrhagies dans la leucémie. Qu'elle soit précédée d'une lésion de la glande hépatique seule ou simultanément de la rate, ou d'une simple hypertrophie de la plupart des ganglions lymphatiques du corps, la leucémie est le plus souvent accompagnée d'hémorrhagies diathésiques par les fosses nasales, les voies aériennes, ou le tube digestif.

Cette fréquence des écoulements sanguins anormaux dans les maladies du foie et surtout dans la cirrhose du foie est, du reste, admise par la plupart des médecins. « Il n'est aucune maladie du foie, » dit M. Mon-

neret (*loc. cit.*, p. 650) dans laquelle l'hémorrhagie survienne plus fréquemment que dans la cirrhose vraie, » et il cite également, comme je l'ai fait plus haut, plusieurs cas d'hémorrhagies nasales gastriques, intestinales et même une par les gencives qui, pour la rareté du fait, pourrait être rapprochée de celle que j'ai signalée par un conduit auditif externe. Déjà Bright, dans un excellent mémoire, trop peu consulté et trop peu connu sur la cirrhose du foie (REPORTS OF MEDICAL CASES, 1827, p. 105, obs. 31), insiste sur les hémorrhagies intestinales dans la cirrhose, faits que viennent confirmer l'expérience si vaste et si judicieuse de M. Budd (DISEASES OF THE LIVER, p. 146, 2e éd., 1852), celle de M. Henoch (KLINIK DER UNTERLEIBS KRANKH., v. I, p. 136, 1re éd.) et de M. Bamberger (VIRCHOW'S HANDB. DER PATH. U. THERAP., v. VI, p. 574, 1855).

L'oblitération des canaux biliaires par des calculs, ai-je dit plus haut, peut être aussi une cause de production de la diathèse hémorrhagique; je l'ai prouvé par ma propre expérience et je citerai encore, à l'appui de cette proposition, les faits de R. Bright (GUY'S HOSP. REPORTS, v. V, p. 298, obs. 12), de M. Andral (obs. 49), de M. Durand Fardel (RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS ANATOM. DE LA VÉSICULE BILIAIRE. ARCHIV. GEN. DE MED.; 1841, p. 480), enfin celui de M. Bouisson (DE LA BILE, p. 138).

J'ai à dessein insisté sur la fréquence des hémorrhagies dans les maladies du foie, afin de montrer d'avance par induction clinique que la diathèse hémorrhagique que j'ai, comme tous les médecins, notée dans les maladies du cœur, est très-probablement occasionnée par l'affection du foie épiphénomène de celle du cœur. M. Monneret a catégoriquement rapporté à cette cause la diathèse hémorrhagique constatée par d'autres auteurs; on pourra en juger par le passage suivant (*loc. cit.*, p. 651) « A une période en général assez avancée des maladies du cœur, on voit apparaître quelquefois l'ictère et l'épistaxis; on peut être alors sûr que le foie est congestionné ou atteint de cirrhose vraie, complication qui est beaucoup plus rare que la congestion hépatique avec laquelle on a à tort confondu la cirrhose. Nous n'hésitons pas à dire que ces hémorrhagies, observées d'ailleurs assez rarement dans les maladies du cœur, sont favorisées dans leur développement par la maladie du foie et particulièrement par la cirrhose ou par les congestions en partie mécaniques qui en sont très-distinctes. Dans les deux cas le sang gêné dans son cours subit plus tard une modification dans sa composition chimique. »

Depuis les recherches de Bright, Hallmann, Frerichs, etc., on a constaté dans les caractères anatomiques et l'évolution morbide de la cirrhose du foie les caractères d'une phlegmasie; aussi quand on se rappelle que l'altération du foie dans les maladies du cœur a été également rattachée aux phlegmasies, comprend-on facilement la cause de la fréquence des hémorrhagies diathésiques dans la cirrhose et dans les maladies du cœur compliquées d'une lésion du foie.

Conclusions. — 1° Des hémorrhagies apparaissent quelquefois simultanément dans le cours de la phthisie pulmonaire dans plusieurs organes. Ces écoulements de sang peuvent se manifester isolément ou simultanément par l'intestin, par le nez, dans les urines, dans les muscles ou à la surface de la peau.

2° Ces hémorrhagies sont quelquefois assez abondantes pour mettre en danger la vie des malades.

3° Elles surviennent en général à une période assez avancée de la phthisie, surtout dans la forme aiguë ou dans les recrudescences aiguës de phthisies antérieurement chroniques ou latentes. Cependant cette règle n'est pas absolue, car on les observe aussi, mais plus rarement, dans la forme chronique.

4° La diathèse hémorrhagique n'est pas due à une plus grande prédisposition aux hémoptysies, car ces malades n'en ont pas présenté de plus nombreuses ou de plus abondantes que les sujets qui n'ont pas eu d'hémorrhagies diathésiques.

5° Les phthisiques de la localité ne présentent pas plus souvent d'hémoptysies que ceux observés à Paris ou à Londres.

6° Ces hémorrhagies diathésiques n'ont guère été observées par moi que dans la pleurésie chronique, le cancer du médiastin antérieur, les maladies du foie, celles du cœur compliquées de maladies du foie, les lésions du rein.

7° Ce sont les maladies du foie et la cirrhose en particulier dans lesquelles ces hémorrhagies surviennent le plus souvent.

CHIRURGIE PRATIQUE.

TUMEUR VEINEUSE DE LA RÉGION POSTÉRIEURE ET SUPÉRIEURE DE LA CUISSE GAUCHE; ÉCRASEMENT PAR LES POUCES, PERFORATION ET CAUTÉRISATIONS SUCCESSIVES PAR LE NITRATE D'ARGENT; CONSERVATION DE LA PEAU RECOUVRANT LA TUMEUR; GUÉRISON; par A. BERNARDIN LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

OBS. — Manmenée (Théodore) de Paris, musicien et dentiste, 58 ans, venant de Stroppiana, est reçu aux numéros d'ordre général 926, et du lit 352 à l'hôpital de Verceil, le 10 avril, et sort guéri le 4 juillet 1858. La tumeur commence 2 centimètres plus bas que le pli transversal de la fesse. Elle occupe la partie postérieure et supérieure de la cuisse gauche. La hauteur de la tumeur est à peu près de 14 centimètres, sa largeur est de 12 centimètres. Circonférence de la cuisse gauche prise sur la moitié de la tumeur, 51 centimètres; circonférence de la cuisse droite mesurée à la même hauteur, 44 centimètres; diamètre antéro-postérieur de la cuisse gauche, 18 centimètres; diamètre antéro-postérieur de la cuisse droite, 13 centimètres. La tumeur ne donne point de pulsations artérielles : je la crus de nature veineuse. Le système veineux des extrémités supérieures ne présente rien d'anormal. La région postérieure de la cuisse gauche est variqueuse; les régions postérieure et supérieure de la jambe et la partie latérale externe et interne sont dans les mêmes conditions. Le dos du pied et la partie antérieure de la jambe et de la cuisse ne présentent pas de varices. Il y a une tache veineuse à la partie interne de la cuisse gauche et de la cuisse droite. Les veines saphènes gauche et droite, près de la tumeur, sont grosses; audessus des taches leur volume est naturel. Il y a deux ans, le malade a reçu un coup de pied de cheval à la région postérieure de la cuisse. L'état veineux de la partie, déjà naturellement trop développée, s'étant accru, il se forma une énorme tumeur veineuse. En examinant la tumeur par l'auscultation et en l'explorant par les doigts, je n'ai jamais aperçu ni aucun bruit ni le plus léger frémissement. Ayant jugé la tumeur de nature veineuse, j'ai cru devoir la traiter par les cylindres de nitrate d'argent.

11 avril. *Ponction exploratrice.* Avec une aiguille à cataracte, je pratique une ponction sur la partie centrale et proéminente de la tumeur. Il en sort quelques gouttes de sang. Avant et après la ponction, j'écrase la tumeur dans tous les sens avec les doigts, et principalement avec les pouces, pour exciter en dedans de la tumeur un travail inflammatoire capable de la résoudre.

12. Douleur névralgique s'étendant jusqu'au calcanéum.

12. Trois heures du soir. La tumeur est chaude, la douleur diminue.

13. Emulsion nitrée, cataplasme résolvant par application continue sur la tumeur.

17. Diminution de la tumeur, sa couleur devient violacée; il n'y a pas de fièvre.

19. Le centre de la tumeur se ramollit; elle est toujours dure à sa base.

20. La tumeur est silencieuse. Ecrasement à sa base par les pouces.

21, 22, 23. Ecrasement de la base de la tumeur qui est toujours froide et livide.

26. La tumeur devient toujours plus molle, sa couleur se fait plus livide, la base de la tumeur est toujours dure.

27. La tumeur travaille, ce sont les paroles du malade; fièvre.

28. Un petit point noir se trouve dans le lieu sur lequel on a fait la ponction, et il en sort une goutte de sang caillé.

Première cautérisation. Par le petit trou de la ponction, d'où sortent quelques gouttes de sang en comprimant les côtés de la tumeur, j'introduis perpendiculairement un cylindre de nitrate d'argent jusqu'à la profondeur de 4 centimètres; je le laisse quelques instants dans sa position perpendiculaire, ensuite je le tourne obliquement jusqu'à ce qu'il soit consumé du tiers. Il n'y a point d'hémorrhagie.

29. *Deuxième cautérisation.* J'introduis perpendiculairement dans la tumeur le même cylindre, jusqu'à la profondeur de 6 centimètres.

30. *Troisième cautérisation.* La tumeur devient plus molle. Profonde cautérisation à la périphérie de l'escarre.

1er mai. Le malade n'a point de fièvre; l'escarre est adhérente.

3. Tumeur toujours plus molle, moins volumineuse, non pas chaude; l'escarre est toujours adhérente.

Quatrième cautérisation perpendiculaire et oblique à la périphérie de l'escarre. Le cylindre pénètre jusqu'à la profondeur de 6 centimètres.

4 mai. Phlegmon traumatique de la tumeur, qui devient plus molle et qui est chaude. La chaleur ne s'étend pas au delà de la tumeur. Le malade n'a point de fièvre. *Cinquième cautérisation* exécutée comme la précédente. L'escarre est toujours adhérente, et elle grossit de plus en plus tous les jours par les couches apportées par chaque cautérisation.

5 mai. *Sixième cautérisation.* Profonde cautérisation sous-cutanée à la périphérie de la tumeur et de l'escarre.

6 mai. *Septième cautérisation*, exécutée comme la précédente. Le cylindre pénètre jusqu'à la profondeur de 7 centimètres, et on le laisse consumer en

totalité. Il n'y a pas de fièvre. L'escarre est très-grosse. Une partie de cette escarre, proéminente au-dessus de la tumeur, est dure et résonne quand on percute.

7 mai. Travail suppuratif de la tumeur, qui s'ouvre dans sa partie centrale. Poudre de *santonica* et de *corallina*, 2 grammes; persulfate de quinine, 50 centigrammes, donnés à la méthode préventive.

8 mai. L'ouverture spontanée se dilate de plus en plus. Rescision de la portion de l'escarre proéminente en dehors de la tumeur. La portion rescisée est dure et sèche comme le stockfisch. Diamètre transversal et diamètres supérieur et inférieur de l'escarre, 4 centimètres.

9 mai. L'escarre est située en dedans de l'ouverture spontanée. Portion de l'escarre est encore aujourd'hui sortant de la tumeur; on procède de nouveau à la rescision de l'escarre au niveau de la peau. La portion de l'escarre incisée et la portion restant en place présentent à leur surface dans le coup de l'incision des vaisseaux aplatis, incisés en travers, serrés les uns contre les autres, conglutinés par des filaments intermédiaires. L'escarre tourne sur son axe, la tumeur est diminuée de beaucoup. *Huitième cautérisation* à la périphérie de l'escarre et par l'ouverture spontanée de la tumeur.

10 mai. *Neuvième cautérisation*. La tumeur est affaissée; sortie d'humeur mêlée aux débris du caustique par l'ouverture spontanée. La peau est mobile sur l'escarre; l'escarre tourne sur elle-même.

11 mai. La compression faite sur les côtés de la tumeur fait ouvrir les vaisseaux incisés. La tumeur se réduit presque entièrement à l'escarre; en la comprimant sur les côtés, l'escarre sort; elle pèse 85 grammes qui, en ajoutant d'autres petites parties qui étaient libres dans la cavité, plus les autres portions incisées antérieurement, peuvent former un poids de 100 grammes. J'injecte une solution de nitrate d'argent dans la cavité de la tumeur qui n'était pas profonde. L'escarre, sortie par la pression, était presque entièrement isolée. Le tissu de l'escarre était semblable à celui du placenta. Probablement la tumeur était douée d'une couche du tissu laminaire qui la séparait des autres tissus.

11 mai. Le malade dort tranquillement à l'heure de la visite.

12 mai. Les parois de la tumeur sont affaissées. J'introduis le cylindre de nitrate d'argent par l'ouverture spontanée pour cautériser la cavité.

13 mai. Les parois de la tumeur s'affaissent de plus en plus.

15 mai. La cavité de la tumeur s'est beaucoup rétrécie, la restauration des parties est bien avancée.

17 mai. La tumeur est complètement affaissée.

18 mai. Elle est réduite à l'ouverture fistuleuse. Adhésion complète des parois de la tumeur.

20 mai. La tumeur était située sur la partie centrale de la région postérieure de la cuisse entre les muscles de la région externe et les muscles de la région interne.

26 mai. L'ouverture spontanée est entièrement fermée; les parois de la tumeur à la périphérie de l'ouverture de l'escarre se sont détachées de nouveau dans une étendue de 3 centimètres. J'introduis un cylindre au-dessous des parois détachées long de 3 centimètres, et je le laisse consumer à moitié. Je fais pénétrer un peu de sel commun pour garantir la peau de l'action du caustique.

28 mai. Sortie de l'escarre. Les parois de la cavité sont encore détachées; légère cautérisation.

31 mai. Sortie de l'escarre; embarras gastrique; huile d'olive.

4 juin. Adhésion des parois; cicatrisation complète. Sortie du malade.

Analyse du procédé opératoire. — Le résultat de l'opération a été satisfaisant. On a évité les incisions, et par conséquent les cicatrices. Par la cautérisation était naturellement empêchée l'absorption purulente. La méthode de la ponction par les cylindres de nitrate d'argent convient dans le traitement des tumeurs veineuses. Je l'ai déjà employée beaucoup de fois dans les hémorrhoïdes, et la guérison a été toujours prompte et facile. L'écrasement linéaire détruit la peau, que nous avons entièrement conservée. L'extirpation est toujours une grave opération; une forte hémorrhagie peut en résulter. Dans les tumeurs érectiles de la joue, etc., j'ai évité l'hémorrhagie en portant d'un seul coup l'incision profondément au-dessous des tissus atteints, ne pouvant, *à priori*, déterminer la profondeur de la tumeur; d'autre part, les organes du mouvement devant être respectés, la méthode d'une profonde incision n'était point applicable; on aurait pu employer l'énucléation de la tumeur, mais elle aussi est bien inférieure à la méthode de la ponction et des cautérisations successives. Que dois-je dire de l'écrasement pratiqué par les doigts? C'est la première fois que j'ai recouru à cette méthode; je ne l'ai pas employée seule, mais je lui ai adjoint la ponction et la cautérisation, et en conséquence je ne puis porter aucun jugement sur cette méthode.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les fascicules de juillet, septembre, octobre, novembre et décembre 1858 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Kératite gangréneuse*, par M. Posta. 2° *Euchantis fongueux avec blépharoptose de la paupière supérieure de l'œil gauche traité par le cautère actuel*, par M. Posta. 3° *Recherches sur les ulcères des conduits aériens*, par M. Lauro. 4° *Observation clinique, pathologique et physiologique sur un abcès de la rate*, par M. Salerno. (Cette maladie rare, dont le diagnostic ne peut être établi pendant la vie, ne donna lieu qu'aux symptômes suivants : douleur épigastrique vive, pendant laquelle une sensation de froid se répandait de temps en temps dans la personne; cette sensation devenait plus intense et plus spéciale toutes les fois que le malade buvait de l'eau froide. Peau jaune pâle, léger trouble du pouls. A l'autopsie, on trouva la rate entourée d'adhérences fortes et tenaces; son volume petit, périphérie dure, fluctuation au centre; une incision en fit sortir un pus fétide et de couleur lie de vin. Tous les autres organes étaient sains.) 5° *Principes fondamentaux de pathonomie*, par M. Piceirilli. 6° *Études sur les corps mobiles articulaires*, par M. Amabile.

KÉRATITE GANGRÉNEUSE; par M. Posta.

De nombreux travaux ont été publiés sur la kératite; mais il y est peu question de la kératite gangréneuse. En voici deux observations :

Obs. I. — Une enfant de 18 mois, d'une habitude lymphatique, avait été prise à 10 mois d'une fièvre à caractère nerveux. Celle-ci passée, la jeune enfant demeura quelque temps dans une telle prostration de force, qu'elle pouvait à peine soutenir sa tête sur le tronc.

Huit mois après, M. Posta fut appelé à lui donner des soins, et vit avec surprise que les cornées, légèrement enflammées, avaient une teinte verdâtre, avec congestion grave dans les sclérotiques et de la photophobie.

Le jour suivant, il observa, avec une surprise plus grande encore, que les cornées étaient purulentes et qu'une tache noire assez remarquable s'observait au centre des deux cornées. Les yeux étaient dans un état d'hébétude, et une légère pression exercée sur les cornées noircies, à l'aide d'une petite sonde d'argent, n'amena aucun mouvement chez l'enfant. La kératite était passée rapidement à la gangrène, et l'enfant demeura aveugle pour toujours.

La forme des yeux de cette malheureuse enfant était comme celle de l'hypopyon ordinaire; seulement l'aspect de la cornée était d'un gris obscur, avec sensation de mollesse dans la cornée insensible, et à chaque pression sur les yeux, il y avait un clignement momentané sans apparence de douleur.

Le passage de cette étrange kératite à la gangrène eut lieu dans le court espace de 24 heures.

Obs. II. — Une femme de 33 ans, villageoise, mère de deux fils, après être restée de nuit quelque temps exposée à l'humidité dans la campagne, fut prise, le matin suivant, d'un léger prurit aux paupières et d'une photophobie très-légère dans l'œil droit.

Elle vint aussitôt à la visite de M. Posta, qui constata une kératite externe de l'œil droit avec un commencement d'épanchement fibro-plastique à travers les premières lames. Saignée du bras, sangsues à la tempe droite; fomentation émolliente dans la journée.

Le lendemain, l'œil présentait une myriade de petits vaisseaux enflammés. La couleur de la cornée ressemblait à l'eau de mer. Tout à fait en face du trou pupillaire, on voyait une tache noire, mollasse, indolente à la pression, et la cécité était complète dans l'œil. On jugea qu'il s'agissait de la kératite gangréneuse et que l'œil était absolument perdu. Les remèdes employés n'eurent aucun succès; ensuite vint la perforation de la cornée gangrénée, l'œil se changea en un bulbe complètement atrophié.

PATHOGÉNIE DES CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES; par M. Amabile.

Les corps étrangers mobiles de l'intérieur des articulations ne sont point un produit de l'inflammation.

C'est une hypertrophie tantôt limitée à une seule frange, souvent étendue à plusieurs et même aux têtes osseuses, tantôt limitée à une seule articulation, tantôt répandue à plusieurs articulations et à tout le système osseux.

La phlogose peut accompagner cette disposition morbide, elle peut

même la déterminer; mais elle ne le fait pas toujours, plutôt même elle la suit.

D'une part, il y a erreur à voir des métamorphoses d'abord fibreuses, ensuite cartilagineuses, puis osseuses dans les exsudations plastiques du procédé inflammatoire. D'autre part, il est un fait sur lequel il faut insister, c'est l'existence des cellules cartilagineuses dans les franges synoviales. Un plasma est nécessaire à toute formation nouvelle, mais l'inflammation n'est pas nécessaire pour que ce plasma soit produit.

La pathogénie du corps cellulaire est donc claire. Supposé un travail hypertrophique dans ces franges synoviales, le plasma répandu autour des cellules cartilagineuses développe ses propriétés morphologiques non dans le sens fibrillaire, mais directement dans le sens des cellules de cartilage. L'ossification suit promptement cette cartilagification.

C'est donc une hypertrophie, un développement contre nature de la partie cartilagineuse normale, à laquelle toutefois vient succéder l'ossification.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Les numéros des six derniers mois de 1858 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Contre ce qu'on nomme le solidisme*, par M. Franceschi. 2° *Histoire d'une affection soporeuse (carus) associée aux contractions toniques des membres gauches, pendant cinq jours entiers*, par M. Madruzza. 3° *Quelques réflexions sur le cas de carus rapporté par M. Madruzza*, par M. Franceschi. 4° *D'une luxation postérieure consécutive du fémur réduite par la méthode italienne*, par M. Golinelli. 5° *Courtes réflexions sur les lésions pathologiques rencontrées dans une hernie crurale droite et dans une autre inguino-scrotale gauche*, par M. Casati. 6° *La vie et la psychologie*; par M. Polito. 7° *Essai d'un traité des maladies hypocondriaques* (continuation), par M. Belli. 8° *De divers remèdes à action anthelminthique et particulièrement de l'absinthe*, par M. Prati. 9° *Sur une nouvelle manière de découvrir promptement le sac péritonéal dans la hernie étranglée, au moyen de l'acupuncture*, par M. Colinelli. 10° *Sur l'eau ferrugineuse de Varano*, par M. Terzi. 11° *Sur le mouvement rétrograde des veines émulgentes, et de l'importance qu'il mérite relativement aux diurétiques*, par M. Franceschi. 12° *Sur la lithiase biliaire*, par M. Santopadre. 13° *Quelques réflexions sur la herniotomie et spécialement sur la méthode anglaise*, par M. Malagò. 14° *Sur la miliaire*, par M. Turclietti. 15° *Des kystes ovariques; résumé des discussions qui ont eu lieu à leur sujet à l'Académie de médecine de Paris, et réflexions*, par M. Franceschi. 16° *Préparation au cours de thérapeutique et matière médicale de l'année scolaire* 1858-59, par M. Franceschi. 17° *L'autocratie de la vie, comme fondement de la science biologique*, par M. Verdinelli. 18° *Sur l'hydrocèle en bissac*, par M. Schiaroli. 19° *Réponse à un article de la Bibliothèque italienne des sciences médicales, intitulé* SUR L'UROPOIÈSE, *doctrine de l'école médicale de Bologne*, par M. Franceschi.

LUXATION POSTÉRIEURE CONSÉCUTIVE DU FÉMUR; par M. GOLINELLI.

OBS. — Un portefaix de 52 ans, portant sur l'épaule droite un sac de riz, en descendant un degré élevé glissa en avant avec le pied droit qui déjà touchait sur le plan du chemin. L'équilibre était perdu, il laissa tomber le sac sur le gras de la jambe gauche qui naturellement était fléchie. Il tomba les jambes écartées sur le sol, le membre droit en avant et en bas, le gauche en haut et en arrière. Transporté à l'hôpital, on constata les signes suivants : membre gauche plus court de 2 pouces que l'autre; le genou et le pied étaient tournés en dedans, l'un montant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse droite, l'autre correspondant par son bord interne au-dessus de la malléole interne du tibia de son congénère. On rencontrait le grand trochanter au centre de la fesse et la tête du fémur appliquée à l'os sacré. L'allongement du membre était difficile, comme aussi la rotation en dehors de la pointe du pied. On diagnostiqua une luxation postérieure et supérieure du fémur sur l'os iliaque. Il n'était pas douteux qu'il n'y eût déchirure du ligament rond et aussi de la capsule articulaire en avant et en bas.

La douleur était très-violente à la cuisse et le malade ne pouvait supporter le moindre mouvement; on ajourna la réduction. Saignée du bras, purgation; fomentations vinaigrées sur la hanche. Plus tard, frictions belladonnées, cataplasme, saignée nouvelle, etc.

Trente-six heures après la chute, le malade fut placé sur le flanc droit sur un matelas par terre. Un aide lui tenait ferme avec une main la hanche gauche; M. Golinelli lui ayant pris le genou, le plia vers le ventre et communiqua au membre un mouvement de rotation en dehors; puis, quand il eut tiré la tête du fémur inférieurement au cotyle, il se plaça à cheval sur le membre même, passa son bras gauche sous le jarret et porta la paume de la main droite à la partie postérieure de la cuisse. Le mouvement qu'il se proposait d'exécuter était celui d'un levier. Il commença, à cet effet, à tirer vers lui le genou, de manière à soulever et à détourner la tête du fémur du rebord du cotyloïdien; puis il plia peu à peu son corps en arrière en tirant toujours sur le genou; en même temps, avec la main droite, il poussait le fémur pour qu'il se portât en haut pendant qu'il abaissait le genou. Aussitôt qu'il parvint à placer la tête du fémur au niveau de l'acetabulum, il dirigea le membre lentement en dehors, après quoi on entendit brusquement ce bruit qui indiquait manifestement que le fémur avait été remis en place. Au bout de vingt-cinq jours, le malade retournait dans sa famille et ne se ressentit en rien par la suite de son accident.

Deux forces distinctes et opposées, dit M. Golinelli dans ses réflexions, peuvent agir sur l'articulation, soit par l'écartement des membres, soit par leur rapprochement et chevauchement : deux déchirures de la capsule articulaire en sont la suite, l'une antérieure et l'autre postérieure. Il doit y avoir conséquemment deux méthodes de réduction : l'une, italienne ou de *circumduction* pour la luxation consécutive, telle qu'elle a été employée dans le cas présent; l'autre, d'*extension* et *contre-extension* pour la luxation directe.

NOUVELLE MANIÈRE DE DÉCOUVRIR PROMPTEMENT LE SAC PÉRITONÉAL DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE, AU MOYEN DE L'ACUPUNCTURE; par M. COLINELLI.

On commence par inciser les téguments, le tissu cellulaire et une partie des couches intermédiaires; ensuite on introduit la pointe d'une aiguille à acupuncture sur la base de la tumeur. On perfore lentement tous les tissus et le sac lui-même obliquement de haut en bas, de dedans en dehors, en abaissant aussi le chas de l'aiguille même vers l'abdomen. Lorsque la pointe de l'aiguille a pénétré dans la cavité, ce qu'on reconnaît au manque de résistance, on la retire. La sérosité sort à fin jet ou à gouttes épaisses, ce qui permet de reconnaître quel est le liquide renfermé dans le sac. Alors on plante l'extrémité d'une petite pince dans le trou pratiqué, on soulève la masse des tissus et avec un bistouri on fait en toute sécurité l'incision, et l'on poursuit avec soin en haut l'incision du sac selon les règles de l'art. Il n'est pas nécessaire de retirer l'aiguille quand par la pratique on est sûr de l'avoir pénétré; car, dans ce cas, après avoir abaissé le chas, on peut faire arriver la pointe en perçant la base de la tumeur, et en se guidant sur l'aiguille, inciser sûrement les tissus superposés. Si, par hypothèse, l'aiguille avait pénétré dans l'intestin, il ne serait pas facile d'en abaisser le chas, de pousser la pointe en avant et de traverser la tumeur du côté opposé. La résistance des parois intestinales et la distance de l'aiguille de la surface externe de la tumeur seraient des motifs de s'abstenir.

COURS RÉTROGRADE DES VEINES ÉMULGENTES; par M. FRANCESCHI.

Depuis que M. Claude Bernard est venu démontrer devant la Société de biologie l'existence d'un courant rétrograde du sang dans les veines émulgentes, les expériences et les faits se sont multipliés pour sanctionner et faire accepter la découverte du célèbre physiologiste, que son étrangeté et son opposition aux lois connues de la circulation n'avaient d'abord fait admettre qu'avec une extrême réserve.

Les travaux de Littré, de Robin, de Béraud, etc., laissent peu de doute aujourd'hui sur l'exactitude de cette théorie. On ne saurait pourtant trop multiplier les expériences et les observations pour un point de physiologie aussi important. Celles de M. Franceschi présentent un certain intérêt.

Le physiologiste italien a incisé l'abdomen à des lapins, et il a tiré au dehors une anse intestinale pour injecter dans une veine mésaraïque une solution d'atropine. Au bout d'une demi-heure, celle-ci était déjà dans les urines, et cependant l'animal n'avait donné aucun signe d'empoisonnement ni n'en donna dans la suite. Au contraire, la même dose injectée dans la veine jugulaire d'un autre lapin le fit périr très-rapidement avant que l'atropine eût le temps d'arriver dans la vessie. Donc dans le premier cas, la substance toxique ne s'est-elle pas ouvert un passage direct des veines abdominales aux reins, sans entrer dans la grande circulation?

Autre expérience non moins intéressante.

M. Franceschi rendit un lapin diabétique par le procédé de M. Bernard, à l'aide d'une piqûre du système nerveux central. A peine le lapin donna-t-il des signes de glucosurie, qu'il le tua et recueillit d'une part le sang des veines émulgentes, de l'autre le sang des artères émulgentes. Soumis à l'action du liquide cupro-potassique, le sang des

veines donna un précipité rouge d'oxyde de cuivre; le sang des artères ne donna aucun indice de substance sucrée.

Je suis encore à même, dit M. Franceschi, de donner d'autres preuves que les urines proviennent principalement du sang veineux, et il cite l'observation suivante :

Obs. — Une femme de 30 ans, de bonne apparence, plutôt sèche que grasse, est en possession d'une bonne santé, de sorte qu'elle est capable de quelque fatigue, comme l'exige sa position de pauvre servante : depuis six ans, cette femme ne boit jamais moins de 20, 25 et même 30 litres d'eau par jour. Quelle que soit sa nourriture, qu'elle fatigue ou non, que ce soit l'hiver ou l'été, elle est prise toutes les deux ou trois heures d'une soif si grande, qu'elle ne peut se rassasier si elle n'emplit et ne remplit pour ainsi dire son estomac. Elle ne boit jamais moins de six ou huit verres chaque fois. La nuit, la mesure dont elle a besoin est de 25 livres d'eau, et souvent cela ne suffit pas à son ardente soif, et elle avoue qu'elle se lève pour en aller chercher d'autre. A peine a-t-elle bu, qu'elle se débarrasse par les urines d'un liquide incolore, inodore, et qui, à le voir, ressemble à de l'eau pure. De fait, l'analyse n'y a découvert ni sucre, ni albumine, ni aucune autre quantité morbide et extraordinaire; c'est à peine si on y trouve les caractères de l'urine, tant le liquide est aqueux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. DE SENARMONT.

NOTE SUR LES RESECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES; par M. C. Sédillot.

Les belles expériences de l'illustre Secrétaire perpétuel de l'Académie ont ouvert à la chirurgie des voies nouvelles, et de nombreux exemples d'évidement avec régénération osseuse ont démontré les avantages de cette méthode opératoire. La même certitude n'existe pas au sujet de la reproduction des os complétement reséqués sur l'homme dans une portion de leur longueur, avec conservation du périoste. Beaucoup d'observations de ce genre ont été publiées, mais elles ne sont en général ni authentiques ni probantes, et l'art en attend et en réclame de nouvelles pour être fixé sur la valeur des resections sous-périostées.

J'ai fait, comme tous les chirurgiens, une foule d'amputations avec conservation d'une sorte de fourreau périostique destiné à envelopper l'extrémité osseuse, et jamais je n'ai vu aucun travail de reproduction s'accomplir dans cette véritable gaîne périostée. Les opérations d'évidement que j'ai pratiquées laissaient deux lambeaux périostiques libres et intacts sur les bords de la plaie. Jamais ces lambeaux n'ont pris part à la régénération osseuse.

Les ouvriers atteints de nécrose des maxillaires supérieurs par l'action des vapeurs phosphorées ont été soumis à des ablations très-étendues, et quelquefois complètes, des os convertis en séquestres; mais la régénération d'un nouvel os n'avait pas lieu.

Ces quelques observations cliniques semblent démontrer la grande difficulté des régénérations osseuses sous-périostées chez l'homme. J'espère toujours que les belles expériences de M. Flourens sur les animaux contribueront, comme on en a déjà la preuve, à l'avancement de la chirurgie; mais il ne faudrait pas compromettre le progrès par des faits de valeur douteuse, et plus on sera rigoureux sur la valeur et l'importance des témoignages, plus on favorisera et assurera les utiles applications des découvertes physiologiques.

A la suite de ces remarques, l'Académie me permettra, je l'espère, de lui présenter quelques réflexions sur une communication qui lui a été faite récemment, une observation de resection sous-périostée du coude, suivie de régénération osseuse, observation qui, suivant l'auteur, « réfute d'elle-même les diverses objections qu'on a pu, tout récemment encore, adresser à ce mode de resection et en particulier celle qui se fondait sur le danger d'appliquer à l'homme malade les données obtenues sur les animaux sains. »

Personne, que nous sachions, n'a jamais repoussé les applications à l'homme malade des données obtenues sur les animaux sains. L'antiquité avait déjà compris l'importance de cette source d'enseignement, et à aucune époque on n'en a tiré autant de parti que de nos jours. Quant à l'observation de résection, nous la croyons peu probante. D'après les chiffres indiqués, l'humérus aurait perdu 8 à 9 centimètres de longueur et le cubitus et le radius de 3 à 4 centimètres. Pourquoi n'avoir pas remplacé ces mesures approximatives, et dès lors fort contestables, par des chiffres exacts? Pourquoi n'être entré dans aucun détail sur cette particularité peu commune d'une resection faite à des hauteurs si différentes sur le cubitus et le radius? On pratique ordinairement la resection radio-cubitale sur un même plan, pour régulariser les rapports de la nouvelle articulation, et dans un cas où l'humérus était si gravement atteint (8 à 9 centimètres) et le radius également carié fort loin (3 à 4 centimètres), on comprend mal comment le cubitus avait échappé aussi exceptionnellement aux progrès de l'affection, qu'à peine la totalité de l'olécrâne avait dû être enlevée.

Ces obscurités sont regrettables sans doute, mais on s'étonne davantage d'entendre avancer que le raccourcissement du membre devait être égal à la somme des longueurs osseuses resequées aux bras et à l'avant-bras. Comme l'humérus et le cubitus sont superposés dans une étendue de 3 centimètres, on peut enlever 3 centimètres du cubitus sans diminuer de 1 millimètre la longueur totale du membre, puisqu'après la resection les extrémités osseuses sont placées bout à bout et restent quelquefois même assez éloignées l'une de l'autre. C'est donc une erreur que de supposer le raccourcissement définitif égal aux portions de l'humérus et du cubitus enlevées, et l'excès de longueur de 2 centimètres qui est signalé, s'explique très-bien par l'existence d'un tissu fibreux interposé, la présence de quelques stalactites osseuses et les difficultés de mesurer avec une grande précision un membre soumis depuis quelques mois seulement à une résection du coude.

Nous désirons vivement, comme tous les chirurgiens, voir confirmer les avantages des resections sous-périostées; mais, avant de les admettre, nous en demandons la démonstration clinique, au nom des légitimes exigences de l'art. Il ne s'agit pas de savoir si le périoste produit du tissu osseux : le fait est incontestable et a pris rang depuis longtemps dans la science. La question est celle de la régénération des os comme forme et comme fonctions à la suite des resections sous-périostées; le professeur Heine de Wurzbourg l'avait posée en 1836, et avait inventé des instruments et un mode opératoire spéciaux pour obtenir sur l'homme les résultats si remarquables dont il avait été témoin sur les animaux (voir notre communication du 1er mars 1858 à l'Académie). Depuis ce temps néanmoins, et, nous le répétons, malgré la haute impulsion donnée à ces recherches par M. Flourens, aucun fait certain de régénération osseuse complète sous-périostée n'a été produit, sans en excepter l'observation nouvelle, et la chirurgie invoque encore à ce sujet de nouvelles preuves.

DE LA GLYCOGÉNIE ANIMALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PRODUCTION ET LA DESTRUCTION DE LA GRAISSE; par M. G. Colin.

(Commissaires : MM. Chevreul, Cl. Bernard, Fremy.)

L'auteur, en terminant son mémoire, donne, dans un résumé que le défaut d'espace ne nous permet pas de reproduire en entier, les conséquences qui dérivent de ses recherches relativement : 1° au *chyle*; 2° à la *lymphe*; 3° au *sang*; 4° au *foie*. Celles qui ont rapport à ce dernier organe sont exposées par lui dans les propositions suivantes :

Le sucre du foie dérive manifestement, au moins en partie, des aliments sucrés ou féculents comme le sont ceux des espèces herbivores ou à régime mixte. Alors il est amené à cet organe par la veine porte et par l'artère hépatique.

Il paraît être aussi un produit de la transformation des matières grasses, qui s'accumulent dans les cellules hépatiques et dans les espaces intracellulaires.

Ce sucre se montre en proportion beaucoup plus considérable chez les animaux qui ont de la graisse que chez ceux qui sont à peu près dépourvus de cette substance. Néanmoins, au delà d'une certaine limite sa quantité n'augmente plus; elle baisse même très-notablement dans les foies qui ont subi la dégénérescence graisseuse.

Chez les animaux qui n'ont plus de tissu adipeux à résorber, le sucre diminue dès les premiers moments de l'abstinence et disparaît très-vite.

Au contraire chez les animaux gras il se renouvelle et se maintient à un chiffre élevé, quoique la privation d'aliments soit de longue durée et tant que la température du corps demeure à peu près au même degré normal.

NOTE SUR LA FORMATION DU TYPE ET SES CARACTÈRES DANS LES VARIÉTÉS DÉGÉNÉRÉES; par M. Morel.

(Concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1860.)

Il résulte des considérations émises dans cette note et de l'étude des variétés dont j'ai donné les types :

1° Le type est la manifestation extérieure des caractères auxquels on peut reconnaître que les individus appartiennent à telle ou telle variété dégénérée.

2° Il importe de chercher ces caractères dans trois ordres de déviations maladives : les déviations de l'ordre physique, celles de l'ordre intellectuel et celles de l'ordre moral.

3° Les individus qui appartiennent à telle ou telle variété se ressemblent tous par les caractères qui tiennent à ces trois ordres de faits.

4° Un des caractères les plus saillants et à l'aide duquel M. le professeur Flourens a trouvé le caractère du genre, est celui de la *fécondité bornée*. Rien de plus frappant que les anomalies de la fécondité dans les variétés dégénérées. Les unes sont capables d'être fécondées, les autres ont une fécondité bornée. Il en est de complétement stériles.

5° C'est dans la nature de la cause qu'il faut chercher les dissemblances du type entre les individus de telle ou telle variété.

Dans certains cas le type ne se constitue que progressivement à la deuxième ou troisième génération, lorsque rien n'a été tenté pour remonter le cours ascendant des phénomènes régénérateurs. Il arrive de là que les individus issus d'une même cause dégénératrice commencent par offrir

entre eux les dissemblances les plus frappantes. Leurs descendants seuls sont *typiques* et se ressemblent entre eux.

6° Lorsque la cause est intense, ainsi que cela se voit dans la production du crétinisme et dans les cas d'intoxication alcoolique des parents, le type peut être créé de *toutes pièces* déjà dans la première génération.

A plus forte raison ce phénomène de transmission typique identique est-il évident lorsque le type préexiste chez les parents et que ceux-ci ne sont pas stériles. Cela se voit pour les scrofuleux, les phthisiques et autres variétés maladives.

Je viens de parcourir, dans l'intérêt de ces études spéciales, la Savoie et le midi de la France. J'ai pu me convaincre que la similitude des causes produit en tous lieux la similitude des types. Seulement il est tel pays où une cause étant spéciale au sol, aux habitudes, à l'hygiène des populations, produit telle variété qui ne se retrouve pas ailleurs. Le midi de la France est préservé de l'alcoolisme et je n'y ai pas retrouvé les variétés que j'ai signalées dans la Meurthe et dans la Seine-Inférieure. D'un autre côté, c'est dans les lois de la fécondité continue qu'il faut chercher les causes de la propagation plus grande des variétés dégénérées dans tel milieu plutôt que dans tel autre, ainsi que les caractères du type qui leur appartient.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur, M. J. Budge, un mémoire écrit en allemand et ayant pour titre : RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES FONCTIONS DES PLEXUS CŒLIAQUES ET MÉSENTÉRIQUE.

Les résultats des recherches anatomiques, qui se rapportent à des mammifères, des Oiseaux et des Batraciens, sont figurés dans plusieurs planches exécutées avec beaucoup de soin. Quant aux résultats des recherches physiologiques, nous nous contenterons de mentionner les plus saillants qui peuvent être énoncés de la manière suivante :

Après l'extirpation des ganglions cœliaques et du ganglion mésentérique, les matières fécales sont molles approchant plus ou moins de l'état de diarrhée.

Ce ramollissement dépend d'une transsudation des vaisseaux dans l'intestin.

Il y a aussi sécrétion très-abondante de mucus et de sang.

Les évacuations ne se font plus qu'avec douleur.

Par suite de l'extirpation des ganglions de l'abdomen, le mouvement péristaltique du gros intestin est augmenté.

L'irritation de ces ganglions détermine une forte contraction des fibres musculaires du gros intestin.

— M. PIORRY adresse une réclamation de priorité pour l'observation des faits qu'on désigne collectivement sous le nom d'*hypnotisme*.

— M. TH. GOSSELIN envoie d'Amiens (Somme) une note sur l'asphyxie par l'acide carbonique et sur une méthode préservative.

M. Regnault est invité à prendre connaissance de cette note et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet une note adressée de Londres par M. Coc, concernant le mode de préparation et d'administration d'un remède employé avec succès contre le choléra-morbus. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

— M. FOLTZ soumet au jugement de l'Académie un instrument pour l'opération de la fistule lacrymale, dont il avait déjà adressé sous pli cacheté une première description.

A cet appareil, qui a été exécuté à Lyon par un habile fabricant, M. Crespin, est joint un mémoire explicatif contenant, outre la description, quelques recherches anatomiques et des considérations physiologiques relatives au traitement de la fistule lacrymale. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert de Lamballe.)

— M. BAZIN adresse une lettre relative à la communication faite, dans la précédente séance, par M. P. Broca, sur un nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie.

Cette communication, dont il ne connaissait pas encore l'extrait tel que le donne le COMPTE RENDU, lui a été annoncée par une lettre de M. Azam dans laquelle se trouve cette phrase : « Il va sans dire, et je l'ai déclaré à qui a voulu l'entendre, que c'est vous qui dans vos lectures avez trouvé la méthode. »

D'après ces mots, M. Bazin a craint qu'on ne lui eût attribué une découverte qui appartient à M. Braid. Ce sont les recherches de ce médecin, analysées par M. Carpenter, à l'article *Sommeil*, de l'ENCYCLOPÉDIE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE, publiée par Todd, que M. Bazin a exposées en février 1858, dans une lecture faite à la Société de médecine de Bordeaux.

« M. le docteur Azam, dit l'auteur de la lettre, a eu le mérite d'avoir pris au sérieux l'hypnotisme, et d'avoir fait des expériences, mais l'honneur de la découverte appartient à M. Braid. »

Les droits de M. Braid n'ont point, comme on a pu le voir dans le précédent COMPTE RENDU, été méconnus par M. Broca. Ce que la lettre de M. Bazin apprend de plus à cet égard, c'est que l'auteur de la découverte n'a pas ignoré qu'un des effets de l'hypnotisme était « une anesthésie portée au point de rendre le patient insensible à la douleur. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1859. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit :

1° L'état des vaccinations pratiquées gratuitement à Bayonne, pendant l'année 1859, par M. Hoursolle, médecin vaccinateur (Commission de vaccine);

2° Un travail de M. le docteur L. Sandras, intitulé : DE L'HYPNOTISME ET DE SES DANGERS (Comm. : MM. Velpeau, Bousquet, Jolly);

3° Une note sur l'application de la galvanocaustique à la chirurgie dentaire, par M. Georges, dentiste, ainsi conçue :

« Il y a deux ans, j'eus l'honneur de soumettre à l'Académie le résultat de ma pratique sur le meilleur usage de l'anesthésie inductive pour l'extraction des dents. La suite de mes études sur l'électricité me permet aujourd'hui de lui soumettre une nouvelle communication.

» 1° L'heureuse application de la galvano-caustique à la chirurgie devait s'étendre à l'art dentaire. Il est surprenant même que, depuis la publication de *Middeldorpff* (de Breslau) et celle de M. *Broca* à Paris, aucun chirurgien dentiste n'ait songé à telle application.

» Il ne fallait trouver pour cela qu'un instrument approprié à cette nouvelle cautérisation galvanique, et les odontalgies qui ont pour cause la carie de la dent et la mise à nu de l'extrémité du nerf auraient été traitées instantanément et guéries le plus souvent d'une manière durable.

» Je me suis occupé de la confection de cet instrument à cautériser. Au moyen des pièces de rechange, j'en ai varié la forme afin de pénétrer dans toute sorte de carie et d'atteindre le nerf dentaire, au fond de la carie morbide. Ce sont ces instruments de cautérisation que je viens soumettre aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie.

» Quant aux effets curatifs des odontalgies que j'ai obtenus déjà dans ma pratique par ces procédés caustiques, je les crois dignes d'intéresser la science.

» J'ai adopté, comme M. Broca, la pile de Grenet pour mes expériences, n'en trouvant aucune autre qui remplît l'effet galvanique qu'on attend, d'une manière aussi satisfaisante sous tous les rapports.

» 2° Une étude spéciale de cette pile et les services qu'elle peut rendre à l'art dentaire m'ont donné l'idée de lui associer l'électricité d'induction déjà si utilement employée pour produire l'anesthésie locale. De celte association *réalisée dans une seule boîte placée sous le fauteuil, opérant par un simple mouvement du pied*, et en conservant les deux fluides isolés au besoin, il résulte pour le chirurgien dentiste et pour le patient une facilité d'opération remarquable, soit qu'il s'agisse de cautérisation pour l'odontalgie ou d'anesthésie localisée pour l'avulsion de la dent, lorsqu'elle est jugée nécessaire.

» Qu'il me soit permis de nommer ici M. Émile Guérin, fabricant de la compagnie électro-magnétique, pour l'habilité qu'il a mise à saisir mes idées dans la confection des instruments dont il s'agit dans cette communication. » (Comm. : M. Malgaigne.)

4° Un pli cacheté, déposé par M. Béhier. (Accepté).

— M. VICTOR MASSON envoie à l'Académie un exemplaire de chacun des ouvrages qu'il a publiés dans le courant de l'année 1859.

— M. GIBERT, au nom de M. J. D'Aquinès de Fonceca, médecin à Fernambouc (Brésil), dépose sur le bureau une note relative à un nouveau moyen de traiter le tétanos. Ce traitement, qui consiste à administrer l'eau-de-vie à haute dose, est très-apprécié, dit M. Gibert, par les nègres du Brésil.

— M. VELPEAU, au nom du traducteur, M. Paul Picard, fait hommage à l'Académie d'une monographie sur la syphilis constitutionnelle, par M. le professeur Virchow (de Berlin).

— M. LE PRÉSIDENT annonce que les deux commissions du choléra (1849 et 1854), se sont réunies et qu'elles ont décidé qu'elles présenteraient prochainement un rapport commun. Celte décision reçoit l'approbation de l'Académie.

RAPPORTS. — MALADIES DES MINEURS.

M. DEVERGIE lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Demarquette, ayant pour titre : ESSAI SUR LES MALADIES DES OUVRIERS DES MINES HOUILLÈRES DE COURRIÈRES, BILLY ET HÉLIN-LIÉTARD.

Les maladies les plus communes chez ces ouvriers sont, d'après l'auteur, l'angine gutturale, la bronchite, la pleurésie, le rhumatisme, la fièvre continue, la diarrhée, la dysenterie et les maladies du cœur. La phthisie est

très-rare chez ces ouvriers, malgré la fréquence de bronchites souvent de longue durée.

Les affections chirurgicales les plus communes sont les entorses des articulations tibio-tarsiennes et radio-carpiennes, les fractures communitives, les brûlures dépendant de l'inflammation du grisou et de l'explosion de la poudre; les luxations sont rares, ce que M. Demarquette attribue à l'agilité extrême des ouvriers mineurs. Les fractures du crâne sont le plus souvent le résultat de la chute des échelles, celles du rachis, de la chute de l'ouvrier dans la profondeur du puits.

« En résumé, dit M. Devergie en terminant, M. Demarquette a su grouper, sous un cadre assez restreint, les principales maladies ou blessures que l'on observe plus particulièrement chez les ouvriers mineurs ; il n'a pas eu d'autre prétention que celle de narrateur de ce qu'il avait vu depuis huit ans. Il a donc fait une esquisse qui ne manque pas d'un certain intérêt. En conséquence, nous vous proposons d'adresser des remercîments à l'auteur de ce travail et de déposer son manuscrit dans les archives. »

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

M. DE KERGARADEC, en son nom et au nom de MM. Villermé et Tardieu, lit un rapport sur un compte-rendu relatif à la *salubrité publique dans l'arrondissement de Châteaulin* (Finistère), par M. le docteur Halléguen. Dans ce rapport, peu susceptible d'analyse, M. Kergaradec insiste surtout sur les services que rendent les conseils d'hygiène et de salubrité départementaux, et des avantages qu'il est permis d'attendre de leur généralisation.

« Cette institution, dit M. le rapporteur, est susceptible d'exercer la plus heureuse influence sur le bien-être matériel du pays ; mais à deux conditions pourtant : c'est premièrement que les vues si éminemment utiles qui ont inspiré le décret de 1848 soient bien comprises des agents à qui est confié le soin de la mettre en œuvre ; c'est en deuxième lieu, c'est surtout que ces agents, à tous les degrés, remplissent avec un zèle soutenu les modestes et obscures, mais très-importantes fonctions qu'ils ont volontairement acceptées.

» La suite dans les idées utiles et dans les actes qui s'y rapportent, voilà le grand secret des perfectionnements et du progrès. La persévérance, voilà ce qui sauve dans tous les ordres des choses humaines. »

M. le rapporteur résume, d'après M. Halléguen, les principales questions traitées dans le rapport et qui se rapportent aux points suivants : étangs, marais et eaux stagnantes ; dispositions contraires à l'hygiène des logements et de leurs dépendances ; application aux communes rurales des lois et règlements sur les sépultures ; moyens d'améliorer les conditions sanitaires et alimentaires des classes ouvrières ; organisation des secours médicaux en faveur des malades indigents des campagnes ; enfants trouvés ; enfin, établissements de bienfaisance et d'assistance publique et mesures à prendre à cet égard.

Après avoir félicité M. Halléguen du soin qu'il a mis à rendre claires et saisissantes les doléances des communes de son ressort, M. le rapporteur conclut en proposant d'adresser des remercîments à M. Halléguen et de déposer son travail dans les archives, et de recommander le nom de l'auteur à la commission qui sera chargée de l'examen des titres des candidats aux places de correspondants nationaux.

Nous aurions encore, ajoute M. de Kergaradec, un vœu à former à l'occasion de ce rapport. Nous disons un vœu, car nous ne prétendons pas vous soumettre ici une proposition formelle.

Nous savons que sur plusieurs points de la France les conseils d'hygiène continuent leur utile concours à l'administration ; dans une vingtaine de départements, en effet, des préfectures livrent tous les ans à la publicité le résumé de leurs travaux. Mais qu'est-ce que ce chiffre comparé aux quatre-vingt-six départements de l'Empire français ?

Or, messieurs, considérant le haut intérêt qui s'attache à l'institution, et les grands services qu'on est en droit d'en attendre ; considérant qu'il est dans les attributions de l'Académie, et conforme à l'esprit qui a présidé à sa fondation, d'éclairer l'administration supérieure sur toutes les matières qui ont pour objet la santé et le bien-être des citoyens, nous croyons qu'il pourrait n'être pas sans utilité que l'administration de la compagnie s'occupât de la question de savoir si les conseils d'hygiène fonctionnent partout avec la régularité et l'activité désirables, et s'ils ne conviendrait pas de prier le ministre de donner une impulsion nouvelle aux localités où le zèle de ces conseils paraîtrait s'être ralenti. »

M. TARDIEU propose de renvoyer à M. le ministre le rapport de M. de Kergaradec.

L'Académie adopte cette proposition, ainsi que les conclusions du rapport.

ÉLECTIONS.

Pendant ces lectures, l'Académie procède au renouvellement partiel, par la voie du scrutin, des commissions permanentes.

Sont nommés :

Dans la commission des épidémies : MM. Jolly, de Kergaradec. (Membres sortants : MM. Trousseau et Douley.)

Dans la commission des eaux minérales : MM. Mélier, Tardieu. (Membres sortants : MM. Guérard et Gibert.)

Dans la commission des remèdes secrets : MM. Guérard, Hervez de Chégoin. (Membres sortants : MM. Poggiale et Roche.)

Dans la commission de vaccine : MM. Bousquet, Renault. (Membres sortants : MM. Leblanc et Bousquet.)

Dans le comité de publication : MM. Bricheteau, Roche, Beau, Huguier, Wurtz. (Membres sortants : MM. Boudon, Robin, Nélaton, Laugier, Bouchardat.)

PRÉSENTATION. — BRAS ARTIFICIEL.

M. DE BEAUFORT présente un bras artificiel dit *bras automoteur*. Ce bras est mis en mouvement par un système de ressorts agissant en excentriques sur l'articulation du coude.

Le mouvement normal que fait la partie supérieure du bras détermine l'élévation de l'avant-bras artificiel ; car alors le poids de la main ne porte plus sur le ressort que tend à produire l'élévation.

Quand au contraire, la partie supérieure du bras reprend la ligne verticale, alors le ressort qui agit en sens inverse du premier, vient en aide au poids de la main pour produire l'abaissement.

Le mouvement artificiel devient ainsi complémentaire du mouvement naturel et peut se produire instinctivement.

Un seul ressort suffit pour donner le mouvement, mais alors l'action est moins complète.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SEANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1859 ; par M. LE GENDRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

4° EXPÉRIENCE SERVANT A ÉTABLIR LES LOIS FONDAMENTALES DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE ; par M. le docteur MOILIN.

Lorsque l'on fait traverser un muscle sain non fatigué par un courant électrique continu suffisamment énergique, on produit une contraction continue elle-même comme le courant qui lui a donné naissance. Mais comme le muscle se fatigue par le fait seul du passage de l'électricité, la contraction continue dont nous parlons ne se prolonge pas indéfiniment ; elle va s'affaiblissant et disparaît au bout de 30 secondes à 3 minutes et plus, bien que le courant excitateur continue de circuler ; mais, dans tous les cas, la contraction persiste un temps très-appréciable, et n'est nullement instantanée.

Pour obtenir la contraction continue dont il s'agit, il faut :

1° S'assurer à l'aide de la patte galvanoscopique, que le courant employé est parfait régulier.

2° Employer un courant peu intense, mais d'une assez grande tension (de 6 à 10 couples).

3° Agir de préférence sur le muscle soléaire de la grenouille, celui-ci doit être bien reposé et richement vascularisé. Pour ne pas compliquer l'expérience, il est bon de se débarrasser des contractions dues à l'excitation nerveuse, en empoisonnant les animaux avec le curare, ou bien en attendant que les nerfs aient perdu spontanément leur irritabilité.

4° Avoir des rhéophores de platine, mettre le pôle négatif en contact avec le tendon d'Achille, tandis que l'on pique le rhéophore positif dans le ventre du muscle, sans cependant le traverser de part en part.

En prenant ces précautions, on observe toujours la contraction continue dont nous avons parlé. Celle-ci, et c'est ce qui a trompé les observateurs, n'est pas générale ni étendue à tout le soléaire ; elle est locale et bornée seulement au petit nombre des fibres contractiles les plus voisines du rhéophore positif. Aussi cette sorte de contraction ne détermine-t-elle pas toujours un raccourcissement du muscle et un mouvement du pied ; souvent elle ne se traduit que par une dépression locale de la surface du muscle, par une sorte de froncement de l'aponévrose, évidemment dû au raccourcissement d'un nombre limité de fibres primitives. En changeant de place le rhéophore positif, on détermine dans un autre point du muscle une nouvelle dépression locale produite par le même mécanisme. Ces phénomènes n'ont lieu, bien entendu, que lorsque le circuit de la pile est fermé et, je le répète, ils persistent assez longtemps, une minute et plus.

Pour produire convenablement ce phénomène de la contraction continue, il faut, avons-nous dit, que le rhéophore positif soit piqué dans l'intérieur du muscle, et que le négatif soit en contact avec le tendon, ou, ce qui revient au même, il faut que le pôle positif soit en rapport avec une surface longitudinale, et le négatif avec une coupe transversale naturelle. Dans ces conditions le courant excitateur suit dans le muscle deux trajets différents. Une portion se porte directement d'un pôle à l'autre par l'intermédiaire du plasma et sans intéresser les fibres primitives. Elle reste étrangère au phénomène de la contraction ; l'autre portion du courant pénètre dans l'intérieur des fibres contractiles, après avoir traversé leur sarcolemme de dehors en de-

dans, et arrive au tendon où l'on trouve le pôle négatif. C'est ce second courant partiel qui seul détermine la contraction musculaire.

De l'expérience précédente, j'ai déduit les lois suivantes :

1° Pour qu'une fibre musculaire saine et non fatiguée se contracte et reste contractée, il faut et il suffit que son sarcolemme soit traversé par un courant électrique continu et uniforme.

2° Pour qu'une fibre musculaire saine et non fatiguée passe d'un certain état de contraction à un degré de contraction plus prononcé, il faut et il suffit que son sarcolemme soit traversé de dehors en dedans par un courant électrique d'une intensité croissante.

3° Pour qu'une fibre musculaire saine et non fatiguée passe d'un certain état de contraction à un degré de contraction moindre, il faut et il suffit que son sarcolemme soit traversé de dehors en dedans par un courant d'une intensité décroissante.

4° Pour qu'une fibre musculaire saine et non fatiguée se relâche et reste relâchée, il faut et il suffit que son sarcolemme soit traversé de dedans en dehors par un courant électrique uniforme et continu.

5° Pour qu'une fibre musculaire saine et non fatiguée passe d'un certain état de relâchement à un degré de relâchement moindre, il faut et il suffit que son sarcolemme soit traversé de dedans en dehors par un courant d'une énergie décroissante.

6° Pour qu'une fibre musculaire saine et non fatiguée passe d'un certain état de relâchement à un degré de relâchement plus prononcé, il faut et il suffit que son sarcolemme soit traversé de dedans en dehors par un courant d'une énergie croissante.

Les altérations et la fatigue du tissu musculaire ne font que le rendre moins sensible à l'excitation électrique, et ne modifient pas partiellement les lois de la contraction musculaire énoncées ci-dessus.

Ces lois sont absolues et rendent compte de tous les phénomènes actuellement connus de la contraction musculaire, ainsi que je m'en suis assuré par une analyse détaillée mais beaucoup trop longue pour être rapportée ici.

III. — Pathologie.

1° NOTE SUR UN CAS D'ATROPHIE ET DE DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; PARAPLÉGIE; ATROPHIE ET ATAXIE MUSCULAIRES; TUBERCULISATION PULMONAIRE TARDIVE; EXAMEN NÉCROPSIQUE ET MICROSCOPIQUE; par M. Laborde, interne des hôpitaux.

L'existence au sein de la plupart des tissus du corps humain d'une matière semblable, par son aspect, sa constitution, et les réactions chimiques auxquelles elle donne lieu, à la cellulose végétale, est un fait désormais acquis à la science, grâce à la découverte de Virchow et aux travaux subséquents de Carter et de l'un des membres de cette Société, M. Luys. — Toutefois, ces observateurs sont loin de s'accorder sur l'interprétation de ce fait, et tandis que le savant professeur de Wurzbourg considère la matière amyloïde comme une expression anormale et pathologique de l'organisme, Carter, au contraire, s'étudie à la ranger parmi les produits normaux de l'économie, et les regarde même comme une des nécessités de son fonctionnement régulier. De son côté, M. Luys a, dans un intéressant travail lu dans cette enceinte, démontré la présence de corpuscules amyloïdes dans le tégument cutané, tant à l'état *normal* qu'à l'état *pathologique*. Il résulte de cette divergence d'opinions dans des esprits autorisés, qu'il est tout au moins difficile, jusqu'à ce jour, d'assigner à la présence, d'ailleurs indéniable de la matière amyloïde dans les tissus animaux, sa véritable signification physiologique et pathologique. La clinique et l'anatomie pathologique sont seules capables, en pareille occurrence, de fournir les éléments d'une solution légitime. C'est pour contribuer, autant qu'il est en nous, à ces éclaircissements, que nous avons cru devoir soumettre à l'appréciation de la Société le fait suivant. Il serait le premier de sa nature, si M. Luys n'avait annoncé, dans le travail cité plus haut, la publication prochaine et non encore réalisée que je sache, d'un fait semblable quant à la lésion présumée (1).

Rapportons d'abord le fait, nous essayerons de le discuter ensuite.

Obs. — Lakélise (Antoine), âgé de 51 ans, commissionnaire, né à Champs (Cantal), marié, et couché au n° 21 de la salle Saint-André, infirmerie générale de Bicêtre, service de M. Léger, est maigre et de complexion habituellement faible. Il faut remonter au commencement de 1851 le début de sa maladie. Jusqu'alors, il dit avoir toujours joui d'une excellente santé. Ce début aurait été marqué par l'existence d'une diarrhée incoercible; c'est là, du moins, ce qui a frappé, en premier lieu, l'attention du malade. Puis se sont déclarées des douleurs sourdes dans les orteils, s'accompagnant d'une difficulté extrême à mouvoir les pieds et bientôt les jambes. Inquiet de pareils symptômes, il se rend (car il pouvait marcher encore en s'aidant d'un bâton) à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. On le renvoie à l'Hôtel-Dieu, où il refuse d'entrer. Il se confie, dès lors, aux soins de M. le docteur Sucquet, qui ordonne d'abord des frictions stibiées le long de l'épine dorsale, et ensuite l'application de plusieurs cautères dans la même région. Le mal n'en continue pas moins à progresser, et le malade en est réduit à cette époque à ne pouvoir marcher qu'avec des béquilles. Il se souvient qu'il éprouvait surtout de la difficulté à mettre une jambe devant l'autre; qu'il n'avait qu'une très-vague sensation du sol sur lequel il marchait; qu'il lui semblait parfois qu'il posait ses pieds *sur des épines*. En même temps les doigts et la totalité des membres supérieurs devenaient le siége de phénomènes particuliers : les mains, saisies d'une espèce d'engourdissement, devenaient incapables d'opérer la préhension, et laissaient même s'échapper les béquilles sur lesquelles il était obligé de s'appuyer.

Les fonctions urinaire et intestinale s'accomplissaient, du reste, normalement. Mais une chose l'avait déjà frappé et ému jusqu'à un certain point : c'est que depuis quelques mois, les fonctions maritales s'accomplissaient avec une difficulté croissante. Cette impuissance, bientôt devenue complète, ne s'est démentie, dans le cours de sa longue maladie, que par deux ou trois pollutions nocturnes péniblement réalisées.

A part un serrement douloureux autour du cou, qui d'ailleurs n'a pas persisté, il n'a jamais rien ressenti du côté de la tête. Les organes des sens supérieurs sont toujours restés parfaitement intacts. Cependant il aurait, à l'entendre, éprouvé, au début de son affection, quelques difficultés dans l'exercice de la parole.

Tel était son état, lorsqu'il entra à l'hospice Bon-Secours. Des cautères lui furent de nouveau appliqués le long du rachis. Loin d'en éprouver de l'amélioration, il vit son mal faire des progrès tels que dans l'espace de deux mois, il perdit complétement la faculté de marcher, même avec des béquilles, et se vit définitivement forcé au séjour constant au lit. Revenu dans sa famille, il y passe trois mois, pendant lesquels il ne fait aucun traitement, et ne voit pas survenir la moindre amélioration. Il tente de nouveau le séjour de l'hôpital (à Sainte-Marguerite, service de M. Guéneau de Mussy). Là lui sont administrées des pilules, qui n'eurent d'autre résultat, dit-il, que de lui *emporter la bouche*. Nous supposons qu'il s'agissait de pilules mercurielles. Toutefois l'usage prolongé des bains sulfureux et des bains de vapeur parut lui procurer un adoucissement qui ne fut, d'ailleurs, que momentané.

Parmi les changements opérés dans son extérieur, durant ces diverses pérégrinations, un surtout l'avait frappé : c'est un amaigrissement progressif de tout le corps, mais plus considérable aux membres inférieurs que partout ailleurs.

Enfin, admis à l'hospice de Bicêtre au mois de mai 1852, nous avons pu l'observer pour la première fois dans les salles de l'infirmerie, le 13 mars 1859, et voici dans quel état il s'est présenté à nous :

Amaigrissement général considérable, portant surtout sur les membres inférieurs. L'atrophie musculaire est aussi très-marquée aux bras et aux avant-bras. Les muscles du thorax, au contraire, ont conservé un volume et une puissance relativement remarquables. Aux pieds, les orteils sont rétractés dans le sens de la flexion, et les pieds eux-mêmes entraînés, par une rétraction des muscles fléchisseurs et rotateurs en dedans, dans la position du pied-bot varus.

Le mouvement est encore possible aux membres inférieurs, quoique dans de très-faibles limites; mais il s'y exécute avec des particularités remarquables : en effet, quand on prie le malade de mouvoir ses jambes, celles-ci se déjettent comme *follement* et *inconsidérément* à droite et à gauche, entraînées fatalement par des mouvements désordonnés et sans harmonie. Elles sont, en un mot, complétement affranchies de l'influence volontaire du malade. Cette espèce de *folie*, d'*ataxie* musculaire, ainsi que l'a le premier dénommée, après l'avoir décrite, M. le professeur Bouillaud, se manifeste aussi, à un haut degré, dans les mouvements que le malade veut imprimer à ses mains. — Soit qu'on lui présente la main ou tout autre objet à saisir, on voit aussitôt sa propre main *errer*, en quelque sorte, autour de l'objet sur lequel doit s'exercer la préhension; ses doigts, au lieu d'agir avec la synergie, l'ensemble habituels, se présentent successivement les uns dans l'extension, les autres dans la flexion; et lorsqu'après une foule de tâtonnements, ils parviennent à réaliser un accord suffisant pour atteindre le but si désharmonieusement poursuivi, ils laissent s'échapper presque aussitôt l'objet qu'ils avaient enfin saisi. Cependant, il *serre* encore la main qu'on a mise dans la sienne, avec une force à laquelle on était loin de s'attendre, vu l'état de la musculation. Ceci, pour le dire en passant, paraît bien démontrer que l'impuissance tient moins en pareil cas, à une déperdition des forces, qu'à une modification dans l'un des attributs de l'exercice musculaire, attribut très-bien et cliniquement étudié par M. le professeur Romberg de Vienne, sous la dénomination de *sens musculaire, conscience musculaire*.

Quoi qu'il en soit, les diverses sensibilités sont partout conservées, chez notre malade, avec leurs manifestations normales : sensibilité douloureuse au pincement et à la piqûre; sensation de chatouillement à la plante des pieds; sensation de température, etc., etc. Toutefois, il existe une diminution perceptible et progressive de la sensibilité, en remontant des extrémités vers le tronc : c'est ainsi que l'arrachement des poils qui est assez bien senti et perçu aux cuisses, n'est nullement perçu aux jambes, quoique donnant lieu à une vague sensation douloureuse.

Enfin, tous les organes des sens spéciaux, — excepté le sens génital, ainsi que nous l'avons dit, — conservent toute leur intégrité de fonctionnement. Il est même très-bon d'ajouter que *jamais*, ni au début, ni dans le cours de la maladie, il n'est survenu la moindre modification symptomatologique dans le sens de la vue, tels que *diplopie, strabisme*.

Relativement aux autres fonctions de l'économie, nous avons noté une constipation habituelle, mais facilement vaincue par l'usage continu des

(1) Le fait de M. Luys, dont nous n'avions pas connaissance quand nous écrivions ceci, a été communiqué à la Société de biologie dans sa séance du 2 mai 1859, et se trouve publié dans la Gazette médicale du 21 juillet 1859.

pilules d'Anderson; un commencement de difficulté dans la mixtion, qui est longue à s'effectuer, mais n'exige pas encore l'intervention de la sonde; enfin, et nous y insistons, des douleurs *abdominales en ceinture*, qui ont fait pendant plus de trois mois le thème journalier des plaintes du malade.

Respiration faible, sans bruit anormal. Battement du cœur très-éclatant, tintant et paraissant traduire un amincissement des parois de cet organe avec dilatation de ses cavités; peu d'appétit.

Il n'a pas été fait d'examen de ce malade par l'électricité, et c'est un desiderata qu'il est peut-être bon de noter. Cependant, tout dans les symptômes offerts, nous porte à penser qu'un courant électrique eût provoqué des contractions musculaires encore énergiques, et témoignant, par là, d'une atrophie purement consécutive. En effet, la motilité est partout conservée, quoique à des degrés divers; seule, l'harmonie qui doit présider à ses manifestations fait défaut. D'un autre côté, tout dans l'expression symptomatologique et dans la marche de l'affection, n'appelle-t-il pas l'attention vers une lésion du centre nerveux rachidien?... Début douloureux par les pieds et les membres inférieurs... *incertitudes, hallucinations*, si l'on peut ainsi dire, de la marche, et bientôt impossibilité complète de celle-ci; paresse des fonctions intestinale et urinaire, que nous allons bientôt voir aboutir à une rétention complète des fèces et des urines; atrophie musculaire et amaigrissement consécutif des membres inférieurs et supérieurs; douleurs rachidiennes et en ceinture caractéristiques, etc., etc.... Ne sont-ce pas là autant de manifestations symptomatologiques où se reflète une affection de la moelle? Personne, à coup sûr, ne voudra voir là l'existence de la paralysie générale dite progressive ou des aliénés? L'on ne saurait non plus y retrouver, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, la physionomie habituelle de l'atrophie musculaire primitive ou essentielle; et, quant à *la folie* ou *ataxie locomotrice*, dont on a voulu faire, dans ces derniers temps, une *maladie* propre, elle ne peut être admise, aux termes de notre diagnostic, qu'à titre de symptôme. Peut-être est-ce là le seul rôle véritablement légitime qu'il faudrait lui faire jouer dans les cas nombreux où elle se manifeste? Toujours est-il que cette manière de voir, d'accord avec celle d'un auteur (1) un peu trop oublié au milieu des stériles disputes d'une priorité plus ou moins usurpée, se trouve consacrée par le résultat de nos recherches sur le fait clinique particulier qui nous occupe.

Quoi qu'il en soit, étant admise une affection de la moelle, restait à déterminer sa nature, son espèce. Or, on sait quelles difficultés gisent, d'ordinaire, dans une semblable détermination, surtout quand l'étiologie ne vient pas suffisamment l'éclairer; c'est ce qui a eu lieu dans le cas actuel. Et d'abord, il était facile de constater l'absence de tout traumatisme, et de toute déviation du rachis, soit idiopathique, soit consécutive à une affection du tissu osseux. Les antécédents héréditaires, s'ils ne sont pas complétement muets, n'apportent pas de grandes lumières à la diagnose spécifique. Le grand-père du malade est mort à l'âge de 96 ans, sans infirmité. Son père a succombé, assez jeune, à une fluxion de poitrine. Sa mère, très-maladive, a presque constamment gardé le lit pendant une période de quinze ou seize ans : il ignore entièrement de quelle affection elle était atteinte. Mais tout obscures qu'elles sont, les indications paraissent suffisantes pour fournir la présomption d'une maladie paralytique. De cinq frères et sœurs, pas un seul ne reste: Un frère est mort d'accident, les autres de maladie de poitrine, avant l'âge de 30 ans. Mais aucun, à ce qu'il affirme, n'a été paralysé. Quant à lui, il dit avoir toujours mené une vie très-régulière : jamais d'excès alcooliques ou d'autre sorte, jamais de blennorrhagie. Cependant il avoue des *chancres*, dont deux lui seraient tombés, selon son expression, dans la bouche. Désignerait-il par là des plaques muqueuses? S'il en est ainsi, c'est l'unique accident consécutif qu'il soit possible de retrouver, et l'on voit combien il est obscur. D'ailleurs, une influence de nature syphilitique s'exerçant sur la moelle, donnerait évidemment lieu à des manifestations plus localisées que celles que nous avons analysées. Enfin, rien dans les commémoratifs ne saurait légitimer la présomption d'une cachexie saturnine ou mercurielle. La profession de commissionnaire qu'il exerçait n'entraîne guère avec soi que de grandes fatigues, et il dit les avoir éprouvées dans toute leur rigueur. Peut-être est-it bon d'ajouter qu'il n'a procréé que des enfants non viables ou malades. Trois sur cinq sont morts, peu de temps après leur naissance : des deux qui lui restent, l'un, l'aîné, garçon de 11 ans, porte des glandes au cou, des croûtes sur la tête, et de l'humeur s'écoule presque constamment de ses oreilles; l'autre, jeune fille de 8 ans, a séjourné très-longtemps à l'hôpital, et reste presque toujours maladive. On ne saurait méconnaître dans tout cela le fait d'une transmission constitutionnelle d'un principe morbide quelconque. Nous allons bientôt voir, du reste, que l'affection de notre malade s'est compliquée, dans les derniers temps, de tubercules pulmonaires. Mais rien dans la symptomatologie que nous venons de parcourir ne pouvait faire présumer l'existence de ce produit morbide dans le canal rachidien. Il ne reste donc plus dans le cadre du diagnostic que l'inflammation possible du tissu de la moelle, et, bien entendu, son *inflammation chronique*. Quelques symptômes initiaux, la marche de l'affection, la profession du malade qui l'exposait à des fatigues excessives et au transport de lourds fardeaux sur les épaules, etc., etc., sembleraient légitimer cette présomption plutôt que toute autre; c'est aussi celle qui parait avoir possédé l'esprit des médecins qui ont eu à le traiter; et cependant, nous verrons bientôt combien elle a été peu confirmée par le résultat nécropsique.

En somme, l'esprit a dû rester forcément en suspens, relativement à la détermination, dans sa nature, de l'affection qui nous occupe, affection qui, cependant, paraît bien *résider* dans le centre nerveux rachidien, et exercer une *influence généralisée* sur la substance, et partant sur ses fonctions. Il est inutile, et il serait vraiment fastidieux de relater, jour par jour, les progrès, d'ailleurs insaisissables dans leur lenteur, de la longue affection dont nous traçons l'histoire. Qu'il nous suffise de dire que durant les quatre premiers mois (du 13 mars au 11 juillet 1859), que le malade a passés à l'infirmerie, il a constamment gardé le lit, offrant de fréquentes alternatives de bien (plus ou moins apparent) et de mal, sans la moindre manifestation d'amélioration réelle; voyant au contraire s'accroître toujours, quoiqu'insensiblement, l'impossibilité des mouvements et leur *folie*; se plaignant surtout de douleurs *abdominales en barre*, accompagnées de constipation dont les pilules d'Anderson avaient de moins en moins raison. Après l'infructueux essai de toutes les médications spécifiques appropriées (iodure de potassium, strychnine, bains de Barége, électricité, etc., etc.), il ne restait plus que les secours illusoires, dans l'espèce de l'hygiène, et c'est à eux que nous nous sommes presque exclusivement adressé. Les toniques liquides (vins de quinquina, de Bordeaux, de Bagnols), ont été surtout invoqués, et ont lutté efficacement contre l'affaiblissement progressif des forces. Vaincu par l'ennui, sinon par le découragement, le malade a sollicité son exeat le 11 juillet, et est reotré dans sa division. Il y est demeuré jusqu'au 1er août, époque à laquelle il nous est revenu dans l'état suivant :

L'atrophie musculaire est à son maximum, surtout aux membres inférieurs qui peuvent à peine être soulevés. Le facies porte plus que jamais l'empreinte d'une profonde cachexie. Le malade se plaint d'une toux fréquente survenue depuis quelque temps, et l'auscultation révèle la présence non équivoque de *tubercules*, encore à l'état de crudité, au sommet des deux poumons; ils sont plus nombreux et plus avancés dans leur évolution, du côté droit où coexiste un épanchement pleurétique considérable, se rattachant sans doute, aux toutes récentes manifestations de la diathèse tuberculeuse. Du reste, point de réaction sensible, et presque pas de dypsnée.

Les *douleurs en ceinture* ont complétement disparu, et le malade qui s'en était autrefois tant affecté, nous marque tout son étonnement de cette disparition. Mais, d'autre part, sa constipation habituelle s'est changée en une rétention absolue des fèces, et la mixtion exige, désormais, la sonde, pour s'effectuer.

Anorexie complète, soif vive; on prescrit : huile de foie de morue, 30 gr., vin de Bordeaux 125 gr., lavement purgatif, julep diacodé.

Les jours suivants, le malade va s'affaiblissant graduellement, il éprouve des sueurs nocturnes très-abondantes, qui concourent puissamment à cet affaiblissement.

Le 9 août, au matin, ce dernier est tel que le malade est dans un véritable état lipothymique; la sueur lui ruisselle de tout le corps, et il est tourmenté depuis la veille par un hoquet incoercible. Le 12, il expire sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Habitude extérieure. — Cadavre d'une maigreur extrême, l'atrophie se dessine plus que jamais, particulièrement aux membres inférieurs où elle domine : elle y est portée à un tel point qu'une seule main suffit pour embrasser complétement l'une ou l'autre des deux jambes au niveau du mollet, c'est-à-dire de l'endroit où elles présentent habituellement le plus d'ampleur.

Ecchymoses et sugillations nombreuses dans presque toutes les parties déclives, pur effet cadavérique.

Escarre large, mais superficielle, dans la région sacro-coccygienne; le derme y paraît simplement dénudé.

Organes thoraciques et abdominaux. — Quelques adhérences anciennes existent aux sommets des deux poumons.

Épanchement pleurétique à droite, avec organisations fibrineuses au début et adhérences commençantes.

Les poumons sont le siége, mais à leur sommet seulement, de granulations tuberculeuses abondantes, petites, sous forme miliaire, et pour la plupart à la période de crudité. Engouement hypostatique aux bases, hydropéricarde assez abondant, complétement passif, sans trace apparente de péricardite.

Cœur petit, à tissu très-mollasse, à parois très-amincies et à cavités dilatées; sa surface est envahie par une grande quantité de tissu adipeux.

Le foie a également subi, au plus haut degré, la dégénérescence adipeuse. Le tube digestif et les autres organes abdominaux s'offrent dans toute leur intégrité normale.

Centres nerveux. — Les centres nerveux devaient particulièrement attirer notre attention, et voici ce qu'ils nous ont présenté.

Les os du crâne d'une épaisseur remarquable opposent une résistance extrême à l'action du marteau. Les recherches les plus minutieuses ne révèlent rien d'anormal ni de pathologique dans toutes les parties de l'encéphale.

(1) L'auteur en question est M. le docteur Romberg, professeur de clinique à Vienne, qui, en 1856, nous a fait verbalement part, dans le service de M. Rayer, de ses idées sur la perte de ce qu'il appelait le *sens musculaire, conscience musculaire*, dans les affections de la moelle, et qui les a publiquement expérimentées sur plusieurs malades, au point de vue symptomatologique et diagnostique.

Le canal rachidien a été également rencontré normal dans toute son étendue, et ne présentant ni tumeur, ni proéminence d'aucune sorte.

Les enveloppes de la moelle sont aussi parfaitement saines. Toutefois, la pie-mère rachidienne apparaît légèrement injectée à sa surface.

Dégagée facilement de ses enveloppes, la moelle épinière, qui n'offre pas non plus la moindre apparence d'atteinte morbide, frappe néanmoins, tout d'abord, par une *gracilité inaccoutumée*, et telle que nous avons cru devoir chercher à l'évaluer autant que possible par la comparaison de ses dimensions avec des moyennes connues. Or, voici les résultats auxquels nous ont conduit les recherches.

En premier lieu, nous avons, à l'exemple de M. Sappey, mesuré successivement les trois portions *cervicale*, *dorsale*, *lombaire*; la première et la troisième au niveau des renflements que présente la moelle à ces endroits, et nous avons trouvé :

Circonférence :	Portion cervicale.	0m,026
—	— dorsale.	0m,027
—	— lombaire.	0m,030
	Moyenne. . . .	0m,027

En comparant ces chiffres aux moyennes de plusieurs mensurations obtenues par l'auteur précité sur des moelles saines, il est facile de saisir immédiatement une différence notable, portant principalement sur les dimensions du renflement cervical; en effet, les chiffres de M. Sappey sont :

Circonférence :	Portion cervicale.	0m,038
—	— dorsale.	0m,028
—	— lombaire.	0m,033
	Moyenne. . . .	0m,033

Ainsi différence de la circonférence 0m,006.

Du reste, nous avons mesuré nous-même un certain nombre de moelles saines, ou du moins prises sur des sujets qui n'ont présenté, de leur vivant, aucun symptôme d'une maladie de cet organe, et nous sommes arrivé très-approximativement aux résultats de M. Sappey.

En définitive, entre le diamètre fourni par la moyenne de ces mensurations et le diamètre de la moelle qui nous occupe, il existe une différence de 2 *millimètres* au moins, ce qui est, certainement, une différence notable dans l'espèce. Mais celle qui porte sur la région cervicale mérite surtout de fixer l'attention; elle est de plus de 1 *centimètre*, relativement aux moyennes connues, et nous la verrons tout à l'heure coïncider avec une lésion d'une autre espèce siégeant juste au même niveau.

L'existence d'une atrophie de la moelle impliquant surtout sa moitié supérieure est donc chose incontestable. Mais ce résultat brut en quelque sorte et fourni par l'examen direct, suffisait-il pour satisfaire l'esprit à l'endroit de la véritable cause anatomique des symptômes observés chez notre malade? C'est possible, et il eût bien fallu s'en contenter, si nous n'eussions pas poussé plus loin nos recherches. Nous avons donc cru devoir faire appel au microscope, et voici comment il y a répondu :

En premier lieu, sur des parcelles de tissu médullaire prises dans les deux substances indistinctement, nous croyons avoir constaté une rareté relative des éléments propres de ce tissu, *cellules*, *tubes nerveux*, etc., puis, les ayant traités par l'iode, nous avons aperçu une telle quantité de *corpuscules amyloïdes*, pour les nommer de suite, qu'à chaque préparation, le champ du microscope en était littéralement couvert. L'aspect, la forme plus ou moins sphérique, et la coloration par l'iode ou une solution d'iodure de potassium, de ces corpuscules, ne permettent pas de douter un seul instant de leur parfaite ressemblance avec les corpuscules dits amyloïdes et signalés par Wirchow, Carter et M. Luys.—Un dessin soumis à la Société les représente tels, à part leur nombre, que nous les a révélés l'examen microscopique, pour lequel, d'ailleurs, notre excellent ami et collègue M. P. Chalvet a bien voulu nous prêter son concours éclairé. C'est principalement au niveau de la région cervicale correspondante au maximum de l'atrophie que nous les avons rencontrés, autant du reste dans la substance grise que dans la blanche. Ajoutons que le tissu médullaire ne nous a pas paru sensiblement altéré ni dans sa coloration, ni dans sa consistance; et, par exemple, nous n'avons trouvé nulle part trace de ramollissement ou d'induration.

Or, si l'on réfléchit que sur trois ou quatre moelles normales, et dans plus de vingt préparations c'est à peine si l'on rencontre deux, trois, ou au plus quatre de ces corpuscules, que faut-il conclure de leur énorme accumulation dans un même tissu, dans le cas qui nous occupe?.. Que conclure, surtout lorsque les plus attentives recherches n'ont conduit à la découverte d'aucune autre lésion de *l'organe* que la symptomatologie accuse presque fatalement d'être la cause des désordres observés?... Que conclure, dis-je, sinon que c'est bien à la présence anormale, surtout par la grande quantité du produit en question, qu'il faut rapporter, comme à leur véritable cause pathologique, les manifestations morbides offertes par notre malade. Il était intéressant d'examiner de près ce tissu musculaire, et si les résultats de cet examen concordent, quant au fait général, avec ce que l'on observe habituellement en pareille circonstance, nous y ferons, néanmoins, remarquer quelques particularités des recherches suivies sur l'histologie pathologique du tissu musculaire, faites avec notre collègue M. P. Chalvet, nous permettront de donner un commencement d'interprétation générale.

1° *Muscles des jambes. — Absence à peu près complète de striation.* — Chaque faisceau musculaire, très-réduit dans ses dimensions en largeur, est envahi par des granulations, plus de grosses gouttes graisseuses très-abondantes. Elles *étouffent* ou *remplacent* la striation disparue.

2° *Muscles du bras et de l'avant-bras.* — La striation est conservée sauf de très-légères modifications. On n'y aperçoit que de très-rares granulations graisseuses, pas du tout de grosses gouttelettes huileuses, tandis que nous venons de les trouver en abondance dans les muscles de la jambe.

3° *Muscles de la main.* — Très-petits faisceaux avec striation encore apparente, *moins*, toutefois, qu'au bras et à l'avant-bras. Granulations graisseuses rares, mais plus abondantes aussi que dans les muscles qui précèdent.

On voit, par cet exposé succinct, qu'il existe une gradation progressive de la dégénérescence graisseuse des membres supérieurs aux inférieurs, ces derniers se trouvant affectés au plus haut degré. Or, c'est ce que l'on rencontre, en général, dans les paralysies et les atrophies musculaires symptomatiques d'une affection de la moelle épinière, ce qui paraîtrait corroborer l'opinion des physiologistes relativement au rôle essentiel de ce dernier organe dans les phénomènes de la nutrition.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas la prétention de tirer des conclusions définitives d'un fait isolé et auquel, d'ailleurs, notre faible autorité ne donne pas une suffisante consistance. Mais il était, au moins, de notre devoir de le faire connaître et de l'apprécier à notre point de vue, afin d'appeler l'attention et les recherches des observateurs sur un sujet dont l'exploration attentive amènera, peut-être, des résultats inespérés, appelés à combler un chapitre inconnu d'anatomie pathologique et de nosologie.

Nous ajouterons qu'à part le fait annoncé par M. Luys et celui que nous venons de rapporter, nous en avons rencontré, lorsque cette note était terminée, un autre peu différent des précédents, et plus remarquable en ce que la matière dite amyloïde se trouvait *accumulée*, non-seulement dans le système nerveux central (moelle épinière), mais encore dans une partie du système nerveux périphérique. Nous aurons bientôt l'occasion d'en faire part à la Société.

IV. — Pathologie comparée.

1° **De la transmission par hérédité chez les mammifères, et particulièrement chez les cochons d'Inde, d'une affection épileptiforme, produite chez les parents par des lésions traumatiques de la moelle épinière**; par M. Brown-Séquard.

Depuis quelques années, j'ai pu observer un assez grand nombre de petits nés de cochons d'Inde, qu'on avait rendus épileptiques en pratiquant sur eux diverses lésions de la moelle épinière. Or, chez quelques-uns de ces petits, j'ai constaté une affection épileptiforme très-nette, avec des accès bien caractérisés, mais un peu différents de celle des parents. En effet, on sait que chez ceux-ci, il y a non-seulement des accès spontanés, mais que, de plus, on peut déterminer à volonté une attaque en excitant, en pinçant la peau de la face. Chez les cochons d'Inde, qui paraissent tenir leur affection convulsive de leurs parents, on ne peut point provoquer de cette manière les accès. La forme de ceux-ci n'est pas non plus tout à fait la même; lorsqu'un accès commence, l'animal est pris de tremblement; puis il tombe sur le flanc et agite alors les membres spasmodiquement.

Les cochons d'Inde, ainsi malades, que je possède en ce moment, proviennent, en nombre à peu près égal, les uns d'une mère rendue épileptique par lésion de la moelle, les autres d'un père placé dans les mêmes conditions. D'ailleurs, on peut voir des parents épileptiques par *myélo-traumatisme* donner naissance à des petits dont aucun ne sera pris d'affection du même genre, ou dont les uns en seront exempts pendant que d'autres auront des accès convulsifs. J'ai eu sous les yeux un nombre très-grand de cochons d'Inde, et, bien que je sois loin de nier la possibilité du fait, je n'ai jamais vu un seul de ces animaux présenter une maladie convulsive analogue, s'il n'avait pas préalablement subi une lésion de la moelle, ou s'il n'était pas né d'un parent rendu épileptique par une expérience de cette nature.

Ces observations ont une haute valeur; car elles ajoutent un nouveau trait de ressemblance à ceux qui rapprochaient déjà l'épilepsie chez l'homme de l'affection convulsive déterminée chez les mammifères par hérédité. Plus l'analogie sera grande entre ces deux maladies, plus l'étude de l'épilepsie des animaux, sous tous les points divers, pourra venir en aide aux difficiles recherches qu'exige encore l'histoire de l'épilepsie chez l'homme.

Je ferai aussi remarquer que ces faits ont un autre genre d'intérêt. On sait que les lésions traumatiques ne se transmettent guère par hérédité, ou du moins que cette transmission est très-rare. Or, on pourrait invoquer les cas dont il s'agit comme des exemples démontrant la possibilité de cette transmission; mais ce serait à tort. En effet, chez les descendants des cochons d'Inde épileptiques, la moelle, examinée à l'œil nu ou au microscope, paraît parfaitement saine. Ce n'est pas la lésion locale qui se transmet; c'est l'altération ou disposition organique générale du système nerveux, déterminée par la lésion, et qui s'est imprimée profondément chez les parents ou chez l'un d'eux. On doit donc plutôt rapprocher ces exemples des cas de transmission héréditaire d'une affection diathésique produite chez un individu, homme ou femme, par quelque cause bien déterminée.

V. — Anatomie pathologique.

1° Tumeur intra-scrotale a parois calcifiées, formée probablement par une ancienne hématocèle; par M. Vulpian. — Examen de cette tumeur par M. Béraud.

M. Vulpian met sous les yeux de la Société une tumeur trouvée dans le scrotum d'un homme mort de cirrhose, compliquée de péritonite chronique. Chez cet homme, il y a eu probablement une hernie du côté droit, car le canal inguinal est largement ouvert, les deux orifices interne et externe se correspondent presque directement d'avant en arrière, et le doigt peut être introduit très-facilement dans l'ouverture ainsi constituée. Cette ouverture conduit à une cavité assez large qui surmonte le testicule et qui est sans doute un sac herniaire. Ce sac est rempli de liquide séreux, communiquant librement avec celui qui est contenu dans la cavité péritonéale. Il n'y a aucune partie solide (intestin ou épiploon) dans le sac ou dans son orifice. Le fond de ce sac repose sur la tumeur dont il est ici question et qui occupe la place du testicule et de l'épididyme.

Cette tumeur est très-dure, assez régulièrement arrondie et de la grosseur d'un œuf de poule. Elle paraît adhérente au tégument; mais peut-être est-ce un effet de la dessiccation des enveloppes serotales sur le point le plus voisin de la tumeur. La tumeur, après avoir été enlevée, présente une telle résistance aux instruments tranchants, qu'on est obligé de la fendre à l'aide d'un marteau et d'un fort couteau. Lorsqu'elle est fendue, on voit qu'elle est constituée par une coque fibreuse de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, ayant subi une transformation calcaire compacte dans une grande partie de son étendue : à l'intérieur de cette coque on voit, vers la partie centrale, un dépôt fibrineux, grisâtre, d'aspect lardacé, d'épaisseur inégale, formant une sorte de cloison irrégulière. D'un côté de cette cloison, se trouve une matière rougeâtre, formée par du sang et de la fibrine désagrégée; de l'autre côté, une matière caséeuse, de faible consistance, blanc grisâtre, dans laquelle on reconnaît, à l'aide du microscope, une masse énorme de cholestérine mêlée à de la fibrine désagrégée et à de la graisse.

La coque calcaire a un aspect osseux très-frappant. L'examen microscopique n'y montre pas les cavités osseuses caractéristiques. C'est une calcification. Toutefois, il y a réellement dans ce dépôt compacte et ostéiforme une certaine structure. Il y a des cavités très-irrégulièrement disséminées, dont la forme étoilée rappelle singulièrement la forme des éléments cellulaires étoilés du tissu conjonctif. Les prolongements de ces cavités peuvent quelquefois être suivis très-loin, et vont, sur quelques points, en rejoindre d'autres appartenant à des cavités plus ou moins éloignées. Ce n'est donc pas un dépôt amorphe : M. Vulpian ajoute que des résultats analogues, observés dans d'autres circonstances, permettent de soupçonner que la calcification, dans certains cas, se fait de cette manière, et par un processus parallèle au travail de l'ossification vraie, mais qui en diffère sous plusieurs rapports, et en particulier sous le rapport des éléments envahis par le dépôt de matière osseuse.

Cette tumeur est évidemment en dehors du testicule que l'on trouve appliqué sur un de ses côtés. On distingue aussi très-nettement le canal déférent et une grande partie de l'épididyme.

Les tubes séminifères ont conservé leur résistance presque normale et peuvent être tirés hors du testicule dans une certaine longueur. Ils contiennent leur épithélium normal; mais cet épithélium renferme d'assez nombreux globules graisseux de petites dimensions. Dans une gouttelette de liquide, extraite par compression du canal déférent, on n'a point trouvé la moindre trace de spermatozoïde, à quelque état que ce fût.

M. Vulpian pense que cette tumeur est constituée par une hématocèle; il la remet à M. Béraud, qui a fait une étude spéciale de ce genre de tumeurs, et qui veut bien la disséquer avec soin pour indiquer d'une façon précise le siége exact et la nature probable qu'on doit lui assigner.

Le testicule gauche, ses dépendances et ses enveloppes sont dans un état tout à fait sain.

M. Béraud a paru reconnaître exactement les différentes parties qui constituaient cette tumeur en rapprochant ses deux moitiés. Ainsi il a reconnu successivement par la dissection le cordon déférent, l'épididyme, la tunique albuginée du testicule, le testicule lui-même. Il a reconnu la surface lisse de la surface albuginée; au delà se trouvaient des caillots sanguins stratifiés, formant la masse de la tumeur; ils étaient recouverts par une membrane fibreuse très-épaisse, tapissée en dedans par une surface lisse, c'était bien le feuillet pariétal de la tunique vaginale. D'après ses caractères distinctifs on avait donc affaire, dans ce cas, à une hématocèle ancienne de la tunique vaginale.

2° Mémoire sur l'encéphalocèle congénitale ; par le Docteur Houel, conservateur du Musée Dupuytren.

La démonstration de plusieurs pièces d'encéphalocèle congénitale et la description de faits semblables rapportés par les auteurs, a permis à M. Houel d'exposer à la Société dans sa séance du 6 août, les principales conclusions de ce travail qui s'appuie essentiellement sur les faits.

1° Il n'existe point d'hydrocéphalie arachnoïdienne simple, à l'exception de celle qui succède à l'hémorrhagie méningée. C'est toujours à l'intérieur des cavités ventriculaires que s'accumule le liquide, qui devra plus tard quelquefois faire hernie en dehors de la boîte crânienne.

2° La hernie aqueuse simple, ou méningocèle de M. Spring, ne me paraît point suffisamment établie par les faits connus ; toutes les tumeurs du crâne dites *aqueuses* sont donc des encéphalocèles ou des hydrencéphalocèles.

3° L'état actuel de la science ne permet point encore d'établir d'une manière exacte la relation qui existe entre les encéphalocèles et les hydrencéphalocèles, mais cette dernière tumeur me paraît néanmoins de beaucoup la plus fréquente.

4° Le siége des hernies cérébrales dans des points du crâne qui peuvent être déterminés spécialement, indique que la cause qui préside à leur formation est pour toutes la même : ces tumeurs ont toujours été rencontrées dans les points qui correspondent aux cornes cérébrales antérieures, inférieures, inférieures, ou bien au niveau du ventricule du cervelet. Il est tout naturel de supposer qu'elles résultent d'une hydropisie de ces cavités, et cela le plus souvent à une époque rapprochée de la vie embryonnaire.

5° Il résulte aussi des observations consignées dans ce travail, que les hernies frontales et de la base du crâne, sans être aussi communes à beaucoup près que celles de la région postérieure ou occipitale, sont plus communes que ne le supposent la plupart des auteurs.

6° La forme pédiculée de ces tumeurs avec leur siége est un signe important, qui permet presque à lui seul de les distinguer des autres tumeurs du crâne, qui sont au contraire toujours séniles.

7° La coloration exceptionnelle des hydrencéphalocèles de la région frontonasale, qui leur donne une grande ressemblance avec les tumeurs érectiles, a été considérée par M. Breslau comme résultante d'une anastomose des vaisseaux contenus à l'intérieur du crâne avec ceux de la face.

8° Les reliefs et les irrégularités de certaines hernies cérébrales, et qui simulent assez bien les circonvolutions du cerveau, sont produits par des points plus résistants de la dure-mère, et en particulier par les sinus.

9° Le traitement de ces tumeurs, tel qu'il est formulé dans les auteurs classiques, me paraît résulter de ce qu'elles avaient été mal étudiées. Si, dans certains cas exceptionnels, il a été couronné de succès, il expose les petits malades aux plus grands dangers, et il prouve une fois de plus qu'une bonne et sage thérapeutique est basée sur les connaissances anatomopathologiques.

VARIÉTÉS.

— L'administration de l'Assistance publique et la Faculté de médecine vont perdre dans quelques jours deux fonctionnaires qui laisseront l'un et l'autre de profonds regrets, et qui, tous les deux, ont demandé à faire valoir leurs droits à la retraite.

A partir du 1er janvier, M. Armand Husson, chef de division à la préfecture de la Seine, remplacera M. Davenne comme directeur général de l'Assistance publique ;

M. Bourbon, chef de bureau au ministère de l'instruction publique, remplacera M. Amette comme secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

— On nous assure que, dans sa dernière session, le Conseil général de la Seine a voté, sur la demande de M. le préfet, une somme de 10,000 francs pour subvenir au traitement d'un médecin-inspecteur des aliénés de la Seine, qui devra entrer en fonctions au 1er janvier 1860.

— L'Académie royale de Belgique (classe des sciences) a procédé le 16 décembre à diverses élections. — Ont été nommé associés : MM. Lamont, à Munich; Strave, à Palkowa; Van Baer, à Saint-Pétersbourg; sir Ch. Lyell, à Londres. — Ont été nommés membres : M. Dewalque et M. le docteur Jules d'Udeken, professeur d'anatomie comparée et de zoologie à la Faculté des sciences de l'Université de Bruxelles.

— La séance de distribution des prix aux internes et aux externes des hôpitaux, et la proclamation des élèves internes et externes nommés aux derniers concours, ont eu lieu lundi dernier, sous la présidence de M. le directeur général de l'Assistance publique. Les discours ont été prononcés par M. Mesnet, au nom du jury du concours de l'externat; par M. Giraldès, au nom du jury du concours pour les prix des externes et de l'internat; par M. Broca, au nom du jury pour les prix des internes. Dans une allocution parfaitement sentie, M. le directeur général a rappelé les pertes récentes faites par l'administration en la personne de MM. Baron, Gillette et Labric père.

— M. le docteur Hubert Lauvergne, directeur du service de santé de la marine à Toulon, officier de la Légion d'honneur, vient de succomber dans sa soixante-troisième année.

Le Rédacteur en chef, Jules Guerin.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME QUATORZIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1859.

A

B

C

D

E

H

I

J

K

L

P

Q

R

S

T

TABLE DES AUTEURS.